

Sintomi di base nel disturbo ossessivo-compulsivo

Basic symptoms in obsessive-compulsive disorder

L. Pelizza¹, S. Pupo²

¹ Centro di Salute Mentale di Guastalla, Dipartimento di Salute Mentale di Reggio Emilia, AUSL di Reggio Emilia; ² Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione, Ospedale Civile di Guastalla, AUSL di Reggio Emilia

Summary

Objectives

Aims of this study are: (1) to analyze psychopathological relations between basic symptoms and obsessive-compulsive and psychotic features in a group of patients with obsessive-compulsive disorder (OCD); and (2) to discuss the nosological position of the obsessive subgroup with psychotic features: in particular, if they should be placed on the most serious clinical extreme of the OCD-spectrum or in the area of schizophrenia-spectrum disorders.

Methods

*The patient cohort was composed of 68 patients with OCD, in two subgroups (OCD with and without psychotic features). All subjects completed the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS), Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms (BSABS) and the Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders (SIDP-IV). Comparisons of sociodemographic, psychopathological, and personological features between the two subgroups were examined using Student's *t*, Mann-Whitney's *U* and χ^2 tests. In the total obsessive group, statistical relations between basic symptoms and obsessive-compulsive and psychotic features were examined using Spearman's correlation test.*

Introduzione

I rapporti clinici tra ossessività e psicosi hanno costituito, sin dalle origini della psichiatria moderna, uno dei temi classici di riflessione psicopatologica. Alla fine del XIX secolo, Westphal¹ fu uno dei primi Autori a descrivere l'irrazionalità e la bizzarria di certi fenomeni ossessivi, che lo indussero a sospettare di trovarsi di fronte a sintomi clinici di una psicosi abortiva. Qualche decennio più tardi, Bleuler² e Freud³ suggerirono la possibilità che, tra i prodromi della schizofrenia, potessero annoverarsi anche le idee e gli impulsi coatti, e che molti pazienti schizofrenici potessero, all'inizio del loro percorso psi-

Results

Twenty subjects (29.4%) were affected by OCD with psychotic features. They were characterized by an earlier onset of obsessive illness ($p < 0.05$), more frequently chronic course ($p < 0.01$), specific pattern of basic symptoms (manifested by cognitive disturbances of ideation and perception) ($p < 0.01$) and a higher prevalence of schizotypal personality disorder ($p < 0.01$). The SAPS "delusion" subscale was correlated with the BSABS "cognitive disorders of thought and perception" subscale ($p < 0.01$).

Conclusions

Patients affected by OCD with psychotic symptoms appear to be characterized by higher levels of cognitive basic symptoms and a higher prevalence of schizotypal personality disorder. These findings have previously been shown to be associated with a higher risk of developing schizophrenia and could be considered as peculiar psychopathological conditions belonging to the schizophrenia-spectrum disorders rather than a group of obsessive patients placed on the most serious clinical extreme of OCD-spectrum.

Key words

Basic symptoms • Obsessive-compulsive disorder • OCD • Psychotic disorder • Schizophrenia • Schizotypal personality disorder

copatologico, essere erroneamente diagnosticati come affetti da una patologia ossessiva.

Nel corso del tempo, tuttavia, la tradizione psichiatrica classica ha scelto di concettualizzare le relazioni cliniche tra ossessività e psicosi in chiave strettamente categoriale, finendo per assumere posizioni rigidamente separatiste, sulla scia di quanto sostenuto da Kraepelin⁴ nella VIII edizione del suo *Trattato di psichiatria*. Secondo quest'ultimo, infatti, le transizioni dall'ossessione verso le altre malattie mentali (specie la paranoia), contrariamente a quanto precedentemente ipotizzato, non erano di fatto possibili.

Opinioni così assolute e radicali sono oggi, al contrario, piuttosto rare⁵. Il rilievo che la definizione di entità

Correspondence

Lorenzo Pelizza, CSM di Guastalla, via Salvo D'Acquisto 7, 42016 Guastalla (RE), Italy • Tel. +39 0522 837561 • Fax +39 0522 838980 • E-mail: anolino@yahoo.it

diagnostiche nettamente separate da un punto di vista statico-nosografico non implicava necessariamente la presenza di analoghe dicotomie sul piano della continuità sintomatologica tra fenomeni psicotici e ossessivi, ha indotto la maggior parte dei ricercatori contemporanei a preferire un atteggiamento più dinamico e dimensionale, e a sostenere come, non di rado, fosse più conveniente collocare gli uni (sintomi ossessivi) rispetto agli altri (sintomi psicotici) in modo maggiormente mobile e fluido, rinunciando a certe antinomie che la psichiatria classica riteneva assolute e che tali non sono o non lo sono sempre⁶. A questo proposito, lo stesso Jaspers⁷ sottolineò come, al culmine dello stato emotivo anancastico, le ossessioni potessero trasformarsi, per un breve periodo, in un indiscutibile delirio, a testimonianza del fatto che le affezioni coatte progressive costituivano un esempio paradigmatico di quei non rari casi in cui il problema non era soltanto quello pratico della diagnosi, ma erano gli stessi concetti nosologici fondamentali a divenire problematici e a far sentire tutti i loro limiti⁶.

DOC con manifestazioni psicotiche

Negli ultimi decenni, la sovrapposizione (transitoria o duratura) di aspetti psicopatologici propri dell'area psicotica in pazienti affetti da disturbo ossessivo-compulsivo (DOC con manifestazioni psicotiche) è stata oggetto d'indagine di numerosi studi epidemiologici, i quali ne hanno stimato una prevalenza compresa tra il 10 e il 25%⁸⁻¹¹. A questo proposito, Eisen e Rasmussen⁹ hanno rilevato che, rispetto al DOC puro (non psicotico), i pazienti ossessivi con sintomi psicotici apparivano, da un punto di vista psicopatologico, severamente più disturbati. Essi, infatti, presentavano un'età d'esordio più precoce della malattia ossessiva, una maggiore compromissione del loro funzionamento lavorativo, un decorso più frequentemente cronico e scarsamente responsivo al trattamento farmacologico, relazioni familiari maggiormente conflittuali ed una più spiccata sintomatologia depressiva. Quest'ultimo dato ha indotto gli Autori ad ipotizzare un possibile ruolo eziologico della depressione nella genesi dei fenomeni psicotici del DOC, legato all'azione favorente operata da una disposizione cognitiva di tipo melanconico e dalla perdita di autostima.

