

Il coinvolgimento dei familiari nei sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo: valutazione del fenomeno e ricerca dei predittori

Family accommodation of obsessive-compulsive disorder symptoms: prevalence and predictors

U. Albert, C. Brunatto,
G. Maina, F. Bogetto

Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Summary

Objectives

The aim of the study was first to examine family accommodation among relatives of Italian patients with obsessive-compulsive disorder, and second, to search for potential predictors of higher accommodation.

Methods

Family accommodation was assessed among 141 non-psychiatrically ill family members of 97 patients with obsessive-compulsive disorder (DSM-IV; SCID) with the Family Accommodation Scale (FAS). Correlates of Family Accommodation were examined by means of t-test for independent samples and Pearson correlations; variables significantly associated with the FAS scale were entered into a stepwise multiple linear regression analysis with the FAS total score as the dependent variable.

Results

Family accommodating behaviours were common among relatives, with

the provision of reassurance the most frequent practice (occurring on a daily basis among 47.5% of relatives). A higher total score on the Family Accommodation Scale was associated with higher obsessions scores on the Y-BOCS, higher scores on the contamination/cleaning symptom dimension, with positive family history for an Anxiety Disorder, with acute onset of the disorder, with a current Axis I disorder and specifically with a current Mood Disorder (Table I). When stepwise multiple linear regression analysis was performed, a higher FAS total score was predicted by the contamination/cleaning symptom dimension score and by a family history of another Anxiety Disorder only (Table VII).

Conclusions

Family accommodation is ubiquitous among OCD caregivers. Family-focused interventions might be offered to relatives of OCD patients and the identification of predictors of higher accommodation might be useful to select those subjects who could benefit more from such interventions.

Key words

Obsessive-Compulsive Disorder • Family accommodation • Predictors

Introduzione

Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) ha un impatto significativo sulla vita di chi ne soffre e su quella di chi pur non avendo il disturbo si trova con esso coinvolto. I sintomi specifici del DOC quali ossessioni e compulsioni non solo compromettono il funzionamento personale, sociale e lavorativo dell'individuo malato ma anche quello di chi con esso convive. Negli ultimi anni diversi autori hanno confermato la scarsa qualità di vita dei pazienti affetti da DOC in campioni sia clinici che epidemiologici¹⁻⁵. Tale compromessa qualità di vita, almeno per quanto riguarda alcune dimensioni, come il benessere psicologico e le relazioni sociali,

Corrispondenza

dott. U. Albert, Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino, via Cherasco 11, 10126 Torino, Italia • Fax +39 011 673473 • Tel. +39 011 6335425 • E-mail: umberto_albert@hotmail.com

sembra infatti, essere peggiore in pazienti affetti da DOC o comparati ad altri pazienti con disturbi psichiatrici cronici come la schizofrenia ³.

Il DOC sembra, inoltre, compromettere in modo grave il funzionamento familiare e la qualità di vita dei familiari stessi. Stengler-Wenzke et al. dimostrano che comparata a quella della popolazione generale, i familiari di pazienti affetti da questo disturbo riferiscono una qualità di vita nettamente peggiore ⁶. Attraverso un'indagine condotta con l'utilizzo del *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36) si evidenzia che i familiari di pazienti affetti da DOC mostrano una compromessa qualità di vita specificatamente alle sub-scale relative alla limitazione di ruolo dovuta alla salute fisica, vitalità, funzionamento sociale, limitazione di ruolo dovuta a problemi emozionali, e salute mentale. Inoltre, se si analizzano i fattori che sembrano essere indici di una più scarsa qualità di vita, è interessante notare che per quanto riguarda il punteggio relativo alla componente mentale ciò che risulta maggiormente predittivo è la gravità del disturbo (punteggio totale alla Y-BOCS) mentre per quanto riguarda il punteggio relativo alla componente fisica, il genere femminile, l'età e il punteggio totale alla *Family Accommodation Scale* (FAS) ⁷.

Tra i disturbi mentali, infatti, il DOC è caratteristico proprio per la consistenza e complessità con la quale tende a coinvolgere i familiari sia in maniera aspecifica che specifica. I familiari di pazienti ossessivo-compulsivi sopportano il carico di vivere e prendersi cura di una persona con un disturbo cronico e invalidante (coinvolgimento aspecifico). La rilevanza di tale coinvolgimento (*Burden*), definito indiretto, è ampiamente documentata in letteratura ^{8,9}. Cooper et al. ¹⁰ hanno riscontrato che l'82% dei familiari riferisce limitazioni nella propria vita personale e sociale e la stessa percentuale riferisce che il carico sostenuto è gravoso. In uno studio recente Gururaj et al. ¹¹ sottolineano che, sebbene il carico familiare misurato con la *Family Burden Schedule* sia significativamente maggiore in parenti di pazienti schizofrenici rispetto ai DOC, per quanto riguarda alcune dimensioni quali tempo libero, impatto sulla salute fisica e mentale dei familiari e sulle interazioni familiari, i due gruppi sono simili.

Il DOC ha, tuttavia, effetti significativamente negativi sul funzionamento familiare, nello specifico, in relazione al tipo di risposta che i familiari for-

niscono ai sintomi del paziente (coinvolgimento specifico) ¹². Van Noppen et al. ¹³ hanno ipotizzato che la risposta dei familiari alle ossessioni e compulsioni del paziente possa collocarsi lungo un continuum ad un estremo del quale si trova la tendenza ad una spiccata accondiscendenza (colusione) mentre all'opposto una risposta improntata su una forte opposizione (collisione). Questo tipo di coinvolgimento definito specifico o diretto, o con il termine Inglese di *Family Accommodation*, è presente in un'elevata percentuale di famiglie di pazienti DOC ^{14,15}. Calvocoressi et al. ¹⁶, i primi ad utilizzare uno strumento specifico per la valutazione del coinvolgimento specifico (FAS) su un campione di 36 pazienti adulti, riportano che l'88% delle famiglie è coinvolto nei sintomi del paziente ed esiste un'associazione tra punteggi elevati alla FAS, stress e carico familiare.

Attualmente resta, pertanto, di grande interesse considerare il coinvolgimento diretto dei familiari nei sintomi OC e valutare se esistono e quali sono i fattori che possono facilitarlo e quindi predirlo. Tale valutazione ha un duplice scopo clinico. Il primo è quello di ottenere dati utili al fine di progettare interventi specifici, rivolti ad individui selezionati, che possano migliorare la qualità di vita di quei familiari che a tale coinvolgimento sembrano essere maggiormente predisposti per caratteristiche proprie, come il grado di parentela, il genere o l'età; o esposti per caratteristiche cliniche e sintomatologiche specifiche del paziente congiunto. Secondo, non meno importante, è quello di individuare alcune categorie di pazienti e/o di sintomi per i quali i comportamenti di coinvolgimento messi in atto dai familiari svolgerebbero una funzione di supporto e rinforzo in contrasto con le terapie farmacologiche o psicoterapeutiche. Come è noto, infatti, la Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC), unica specificatamente indicata al trattamento del DOC, esplica il suo effetto terapeutico seguendo un principio opposto, quello di guidare il paziente a tollerare l'ansia derivante dalle ossessioni, dilazionando e/o evitando la messa in atto della compulsione. A tal proposito, è interessante citare lo studio Ferrao et al. che riportano l'entità del coinvolgimento familiare tra le caratteristiche associate al DOC resistente ¹⁷, sebbene la direzionalità di tale relazione sia difficile da determinare.

