

***Disturbo Ossessivo-Compulsivo
di Personalità (DOCP).
Rassegna della letteratura sull'efficacia
dei trattamenti psicologici e indicazioni
di buona pratica clinica***



Barbara Magnani*, Giancarlo Dimaggio**

Ricevuto il 10 marzo 2023

Accettato il 5 giugno 2023

Sommario

La presente rassegna delinea le indicazioni di buona pratica clinica per il trattamento psicologico del Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità (DOCP) sulla base dei dati presenti in letteratura riguardo al disturbo e agli studi di efficacia prodotti finora.

Definiremo il disturbo e i criteri per la formulazione della sua diagnosi secondo il modello in uso attualmente e il modello in fase di sviluppo e revisione. Di seguito, saranno riportati i dati epidemiologici dai quali emerge che il DOCP è tra i disturbi di personalità più frequenti. Proseguendo, riporteremo i dati sulla comorbidità con altri disturbi, dai quali si rileva un quadro di estrema interazione tra il DOCP e gli altri disturbi di personalità e numerosi disturbi sintomatologici. Tale complessità si riflette in una difficoltà nel formulare una buona diagnosi differenziale e in una sottostima della presenza del disturbo. Inoltre, riporteremo i dati sull'impatto del DOCP sul funzionamento sociale del paziente che suggeriscono che la sua presenza influenza negativamente il decorso delle sintomatologie soprattutto quando associato a disturbi dell'umore, sottolineando l'importanza della sua identificazione e diagnosi. Infine, saranno riportati gli studi che indagano l'efficacia della psicoterapia nel DOCP dai quali emerge che la psicoterapia cognitiva, nelle sue varie forme, sarebbe la più efficace per il DOCP.

Al momento non esistono indicazioni di buona pratica clinica da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e, per nostra conoscenza, in letteratura. Pertanto, la rassegna

* Centro Informa-Mente, via Brigata Reggio 32 – 42124, Reggio Emilia; e-mail: barbara.magnani@informa-mente.it.

** Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Via Orazio 3 – 00193, Roma; e-mail: gdimaje@gmail.com.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSNe 2281-6046), n. 52/2023
DOI: 10.3280/qpc52-2023oa16176

Barbara Magnani, Giancarlo Dimaggio

terminerà con la formulazione di tali indicazioni considerando la direzione suggerita dai dati riportati in ogni sezione.

Parole chiave: Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità; buona pratica clinica; psicoterapia cognitiva.

Obsessive-Compulsive Personality Disorder (OCPD). Literature review on the efficacy of psychological treatments and suggestions for good clinical practice

Abstract

Drawing from the existing literature and efficacy studies, this review advances suggestions for good clinical practice in the psychological treatment of Obsessive-Compulsive Personality Disorder (OCPD).

The disorder and the formulation of its diagnosis are defined according to the current model and to the model under development. Epidemiological data show that OCPD is one of the most common personality disorders. Furthermore, data on the co-occurrence of OCPD with other disorders highlight a strong interaction between OCPD and the other personality disorders and several symptomatic conditions. Such complexity makes differential diagnosis difficult and leads to an underestimation of the OCPD. In addition, data showing the negative impact of OCPD on social functioning, especially when associated with mood disorders, point out the importance of timely recognising and diagnosing OCPD. Finally, we report on studies investigating the efficacy of psychotherapy for OCPD, showing that cognitive-based psychotherapies are the most effective for OCPD.

At present, there is a lack of recommendations for good clinical practice from the World Health Organisation and, to our knowledge, from the literature. Therefore, the review will conclude with the formulation of these suggestions in accordance with the directions of the data presented in each section.

Keywords: Obsessive-Compulsive Personality Disorder; good clinical practice; cognitive psychotherapy.

Definizione

Il Disturbo di Personalità viene definito, dal 1990, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), come un severo disturbo nella costituzione caratteriologica e nelle tendenze comportamentali, che normalmente coinvolgono diverse aree della personalità e conducono a una considerevole distruzione personale e sociale (WHO, 1992). Attualmente, viene definito dall'ultima versione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) (APA, 2014), come un «pattern costante di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della

cultura dell'individuo, è pervasivo e inflessibile, esordisce nell'adolescenza o nella prima età adulta, è stabile nel tempo e determina disagio o menomazione» (APA, 2014, p. 747).

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità (DOCP), viene definito oggi come un «pattern pervasivo di preoccupazione per l'ordine, perfezionismo e controllo mentale e interpersonale, a spese della flessibilità, apertura ed efficienza, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da quattro o più dei [seguenti] criteri» (APA, 2014, p. 786).

Diagnosi

Nell'attuale DSM-5, sezione II (APA, 2014, p. 786), per porre la diagnosi di DOCP, occorre che il paziente soddisfi 4 dei seguenti 8 criteri:

1. è preoccupato per i dettagli, le regole, le liste, l'ordine, l'organizzazione o i programmi, al punto che va perduto lo scopo principale dell'attività;
2. mostra un perfezionismo che interferisce con il completamento dei compiti (es. è incapace di completare un progetto perché non risultano soddisfatti i suoi *standard* oltremodo rigidi);
3. è eccessivamente dedito/a al lavoro e alla produttività, fino all'esclusione delle attività di svago e delle amicizie (non giustificati da evidenti necessità economiche);
4. è eccessivamente coscienzioso/a, scrupoloso/a e intransigente in tema di moralità, etica o valori (in modo non giustificato dall'appartenenza culturale o religiosa);
5. è incapace di gettare via oggetti consumati di nessun valore, anche quando non hanno alcun valore affettivo;
6. è riluttante a delegare compiti o a lavorare con altri, a meno che non si sottomettano al suo modo di fare le cose;
7. adotta una modalità di spesa improntata sull'avarizia sia per sé che per gli altri; il denaro è visto come qualcosa da accumulare in caso di future catastrofi;
8. manifesta rigidità e testardaggine.

Nell'attuale ICD-11, la definizione dei criteri diagnostici per questo disturbo è al momento sotto revisione. Allo stato corrente, non è ancora possibile definire se questo disturbo sarà contemplato nell'ICD-11. Nella revisione proposta, tutte le diagnosi di personalità verranno rimosse e sostituite

da singole diagnosi di “disturbo di personalità”. In ogni caso, saranno individuati particolari “specificatori” del disturbo denominati “tratti di personalità prominenti”. Ci sarà, inoltre, la possibilità di classificare i gradi di severità del disturbo partendo da gradi moderati a gradi severi basandosi sulla disfunzione nelle relazioni interpersonali e nella vita quotidiana dei pazienti¹.

Data la presenza di una diagnosi tramite il DSM-5 e una diagnosi in costruzione dell’ICD-11 per il DOCP, questa rassegna si baserà principalmente sulla diagnosi posta dal DSM-5 (APA, 2014).