Un secondo fattore psicopatologico che è parso facilitare la trasformazione dei pensieri ossessivi in idee deliranti, è rappresentato dalla presenza di una ridotta consapevolezza soggettiva (*insight*) nei confronti degli impulsi e delle rappresentazioni coatte¹²⁻¹⁴. Secondo Giannelli⁶, una condizione clinica di scarso insight favorirebbe la trasformazione delle ossessioni in convinzioni deliranti operando una progressiva destrutturazione dei poteri della critica individuale, così che, in senso isosindromico, il dubbio si farebbe certezza, la domanda angosciosamen-

te dubitativa diverrebbe una risposta univoca che non ammette alternative, e il senso di appartenenza all'Io del pensiero andrebbe gradualmente perdendosi.

Un'ultima condizione clinica da considerare in questa sede è la comorbidità del DOC con il "disturbo schizotipico di personalità" (DSP), la cui prevalenza, nella popolazione ossessiva, è stimata oscillare tra il 5 e il 30%¹⁵⁻¹⁸. Secondo Jenike¹⁵, infatti, i soggetti ossessivi con un DSP in asse II (definiti dall'Autore come affetti da "psicosi schizo-ossessiva") mostravano più facilmente un'adesione completa ed acritica a convinzioni coatte irrazionali e presentavano un rischio più elevato di sviluppare deliri rispetto a quelli senza una schizotipia concomitante.

Il DOC con manifestazioni psicotiche è tutt'oggi al centro di un vivace dibattito nosografico. Il rilievo che, in questo sottogruppo di pazienti ossessivi, le transizioni dalle ossessioni verso il delirio difficilmente comportavano una condizione di comorbidità con la schizofrenia (trattandosi, al contrario, più spesso di psicosi reattive transitorie di tipo ora depressivo, ora paranoideo), ha indotto Insel e Akiskal⁸ a considerare questi soggetti come affetti da un sottotipo specifico di disturbo ossessivo-compulsivo, caratterizzato da aspetti clinici peculiari e ben definiti (quali esordio precoce, decorso cronico con elevata compromissione della funzionalità sociale e lavorativa, scarsa consapevolezza soggettiva nei confronti delle ossessioni e delle compulsioni, intensa sintomatologia depressiva, frequente rilievo in asse II di un DSP). In altre parole, questi ricercatori hanno ipotizzato che la presenza di sintomi psicotici potesse collocarsi all'estremità clinicamente più grave e prognosticamente più infausta dello spettro del DOC (Fig. 1). Al contrario, i sistemi nosografici attuali (ICD-10¹⁹, DSM-IV-TR²⁰ si sono fino ad ora opposti a questa sottotipizzazione, affermando come, nei pazienti in cui i fenomeni ossessivi raggiungevano proporzioni deliranti, fosse più opportuno porre una diagnosi di "disturbo delirante" o di "disturbo psicotico non altrimenti specificato (NAS)" in comorbidità con il DOC.

L'evidenza che la sottopopolazione ossessiva con manifestazioni psicotiche risultava caratterizzata da una più elevata prevalenza di DSP (la cui appartenenza allo spettro schizofrenico era stata ampiamente documentata in numerosi lavori sperimentali a carattere sia genetico che epidemiologico)^{21,22}, ha condotto Bogetto et al.⁸ ad ipotizzare che essa potesse, in realtà, rappresentare una particolare condizione clinica propria dell'area schizofrenica. Secondo gli Autori, tale condizione consentirebbe ai pazienti di rimanere in uno stato di psicosi atipica o abortiva, situandosi all'interno di quell'insieme disomogeneo di sindromi psicotiche fruste, collocate ai limiti fra le nevrosi e le psicosi, che Hoch e Polatin²³ hanno definito con il termine di "schizofrenia pseudonevrotica". La presenza di sintomi OC nelle fasi prodromiche della schizofrenia o nelle sindromi schizofreniche conclamate