Obiettivo di questo studio è: 1) riconfermare la presenza di un elevato grado di coinvolgimento familiare tra i parenti di pazienti con DOC, seb-

bene già ampiamente documentata in letteratura; 2) rilevare tra le caratteristiche sociodemografiche e/o cliniche dei familiari e dei pazienti stessi, i potenziali fattori che possono svolgere un ruolo di predittori di tale coinvolgimento. La potenziale associazione tra coinvolgimento familiare e caratteristiche del disturbo stesso è degna di ulteriori approfondimenti. In letteratura, l'unico studio che riporta dati specifici relativi a tale argomento rilevati su un campione di pazienti adulti riferisce tra i fattori maggiormente predittivi di un elevato punteggio alla FAS la gravità del disturbo (punteggio ottenuto alla Y-BOCS) e la presenza di ossessioni di contaminazione e compulsioni di lavaggio¹⁸. Sono necessari quindi altri studi che confermino questi dati in campioni indipendenti.

Materiali e metodi

Partecipanti

Sono stati reclutati pazienti con diagnosi principale di DOC (SCID-I)¹⁹. Sono stati inclusi nello studio pazienti con un punteggio totale alla *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS) ≥ 16 . I pazienti selezionati sono afferenti al Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia dell'Università di Torino, centro terziario di riferimento allocato all'interno della Clinica Universitaria e specializzato nel trattamento di pazienti con DOC.

Il protocollo è stato valutato e approvato dal comitato etico della Regione Piemonte. Tutti i pazienti che si sono resi disponibili allo studio hanno dato il loro consenso informato.

Per tutti i pazienti sono stati selezionati uno o più familiari sulla base dei seguenti criteri: maggiori di 18 anni, conviventi con il paziente negli ultimi 2 anni, senza anamnesi di malattia mentale, non coinvolti nella cura di altri familiari con disturbi psichiatrici. Tutti i pazienti hanno dato il loro consenso informato prima di coinvolgere i loro familiari nello studio.

Misure

Per raccogliere i dati di tutti i pazienti è stata utilizzata un'intervista faccia a faccia sistematica comprendente sezioni strutturate e semistrutturate. La valutazione diagnostica e la comorbidità di Asse I è stata effettuata con l'utilizzo della *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder*¹⁹. I disturbi di personalità sono stati valutati con l'uti-

lizzo della *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders* (SCID-II)²⁰.

Inoltre, attraverso l'utilizzo di un'intervista semi-strutturata sviluppata e utilizzata in precedenti studi²¹⁻²⁴, per tutti i pazienti sono state rilevate le seguenti caratteristiche:

- *sociodemografiche*: età, sesso, stato civile (single, coniugato, divorziato o vedovo), anni di scolarità;
- *esordio del disturbo*: è stato considerato il primo mese in cui i sintomi ossessivo-compulsivi si sono manifestati causando un disagio marcato, presenti per almeno un'ora al giorno e interferenti con il funzionamento sociale e lavorativo del soggetto. L'esordio dei sintomi è stato invece definito dall'età alla quale i primi sintomi OC erano stati notati dal soggetto;
- *sintomatologia*: la gravità dei sintomi OC è stata misurata attraverso la *10-item Y-BOCS*. È stata inoltre condotta l'analisi della tipologia di sintomatologia sia presente che passata attraverso l'ausilio della *Symptom Checklist*, considerando per ogni paziente tre tipologie di ossessioni e compulsioni primarie.

Per ogni paziente è stata rilevata la familiarità per il DOC, per i disturbi d'ansia, disturbi dell'umore, disturbi psicotici.

Sono state inoltre somministrate le seguenti scale per la valutazione rispettivamente dei sintomi ansiosi e depressivi associati: *Hamilton Rating Scale For Anxiety* (HAM-A), *17-item Hamilton Rating Scale for Depression* (HAM-D).

Tutti i familiari partecipanti allo studio sono stati direttamente intervistati con la *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Non-Patient version* (SCID-I/NP). Sono state inoltre rilevate età e sesso e grado di parentela con il familiare malato e per ognuno è stato valutato il coinvolgimento nei sintomi ossessivo-compulsivi.

Il grado di coinvolgimento specifico è stato misurato con la FAS sviluppata da Calvocoressi et al.¹⁶. La scala si compone di 13 item. I primi 9 item valutano due tipi di coinvolgimento: i primi 5 la partecipazione ai sintomi e gli altri 4 la compromissione del funzionamento dovuta al coinvolgimento nei sintomi. Il punteggio a questi 9 item è stato sommato per ottenere il punteggio totale di coinvolgimento familiare. L'item 10 valuta lo stress esperito nel coinvolgimento, mentre gli item 11, 12, e 13 valutano le conseguenze del non assecondare il paziente. Un punteggio elevato ai primi 5 item indica un elevato

coinvolgimento nei sintomi, un elevato punteggio agli item 6-9 indica un elevato impatto sul funzionamento familiare, infine, un elevato punteggio agli item 10-13 indica un elevato grado di stress personale.

Analisi dei dati

Per ricercare i predittori di coinvolgimento familiare è stato costruito un modello di regressione lineare nel quale il punteggio totale di coinvolgimento (somma dei primi 9 item della FAS) è stato considerato come variabile dipendente.

Nella rilevazione delle caratteristiche sintomatologiche dei pazienti, al fine di estrarre dall'eterogeneità dei numerosi sintomi riconducibili al DOC un numero limitato di fattori o dimensioni sintomatologiche è stata condotta un'analisi fattoriale della sintomatologia ossessivo-compulsiva con estrazione secondo il metodo delle componenti principali. A differenza degli studi che identificano sottotipi di pazienti DOC diversi e mutualmente esclusivi, con l'approccio dimensionale ogni paziente riporta un punteggio per una o più dimensioni sintomatologiche. Per ottenere i punteggi delle dimensioni sintomatologiche è stata effettuata un'analisi fattoriale su sette delle otto categorie di ossessioni e 6 delle 7 categorie di compulsioni proposte dalla *Symptoms Checklist* secondo un metodo utilizzato in precedenti studi²⁵⁻²⁷. Com'è pratica comune in questo tipo di analisi, le categorie di ossessioni e compulsioni miscelate sono state escluse in quanto contengono una gamma vasta o eterogenea di sintomi relativamente infrequenti. I sintomi presenti solo al momento dell'indagine (attuali), presenti solo in passato o presenti in entrambi i momenti (lifetime), sono stati codificati con 1, mentre i sintomi che il paziente non ha mai manifestato sono stati codificati con 0. Il numero di sintomi lifetime riconducibili ad ognuna delle 13 principali categorie sintomatologiche prese in esame è stato sommato per ottenere un punteggio. I fattori iniziali sono stati estratti utilizzando il metodo dell'analisi delle componenti principali (*principal component analysis*) e poi sottoposti a rotazione ortogonale (*Varimax*). I criteri utilizzati per ritenere validi i fattori così ottenuti sono stati *Eigenvalues* > 1 e interpretabilità del fattore.