Il presente sistema diagnostico è di tipo categoriale. Si intende che si attribuisce la diagnosi a seconda della soddisfazione, o meno, dei criteri necessari. Tale sistema diagnostico è stato ampiamente messo in discussione nel corso dell’ultimo ventennio. I criteri del DSM dai precedenti fino al 5 (DSM-IV: APA, 1994) sono stati considerati troppo poco specifici per identificare la percentuale di persone con DOCP rispetto alla popolazione generale (Diedrich & Voderholzer, 2015; Hertler, 2013; Ansell *et al.*, 2008; Hummelen *et al.*, 2008; Grilo *et al.*, 2004). Coerentemente, i criteri del DSM-IV (APA, 1994) sono stati considerati suscettibili di produrre variabilità inter-gruppo diagnostico (Fineberg *et al.*, 2014). Tali criteri, mantenuti fin dal DSM-III (APA, 1987), sono stati descritti come troppo ampi da produrre eterogeneità nel gruppo diagnostico, alta comorbidità con altri disturbi, confini diagnostici arbitrari e inconsistenti, e scarsa copertura della diagnosi (Clark, 2007; Skodol, 2012; Ligget & Sellbom, 2018). Alcuni studi hanno tentato di verificare se i criteri del DSM-IV erano efficaci nel predire la diagnosi di DOCP. In accordo con il DSM-IV (1994), come nel DSM-5 (2014), la caratteristica essenziale del DOCP è la preoccupazione per l’ordine, perfezionismo e controllo mentale e interpersonale, a spese della flessibilità, apertura ed efficienza. Considerando questo criterio come centrale, si assiste a una sovrapposizione del 77% con pazienti con altri disturbi di personalità e un’associazione peculiare con il Disturbo Narcisistico e Schizoide di Personalità. Inoltre, il DOCP, con i criteri del DSM-IV, è quello che correla di più con tutti gli altri disturbi di personalità e maggiormente con il Disturbo Paranoide di Personalità (Hummelen *et al.*, 2008). In uno studio longitudinale condotto nell’arco di due anni, Skodol e collaboratori (2005) hanno dimostrato che i criteri maggiormente efficaci nel predire la diagnosi di DOCP erano la preoccupazione per i dettagli (DSM-5 – 1), la manifesta rigidità e testardaggine (DSM-5 – 8) e la riluttanza a delegare (DSM-5 – 6). Data la controversia sull’uso dei criteri diagnostici nel passaggio dal DSM-IV al DSM-5, in

¹ www.ocduk.org/related-disorders/obsessive-compulsive-personality-disorder/clinical-classification-of-obsessive-compulsive-personality-disorder.

uno studio più recente Samuel e Widiger (2011) hanno sostenuto la necessità di osservare i disturbi di personalità da una prospettiva dimensionale, più che categoriale, riconoscendo inoltre che il DOCP era il disturbo che meno era stato osservato da questa prospettiva fino ad ora. Gli autori hanno somministrato misure per il tratto di coscienziosità (DSM-5 – 4), per i tratti del DOCP secondo il DSM-IV e per specifiche componenti del DOCP (come ad esempio il perfezionismo – DSM-5 – 2). Lo studio ha rivelato che le misure di coscienziosità erano molto consistenti nello spiegare la diagnosi di DOCP, in particolare le scale che misuravano la variante maladattiva del DOCP. In sostanza, lo studio ha voluto dimostrare che il DOCP rappresenterebbe una variante dimensionale (di grado) maladattiva del tratto di coscienziosità (Samuel & Widiger, 2011).

Date le evidenze sulla necessità di una caratterizzazione dimensionale del disturbo di personalità (Riddle *et al.*, 2016), il DSM-5 (APA, 2014, p. 884) propone una sezione (III) in cui i disturbi di personalità sono osservati secondo un modello alternativo che prevede un criterio dimensionale (criterio A) di funzionamento della personalità. Secondo il criterio A del modello alternativo, la diagnosi è posta se il paziente presenta un funzionamento moderato o grave in almeno due aree della personalità comprese tra le aree di funzionamento del sé (identità/esperienza unitaria di sé; autodirezionalità/perseguimento obiettivi esistenziali) o di funzionamento interpersonale (empatia/comprendimento e valorizzazione delle altrui esperienze; intimità/profondità e durata del rapporto con gli altri). Una volta soddisfatto questo criterio si considera il criterio B, ovvero quello dei tratti personologici. I tratti considerati per il DOCP sono perfezionismo rigido, perseverazione, evitamento dell'intimità e affettività ridotta. Per porre la diagnosi è necessario che il paziente presenti almeno 3 dei 4 tratti, tra cui obbligatoriamente il perfezionismo. Nelle *Figura 1A* e *1B* è mostrata una rappresentazione grafica del modello alternativo del Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità e della sua evoluzione dal modello categoriale utilizzato dal DSM-III al DSM-5.

La revisione attuale dei criteri diagnostici per il DOCP nell'ICD-11 è in linea con la proposta alternativa del DSM-5 (Bach *et al.*, 2017). Anche per la diagnosi di DOCP posta dall'ICD-10 la critica più frequente è stata quella di considerare il disturbo come categoriale, che si estende su un'unica dimensione (Fineberg *et al.*, 2014). Anche per l'ICD, la proposta è quella di considerare il disturbo secondo una struttura multifattoriale (Grilo *et al.*, 2004). Infatti, nella proposta citata per l'ICD-11, emerge l'intento di considerare sia la struttura dei tratti di personalità, sia un criterio dimensionale di gravità del funzionamento della persona.

Barbara Magnani, Giancarlo Dimaggio

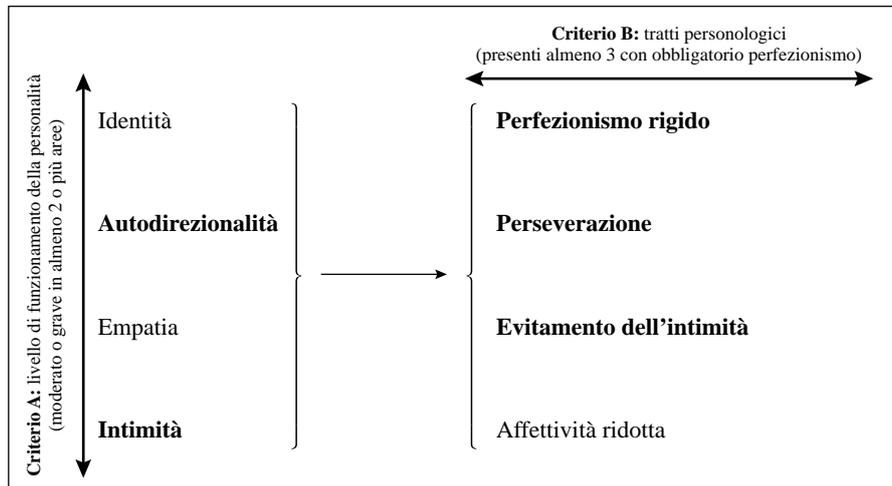
Per ora, il DSM-5 invita all'uso di entrambi i modelli diagnostici per i disturbi di personalità, il primo (sez. II) per la pratica clinica e il secondo (sez. III) per scopi di ricerca. Alcune evidenze dimostrano che le sfaccettature considerate nel modello alternativo spiegano una più grande porzione di varianza del DOCP concettualizzato secondo il modello ad 8 criteri utilizzato dal DSM-III al DSM-5 sezione II (Liggett *et al.*, 2018). Altri autori invece ritengono che la formulazione di due *set* diagnostici per la clinica e la ricerca aumenterà l'eterogeneità dei risultati e complicherà l'integrazione tra i due modelli (Diedrich & Voderholzer, 2015). Ad esempio, in uno studio recente Liggett e collaboratori (2017) hanno trovato che dei quattro tratti considerati dal modello alternativo del DSM-5 per il DOCP, solo il perfezionismo rigido predice adeguatamente la diagnosi. Altri tratti come la (bassa) impulsività sono emersi predittivi del quadro e, secondo gli autori, andrebbero aggiunti al modello diagnostico alternativo (Liggett & Sellbom, 2018).