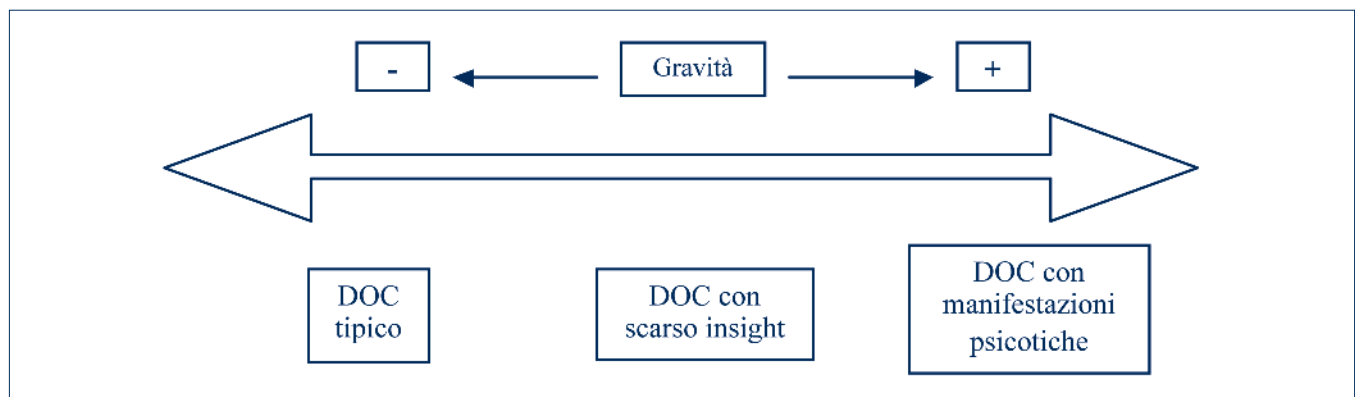


FIGURA 1.
Spettro del DOC. *The OCD spectrum.*

ha trovato conferma nei risultati emersi da alcune recenti ricerche epidemiologiche, le quali ne hanno stimato una frequenza compresa tra il 15 e il 40%²⁴⁻²⁸. Secondo Sevincok et al.²⁵, l'assenza di correlazioni statisticamente significative tra fenomeni ossessivi e fenomenica psicotica, rilevata in un gruppo di soggetti schizofrenici cronici, sembrerebbe suggerire l'esistenza di un nuovo e distinto sottotipo di schizofrenia (definito dagli Autori come "OCD-schizofrenia") piuttosto che di una forma severa di disturbo mentale appartenente allo spettro del DOC.

Ossessività e psicosi: il piano della soggettività

Gli approcci esplorativi fin qui considerati hanno esaminato il rapporto tra ossessività e psicosi in una chiave prettamente statica e descrittiva, focalizzandosi su criteri discriminativi puramente sintomatologici e tenendo in scarsa considerazione le interazioni psicopatologiche dinamiche appartenenti al livello soggettivo (subclinico) delle esperienze autopsichiche, le quali possono essere adeguatamente esplorate attraverso il "modello dei sintomi di base della schizofrenia", proposto, all'inizio degli anni '80, da un gruppo di ricercatori tedeschi dell'Università di Bonn⁵. Sulla base di una mole imponente di casi osservati con metodo fenomenologico, Huber et al.²⁹ hanno dimostrato l'esistenza di una continuità dinamica tra i sintomi di base (SB) (esperienze elementari, acaratatteristiche ed aspecifiche, vissute come disturbi e confinate nella sfera soggettiva) ed i fenomeni finali costituenti la superstruttura psicotica conclamata della schizofrenia. Nella teoria di questi Autori, la sintomatologia schizofrenica di livello diagnostico (quali deliri, allucinazioni, sintomi negativi) verrebbe a costituire il punto di arrivo di un percorso psicopatologico a partenza dai SB, dei quali Klosterkotter³⁰ ha sottolineato l'estrema diffusione in ambito psichiatrico e la continuità con aree cliniche nevrotiche (come quella fobica e ossessiva) e con la normalità. Pertanto, vista la sostanziale inadeguatezza delle

metodiche rigidamente dicotomiche e categoriali di classificazione dei fenomeni psicotici ed ossessivi, i quali, al contrario, sembrano susseguirsi ed articolarsi, nello stesso soggetto, nelle maniere più impensabili, distribuendosi lungo un gradiente (*continuum*) assai mobile e fluido³¹, si può concludere che, almeno sotto il profilo descrittivo, un modello dimensionale, che sappia tener conto anche delle esperienze autopsichiche vissute dal paziente sul piano soggettivo, possa risultare particolarmente efficace, se non indispensabile, nella valutazione di tutte le fenomeniche cliniche di passaggio tra ossessività e psicosi. Scopo di questo lavoro è fornire un contributo alla comprensione delle complesse relazioni cliniche che intercorrono tra ossessività e psicosi, esplorando i rapporti psicopatologici che i sintomi di base intrattengono con la sintomatologia ossessivo-compulsiva e psicotica in un campione di pazienti affetti da DOC. In particolare, si intende indagare se siano rilevabili differenze qualitative e/o quantitative nei sintomi di base esperiti dalla sottopopolazione ossessiva con manifestazioni psicotiche rispetto a quella priva di tale sintomatologia. Si vuole, infine, discutere la collocazione nosografica del disturbo ossessivo-compulsivo con fenomenica psicotica, prendendo in esame sia la posizione di Insel e Akiskal⁸ (che lo pongono all'estremità clinicamente più grave dello spettro del DOC) sia la tesi di Bogetto et al.¹⁸ (che, al contrario, lo considerano come una particolare condizione clinica appartenente all'area schizofrenica).

Materiali e metodi

Il campione in esame è composto da 68 pazienti affetti da disturbo ossessivo-compulsivo, assistiti presso gli ambulatori del Centro di Salute Mentale di Guastalla. All'atto del loro reclutamento, i soggetti avevano un'età compresa fra i 18 e i 45 anni ed erano tutti in trattamento farmacologico monoterapico con clomipramina o SSRI

(sertralina o fluvoxamina) a dosi medie giornaliere corrette secondo le linee guida internazionali per il DOC¹⁰. Per essere inclusi nello studio, i soggetti dovevano soddisfare, all'atto della valutazione iniziale, i criteri diagnostici del DSM-IV-TR per il DOC (in accordo al modulo ossessivo-compulsivo della SCID-I)³² e non dovevano manifestare segni o sintomi clinici di ritardo mentale, disfunzione neurologica e malattia psichica su base organica o indotta da sostanze psicoattive. A ciascun individuo ossessivo reclutato nella ricerca, sono state somministrate le seguenti scale di valutazione psicopatologica e psicodiagnostica: *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS)³³, *Scale for the Assessment of Positive Symptoms* (SAPS)³⁴, *Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms* (BSABS)³⁵ e *Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders* (SIDP-IV)³⁶.