Prima di procedere all'analisi di regressione sono state però indagate le correlazioni con il coeffi-

ciente di Pearson (variabili continue) e calcolati i t-test (variabili categoriali) in relazione al punteggio totale FAS (primi 9 item). Le variabili considerate sono le seguenti:

- 5 fattori o dimensioni sintomatologiche;
- descrittive delle caratteristiche sociodemografiche (età, genere, grado di parentela) dei familiari;
- descrittive delle caratteristiche sociodemografiche (età, genere, stato civile, anni di scolarizzazione) e cliniche (età d'esordio dei sintomi, età d'esordio del disturbo, tipo d'esordio, tipo di decorso, punteggio totale Y-BOCS, sottopunteggio Y-BOCS ossessioni, sottopunteggio Y-BOCS compulsioni, punteggio totale HDRS, punteggio totale HARS, comorbidità attuale, comorbidità lifetime, familiarità per il DOC, familiarità per disturbi d'ansia, familiarità per disturbi dell'umore, familiarità per disturbi psicotici, presenza di disturbi d'ansia attuali e lifetime, presenza di disturbi dell'umore attuali e lifetime) dei pazienti.

In ultimo, le variabili risultate significative alle analisi summenzionate (coefficiente di correlazione di Pearson, t-test) sono state introdotte in un modello di regressione lineare multipla con il metodo *stepwise selection* con il punteggio globale di coinvolgimento alla FAS come variabile dipendente (p d'inserimento = 0,05, p d'esclusione = 0,10).

Risultati

Caratteristiche del campione

Le caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei 97 pazienti inclusi nello studio pazienti sono espone nella Tabella I.

Hanno preso parte allo studio 97 pazienti DOC di età media pari a 35,55 anni, 49 (50,5%) erano maschi e 48 (49,5%) femmine. Per il 33% dei partecipanti l'esordio del DOC è stato di tipo improvviso, mentre per il 67% è stato di tipo insidioso, inoltre, il 57,7% riporta un decorso cronico oscillante, il 17,5% cronico stabile, il 15,5% episodico e il 9,3% cronico deteriorante. Il punteggio medio alla Y-BOCS è di 25,32, equivalente ad un livello di gravità moderata, mentre i punteggi medi relativi alle due sottoscale concernenti le ossessioni e le compulsioni sono rispettivamente pari a 12,97 e 12,57. Per quanto la presenza di sintomatologia depressiva o ansiosa associata,

TABELLA I.Caratteristiche socio-demografiche e cliniche di 97 pazienti DOC. *Socio-demographic and clinical characteristics of 97 OCD patients.*

Pazienti DOC	Media/N	DS/%
Età, m ± DS	35,55	12,27
Anni di scolarizzazione, m ± DS	11,95	3,22
Sesso, n (%)		
Maschi	49	50,5
Femmine	48	49,5
Stato civile, n (%)		
Single	47	48,5
Sposati	46	48,5
Separati	4	4,1
Età d'esordio dei sintomi, m ± DS	16,93	9,16
Età d'esordio del disturbo, m ± DS	22,91	10,40
Tipo d'esordio, n (%)		
Improvviso	32	33
Subdolo	65	67
Tipo di decorso, n (%)		
Cronico stabile	17	17,5
Cronico oscillante	56	57,7
Episodico	15	15,5
Cronico deteriorante	9	9,3
Y-BOCS, media ± DS		
Punteggio totale	25,32	6,2
Sottopunteggio ossessioni	12,97	3,1
Sottopunteggio compulsioni	12,57	3,1
HDRS, media (± DS)	9,76	5,6
HARS, media (± DS)	11,96	7,1
Comorbidità attuale, n (%)		
Almeno un disturbo di Asse I	57	58,8
Disturbi dell'umore	45	46,4
Disturbi d'ansia	16	16,5
Comorbidità lifetime, n (%)		
Almeno un disturbo di Asse I	72	74,2
Disturbi dell'umore	57	58,8
Disturbi d'ansia	27	27,8
Familiarità, n (%)		
Per il DOC	24	24,7
Per disturbi dell'umore	30	30,9
Per disturbi d'ansia	18	18,6
Per disturbi psicotici	1	1

TABELLA II.Caratteristiche socio-demografiche di 141 familiari. *Socio-demographic characteristics of 141 family members.*

Familiari	Media/N	DS/%
Età, m ± DS	50,56	13,2
Sesso, n (%)		
Maschi	61	43,3
Femmine	80	56,7
Rapporto di parentela, n (%)		
Genitori	80	56,7
Coniugi	48	34
Figli	5	3,5
Fratelli/sorelle	8	5,7

i punteggi medi riportati al HDRS e HARS sono di 9,76 e 11,96. Il campione presenta inoltre alti tassi di comorbidità *lifetime* per i disturbi di asse I, pari al 74,2%: alte frequenze sono state rilevate soprattutto per i disturbi dell'umore (58,8%) e per i disturbi d'ansia (27,8%).

Nella Tabella II sono mostrate le caratteristiche socio-demografiche dei familiari. Per ogni paziente sono stati coinvolti uno o più familiari per un numero complessivo di 141, in conformità con i criteri d'inclusione. Il campione di familiari risulta composto di 80 genitori (56,7%), 48 coniugi (34%), 5 figli (3,5) e 8 fratelli/sorelle (5,7%) con un'età media pari a 50,56 anni.

Coinvolgimento specifico (FAS)

La media dei punteggi globali di coinvolgimento (FAS, item 1-9) del campione è pari a 16,24 (± 7,13 DS). Le condotte di coinvolgimento diretto vengono messe in atto dal 100% dei soggetti; il 19,9% dei familiari (28 soggetti) presenta un livello di coinvolgimento lieve (punteggio totale compreso tra 1-9 punti), il 39,7% (56 soggetti) presenta un livello moderato (punteggio compreso tra 10-18 punti), per il 34,7% (49 soggetti) dei familiari il coinvolgimento è grave (punteggio compreso tra 19-27 punti) e per il 5,7% (8 soggetti) di essi è gravissimo (punteggio compreso tra 28-36 punti).

Nella Tabella III sono mostrate le percentuali di frequenza delle risposte ai singoli item della FAS. Non sono state rilevate differenze nel punteggio totale alla FAS tra famiglie con più di un familiare incluso per paziente e famiglie con un unico familiare incluso per paziente (famiglie 1/2-x: n

= 79, FAS: 16,06 ± 6,78; famiglie 1/1: n = 62, FAS: 16,40 ± 7,61; t = ,280, df = 139, p = ,780). Non è stata rilevata, inoltre, una differenza tra i punteggi FAS rilevati a seconda della tipologia di familiare incluso nello studio: genitori: n = 80, FAS: 15,74 ± 7,15; coniugi: n = 48, FAS: 17,42 ± 7,28; figli: n = 5, FAS: 16,00 ± 7,97; sorelle/fratelli: n = 8, FAS: 13,88 ± 5,38; ANOVA: F = ,860, p = ,464.