La Figura 1 mostra una rappresentazione grafica della diagnosi di un potenziale paziente che risponde ad almeno 4 su 8 criteri per la diagnosi categoriale del DSM-5 sezione II (1A) e/o presenta un funzionamento di personalità moderato o grave in almeno 2 aree (autodirezionalità e intimità) e presenta almeno tre tratti di personalità compreso il perfezionismo rigido (più perseverazione ed evitamento dell'intimità) secondo il DSM-5 sezione III (1B).

Figura 1A. Rappresentazione grafica della diagnosi categoriale secondo il DSM-5 sezione II in un potenziale paziente

| Criterio DSM-5 sez. II | Criterio soddisfatto | Diagnosi |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------|
| 1. Preoccupazione per dettagli | Sì | |
| 2. Perfezionismo maladattivo | Sì | |
| 3. Eccessiva dedizione al lavoro | No | |
| 4. Coscienziosità | Sì | |
| 5. Accaparramento | No | |
| 6. Riluttanza a delegare | Sì | |
| 7. Avarizia | No | |
| 8. Rigidità e testardaggine | Sì | |
| Diagnosi | | Sì |

Figura 1B. Rappresentazione grafica della diagnosi secondo il modello alternativo del DSM-5, sezione III, in un potenziale paziente



Epidemiologia

Il DSM-5 sezione II (APA, 2014, p. 789) stima la prevalenza del DOCP tra il 2,1 e il 7,9%, considerandolo uno dei disturbi di personalità più diffusi. Attualmente non è presente un sondaggio epidemiologico nazionale. Il dibattito in atto riguardo ai criteri diagnostici rende complessi gli studi epidemiologici data l'eterogeneità delle diagnosi e degli strumenti diagnostici utilizzati.

Se si considera la prevalenza nella popolazione generale, i dati raccolti con il modello diagnostico classico (DSM-III – DSM-5 sez. II) sui disturbi di personalità in generale, e del DOCP in particolare, sono contrastanti. Spesso questi studi condotti su scala nazionale considerano la prevalenza dei disturbi di personalità (DP) e la prevalenza di ogni cluster (A, B o C) nella popolazione non clinica (Lenzenweger, 2008). Torgesten e colleghi (2001), in uno studio su un campione Norvegese, hanno trovato una prevalenza generale di DP del 13,4%, con una prevalenza del cluster C (9,3%) più alta rispetto al cluster A (4,1%) e B (3,1%). In un campione Britannico (Coid *et al.*, 2006), gli autori hanno trovato una prevalenza generale di DP del 10,1% con una paragonabile prevalenza tra i tre cluster. Riguardo a campioni Statunitensi, Samuel e colleghi (2002), hanno stimato una prevalenza generale di DP del 9,0% con un maggiore prevalenza del cluster B rispetto ad A e C. Crawford

e colleghi (2005) invece, hanno stimato una prevalenza di DP del 15,7%, una comparabile prevalenza del cluster A e B (6,8 e 6,1% rispettivamente) e un'alta prevalenza del cluster C (10,6%). Un recente studio epidemiologico Statunitense (Grant *et al.*, 2012), si è concentrato in modo specifico sul DOCP nella popolazione generale e ha trovato una prevalenza del disturbo nell'arco di vita del 7,8%. Dati Italiani per questa sezione non sono presenti.

Se si considera la prevalenza nella popolazione clinica i dati cambiano. In un campione psichiatrico Statunitense Zimmerman e colleghi (2005) hanno trovato che il DOCP avrebbe una prevalenza dell'8,7% quando è presente da solo, che salirebbe al 49,3% quando è presente insieme a un altro DP e il cluster C sarebbe il più rappresentato tra i DP (21,8%) rispetto al B (13,0%) e all'A (5,6%). Ansell e colleghi (2010) hanno condotto uno studio epidemiologico su una popolazione clinica di etnia Ispanica e hanno trovato una prevalenza del DOCP del 26%. In questa sezione è presente un interessante studio su un campione clinico Italiano (Rossi *et al.*, 2000). Gli autori hanno trovato una prevalenza del 28,3% per il DOCP, secondo soltanto al Disturbo Borderline di Personalità.

Riguardo alla prevalenza del DOCP a seconda del genere, alcuni studi evidenziano un dato di simile distribuzione del DOCP tra uomini e donne (Grant *et al.*, 2012), mentre altri studi evidenziano una maggiore distribuzione del disturbo tra gli uomini rispetto alle donne (Light *et al.*, 2006; Shea *et al.*, 2002). Nel lavoro Italiano non è presente questo dato (Rossi *et al.*, 2000).

Per riassumere i dati eterogenei elencati fin qui possiamo dire che nella popolazione generale la prevalenza del DOCP si aggira attorno al 10% ed è spesso tra i disturbi più rappresentati nei DP. Nella popolazione clinica la prevalenza del DOCP oscilla tra l'8,7% e il 28,3% quando si presenta da solo e la percentuale sale quando si presenta in concomitanza di altri DP.

Lo studio più recente che ha tentato di mettere ordine ai dati di prevalenza dei DP nelle culture occidentali è una revisione sistematica e meta-analitica della letteratura (Volkert *et al.*, 2018). Gli autori hanno considerato gli studi pubblicati per popolazioni a cultura occidentale dal 1° gennaio 1994 (data di pubblicazione del DSM-IV) al 31 luglio 2017. Data la selezione di questo lasso temporale, la presenza di studi che considerano il modello categoriale del DSM è maggiore rispetto a quelli che considerano il modello diagnostico alternativo. Gli studi analizzati riguardavano campioni dei seguenti paesi: USA, Svezia, Germania, Australia, Regno Unito, Turchia, Olanda. I risultati hanno mostrato una prevalenza generale di DP del 12,6%, con la più alta prevalenza del cluster A (7,23%) rispetto agli altri due, e la più alta prevalenza del DOCP (4,32%) se si considerano i disturbi singolarmente. La presente meta-analisi ha anche messo in evidenza che il tipo di sistema diagnostico

utilizzato può cambiare le percentuali di prevalenza. In particolare si è visto che quando gli studi utilizzavano strumenti *self-rated* (compilate dai partecipanti) per la diagnosi secondo il DSM-IV o per l'ICD-10, la percentuale di prevalenza era più alta che in studi in cui le misurazioni per la diagnosi erano *expert-rated* (compilate da esperti). In quest'ultimo caso, la prevalenza di PD è scesa al 7,74% e quella del DOCP al 2,36%.

Per concludere, il DOCP è un disturbo frequente sia quando cercato tra la popolazione generale sia clinica, ed è uno dei DP più frequenti, in accordo con quanto esprime il DSM-5 nella sezione II. La varianza di prevalenza oscilla a seconda del metodo usato per la diagnosi. Sono carenti i dati Italiani che esistono solo sulla popolazione clinica e considerano il sistema diagnostico in uso nel 2000. Sono da incoraggiare studi epidemiologici su campione Italiano con strumenti diagnostici *expert-rated* validati e attuali.