La Y-BOCS³³ è un questionario eterosomministrato che misura in maniera valida ed attendibile^{8,9} la gravità dei sintomi ossessivo-compulsivi, così come sono definiti nel DSM-IV-TR, indipendentemente dall'insight, dal numero e dal tipo di ossessioni e compulsioni manifestate dal soggetto. Esso si compone di due sezioni principali. La prima comprende 10 items (5 per le ossessioni e 5 per le compulsioni), nei quali vengono indagati, per ciascuno dei due ambiti, il tempo occupato dai sintomi, il loro grado di interferenza funzionale, il disagio soggettivo ad essi associato, la resistenza e il controllo loro opposti dall'individuo esaminato. La seconda sezione (6 items) esplora, invece, l'entità dell'insight al disturbo, l'evitamento, l'indecisione e il carattere patologico del rallentamento, della responsabilità e del dubbio. Ciascuna di queste voci è valutata secondo una scala crescente a 5 punti – da 0 (assenza del sintomo) a 4 (massima gravità del sintomo) –; la somma delle voci identifica il punteggio totale del questionario, indicativo della severità clinica generale del DOC.

La SAPS³⁴ è uno strumento di eterovalutazione che misura con elevata affidabilità¹⁰ la sintomatologia positiva della schizofrenia. Esso si compone di quattro sottoscale principali ("allucinazioni", "deliri", "anomalie del comportamento" e "disturbi formali del pensiero") e di un punteggio totale indicativo della severità clinica globale della sintomatologia produttiva. I soggetti ossessivi che presentavano, al momento della valutazione iniziale, un punteggio ≥ 2 in almeno uno degli items della SAPS, sono stati classificati, in accordo alla metodologia di ricerca utilizzata finora in letteratura⁸⁻¹⁰, come affetti da DOC con manifestazioni psicotiche.

La BSABS³⁵ è un questionario eterosomministrato costruito appositamente per il rilievo dei sintomi di base della schizofrenia, il quale, tuttavia, nell'impostazione della sua indagine fenomenologica, evita ogni riferimento a qualsivoglia concettualizzazione nosografica³⁰. Essendo uno strumento operativo che si avvale esclusivamente

delle descrizioni fornite dal paziente circa esperienze soggettive elementari ed aspecifiche, esso, infatti, può essere utilizzato non solo quando la diagnosi di schizofrenia è certa, ma anche nei casi in cui si può ipotizzare la presenza di prodromi clinici della malattia, nelle psicosi idiopatiche dell'ambito schizoaffettivo ed affettivo (ciclotimie monopolari e bipolari) e in tutte quelle sindromi psichiatriche nelle quali si possono manifestare alcuni dei SB comunemente rilevati nei soggetti schizofrenici (qual è, ad esempio, il DOC con fenomenica psicotica)³⁵. La BSABS si compone di 103 items, suddivisi in cinque principali raggruppamenti sindromici: "deficit dinamici con sintomi negativi diretti (SND)", "deficit dinamici con sintomi negativi indiretti (SNI)", "disturbi cognitivi del pensiero e della percezione", "cenestesie" e "disturbi vegetativi centrali".

La SIDP-IV³⁶ è un'intervista clinica semistrutturata costruita appositamente per la diagnosi dei disturbi di personalità del DSM-IV-TR. Essa si compone di 101 domande relative a ciascuno dei criteri diagnostici dei singoli disordini personologici di asse II. Ciascun item è valutato secondo una scala crescente a 4 punti – da 0 (assente) a 3 (massima pervasività) – e risulta soddisfatto solo per valori ≥ 2 .

Analisi statistica

L'analisi statistica è stata condotta in due fasi successive. In primo luogo, nelle due sottopopolazioni ossessive in esame (DOC con e senza manifestazioni psicotiche) la presenza di eventuali differenze statisticamente significative nei punteggi relativi ai sintomi di base e alle variabili sociodemografiche e personologiche è stata esaminata applicando, a seconda del tipo di grandezza considerata, il test t di Student, il test U di Mann-Whitney o il test χ^2 per campioni indipendenti. In secondo luogo, le eventuali relazioni statistiche esistenti tra i sintomi di base (da un lato) e la sintomatologia ossessivo-compulsiva e psicotica (dall'altro) sono state esplorate, nell'intero campione ossessivo in esame, utilizzando il test r di correlazione di Spearman.

Risultati

Il campione esaminato risulta composto per il 29,4% (n = 20 soggetti) da pazienti affetti da "DOC con manifestazioni psicotiche", i quali, per quanto attiene alle variabili cliniche generali e sociodemografiche, hanno dimostrato di differenziarsi, da quelli privi di tale sintomatologia (70,6%, n = 48) ("DOC puro"), per una più precoce età d'esordio del disturbo ossessivo-compulsivo ($24,88 \pm 5,53$ vs. $28,58 \pm 6,20$ anni, $p < 0,05$), per un decorso più frequentemente cronico (inteso come persistenza continua di ossessioni e/o compulsioni clinica-

TABELLA I.

Sintomi di base e caratteristiche cliniche generali, sociodemografiche e di personalità nei due sottogruppi ossessivi in esame (test t di Student, test U di Mann-Whitney e test χ^2). Comparison of basic symptoms and clinical, sociodemographical, and personalological characteristics in the two examined obsessive subgroups (Student t, Mann-Whitney U test, and χ^2 tests).

Variabile	DOC con manifestazioni psicotiche (n = 20)	DOC puro (n = 48)	t/U/ χ^2
Età (anni)	28,96 ± 5,90	32,18 ± 7,80	-1,41
Livello d'istruzione (anni)	8,68 ± 1,97	9,70 ± 3,31	-0,96
Età d'esordio (anni)	24,88 ± 5,53	28,58 ± 6,20	-2,57*
Durata di malattia (anni)	5,08 ± 1,80	4,60 ± 3,06	1,24
Sesso (maschile)	60%	58,3%	0,10
Stato civile (non coniugati)	60%	60,4%	-0,06
Attività lavorativa (sì)	45%	75%	-3,89*
Decorso (cronico)	55%	25%	6,65 [†]
Tipologia di farmaco (% clomipramina)	35%	3,3%	0,10
Dose equivalente clomipramina (mg/die)	189,43 ± 6,25	186,29 ± 5,90	0,83
<i>Sintomi di base (BSABS)</i>			
BSABS totale	41,24 ± 8,57	40,52 ± 10,39	0,94
Deficit Dinamici con SNI	5,96 ± 1,97	7,64 ± 2,99	-2,60*
Disturbi Cognitivi del Pensiero e Percezione	14,68 ± 2,53	7,40 ± 1,87	4,39 [†]
Disturbi Vegetativi Centrali	3,16 ± 1,79	9,42 ± 3,90	-3,46 [†]
<i>Disturbi di personalità (SIDP-IV)</i>			
Paranoide	10%	8,3%	0,10
Schizoide	10%	8,3%	6,81 [†]
Schizotipico	30%	6,25%	0,00
Antisociale	0%	0%	0,16
Borderline	10%	6,25%	0,10
Narcisistico	10%	8,3%	-0,08
Istrionico	10%	10,4%	0,13
Evitante	20%	18,7%	-0,22
Dipendente	10%	14,6%	-3,94*
Ossessivo-compulsivo	10%	20,8%	