Dimensioni sintomatologiche (Y-BOCS-SC)

Dall'analisi fattoriale condotta sulle dimensioni sintomatologiche sono emersi 5 fattori mutualmente indipendenti che spiegano il 67,72% della varianza totale della *Y-BOCS Symptom Checklist* (Tab. IV): fattore 1 = ossessioni di simmetria/precisione e compulsioni di ripetizione, ordinare/rassettere e conteggio (varianza spiegata 15,88%); fattore 2 = ossessioni di contaminazione, compulsioni di pulizia/lavaggio e ossessioni somatiche (varianza spiegata 15,74%); fattore 3 = ossessioni di accumulo/risparmio e compulsioni di accumulo/collezionare (varianza spiegata 14,37%); fattore 4 = ossessioni sessuali, aggressive e religiose (varianza spiegata 12,65%); fattore 5 = compulsioni di controllo (varianza spiegata 9,09%).

Correlazioni e t-test tra coinvolgimento specifico (FAS) e variabili socio-demografiche/cliniche di familiari e pazienti

Per quanto concerne l'analisi delle correlazioni esistenti tra il punteggio totale alla FAS e le variabili socio-demografiche e cliniche dei pazienti si è riscontrato che la variabile continua relativa al sot-

TABELLA III.

Percentuali di frequenza delle risposte ai singoli item della FAS. *Proportion of relatives responding to each item of the FAS.*

FAS Item	%				
	Mai	1/3 volte mese	1/2 volte settimana	3/6 volte settimana	Quotidianamente
1) Quanto spesso avete rassicurato il paziente?	8,5	8,5	14,2	21,3	47,5
2) Quanto spesso avete procurato materiale per le compulsioni al paziente?	61,7	15,6	9,2	2,1	11,3
3) Quanto spesso avete partecipato alle compulsioni del paziente?	25,5	13,5	11,3	14,2	35,5
4) Quanto spesso avete aiutato il paziente ad evitare situazioni che potrebbero renderlo più ansioso?	10,6	9,2	21,3	16,3	42,6
5) Avete evitato di fare cose, andare in posti o stare con persone a causa del DOC del paziente?	31,9	26,2	12,8	9,2	19,9
	Mai	A volte	Abbastanza	Molto	Moltissimo
6) Avete modificato la routine della vostra famiglia a causa dei sintomi del paziente?	14,9	26,2	27	17	14,9
7) Avete dovuto fare alcune cose per la famiglia che usualmente sono responsabilità del paziente?	19,9	31,9	22,7	18,4	7,1
8) Avete modificato il vostro orario di lavoro a causa delle necessità del paziente?	48,2	31,2	14,9	3,5	2,1
9) Avete modificato le vostre attività nel tempo libero a causa delle necessità del paziente?	20,6	29,1	24,1	19,9	6,4
10) Aiutare il paziente in questo modo vi causa stress?	7,8	27	27,7	28,4	9,2
11) Il paziente è più ansioso quando non gli avete prestato assistenza?	10,6	31,2	29,8	19,1	9,2
12) Il paziente è diventato aggressivo o offensivo quando non gli avete prestato assistenza?	30,5	34	12,8	15,6	7,1
13) Il tempo impiegato per svolgere i rituali aumenta se non fornite aiuto?	25,5	30,5	21,3	15,6	7,1

topunteggio Y-BOCS ossessioni correla positivamente con il grado di coinvolgimento rilevato alla FAS. Nella Tabella V sono mostrate le correlazioni tra il punteggio totale FAS e le variabili continue concernenti le caratteristiche socio-demografiche dei familiari e le caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti.

Dall'indagine condotta mediante l'indice di correlazione di Pearson per identificare possibili associazioni fra le cinque dimensioni sintomatologiche

o fattori e il punteggio globale di coinvolgimento alla FAS è risultato che la presenza di ossessioni di contaminazione, compulsioni di lavaggio/pulizia e ossessioni somatiche (fattore 2) è associata in maniera statisticamente significativa a un grado più elevato di coinvolgimento nella sintomatologia da parte dei familiari (punteggio totale FAS). Nella Tabella VI sono mostrate le correlazioni tra il punteggio totale FAS e i 5 fattori o dimensioni sintomatologiche ricavate attraverso un'analisi

TABELLA IV.

Analisi in componenti principali delle 13 maggiori categorie di sintomi della YBOCS-SC. *Principal component analysis of the 13 major symptom categories of the YBOCS-SC.*

Categorie Y-BOCS-SC	Fattori				
	1	2	3	4	5
Ossessioni di simmetria-precisione	,725	,166	-,149	-,100	,005
Compulsioni di ripetizione	,664	-,221	-,021	,224	-,146
Compulsioni di riordinare-rassettare	,648	,276	-,098	-,255	-,103
Compulsioni di conteggio	,613	-,157	,074	,138	,163
Ossessioni di contaminazione	-,210	,873	-,118	,038	,026
Compulsioni di lavaggio-pulizia	,038	,781	-,160	-,101	,051
Ossessioni somatiche	,176	,595	-,032	,188	-,083
Compulsioni di accumulo-collezionare	-,103	-,119	,917	-,016	-,066
Ossessioni di accumulo-risparmio	-,015	-,096	,912	-,047	-,029
Ossessioni sessuali	-,070	,098	,043	,808	-,210
Ossessioni aggressività	,022	-,129	-,320	,693	,349
Ossessioni religiose	,456	,302	,115	,564	,192
Compulsioni di controllo	-,021	-,012	-,022	,009	,951
Varianza spiegata	15,88	15,74	14,37	12,65	9,09

TABELLA V.

Correlazioni fra il punteggio totale alla FAS e le variabili continue relative a 97 pazienti con DOC e 141 familiari. *Bivariate correlations between FAS total scores and continuous variables of both patients (n = 97) and relatives (n = 141).*

	Coefficiente di Pearson	p
Pazienti DOC		
Età attuale	,077	,365
Anni di scolarizzazione	,053	,531
Età d'esordio dei sintomi	,150	,078
Età d'esordio del disturbo	,050	,556
Y-BOCS	,139	,099
Y-BOCS sottoscala ossessiva	,194	,021
Y-BOCS sottoscala compulsiva	,096	,255
HDRS	,073	,387
HARS	,130	,126
Familiari		
Età attuale	-,022	,792

si fattoriale condotta su sette delle otto categorie di ossessioni e 6 delle 7 categorie di compulsioni proposte dalla *Symptoms Checklist*. Il t test effettuato sulle variabili categoriali ha inol-

tre rilevato che un elevato punteggio alla FAS si riscontra prevalentemente in familiari di pazienti che riportano: familiarità per i disturbi d'ansia (presente = 21,04 ± 5,44 vs. assente = 15,11 ±

TABELLA VI.