Co-occorrenza

Con altri disturbi di personalità

Le evidenze che mostrano un'associazione tra il DOCP e altri disturbi di personalità sono diverse sia nei campioni clinici sia generali (deReus & Emmelkamp, 2012; Diedrich & Voderholzer, 2015), come emerso anche dai dati epidemiologici. In particolare, è stata trovata co-occorrenza tra il DOCP e i DP del cluster A, nello specifico con il Disturbo Schizotipico e Paranoide (Hummelen *et al.*, 2008; Rossi *et al.*, 2000; Stuart *et al.*, 1998). I risultati di questi studi sembrano consistenti (deReus e Emmelkamp, 2012) in quanto in ognuno di loro è stata usata una intervista semi-strutturata per la diagnosi del DSM-IV, ovvero uno strumento *expert-rated*. Le associazioni così strette tra il DOCP e il cluster A hanno portato i teorici a chiedersi se il disturbo in questione appartiene davvero al cluster C (Diedrich & Voderholzer, 2015). In un lavoro che ha studiato la stabilità del modello diagnostico dei DP del DSM nel corso di 10 anni (Sanislow *et al.*, 2009) è emerso che il costrutto del DOCP, che risiede nel cluster C (ansioso-spaventato), è molto frequentemente associato al costrutto "eccentrico" del cluster A (Rossi *et al.*, 2000) e si sovrappone poco al costrutto del Disturbo Evitante del cluster C. Gli autori discutono che può esistere un aspetto nucleare del costrutto del DOCP più maladattivo, che è in relazione con gli aspetti più severi del cluster A più che con gli aspetti di ansia relativi al cluster C (Sanislow *et al.*, 2009).

In un interessante studio Hopwood e collaboratori (2006), hanno tentato di comprendere il modello gerarchico di relazione inter-disturbo di perso-

Barbara Magnani, Giancarlo Dimaggio

nalità, i quali mostrano un'alta percentuale di comorbidità tra di loro. Vengono selezionati nello studio i disturbi che emergono come differenziati tra loro negli studi correlazionali ovvero: il Disturbo Schizotipico, Borderline, Evitante e Ossessivo-Compulsivo di Personalità. Per la diagnosi è stata utilizzata un'intervista semi-strutturata condotta da intervistatori esperti formulata sui criteri del DSM-IV. È stata inoltre usata una scala *self-rated* che misurava il funzionamento sociale. I risultati di questo studio hanno prodotto argomentazioni utili per la discussione sui modelli gerarchici dei DP (Kernberg, 1977; Millon, 1985; Gunderson, 1984; 2001) che meriterebbero spazio per essere discusse in modo approfondito. Nello specifico, il DOCP è emerso come l'unico disturbo a risultare sommerso nelle variabili funzionali. Si intende che il DOCP, quando è in comorbidità con altri DP, sembra la componente meno determinante del quadro clinico. Tuttavia, in una piccola porzione di pazienti, la diagnosi di DOCP è in grado di produrre varianza nel modello per specifici tratti di personalità come la coscienziosità (Hopwood *et al.*, 2006). In altre parole il DOCP è risultato poco discriminante sul funzionamento del paziente rispetto ad altri DP in comorbidità ma suscettibile di produrre differenziazione diagnostica con gli altri quadri di personalità.

Per riassumere, la letteratura sull'associazione tra il DOCP e gli altri DP converge nel dire che il DOCP si associa frequentemente con i disturbi del cluster A. Emerge la controversia del modello diagnostico utilizzato nell'essere sensibile alla diagnosi differenziale tra i DP, che sarà fonte di dibattito fino a quando saranno disponibili dati che si basano sul nuovo modello alternativo.

Con il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC)

La questione dell'associazione tra DOCP e DOC è largamente dibattuta in letteratura. Storicamente, esiste una posizione nella tradizione psicoanalitica che considera DOC e DOCP come diverse espressioni dello stesso quadro psicopatologico (deReus & Emmelkamp, 2012). Secondo Freud, una fissazione alla fase di sviluppo psicosessuale anale produceva una personalità ossessivo-compulsiva e predisponeva all'insorgenza del DOC (Freud, 1908). Secondo un'altra posizione DOCP e DOC sono distinte categorie diagnostiche perché si intendono sottese da condizioni mentali differenti che non sono in relazione tra loro (Albert *et al.*, 2004; McGlashan *et al.*, 2000). Il fattore principale che dovrebbe distinguere il DOCP dal DOC è l'egosintonia (Starcevic & Brakoulias, 2014). Mentre il DOC appare principalmente

egodistonico, il DOCP risulterebbe principalmente egosintonico (Starcevic *et al.*, 2013; Diedrich & Voderholzer, 2015). Distinguere questi due disturbi tramite questa caratteristica sembra essere importante per le sue implicazioni nel trattamento. Infatti i disturbi egosintonici sono descritti come più resistenti ai trattamenti rispetto ai disturbi egodistonici perché ridurrebbero la motivazione al cambiamento (Starcevic *et al.*, 2013). In supporto a questa ipotesi, Cullen e collaboratori (2008) hanno mostrato che i pazienti con diagnosi di DOC con tratti tipici del DOCP (come perfezionismo e riluttanza a delegare), avevano meno probabilità di ricevere qualche trattamento perché lo ricercavano meno dei pazienti con DOC senza questi tratti. Comunque, una argomentazione a sfavore dell'efficacia del fattore di egosintonia nel distinguere i due disturbi è che non si può dire con certezza che tutte le manifestazioni del DOC siano egodistoniche (ed esempio la preoccupazione per la contaminazione) e che tutte le manifestazioni del DOCP siano egosintoniche (ad esempio il perfezionismo rigido) (Starcevic & Brakoulias, 2014; Diedrich & Voderholzer, 2015).

Un'altra caratteristica che dovrebbe distinguere il DOCP dal DOC, secondo il DSM-5, è l'assenza di compulsioni nel DOCP rispetto al DOC (APA, 2014; Pinto *et al.*, 2011). A questo proposito esistono tre studi che confrontano pazienti con diagnosi di DOC in comorbidità o no con il DOCP. Lochner e colleghi (2011) trovano che i casi in cui DOC e DOCP erano associati, erano i casi in cui compariva il maggior numero di compulsioni, diversamente dal trovare assenza di compulsioni nel DOCP. In modo simile, altri due studi non trovano un aumento di compulsioni nel DOC ma più frequenti ossessioni nel DOCP in particolare per la simmetria e l'accaparramento (Coles *et al.*, 2008) o ossessioni di dubbio (Garyfallos *et al.*, 2010). In definitiva, il criterio della presenza/assenza di compulsioni non solo non sembra dirimente per distinguere i due quadri ma i risultati degli studi descritti sembrano supportare l'ipotesi psicodinamica di un unico continuum psicopatologico. Infatti sono stati interpretati sostenendo che il DOCP rappresenta una variante più severa del DOC (Lochner *et al.*, 2011), o un suo sottotipo (Garyfallos *et al.*, 2010).