*p < 0,05, [†]p < 0,01. In Tabella sono riportate le medie ± le deviazioni standard, le percentuali (%) e i valori della t di Student, della U di Mann-Whitney e del χ^2 .

mente significative per almeno un anno)⁹ [55% (n = 11) vs. 25% (n = 12) (p < 0,01)] e per una percentuale inferiore di individui occupati in attività lavorative [45% (n = 9) vs. 75% (n = 36) (p < 0,05)]. Tra i due gruppi, non emergono, invece, differenze statisticamente rilevanti in termini di età cronologica, sesso, livello d'istruzione, stato civile, durata media di malattia OC, tipologia e dose media giornaliera di farmaco utilizzato (Tab. I).

Sintomi di base

Sebbene le due sottopopolazioni in esame non presentino differenze statisticamente rilevanti in termini di punteggio totale della BSABS, i pazienti ossessivi con manifestazioni psicotiche dimostrano di avere, rispetto a quelli privi di tale sintomatologia, valori significativamente più

elevati nelle sottoscale dei SB relative ai "disturbi cognitivi del pensiero e della percezione" [14,68 ± 2,53 vs. 7,40 ± 1,87 (p < 0,01)] e minori livelli di "deficit dinamici con SNI" (5,96 ± 1,97 vs. 7,64 ± 2,99 [p < 0,05]) e di "disturbi vegetativi centrali" [3,16 ± 1,79 vs. 9,42 ± 3,90 (p < 0,01)] (Tab. I). Tra i due sottogruppi non sono emerse differenze statisticamente significative nei punteggi relativi alle altre sottoscale della BSABS.

Personalità

I dati ottenuti con la SIDP-IV evidenziano una percentuale significativamente più elevata di soggetti affetti da "disturbo schizotipico di personalità" (DSP) nella sottopopolazione ossessiva con fenomenica psicotica [30% (n = 6) vs. 6,25% (n = 3) (p < 0,01)] ed una maggiore

TABELLA II.

Correlazioni statistiche tra i sintomi di base e la sintomatologia ossessivo-compulsiva e psicotica nell'intero campione ossessivo in esame ($n = 68$) (test r di Spearman). *Spearman's correlations between basic symptoms and obsessive-compulsive and psychotic symptoms in the total obsessive sample ($n = 68$).*

Variabili psicopatologiche	Y-BOCS totale	Insight (Y-BOCS)	Deliri (SAPS)
BSABS totale	0,16	-0,11	0,10
Deficit dinamici con SNI	0,27*	-0,13	0,12
Disturbi cognitivi del pensiero e percezione	0,37 [†]	0,72 [‡]	0,37 [†]
Disturbi vegetativi centrali	0,26*	-0,15	0,11

* $p < 0,05$, [†] $p < 0,01$, [‡] $p < 0,001$. In Tabella sono riportati i valori del coefficiente r di correlazione di Spearman (con particolare riferimento a quelli relativi alle sottoscale che sono risultate statisticamente significative).

prevalenza di "disturbo ossessivo-compulsivo di personalità" (DOCP) nel DOC privo di sintomi psicotici [10% ($n = 2$) vs. 20,8% ($n = 10$) ($p < 0,05$)]. Nessuna differenza statisticamente significativa è emersa, invece, tra i due gruppi per quanto attiene alla frequenza degli altri disturbi personologici di asse II descritti nel DSM-IV-TR (Tab. I).

Correlazioni

L'applicazione del test di Spearman sull'intero campione ossessivo in esame ha evidenziato correlazioni dirette statisticamente significative tra le seguenti variabili psicopatologiche:

- Tra il punteggio della sottoscala "disturbi cognitivi del pensiero e della percezione" della BSABS (da un lato) e quelli relativi alla Y-BOCS totale ($p < 0,01$), all'item "scarso insight" della Y-BOCS ($p < 0,001$) e alla sottoscala "deliri" della SAPS ($p < 0,01$) (dall'altro) (Tab. II).
- Tra i punteggi delle sottoscale della BSABS relative ai "deficit dinamici con SNI" e ai "disturbi vegetativi centrali" (da un lato) e quelli ottenuti alla Y-BOCS totale ($p < 0,05$) (dall'altro) (Tab. II).

Discussione

I risultati emersi da questa ricerca evidenziano, in accordo con i dati pubblicati in letteratura⁸⁻¹¹, che la presenza di sintomi psicotici sembra attenere ad una minoranza significativa (29,4%) di pazienti affetti da DOC. Questo sottogruppo di soggetti ossessivi risulta essere caratterizzato da un'età d'esordio più precoce della malattia OC, da una maggiore compromissione del funzionamento lavorativo e da un decorso clinico più frequentemente cronico (Tab. I). A questo proposito, Ganesan et al.³⁷ hanno suggerito di considerare la comparsa di manifestazioni psicotiche nel disturbo ossessivo-compulsivo come un fattore prognostico sfavorevole, indicativo di evoluzioni infauste e scarsamente responsive al trattamento (farma-

cologico e/o psicoterapeutico) standard per il DOC.