Correlazioni fra il punteggio totale alla FAS di 141 familiari e le cinque dimensioni sintomatologiche o fattori, relativi a 97 pazienti DOC. *Bivariate correlations between FAS total scores of 141 relatives and the five symptom dimension scores of the 97 OCD patients.*

	Coefficiente di Pearson	p
Fattore 1		
Osessioni di simmetria/precisione e compulsioni di ripetizione, ordinare/rasettare e conteggio	-,037	,664
Fattore 2		
Osessioni di contaminazione, compulsioni di pulizia/lavaggio e ossessioni somatiche	,220	,009
Fattore 3		
Osessioni di accumulo/risparmio e compulsioni di accumulo/collezionare	-,062	,464
Fattore 4		
Osessioni sessuali, aggressive e religiose	,068	,427
Fattore 5		
Compulsioni di controllo	,043	,612

7,02; $t = -4,104$; $df = 139$; $p = ,001$), una modalità d'esordio acuto (acuto = $18,20 \pm 6,96$ vs. insidioso = $15,29 \pm 7,04$; $t = 2,311$; $df = 139$; $p = ,023$), la presenza di un disturbo di asse I in comorbidità attuale (presente = $17,66 \pm 7,00$ vs. assente = $14,64 \pm 6,91$; $t = -2,726$; $df = 139$; $p = ,007$) e più nello specifico la presenza, in comorbidità di un disturbo dell'umore (presente = $17,86 \pm 6,01$ vs. assente = $14,94 \pm 7,65$; $t = -2,464$; $df = 139$; $p = ,013$).

Modello di regressione lineare

Le variabili risultate statisticamente significative alle analisi statistiche illustrate (punteggio alla sottoscala ossessiva della Y-BOCS, familiarità per i disturbi d'ansia, modalità d'esordio del DOC, Comorbidità attuale con almeno un disturbo di asse I, disturbi dell'umore presenti, sintomatologia – fattore 2) sono state introdotte in un modello di Regressione Lineare Multipla con il metodo stepwise selection con il punteggio alla FAS come variabile dipendente. I risultati della regressione sono illustrati in Tabella VII: la familiarità per i disturbi d'ansia e la presenza di ossessioni di contaminazione e compulsioni di lavaggio nel paziente DOC predicono un alto punteggio totale alla FAS e dunque un elevato grado di coinvolgimento del familiare.

Discussione

Come ipotizzato, il nostro studio conferma che la maggior parte dei pazienti affetti da DOC tende a coinvolgere i propri familiari nei sintomi. Tutti i partecipanti allo studio presentano almeno un grado lieve di coinvolgimento (punteggio globale FAS). Infatti, questo disturbo dalle peculiari caratteristiche sintomatologiche induce spesso i pazienti a richiedere l'ausilio di uno o più familiari al fine di ottenere rassicurazioni, controlli o verifiche circa le tematiche ossessive o piuttosto facilitazioni e assistenza e sostegno durante la messa in atto delle compulsioni.

Il punteggio globale medio riscontrato alla FAS è comparabile con quanto presentato da Calvocoresi nello studio di validazione dello strumento¹⁶ ed è in linea con altri studi presenti in letteratura^{11 28 29}. Come risulta dalla prima sezione della FAS (item 1-5), le due condotte messe in atto con maggior frequenza dai familiari sono il fornire rassicurazioni e il prestare aiuto nell'evitamento di situazioni che possono rendere più ansioso il paziente. Il 47,5% dei soggetti rassicura il parente affetto da DOC ogni giorno, e tale percentuale sale fino all'83% se le rassicurazioni sono fornite almeno una volta la settimana. Con tale comportamento si fa riferimento al tentativo di dare sollievo alle ossessioni del paziente, come il garantire che il

TABELLA VII.

Analisi di Regressione Lineare Multipla secondo il metodo stepwise per i predittori del punteggio globale alla FAS.
Multiple Linear Regression Analysis yielding the predictors of FAS total scores.

	Punteggio totale FAS			
	β^*	ES (β^*)	t	p
(Costante)	15,103	,624	24,220	< ,001
Familiarità per i disturbi d'ansia	5,837	1,420	4,109	,001
Punteggio fattore 2**	1,501	,562	2,669	,009

* Coefficienti non standardizzati; ** Ossessioni di contaminazione, compulsioni di pulizia/lavaggio e ossessioni somatiche.
 $R^2 = ,153$; R^2 corretto = ,141; $F = 12,366$; $p < ,001$.

rituale sia stato effettuato esattamente secondo le modalità stabilite (il paziente chiede di avere un controllore esterno che garantisca l'appropriatezza dell'esecuzione del rituale), o per alleviare il dubbio patologico, come ad esempio il timore di aver arrecato danno a terzi a causa di una propria disattenzione. È importante sottolineare che si fa riferimento a assicurazioni specifiche concernenti i sintomi del DOC, vengono invece escluse tutte le assicurazioni generiche fornite al paziente. Il 42,6% dei soggetti presta giornalmente aiuto al malato nell'evitamento di situazioni potenzialmente ansiogene che fungono da stimolo per lo scatenarsi del meccanismo ossessivo-compulsivo, e l'80% lo fa almeno settimanalmente: un esempio di tale comportamento consiste nel predisporre ambienti dove il malato vive (pulendo, riordinando) esattamente secondo i dettami ossessivi da lui forniti, al fine di facilitare l'esecuzione dei rituali o evitare l'innescamento del meccanismo che ne porterebbe alla messa in atto. Il 35,5% partecipa direttamente alle compulsioni del paziente ogni giorno prestandosi, per esempio, ad eseguire complessi rituali di lavaggio o controllo insieme o addirittura al posto del paziente. Esaminando la seconda sezione della FAS (item 6-9), emergono inoltre consistenti modificazioni del funzionamento personale e familiare causate dal disturbo del paziente. L'85% del campione riferisce, infatti, che tale sintomatologia interferisce nella routine familiare, e l'80% riporta di aver dovuto sostituire il paziente nello svolgimento di compiti volti al benessere della famiglia normalmente di responsabilità del malato. La medesima percentuale risponde inoltre che tale interferenza si ripercuote anche sulle attività di svago del tempo libero.