La questione se DOC e DOCP siano due disturbi distinti o l'espressione di un unico disturbo è lontano dall'essere risolta. I dati della frequenza di associazione tra le due diagnosi lo dimostrano (Starcevic & Brakoulias, 2014). Secondo il modello diagnostico classico, l'ammontare di individui che ricevono una diagnosi di DOCP tra gli individui con diagnosi di DOC va dal 22,9% al 47,3% (Albert *et al.*, 2004; Coles *et al.*, 2008; Pinto *et al.*, 2011; Gordon *et al.*, 2013; Starcevic *et al.*, 2013). In una metanalisi sulla comorbidità tra i DP e i disturbi d'ansia (Friborg *et al.*, 2013) è emerso che il DOC ha molta più probabilità di comparire insieme al DOCP che con gli altri DP.

Barbara Magnani, Giancarlo Dimaggio

Questi risultati non solo non rispondono alla questione della distinzione tra i due disturbi ma gettano nuovamente luce sui dubbi riguardo alla specificità della diagnosi del DOCP secondo il modello classico.

A questo riguardo, sono importanti gli studi che indagano quali caratteristiche dei due quadri favoriscono la loro sovrapposizione o la loro distinzione. Ad esempio, nel DSM-IV, i comportamenti di accaparramento sembrano aumentare la sovrapposizione tra i due disturbi (Starcevic *et al.*, 2013; Wetterneck *et al.*, 2011; Pinto *et al.*, 2014). Coerentemente, il DSM-5 ha escluso i comportamenti di accaparramento come criterio diagnostico del DOCP e l'ha inserito in una apposita sezione tra i disturbi ossessivo-compulsivo correlati (APA, 2014). Anche altri fattori chiave del DOCP sono stati segnalati come potenziali fattori che aumentano la comorbidità tra i due disturbi come il perfezionismo o la sensazione di incompletezza (Lee *et al.*, 2009; Wetterneck *et al.*, 2011). Al contrario, alcuni fattori sembrano non sovrapporre i due quadri come ad esempio le ossessioni di contaminazione e i correlati sintomi di pulizia che sono tipici del DOC e le ossessioni di rigidità e ed eccessivo autocontrollo che sono tipiche del DOCP (Pinto *et al.*, 2014; Baer *et al.*, 1994).

Per concludere, la frequenza di comorbidità tra DOCP e DOC è molto alta. Diverse questioni rimangono da risolvere prima di comprendere se questa associazione è dovuta a un continuum psicopatologico tra i due disturbi, a limitazioni dei sistemi diagnostici nel distinguerli o a comprovate relazioni di associazione.

Con altri disturbi

Disturbi d'ansia

Il DOCP si associa ai disturbi d'ansia con una percentuale del 23-24% nella popolazione non clinica (Diedrich & Voderholzer, 2015; Grant *et al.*, 2012; Grant *et al.*, 2004). Nella popolazione clinica, ovvero in pazienti che presentano una diagnosi di Disturbo d'Ansia a vita, il DOCP è stato associato alle Fobie Specifiche (22%), al Disturbo di Panico (23-28%), alla Fobia Sociale (33%) e maggiormente, al Disturbo d'Ansia Generalizzato (34%) (Diedrich & Voderholzer, 2015; Grant *et al.*, 2012; Grant *et al.*, 2004; Albert *et al.*, 2004; McGlashan *et al.*, 2000). Tuttavia McGlashan e collaboratori (2000) evidenziano che il DOCP non è il DP maggiormente associato con i disturbi d'ansia, rispetto ad altri disturbi di personalità come quello schizotipico, evitante o borderline.

Disturbi dell'umore

Il DOCP è frequentemente associato ai disturbi dell'umore. Tra i pazienti che presentano una diagnosi a vita di Disturbo Unipolare il 23-28% presenta anche il DOCP (Diedrich & Voderholzer, 2015; Grant *et al.*, 2012; Grant *et al.*, 2004). Corruble e colleghi (1996) riportano che il DOCP è il più associato del cluster C ai disturbi unipolari (20%). Più recentemente è stato dimostrato che il DOCP è tra i tre DP maggiormente associati ai disturbi dell'umore unipolari insieme al Disturbo Borderline e Dipendente di Personalità (Schiavone *et al.*, 2004). In contrasto con Schiavone e colleghi (2004), ma similmente ai risultati per i disturbi d'ansia, McGlashan e colleghi (2000) trovano che il DOCP concorre con i disturbi dell'umore meno di altri DP. Riguardo ai pazienti che presentano una diagnosi di Disturbo Bipolare la percentuale di associazione con il DOCP va dal 26 al 39% (Grant *et al.*, 2012; Grant *et al.*, 2004).

Disturbi del comportamento alimentare

Una relazione piuttosto frequente è quella tra DOCP e la sfera dei disturbi dell'alimentazione, per la quale esistono numerose evidenze empiriche (Lilenfeld *et al.*, 2006). Il range di associazione con l'Anoressia Nervosa andrebbe dal 5% all'80% con una media stimata attorno al 35% (deReus & Emmelkamp, 2012; Gartner *et al.*, 1989; Nilsson *et al.*, 1999; Serpell *et al.*, 2002; Karwautz *et al.*, 2003; Halmi *et al.*, 2005). L'associazione tra DOCP e Anoressia Nervosa risulta talmente frequente e in alcuni casi i tratti di personalità sono talmente evidenti da suggerire una doppia diagnosi (Serpell *et al.*, 2002). Inoltre, uno studio familiare, suggerisce come i tratti di personalità ossessivo-compulsivi potrebbero essere fattore di sviluppo sia per il DOCP che per l'Anoressia Nervosa (Wonderlich & Mitchell, 1997). Riguardo alla Bulimia Nervosa i dati di prevalenza del DOCP sono simili a quelli per l'Anoressia Nervosa, ovvero dal 3% al 60% (Herzog *et al.*, 1992; Piran *et al.*, 1988; Wonderlich *et al.*, 1990; Braun *et al.*, 1994; Gartner *et al.*, 1989; Halmi *et al.*, 2005). Anche per questo quadro è stato trovato che aspetti della personalità ossessivo-compulsiva, in particolare il perfezionismo, predisporrebbero una certa vulnerabilità al suo sviluppo (Halmi *et al.*, 2005), tanto da rappresentare un indice di rischio considerato negli studi genetici per l'espressione del fenotipo caratteristico dei disturbi alimentari (Westen & Harnden-Fischer, 2001). Coerentemente, anche l'associazione tra DOCP e Disturbo da Alimentazione Incontrollata è molto frequente con ampi range

Barbara Magnani, Giancarlo Dimaggio

simili agli altri due disturbi. Un dato specifico per il Disturbo da Alimentazione Incontrollata indica una prevalenza del DOCP del 25% (Grilo & McGlashan, 2000). In un interessante studio più recente (Becker *et al.*, 2010) è stato dimostrato che in pazienti con Disturbo da Alimentazione Incontrollata l'associazione più frequente con i disturbi di personalità si trova con quello evitante e ossessivo-compulsivo, sottolineando una già comprovata relazione con le personalità del cluster C (Yanovski *et al.*, 1993).