Sintomi di base

Il rilievo che, nel campione ossessivo in esame, è stato possibile riconoscere la presenza dei SB conferma quanto ipotizzato da Klosterkötter³⁰ a proposito della loro estrema diffusione in ambito psicopatologico e della loro continuità con aree nosografiche di tipo nevrotico. Secondo Bogetto et al.¹⁸, il comune riscontro nel DOC di livelli significativi di sintomi di base (che, nella popolazione esaminata in questa ricerca, si esprimono prevalentemente sotto forma di "deficit dinamici con sintomi negativi indiretti", di "disturbi cognitivi del pensiero e della percezione" e di "disfunzioni vegetative centrali") (Tab. I) dipenderebbe in parte dall'espressione stessa di esperienze soggettive elementari di natura chiaramente ossessiva [quali, ad esempio, l'accresciuta tendenza a riflettere che si manifesta con perdita della spontaneità e della spensieratezza (item B3.1 della BSABS), la presenza di timori, impulsi e comportamenti anancastici (item B3.2), l'interferenza dei pensieri (item C1.1), le perseverazioni simil-coatte di determinati contenuti di coscienza (item C1.2)].

Il confronto dei punteggi ottenuti nella BSABS dai due sottogruppi ossessivi in studio evidenzia, tuttavia, la presenza di differenti costellazioni di sintomi di base (Tab. I). Il "DOC puro" (privo di sintomatologia psicotica) appare, infatti, caratterizzato da un grado elevato di deficit dinamici con sintomi negativi indiretti e di disfunzioni vegetative centrali. Questo specifico pattern di SB potrebbe rappresentare, in accordo a quanto suggerito da Bogetto et al.¹⁸, il prodotto autopsichico secondario del disturbo OC primitivo o di un abbassamento critico del livello energetico proprio del paziente ossessivo. Il "DOC con manifestazioni psicotiche", al contrario, appare differenziarsi per la presenza di un alto livello di disturbi cognitivi del pensiero e della percezione. Questa evidenza sembra confermare quanto ipotizzato da Ganesan et al.³⁷, i qua-

li, a questo proposito, hanno suggerito di considerare il sottogruppo ossessivo-compulsivo con sintomi psicotici come affetto da una più profonda alterazione dei processi psichici che governano la strutturazione del pensiero e l'elaborazione delle informazioni sensoriali.

Le correlazioni dirette statisticamente significative emerse tra i valori ottenuti dall'intero campione ossessivo in studio nella BSABS e nella Y-BOCS (Tab. II) sembrano suggerire l'esistenza di uno stretto rapporto psicopatologico tra alcuni specifici sintomi di base (deficit dinamici con SNI, disturbi cognitivi del pensiero e della percezione, disturbi vegetativi centrali) e la fenomenica OC. In altri termini, le ossessioni e le compulsioni misurate con la scala Yale-Brown [così, cioè, come sono definite, a livello sindromico (diagnostico), nel DSM-IV-TR]³³ sembrano coesistere ed essere accompagnate, sul piano soggettivo, da peculiari esperienze autopsichiche elementari che si esprimono prevalentemente sotto forma di deficit dinamico-energetici e di disfunzioni cognitive a carico dell'ideazione e dell'elaborazione percettiva (Fig. 2).

Tuttavia, il rilievo che esclusivamente la sottoscala "disturbi cognitivi del pensiero e della percezione" della BSABS presenta correlazioni significative con l'item "scarso insight" della Y-BOCS (Tab. II), unitamente all'evidenza di differenti pattern di sintomi di base nelle due sottopopolazioni ossessive in esame (Tab. I), sembrerebbe suggerire che l'esistenza di dette disfunzioni basali cognitive appaia coesistere più spesso con sintomi ossessivo-compulsivi dalle caratteristiche cliniche "atipiche" (quali una scarsa consapevolezza di malattia OC, un inadeguato psichismo di difesa, una ridotta risonanza emotiva). Al contrario, la presenza di deficit dinamici con SNI e di disturbi vegetativi centrali sembrerebbe associarsi più

frequentemente a fenomeni ossessivo-compulsivi dal carattere psicopatologico "tipico" (caratterizzati, cioè, da una maggiore consapevolezza di malattia OC, da un più adeguato psichismo di difesa, da una più elevata risonanza emotiva) (Fig. 2).

Il raggruppamento sindromico "disturbi cognitivi del pensiero e della percezione" della BSABS ha dimostrato, inoltre, di intrattenere correlazioni dirette statisticamente significative con la sottoscala "deliri" della SAPS (Tab. II). Quest'evidenza può essere variamente interpretata. In primo luogo, si può supporre che i sintomi deliranti, così come sono misurati (a livello comportamentale) con la SAPS, semplicemente coesistano e siano accompagnati, sul piano soggettivo, da peculiari esperienze autopsichiche che si manifestano principalmente sotto forma di disfunzioni cognitive a carico dell'ideazione e dell'elaborazione percettiva. In alternativa, in accordo a quanto proposto da Huber et al.²⁹ e da Klosterkötter³⁰ a proposito della genesi dei fenomeni produttivi finali (diagnostici) della schizofrenia, si può ipotizzare che il delirio, di fatto, costituisca, anche nel DOC, il punto di arrivo di un percorso psicopatologico a partenza da sintomi di base di tipo prettamente cognitivo, i quali, quindi, sembrerebbero proporsi come suoi precoci precursori clinici soggettivi. In altre parole, nelle sequenze di passaggio che condurrebbero all'emergere clinico dei fenomeni deliranti, al primo livello potrebbe porsi, ad esempio, il ricorrere improvviso di intensi e duraturi disturbi cognitivi del pensiero e del linguaggio (categoria C1 della BSABS), i quali, comportando una profonda alterazione del modo di comprendere il senso della realtà, scandirebbero la nascita delle ideazioni deliranti. Il mondo circostante, cioè, verrebbe progressivamente vissuto dal paziente come