È evidente dunque che il DOC non incide negativamente solo sulla qualità della vita dei pazienti,

come numerosi studi presenti in letteratura dimostrano, ma anche su quella dei familiari conviventi. Come dimostrato da Stengler-Wenzke⁶ e colleghi attraverso l'utilizzo dello WHOQOL-BREF in un campione di familiari di pazienti DOC (n = 74) confrontato alla popolazione generale tedesca (n = 315) la qualità di vita dei familiari risulta compromessa in diverse dimensioni, come l'area della salute fisica, delle relazioni sociali e, in modo più marcato, della salute psicologica. Nonostante non sia possibile operare un confronto diretto a causa della diversità degli strumenti, questo risultato è stato confermato da Albert et al. nel 2007⁷ che hanno riportato che la qualità di vita dei familiari risulta compromessa rispetto alla norma italiana per quanto riguarda limitazioni fisiche all'assunzione di ruolo, vitalità, funzionamento sociale, limitazioni emozionali all'assunzione di ruolo, e stato di salute mentale; dallo stesso studio è emerso che il grado di coinvolgimento familiare nei sintomi misurato con la FAS figura tra i predittori di una più grave compromissione della qualità della vita. La connessione esistente tra coinvolgimento dei familiari nel DOC e qualità di vita compromessa degli stessi è dunque consistente e il comportamento di coinvolgimento, sia di collusione che di collisione, sembra determinare direttamente un abbassamento della qualità di vita. Il grado di coinvolgimento della famiglia nella sintomatologia del paziente è inoltre verosimilmente correlato un aumento del carico assistenziale percepito dalla famiglia. Questo dato è supportato dalla correlazione inversa tra il punteggio ZBI e SF-36⁷.

L'analisi delle condotte attraverso le quali si esplica il coinvolgimento nei sintomi risulta pertanto di fondamentale importanza a causa del profondo impatto che determinano sulla Qualità della Vita dei familiari di pazienti con DOC, e del già

appurato effetto di consolidamento da esse esercitato sulla sintomatologia ossessivo-compulsiva. L'interesse per la ricerca di quei fattori che, fra le caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti e dei loro familiari, possono facilitare o indurre la messa in atto dei comportamenti sopra descritti e dunque predirli, si inserisce appunto all'interno di questo scenario.

La sola pubblicazione attualmente presente in letteratura che abbia ricercato specificatamente i predittori del coinvolgimento in familiari di pazienti adulti (n = 110) rileva come tali la presenza di ossessioni di contaminazione e compulsioni di lavaggio e la gravità del DOC misurata dalla Y-BOCS¹⁸. La relazione tra questa variabile e il livello di coinvolgimento era stata già precedentemente indagata da Storch et al. nel 2007 sebbene la direzione di tale nesso non fosse stata specifica³⁰. Recentemente sono state postulate numerose ipotesi circa le caratteristiche sia proprie dei familiari che dei pazienti che possono predire un elevato grado di coinvolgimento. Per quanto concerne i pazienti, la comorbidità con un disturbo dell'umore, come riportato da Cooper, sembra essere la condizione che affligge maggiormente i familiari¹⁰ ed eventualmente promuove un atteggiamento di accondiscendenza (che rientra quindi fra le condotte di coinvolgimento diretto) verso le richieste del paziente. Inoltre, l'essere genitore piuttosto che coniuge, di sesso femminile e/o di età avanzata potrebbe verosimilmente predire un grado elevato di coinvolgimento: in numerose pubblicazioni è stata infatti rilevata l'influenza che tali variabili esercitano sulla qualità della vita^{6,7} e sul carico percepito soggettivamente^{8,30} dai parenti di pazienti con DOC.

Dalla presente analisi risultano esercitare un effetto statisticamente significativo sul punteggio globale alla FAS numerose variabili quali: punteggio alla sottoscala ossessiva della Y-BOCS, comorbidità con almeno un disturbo di asse I, disturbo dell'umore presente, esordio acuto del DOC, familiarità con i disturbi d'ansia e sintomatologia concernente ossessioni di contaminazione e compulsioni di pulizia/lavaggio (fattore 2). Sebbene solo 2 di queste (risultate significative anche nel modello di regressione lineare) possano considerarsi veri e propri predittori di elevato coinvolgimento familiare (sintomatologia concernente ossessioni di contaminazione e compulsioni di pulizia/lavaggio, familiarità con i disturbi d'ansia) è opportuno formulare alcune ipotesi interpretative rispetto a tutte

le variabili la cui relazione con il punteggio FAS è risultata significativa. Il fatto che una maggior gravità della componente ossessiva del disturbo, misurata alla Y-BOCS (*obsession subscore*), si associ ad un grado più elevato di coinvolgimento è infatti parzialmente in accordo con i risultati riportati da Stewart et al. nel 2008¹⁸ che indicano la severità del DOC, (punteggio globale alla Y-BOCS) come predittore di un punteggio elevato alla FAS. Tuttavia, è verosimilmente ipotizzabile che una maggiore gravità della componente ossessiva induca i familiari ad accondiscendere maggiormente alle richieste del malato, aumentando l'entità del coinvolgimento collusivo, sostituendosi nel rituale o anticipando le "situazioni stimolo" per ridurre l'ansia del congiunto. La presenza di comorbidità con almeno un disturbo di asse I e la presenza di un disturbo dell'umore attuale non possono considerarsi variabili reciprocamente indipendenti, tuttavia si può affermare che la compresenza di più disturbi rende più grave il quadro clinico del paziente e, specificatamente una sintomatologia di tipo depressivo può essere affrontata dal familiare con una maggior dimostrazione di sollecitudine e collusione con i sintomi¹⁰. Viceversa, è comunque possibile che una famiglia altamente collidente e con un alto grado di aperto criticismo e rifiuto determini maggior ansia e sconforto nel paziente favorendo l'insorgere, ad esempio, di un disturbo di tipo depressivo secondario.

Un grado più elevato di coinvolgimento diretto risulta inoltre associato ad un esordio del DOC di tipo improvviso. L'esordio acuto avviene senza prodromi e a volte è preceduto da eventi stressanti, mentre nei casi di esordio insidioso in genere si accentuano sintomi subclinici che esistevano già parzialmente prima dell'esordio conclamato del disturbo. È ipotizzabile ad esempio che nel primo caso la percezione dell'egodistonia del disturbo sia più marcata e dunque il paziente si dimostri più richiedente verso i familiari.

La familiarità con i disturbi d'ansia e una sintomatologia caratterizzata da ossessioni di contaminazione e compulsioni di pulizia/lavaggio sono tuttavia le uniche due variabili per le quali è possibile utilizzare il termine di predittori, e dunque quei fattori che determinerebbero in maniera unidirezionale un aumento del punteggio alla FAS e dunque del livello di coinvolgimento dei familiari nella sintomatologia. Per quanto riguarda la prima variabile, una spiegazione può consistere in

un'aumentata sensibilità allo stato di necessità in cui verte un paziente affetto da tale tipo di patologia. È infatti possibile che nella storia personale del caregiver siano presenti altri familiari con disturbi d'ansia, per quanto non più affidati alle sue cure al momento attuale (il prestare assistenza ad un ulteriore familiare con gravi problemi di salute fisica o mentale costituiva un criterio d'esclusione dello studio). Se per esempio, in passato, un genitore, un partner o un altro congiunto a stretto contatto con l'individuo hanno presentato un disturbo d'ansia il familiare può essere maggiormente sensibile alle richieste del paziente con DOC e mostrarsi così più sollecito nell'accoglierle e nel soddisfarle. È riscontrato che un simile ipercoinvolgimento emotivo facilita la collusione con i sintomi e porta quindi ad un implicito consolidamento degli stessi³¹. Parallelamente, il trovarsi nuovamente a contatto con una situazione fonte di stress e angoscia, come il vivere a stretto contatto con un familiare affetto da disturbo d'ansia, può venire interpretato come una minaccia al proprio benessere o riportare al presente un momento difficile della vita del soggetto coinvolto. Ciò può favorire il desiderio di distacco o l'ostilità verso il malato determinando un atteggiamento di rifiuto e collisione verso i sintomi che aumenta l'ansia del paziente. Una simile condizione determina un incremento delle ossessioni e compulsioni e diminuisce la risposta al trattamento³¹.