Se si considera la letteratura sui disturbi alimentari come unica categoria diagnostica, emerge come la concomitanza col DOCP rappresenti non solo un fattore di esordio o di mantenimento ma anche un fattore interferente con la riuscita del trattamento (Crane *et al.*, 2007). In una recente revisione meta-analitica della letteratura (Dufresne *et al.*, 2020) su partecipanti adolescenti è emerso che tra i tratti di personalità che più sembrano in relazione con esordio e mantenimento dei quadri alimentari vi è la coscienziosità e l'affettività negativa, tipici del DOCP. Infine, Anderlueh e colleghi (2009) hanno somministrato interviste diagnostiche retrospettive riguardo al corso nell'arco di vita dei sintomi di disturbi alimentari e tratti di personalità ossessivo-compulsiva a un campione di donne con diagnosi attuale di disturbo alimentare. I risultati hanno mostrato che i tratti di perfezionismo e rigidità, tipici della personalità ossessivo-compulsiva, erano quelli maggiormente associati a un mantenimento a lungo termine dell'alterato peso corporeo.

Altri disturbi

Tra gli altri quadri che si trovano spesso in comorbidità con il DOCP troviamo la malattia di Parkinson con una percentuale del 40% (Nicoletti *et al.*, 2013). Prima di questo recente lavoro, erano stati descritti i tratti caratteristici della "personalità parkinsoniana", tra cui preoccupazione per l'ordine, rigidità, introversione e mancanza di ricerca di novità. Questa somiglianza tra la personalità parkinsoniana e la personalità ossessivo-compulsiva suggerisce una possibile base neurobiologica comune tra DOCP e malattia di Parkinson (Menza, 2000; Ishihara & Brayne, 2006). A questo proposito è interessante il recente studio che descrive un'associazione frequente (30%) tra il DOCP e il Disturbo da Gioco d'Azzardo (Medeiros & Grant, 2018). Gli studi sulla relazione tra DOCP, malattia di Parkinson e Disturbo da Gioco d'Azzardo, stanno sempre più convergendo verso la descrizione di circuiti neurali comuni tra i disturbi come il circuito dopaminergico (Weintraub & Claassen, 2017). In modo interessante e incoraggiante, tuttavia, i recenti dati sull'asso-

ciazione tra DOCP e Disturbo da Gioco d'Azzardo, dicono che i pazienti che mostrano entrambi i disturbi hanno un funzionamento meno grave rispetto ai pazienti che hanno solo il Disturbo da Gioco d'Azzardo. Nello specifico, i pazienti con i due disturbi in comorbidità, mostravano sintomi di gioco d'azzardo più lievi, una più lenta progressione dal gioco d'azzardo con scopo ricreativo a gioco patologico, un più consapevole utilizzo delle procedure di scommessa e riconoscimento degli stimoli che scatenano il comportamento di gioco e infine riportano un minor impatto sui problemi relazionali legati al gioco (Medeiros & Grant, 2018).

Per riassumere, ci sono evidenze che dimostrano associazioni tra il DOCP e altri quadri che sono sottesi da circuiti neurobiologici e neurofisiologici comuni. Le relazioni tra le espressioni sintomatologiche, la loro rilevanza clinica nella psicopatologia e nel trattamento del DOCP sono ancora poco conosciute ma interessanti da esplorare.

Impatto del DOCP sul funzionamento psico-sociale

Nonostante nel corso della presente rassegna sono stati citati lavori che considerano l'impatto funzionale del DOCP come lieve se confrontato con altri disturbi, numerosi studi dimostrano che interferisce in modo invalidante con il funzionamento quotidiano della persona (Diedrich & Voderholzer, 2015), pertanto il suo impatto non può essere sottovalutato. In uno studio finalizzato a misurare l'impatto funzionale dei diversi DP, il DOCP è quello che sembra avere un minor impatto sul funzionamento generale nella vita quotidiana rispetto ai disturbi schizotipico e borderline. Tuttavia, i pazienti con DOCP presentano un funzionamento molto scarso in almeno un'area funzionale (Skodol *et al.*, 2002). In uno studio longitudinale condotto dal medesimo gruppo di ricerca (Skodol *et al.*, 2005), è stato dimostrato che, tra i disturbi di personalità considerati, il DOCP era l'unico in cui non si assisteva a un miglioramento del funzionamento globale nel tempo. Coerentemente, esistono studi che dimostrano che il DOCP è associato con situazioni di peggioramento nel tempo di sintomi psicologici e adattamento sociale. Ad esempio, il criterio del DOCP di preoccupazione per la produttività a esclusione dello svago, è frequentemente associato alla dipendenza dal lavoro e, insieme a essa è uno dei maggiori fattori di impatto sulla sindrome da burn-out a livello mondiale (Raisikila *et al.*, 2013; Rossler *et al.*, 2015; Atroszko *et al.*, 2020). In modo interessante, il DOCP è stato descritto come il disturbo di personalità, insieme a quello borderline, che ha più impatto sulle risorse economiche globali per la salute mentale (Soeteman *et al.*, 2008).

In linea con l'associazione tra DOCP e disturbi dell'umore, è stato recentemente identificato un impatto del disturbo di personalità in questione sull'aumento dei sintomi da depressione post-partum o sulla vulnerabilità al disturbo (van Broekhoven *et al.*, 2019). Gli autori spiegano che, durante la gravidanza, che rappresenta un periodo di vulnerabilità a livello biologico, psicologico e sociale, i tratti del DOCP riguardanti il bisogno di controllo predisporrebbero all'aumento di sintomi depressivi. La questione è importante poiché nello studio di van Broekhoven e colleghi (2019), la presenza di DOCP nelle donne in gravidanza aumentava più del doppio l'ideazione suicidaria post-partum rispetto all'assenza di DOCP. In accordo con questi dati, tratti di personalità ossessivo-compulsiva sono stati trovati come frequentemente associati a pensieri suicidari, comportamenti auto-lesivi e tentato-suicidio sia in presenza che in assenza di sintomi depressivi (Bowen *et al.*, 2019; Diaconu & Turecki, 2009).

Per concludere, il DOCP sembra avere uno scarso impatto sul funzionamento globale della persona rispetto ad altri disturbi di personalità, ma la sua presenza influenza il decorso delle sintomatologie oppure può favorire l'insorgere di quadri psicopatologici gravi soprattutto quando associato ai disturbi dell'umore.

Trattamenti psicologici del DOCP

Dalla rassegna esposta fino a questo momento risulta evidente come il DOCP sia un quadro psicopatologico ampiamente diffuso, associato a numerosi altri quadri, resistente ai cambiamenti nel tempo e che ha un significativo impatto sul funzionamento personale e sociale degli individui. Per questo è importante delineare lo stato dell'arte sull'efficacia dei trattamenti psicologici per il DOCP.