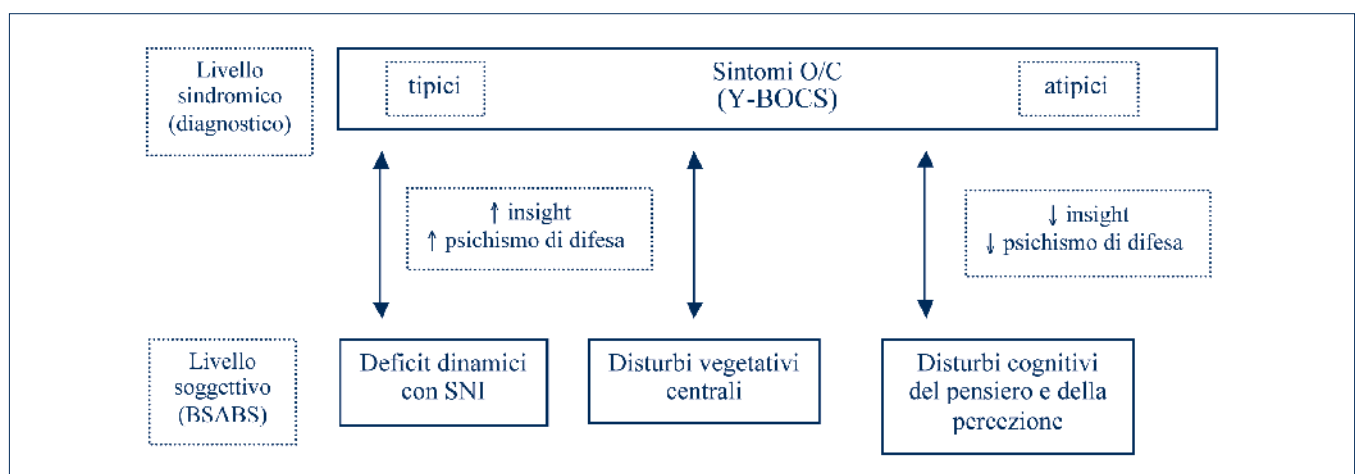


FIGURA 2.

Relazioni psicopatologiche tra sintomi di base e sintomatologia ossessivo-compulsiva nel DOC. *Psychopathological relations between basic symptoms and obsessive-compulsive symptoms in OCD.*

strette relazioni psicopatologiche con la presenza di specifici sintomi di base (che si esprimono prevalentemente sotto forma di disturbi cognitivi del pensiero e della percezione) e di una maggiore prevalenza di disturbo schizotipico di personalità.

Il rilievo che la sottopopolazione ossessiva con fenomenica psicotica qui esaminata è risultata caratterizzata: (1) dalla presenza di alti livelli di sintomi di base appartenenti alla categoria C della BSABS (“disturbi cognitivi del pensiero e della percezione”, i quali, in alcuni studi di follow-up^{29 30 37}, hanno dimostrato di essere un fattore predittivo di evoluzione verso la schizofrenia conclamata); e (2) da una maggiore prevalenza di disturbo schizotipico di personalità (la cui appartenenza allo spettro schizofrenico è stata ampiamente documentata in numerosi lavori a carattere genetico ed epidemiologico)^{21 22}, non sembrerebbe supportare la tesi di Insel e Akiskal⁸, i quali hanno proposto di collocare questi pazienti all’estremo clinicamente più grave dello spettro del DOC. Al contrario, queste evidenze, in accordo con quanto ipotizzato da Bogetto et al.¹⁸, sembrerebbero dare plausibilità all’idea che suggerisce di considerare il disturbo ossessivo-compulsivo con sintomi psicotici come una particolare condizione psicopatologica propria dello spettro schizofrenico, la quale potrebbe consentire ai pazienti di rimanere in uno stato di psicosi atipica o abortiva, situandosi all’interno di quell’insieme di forme cliniche di difficile interpretazione che Hoch e Polatin²³ avevano a loro tempo definito con il termine di “schizofrenia pseudonevrotica”. Quest’ultima posizione teorica, che, tuttavia, necessita di ulteriori conferme empiriche, riapre l’annosa questione sulla possibile esistenza di un sottotipo distinto di disturbo schizofrenico caratterizzato specificatamente dalla presenza di una rilevante fenomenica ossessivo-compulsiva²⁵.

Si vogliono, da ultimo, sottolineare alcuni limiti del disegno sperimentale approntato in questa ricerca. Anzitutto, il numero esiguo di pazienti affetti da DOC con manifestazioni psicotiche qui esaminati (n = 20), le cui caratteristiche psicopatologiche necessitano di ulteriori conferme in campioni più ampi di popolazione affetta da disturbo ossessivo-compulsivo. In secondo luogo, è bene ricordare che il test di correlazione di Spearman evidenzia rapporti di semplice coesistenza tra le variabili esaminate. Per un’analisi più approfondita delle loro eventuali relazioni di predittività, è necessario sottoporre le ipotesi psicopatologiche qui formulate al vaglio di ricerche empiriche di tipo longitudinale. In terzo luogo, occorre ricordare che tutti i soggetti ossessivi qui esaminati erano, al momento del reclutamento, in terapia farmacologica con SSRI o clomipramina. Pertanto, al fine di verificare le ipotesi psicopatologiche qui formulate, è necessario ripetere l’analisi statistica in popolazioni ossessive non in trattamento con farmaci psicotropi, i

quali, infatti, potrebbero far risentire i loro effetti su alcune delle variabili psicopatologiche indagate in questa ricerca.