Per quanto riguarda invece il secondo predittore, ovvero la presenza di ossessioni di contaminazione e compulsioni di pulizia/lavaggio, tale risultato trova conferma nell'unico altro studio pubblicato concernente i predittori di un elevato punteggio alla FAS¹⁸. La sintomatologia *washer* è indubbiamente una delle più diffuse e presenta delle caratteristiche che compromettono in modo particolare le dinamiche della vita familiare. È costituita da rituali che si esplicano concretamente nello spazio casalingo e pongono limitazioni all'utilizzo delle varie aree dell'abitazione. Il paziente presenta ossessioni riguardanti sporco, germi o sostanze contaminanti specifiche che rischiano di infettare lo spazio di vita e, in conseguenza, le persone che ci vivono e il paziente stesso. L'ambiente esterno rappresenta normalmente un elevato rischio di contaminazione e spesso tale problema incorre anche all'interno della casa qualora il paziente non riesca ad effettuare il rituale di pulizia/lavaggio esattamente come necessario. Le persone che

convivono con un paziente DOC con questo tipo di sintomi si trovano spesso a doverlo assistere durante il rituale per aiutarlo nell'esecuzione, ad esempio fornendogli materiale al momento opportuno, e a sottoporsi essi stessi al lavaggio ogni volta che rientrano dall'esterno. A volte il paziente può arrivare a limitare agli altri l'accesso ad alcune aree della casa e nei casi più gravi, il contatto con l'ambiente esterno viene giudicato troppo rischioso e il paziente non è più in grado di condurre un'attività lavorativa e così di contribuire alle necessità pratiche ed economiche della famiglia. È frequente un parziale ritiro dell'intera famiglia dalle relazioni sociali poiché uscire di casa comporta complessi rituali di "purificazione" al rientro e al tempo stesso ospitare amici o parenti significa introdurre potenziali agenti contaminanti nell'ambiente domestico scrupolosamente protetto dal paziente. Si tratta quindi di una sintomatologia che presenta numerose richieste e impone limitazioni e regole di comportamento, trasformando l'intero ambiente familiare in uno spazio di negoziazione.

Il presente studio soffre di alcuni limiti metodologici; innanzitutto sono stati arruolati più familiari per singolo paziente con DOC. Questo potrebbe portare teoricamente ad un errore di sovrastima dell'impatto del disturbo sulla famiglia nel caso in cui siano stati inseriti più familiari di singoli nuclei particolarmente problematici; in realtà il confronto tra il punteggio della FAS ottenuto dalle famiglie 1/1 (un solo familiare per paziente) e quello delle famiglie 1/2-x (due o più familiari per singolo paziente) non ha mostrato differenze statisticamente significative. Questo ci ha consentito di esaminare successivamente i predittori utilizzando tutti i familiari come unico gruppo. Un altro limite potenziale dello studio consiste nell'esiguità del campione incluso; questo ha impedito di valutare approfonditamente eventuali differenze nei predittori di maggior coinvolgimento a seconda della tipologia di familiare. È tuttavia da segnalare che non abbiamo riscontrato differenze statisticamente significative per quanto riguarda il punteggio totale della FAS tra genitori, coniugi, figli o fratelli/sorelle, così come il grado di parentela non è risultato nella analisi dei predittori un fattore significativo. Rimane chiaramente da verificare con un campione più ampio l'ipotesi di un effetto specifico del grado di parentela. Ulteriore limite consiste nell'utilizzo della SCID-I per la valutazione della eventuale presenza di disturbi di Asse I nei familiari: mentre ciò ha permesso di escludere

dal campione familiari con disturbi di Asse I sopra-soglia, non è stata indagata la presenza (e l'effetto quindi sul coinvolgimento nei sintomi) di sindromi sottosoglia (tra cui quindi anche sintomi ossessivo-compulsivi di gravità tale da non determinare un significativo disagio o una alterazione del funzionamento). Infine vi è da sottolineare che l'obiettivo del presente lavoro era verificare l'entità del coinvolgimento dei familiari nei sintomi e determinare quali fattori possono portare ad un maggior coinvolgimento; esula dal presente studio sia una valutazione dell'impatto del coinvolgimento familiare nel predire una non risposta ai trattamenti nel paziente, sia la valutazione dell'impatto del coinvolgimento familiare su eventuali ricadute in pazienti che abbiano inizialmente risposto ai trattamenti, sia, infine, l'effetto di specifici interventi sui familiari sul grado di coinvolgimento e sulla risposta alle terapie nei pazienti. La pianificazione di studi con tali obiettivi, infatti, richiede l'inclusione di campioni sia di pazienti che di familiari ben più numerosi. In conclusione, si può affermare che la ricerca dei predittori di un elevato coinvolgimento nei sintomi ossessivo-compulsivi è di fondamentale importanza per la pianificazione e la messa in atto di interventi terapeutici rivolti ai pazienti e ai loro familiari. Attraverso una conoscenza approfondita delle variabili che incrementano il grado di coinvolgimento diretto nei sintomi è possibile, infatti, identificare e selezionare i familiari che presentano un maggior coinvolgimento e che possono dunque trarre un maggior beneficio da interventi terapeutici appositamente progettati al fine di ridurre il loro coinvolgimento sia diretto (*accommodation*) che indiretto (*burden*) e quindi migliorare la loro qualità di vita. A questo proposito, in letteratura sono presenti diversi studi relativi a differenti modelli di intervento, che vanno dalla progettazione di gruppi psicoeducazionali o di supporto rivolti ai soli familiari^{32 33} o a familiari e pazienti^{34 35}, a interventi in appoggio alla terapia cognitivo-comportamentale che coinvolgono la coppia paziente e familiare in forma individuale (*Family Assisted Behavioural Therapy*) o di gruppo (*Multifamily Behavioural Therapy*)¹³. Agire non solo sul disturbo ma anche sul sistema familiare in cui il soggetto è inserito permette alle persone che si prendono cura di questi pazienti l'acquisizione di una maggior conoscenza della malattia e delle sue manifestazioni, nonché la promozione delle strategie di risposta più appropriate alle richieste del malato. Inoltre, aumentare la consapevolezza dei familiari può consentire

loro di svolgere un ruolo attivo nel trattamento del disturbo ed aumentare le probabilità di riuscita del trattamento che sia esso di tipo farmacologico o psicoterapeutico e non viceversa ostacolarlo accomodando e quindi rinforzando i sintomi. Il confronto diretto con figure professionali specializzate nel trattamento dei DOC e la condivisione con persone che vivono una situazione analoga favorisce l'acquisizione di consapevolezza rispetto alle reali difficoltà e potenziali risorse, modificando nei familiari l'immagine dei congiunti malati.