A causa della già nominata caratteristica di egosintonia, i pazienti con DOCP tendono a non ricercare il trattamento terapeutico (Perry *et al.*, 2007; Cullen *et al.*, 2008). Perry e colleghi (2007), in uno studio sui predittori di efficacia della terapia psicodinamica a lungo termine, hanno evidenziato che la presenza di DOCP era l'unico fattore a determinare una bassa frequenza di sessioni di terapia. Secondo gli autori, il bisogno di indipendenza e controllo tipici del DOCP potrebbero sfavorire la ricerca del trattamento. Anche Cullen e collaboratori (2008) producono risultati simili. All'aumento dei tratti di personalità per il DOCP diminuisce la probabilità di ricevere un trattamento. Tuttavia, esistono risultati contrastanti riguardo alla tendenza a ricevere un trattamento dei pazienti con DOCP. Diversi studi hanno di-

mostrato che questi pazienti cercano spesso una terapia spinti da una propria motivazione proprio perché riconoscono la loro sofferenza (Chessick, 2001), infatti, sembrano accedere ai trattamenti con frequenza maggiore rispetto ai pazienti con depressione (Bender *et al.*, 2001; 2006). Per favorire una delle due posizioni mancano studi recenti che utilizzano strumenti e modelli teorici correnti.

Per quanto riguarda gli studi di efficacia delle terapie psicologiche sul DOCP, nel presente lavoro abbiamo proceduto selezionando gli articoli tramite le seguenti parole chiave: *obsessive-compulsive personality disorder treatment, obsessive-compulsive personality disorder therapy, personality disorder treatment, personality disorder therapy*. Dopodiché, abbiamo escluso i lavori che studiavano solo l'efficacia di trattamenti farmacologici. Riguardo ai lavori sulle terapie nei disturbi di personalità abbiamo selezionato quelli in cui si faceva riferimento specifico al DOCP. La *Tabella 1* rappresenta un sommario dei lavori selezionati e delle loro caratteristiche.

Tabella 1. Di seguito gli acronimi usati nella tabella.

- SRC = Studio Randomizzato Controllato
- DDM = Disturbo Depressivo Maggiore
- DEP = Disturbo Evitante di Personalità
- QPT = Questionnaire Personality Trait
- TCC = Terapia Cognitio-Comportamentale
- TPS = Terapia Psicodinamica Supportiva
- TIP = Terapia Interpersonale Psicodinamica
- ST = Schema Therapy
- TU = Terapie Usuali
- TOC = Terapia Orientata al Chiarimento
- PAF = Personality Assessment Form
- TC = Terapia Cognitiva
- Long. = Longitudinale
- INS = Insonnia
- TC-INS = Terapia Cognitiva per l'Insonnia
- TC-DP = Terapia Cognitiva per i Disturbi di Personalità
- DAG = Disturbo d'Ansia Generalizzato
- DPP = Disturbo Paranoide di Personalità.

Barbara Magnani, Giancarlo Dimaggio

Tabella 1. Studi che indagano l'efficacia della psicoterapia nel DOCP e loro caratteristiche

| Riferimento | Disegno | Disturbi | Campione |
|-------------------------------|----------|---|--------------------|
| Kikkert <i>et al.</i> , 2016 | SRC | • DDM con elevati tratti di DOCP o DEP | 341 |
| Bamelis <i>et al.</i> , 2014 | SRC | • DP incluso DOCP | 323 89 con DOCP |
| Barber & Muenz, 1996 | SRC | • DDM con elevati tratti di DOCP o DEP | 239 |
| Petrov <i>et al.</i> , 2018 | Long. | • INS con tratti di DP incluso DOCP | 23 8 con DOCP |
| Hayes & Yasinski, 2015 | Long. | • DOCP e DEP | 30 8 con DOCP |
| Enero <i>et al.</i> , 2012 | Long. | • DOCP | 116 |
| Cummings <i>et al.</i> , 2012 | Long. | • DOCP • DEP • Depressione in comorbidità | 37 15 con DOCP |
| Strauss <i>et al.</i> , 2006 | Long. | • DOCP • DEP | 30 |
| Barber <i>et al.</i> , 1997 | Long. | • DOCP • DEP • Depressione o ansia in comorbidità | 38 |
| Smith <i>et al.</i> , 2016 | Pre-post | • DP incluso DOCP | 910 |

Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità (DOCP)

(Tab. 1 segue)

| Valutazione diagnostica | Modalità e approccio terapeutico | Risultati |
|---|--|--|
| MINI, per inclusione con diagnosi di DDM; QPT, assessment dimensionale per i DP | <ul style="list-style-type: none"> • 16 sessioni individuali di TCC • 16 sessioni individuali di TPS • Durata, 22 settimane | La TPS è più efficace nei pazienti depressi con tratti di DOCP. La TCC è più efficace nei pazienti depressi con tratti di DEP. |
| SCID-I e II per criteri DSM-IV; Personality disorder questionnaire | <ul style="list-style-type: none"> • Sessioni settimanali di ST oppure, TU o TOC • Differenti durate | La ST è più efficace di TU e TOC nel miglioramento dal disturbo di personalità, nel funzionamento globale e sociale. Vi è ridotto numero di drop-out per ST rispetto a TU e TOC. |
| PAF, assessment dimensionale per i DP | <ul style="list-style-type: none"> • Più di 12 sessioni di TC o TIP • Durata 15 settimane | La TC è più efficace della TIP nei pazienti depressi con tratti di DOCP. |
| SCID-II-PQ, assessment dimensionale per i DP | <ul style="list-style-type: none"> • TC-INS combinata a ipnotici • Follow-up a un anno | I pazienti con INS e tratti di DOCP migliorano dopo il trattamento combinato ma dopo un anno mostrano un sonno più disturbato dei pazienti con INS senza DOCP. |
| SCID-II per criteri DSM-III-R | <ul style="list-style-type: none"> • 3 fasi di TC-DP | I pazienti con DOCP e DEP migliorano allo stesso modo. Per entrambi la terza fase è predittiva dei risultati del trattamento. |
| Secondo i criteri del DSM-IV | <ul style="list-style-type: none"> • 10 sessioni di TCC di gruppo | Il livello sintomatologico pre-trattamento ne predice il risultato. |
| SCID-I e II per i criteri del DSM-III-R | <ul style="list-style-type: none"> • TC-DP • Durata 52 settimane | La variabilità dell'autostima nelle prime 10 settimane di trattamento predice il miglioramento del DOCP e dei sintomi depressivi. |
| SCID-I e II per i criteri del DSM-III-R | <ul style="list-style-type: none"> • TC • Durata 52 settimane | In entrambe i disturbi l'alleanza precoce e la riparazione della rottura predice la riduzione dei sintomi di personalità e depressivi. |
| SCID-I e II per i criteri del DSM-III-R | <ul style="list-style-type: none"> • Sessioni settimanali di Terapia psicodinamica • Durata 52 settimane | I pazienti con DOCP migliorano nei sintomi e nelle misure funzionali. Alla fine del trattamento l'85% non incontra più i criteri della diagnosi. |
| SCID-II per criteri del DSM-IV | <ul style="list-style-type: none"> • Terapia Basata sulla Mentalizzazione Durata 6-8 settimane | I pazienti con DOCP mostrano punteggi di cambiamento più affidabili dei pazienti con altri DP. |