Bibliografia

- Westphal K. *Über Zwangsvorstellungen*. Nervenkr 1878;8:734-50.
- Bleuler E. *Lehrbuch der psychiatrie*. Berlin: Springer 1969.
- Freud S. *Il Senso dei Sintomi* (1915). Torino: Bollati Boringhieri 1980.
- Kraepelin E. *Psychiatrie, VIII edition*. Leipzig: Barth 1913.
- Stanghellini G, Ballerini A. *Ossessione e rivelazione*. Torino: Bollati Boringhieri 1992.
- Jaspers K. *Allgemeine psychopathologie*. Berlin: Springer 1913.
- Giannelli A. *Riflessioni cliniche sui rapporti fra ossessività e psicosi*. Bollettino Scientifico di Informazione 1998;5:3-9.
- Insel T, Akiskal H. *Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenologic analysis*. Am J Psychiatry 1986;143:1527-33.
- Eisen J, Rasmussen S. *Obsessive-compulsive disorder with psychotic features*. J Clin Psychiatry 1993;54:373-9.
- Fear C, Sharp H, Healy D. *Obsessive-compulsive disorder with delusions*. Psychopathology 2000;33:55-61.
- Fontenelle L, Lopes A, Borges M, et al. *Auditory, visual, tactile, olfactory, and bodily hallucinations in patients with obsessive-compulsive disorder*. CNS Spectr 2008;13:125-30.
- Marazziti D, Dell’Osso L, Di Nasso E, et al. *Insight in obsessive-compulsive disorder: a study of a clinical sample*. Eur J Psychiatry 2002;17:407-10.
- Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T. *Obsessive-compulsive disorder with poor insight*. Compr Psychiatry 2002;43:150-7.
- Turksoy N, Turkel R, Ozdemir O, et al. *Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder*. J Anxiety Dis 2002;16:413-23.
- Jenike M. *Coexistent obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder: a poor prognostic indicator*. Arch Gen Psychiatry 1986;43:296-301.
- Joffe R, Swinson R, Regan J. *Personality features of obsessive-compulsive disorder*. Am J Psychiatry 1988;145:1127-9.
- Baer L, Jenike M. *Standardized assessment of personality disorders in obsessive-compulsive disorder*. Arch Gen Psychiatry 1990;47:826-30.
- Bogetto P, Bellino S, Ravizza L. *Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbo schizotipico di personalità: uno studio con la scala di Bonn per i sintomi di base*. Giorn Ital Psicopat 1999;5:249-57.
- World Health Organization (WHO). *ICD-10: international classification of diseases, 10th edition*. Geneve: WHO Press 1992.
- American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, IV edition, text revised*. Washington DC: APA Press 2000.

- ²¹ Rosenthal D, Kety S. *The transmission of schizophrenia*. New York: Pergamon 1968.
- ²² Kendler K, McGuire M, Gruenberg A. *The Roscommon family study, methods, diagnosis of probands and risk of schizophrenia in relatives*. Arch Gen Psychiatry 1993;50:527-40.
- ²³ Hoch P, Polatin P. *Pseudoneurotic forms of schizophrenia*. Psych Quart 1949;23:248-76.
- ²⁴ Bottas A, Cooke R, Richter M. *Comorbidity and pathophysiology of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: is there evidence for a schizo-obsessive subtype of schizophrenia*. J Psychiatry Neurosci 2005;30:187-93.
- ²⁵ Sevincok L, Akoglu A, Arlantas H. *Schizo-obsessive and obsessive-compulsive disorders: comparison of clinical characteristics and neurological soft signs*. Psychiatry Res 2006;145:241-8.
- ²⁶ Poyurovski M, Kriss V, Weisman G. *Comparison of clinical characteristics and comorbidity in schizophrenia patients with or without obsessive-compulsive disorder*. J Clin Psychiatry 2003;64:1300-7.
- ²⁷ Schafer M, Klier C, Papegeorgiou K, et al. *Early detection of psychotic disorders*. Neuropsychiatry 2007;89:241-8.
- ²⁸ Niendam T, Berzak J, Cannon T, et al. *Obsessive-compulsive symptoms in the psychosis prodrome: correlates of clinical and functional outcome*. Schizophr Res 2009;108:170-5.
- ²⁹ Huber G, Gross G, Klosterkötter J. *Endogene psychosen, diagnostik, basissymptome und biologische parameter*. Stuttgart: Springer 1982.
- ³⁰ Klosterkötter J. *Basissymptome und endphanomene der schizophrenie*. Berlin: Springer 1988.
- ³¹ Strauss J. *Hallucinations and delusions as points on a continua function*. Arch Gen Psychiatry 1969;21:45-50.
- ³² First M, Spitzer R, Gibbon M. *Structured clinical interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID I), clinical version*. New York: New York State Psychiatric Institute 1998.
- ³³ Goodman W, Price L, Rasmussen S, et al. *The Yale-Brown obsessive-compulsive scale: development, use and reliability*. Arch Gen Psychiatry 1989;46:1006-16.
- ³⁴ Andreasen N. *Schizophrenia: scale per la valutazione dei sintomi positivi e negativi (SAPS e SANS)*. Milano: Raffaello Cortina 1996.
- ³⁵ Gross G, Huber G, Klosterkötter J. *Scala di Bonn per la valutazione dei sintomi di base (BSABS)*. Pisa: ETS 1992.
- ³⁶ Stangl D, Pfohl B, Zimmerman M. *Structured interview for the DSM-IV personality disorders (SIDP-IV)*. Arch Gen Psychiatry 1994;42:591-6.
- ³⁷ Ganesan V, Kumar T, Khanna S. *Obsessive-compulsive disorder and psychosis*. Can J Psychiatry 2001;46:750-4.
- ³⁸ Klosterkötter J. *The meaning of basic symptoms for the development of schizophrenic psychosis*. Neurol Psychiatry Brain Res 1992;1:30-41.
- ³⁹ O'Dwyer A, Marks I. *Obsessive-compulsive disorder and delusions revisited*. Br J Psychiatry 1999;173:281-4.
- ⁴⁰ Fear C, Healy D. *Obsessive-compulsive disorder and delusional disorder: notes on their history, nosology and interface*. J Serotonin Res 1995;1:1-13.
- ⁴¹ Klemperer F. *Compulsions developing into command hallucinations*. Psychopathology 1999;29:249-51.