La riduzione dello stress e dei conflitti, il ristabilimento dell'armonia familiare e il ritrovamento dell'intimità e della reciprocità con il paziente, costituiscono un passo fondamentale nel ristabilimento di una buona Qualità della Vita del familiare e in una buona riuscita del trattamento del DOC. Sono attualmente in fase di validazione interventi rivolti alla riduzione del coinvolgimento familiare nei sintomi. Resta da verificare se la riduzione del coinvolgimento diretto si traduca, come ipotizzato, in un aumento dell'efficacia degli interventi diretti al paziente stesso.

Bibliografia

- 1 Moritz S, Rufner M, Fricke S, Karow A, Morfeld M, Jelinek L, et al. *Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment*. Compr Psychiatr 2005;46:453-9.
- 2 Eisen JL, Mancebo MA, Pinto A, Coles ME, Pagano ME, Stout R, et al. *Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life*. Compr Psychiatr 2006;47:270-5.
- 3 Stengler-Wenzke K, Kroll M, Matschinger H, Angermeyer MC. *Subjective quality of life of patients with obsessive-compulsive disorder*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2006;41:662-8.
- 4 Didie ER, Walters MM, Pinto A, Menard W, Eisen JL, Mancebo M, et al. *A comparison of quality of life ad psychosocial functioning in obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder*. Ann Clin Psychiatr 2007;19:181-6.
- 5 Norberg MM, Calamari JE, Cohen RJ, Riemann BC. *Quality of life in obsessive-compulsive disorder: an evaluation of impairment and a preliminary analysis of the ameliorating effect of treatment*. Depress Anxiety 2008;25:248-59.
- 6 Stengler-Wenzke K, Kroll M, Matschinger H, Angermeyer MC. *Quality of life of relatives of patients with obsessive-compulsive disorder*. Compr Psychiatr 2006;47:523-7.
- 7 Albert U, Salvi V, Saracco P, Bogetto F, Maina G.

- Health-related quality of life among first-degree relatives of patients with obsessive-compulsive disorder in Italy.* Psychiatr Serv 2007;58:970-6.
- 8 Magliano L, Tosini P, Guarneri M, Marasco C, Catapano F. *Burden on the families with obsessive compulsive disorder: a pilot study.* Eur Psychiatry 1996;11:192-7.
 - 9 Black DW, Gaffney G, Schlosser S, Gabel J. *The impact of obsessive-compulsive disorder on the family: preliminary findings.* J Nerv Ment Dis 1998;186:440-2.
 - 10 Cooper M. *Obsessive-compulsive disorder: effects on family members.* Am J Orthopsych 1996;66:296-304.
 - 11 Gururaj GP, Bada Math S, Reddy JYC, Chandrashekar CR. *Family burden, quality of life and disability in obsessive compulsive disorder: an Indian perspective.* J Postgrad Med 2008;54:91-7.
 - 12 Renshaw KD, Steketee G, Chambless DL. *Involving family members in the treatment of OCD.* Cogn Behav Ther 2005;34:164-75.
 - 13 Van Noppen B, Steketee G, McCorkle BH, Pato M. *Group and multifamily behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: a pilot study.* J Anxiety Disord 1997;11:431-46.
 - 14 Shafraan R, Ralph J, Tallis F. *Obsessive-compulsive symptoms and the family.* Bull Menninger Clin 1995;59:472-9.
 - 15 Calvocoressi L, Lewis B, Harris M, Trufan SJ, Goodman WK, McDougle CJ, et al. *Family accommodation in obsessive-compulsive disorder.* Am J Psychiatry. 1995;152:441-3.
 - 16 Calvocoressi L, Mazure C, Stanislav K, Skolnick J, Fisk D, Vegso SJ, et al. *Reliability and validity of the family accommodation scale for obsessive-compulsive disorder.* J Nerv Ment Dis 1999;187:636-42.
 - 17 Ferrao YA, Shavitt RG, Bedin NR. *Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder.* J Affect Disorder 2006;94:199-209.
 - 18 Stewart SE, Beresin C, Haddad S, Egan Stack D, Fama J, Jenike M. *Predictors of family accommodation in obsessive-compulsive disorder.* Ann Clin Psych 2008;20:65-70.
 - 19 First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition, version 2.0 (SCID-I/P).* New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research 1996.
 - 20 First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II/P).* Washington, DC: APA 1997.
 - 21 Bogetto F, Venturello S, Albert U, Maina G, Ravizza L. *Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder.* Eur Psychiatry 1999;14:434-41.
 - 22 Albert U, Maina G, Ravizza L, Bogetto. *An exploratory study on obsessive-compulsive disorder with and without a familial component: are there any phenomenological differences?* Psychopathology 2002;35:8-16.
 - 23 Albert U, Maina G, Forner F, Bogetto F. *DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: prevalence in patients with anxiety disorders and in healthy comparison subjects.* Compr Psychiatry 2004;45:325-32.
 - 24 Maina G, Albert U, Salvi V, Bogetto F. *Weight gain during long-term treatment of obsessive-compulsive disorder: a prospective comparison of serotonin reuptake inhibitors.* J Clin Psychiatry 2004;65:1365-71.
 - 25 Baer L. *Factor Analysis of symptoms subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relation to personality and tic disorder.* J Clin Psychiatry 1994;55:18-23.
 - 26 Leckman JF, Grice DE, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C, et al. *Symptoms of obsessive-compulsive disorder.* Am J Psychiatry 1997;154:911-7.
 - 27 Mataix-Cols D, do Rosario-Campos MC, Leckman JF. *A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder.* Am J Psychiatry 2005;162:228-38.
 - 28 Amir N, Freshman M, Foa EB. *Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients.* J Anxiety Disord 2000;14:209-17.
 - 29 Storch EA, Geffken GR, Merlo LJ, Jacob ML, Murphy TK, Goodman WK, et al. *Family accommodation in paediatric obsessive-compulsive disorder.* J Clin Child Adolesc Psychology 2007;36:207-16.
 - 30 Steketee G. *Disability and family burden in obsessive-compulsive disorder.* Can J Psychiatry 1997;42:919-28.
 - 31 Steketee G, Van Noppen B. *Family approaches to treatment for obsessive compulsive disorder.* Braz J Psych 2003;25:43-50.
 - 32 Cooper M. *A group of families of obsessive-compulsive person.* Families in Society: the Journal of Contemporary Human Service 1993;74:301-7.
 - 33 Maina G, Saracco P, Albert U. *Family-focused treatments for obsessive-compulsive disorder.* Clin Neuropsych 2006;3:382-90.
 - 34 Black DW, Blum NS. *Obsessive compulsive Disorder support groups: the Iowa model.* Compr Psychiatry 1992;33:65-71.
 - 35 Tynes LL, Salins C, Skiba W, Winstead DK. *A psychoeducational and support group for obsessive-compulsive patients and their significant others.* Compr Psychiatry 1992;33:197-201.