Barbara Magnani, Giancarlo Dimaggio

(Tab. 1 segue)

| Riferimento | Disegno | Disturbi | Campione |
|----------------------------------|----------------|---|-----------------|
| Popa <i>et al.</i> , 2013 | Pre-post | <ul style="list-style-type: none">• DOCP• DAG in comorbidità | 31 |
| Ng, 2005 | Pre-post | <ul style="list-style-type: none">• DOCP• Depressione cronica in comorbidità | 20 |
| Cheli <i>et al.</i> , 2020 | Caso | <ul style="list-style-type: none">• DOCP | 1 |
| Gordon-King <i>et al.</i> , 2018 | Caso | <ul style="list-style-type: none">• DOCP• DDM oppure• DEP e Ansia sociale oppure• DDM GAD e DPP in comorbidità | 7 3 con DOCP |
| Dimaggio <i>et al.</i> , 2016 | Caso | <ul style="list-style-type: none">• DOCP | 3 1 con DOCP |
| Montazeri <i>et al.</i> , 2014 | Caso | <ul style="list-style-type: none">• DOCP | 1 |
| Dimaggio <i>et al.</i> , 2011 | Caso | <ul style="list-style-type: none">• DOCP• DDM in comorbidità | 1 |
| Lynch & Cheavens, 2008 | Caso | <ul style="list-style-type: none">• DOCP• DPP e DDM in comorbidità | 1 |
| Fiore <i>et al.</i> , 2008 | Caso | <ul style="list-style-type: none">• DOCP• DEP in comorbidità | 1 |

Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità (DOCP)

(Tab. 1 segue)

| Valutazione diagnostica | Modalità e approccio terapeutico | Risultati |
|--------------------------------------|--|--|
| SCID-II per i criteri del DSM-IV | <ul style="list-style-type: none"> • 40 sessioni individuali di TCC combinata ad antidepressivi | Miglioramento dei sintomi d'ansia e dei tratti del DOCP. |
| SCID-I e II per i criteri del DSM-IV | <ul style="list-style-type: none"> • 22 sessioni di TC | Il trattamento ha ridotto i sintomi di ansia e depressione. Dopo il trattamento 9 pazienti non incontravano più i criteri per la diagnosi di personalità e 8 quelli per la diagnosi sintomatologica. |
| SCID-5-PD per i criteri del DSM-5 | <ul style="list-style-type: none"> • 24 sessioni di TMI • Durata 6 mesi | Completa remissione della diagnosi. |
| SCID-II per i criteri del DSM-IV | <ul style="list-style-type: none"> • Sessioni individuali settimanali di TMI • Durata 12 mesi | 1 paziente su 3 con DOCP non completa il trattamento. Per gli altri 2 vi è completa remissione della diagnosi e riduzione dei sintomi a un range non clinico. |
| SCID-II per i criteri del DSM-IV | <ul style="list-style-type: none"> • Sessioni individuali settimanali per 21 mesi + Sessioni individuali bi-settimanali per 3 mesi di TMI • Durata 24 mesi | Riduzione dei criteri diagnostici del DOCP e della sintomatologia globale. |
| SCID-I e II per i criteri del DSM-IV | <ul style="list-style-type: none"> • 16 sessioni individuali di ST | Si assiste a un miglioramento del disturbo. |
| SCID-II | <ul style="list-style-type: none"> • TMI • Durata 3 anni | Dopo il trattamento diminuiscono i sintomi per la diagnosi di personalità e migliorano i livelli di depressione e alessitimia. |
| SCID-II per i criteri del DSM-IV | <ul style="list-style-type: none"> • Sessioni individuali settimanali di DBT • Durata 9 mesi e • Sessioni di gruppo settimanali di DBT • Durata 6 mesi | Completa remissione della diagnosi. |
| SCID-II per i criteri del DSM-IV | <ul style="list-style-type: none"> • Sessioni individuali settimanali di TMI • Durata 31 settimane • Sessioni di gruppo settimanali di TMI • Durata 36 settimane | Completa remissione della diagnosi. |

La maggior parte degli studi di efficacia descritti, 16 su 19, ha utilizzato terapie di approccio cognitivista. Del resto, l'approccio cognitivo è quello che ha prodotto il maggior numero di studi di efficacia, randomizzati e controllati e meta-analisi (Leichsenring *et al.*, 2006).

Gli studi randomizzati e controllati sono, purtroppo, soltanto tre (Kikkert *et al.*, 2016; Bamelis *et al.*, 2014; Barber & Munez, 1996). Tutti si basano su criteri diagnostici precedenti al DSM-5. In modo interessante, il lavoro di Kikkert e colleghi (2016) rappresenta un tentativo di replica del lavoro di Barber e Munez (1996). Nel lavoro meno recente, erano stati confrontati due trattamenti terapeutici, la Terapia Cognitiva (Beck *et al.*, 1976) e la Terapia Interpersonale Psicodinamica (Klerman *et al.*, 1984), in pazienti con DOCP o Disturbo Evitante di Personalità in comorbidità con il Disturbo Depressivo Maggiore. I risultati avevano mostrato una superiorità della Terapia Interpersonale Psicodinamica nel migliorare il DOCP rispetto alla Terapia Cognitiva. Lo studio più recente (Kikkert *et al.*, 2016), dove sono state confrontate la Terapia Cognitivo-Comportamentale (Beck, 1976) e la Terapia Psicodinamica Supportiva (Driessen *et al.*, 2013) in un campione numericamente e clinicamente simile, ha ottenuto risultati ampiamente contrastanti. La terapia dinamica, in questo caso, è risultata più efficace per i pazienti con Disturbo Evitante di Personalità, mentre la Terapia Cognitivo-Comportamentale è risultata più efficace per il DOCP. Gli autori spiegano le possibili differenze tra i risultati dei due studi partendo dalle divergenze metodologiche, per prima l'utilizzo di terapie sì, cognitiva e dinamica, ma basate su modelli e protocolli più recenti. Anche l'assetto di analisi statistiche utilizzato è stato diverso. Infine erano diversi gli strumenti diagnostici. Pertanto gli autori concludono che non è possibile affermare se uno dei due approcci terapeutici è effettivamente più efficace dell'altro nel ridurre il DOCP con questi soli dati. Lo studio randomizzato e controllato, pubblicato in data intermedia tra i due (Bamelis *et al.*, 2014), ha studiato l'efficacia di una terapia di base cognitivista ma diversa dalle precedenti, la Schema Therapy (Young, 1999). Il confronto è stato condotto con la terapia orientata al chiarimento (Sachse, 2001) e trattamenti usuali. La Schema Therapy, è risultata più efficace degli altri due tipi di trattamento i quali comunque hanno prodotto un miglioramento del quadro clinico.

Diversi sono invece gli studi longitudinali che indagano l'efficacia dei trattamenti per il recupero del DOCP in associazione ad altri disturbi. Purtroppo, infatti, l'unico dato che indaga unicamente il DOCP è lo studio di Enero e colleghi (2012). Lo studio dimostra che la Terapia Cognitivo-Comportamentale è efficace nel ridurre il disturbo e che i pazienti che ottengono punteggi più alti alle scale sintomatologiche prima del trattamento hanno

minori probabilità di migliorare. Altri quattro studi longitudinali adottano terapie di approccio cognitivista. In uno studio molto recente (Petrov *et al.*, 2018) è stata adottata la Terapia Cognitiva per l'insonnia in pazienti con insonnia e tratti di personalità tra cui i tratti del DOCP in combinazione alla somministrazione di ipnotici. Lo studio dimostra che la Terapia Cognitiva è efficace nel diminuire l'insonnia, ma anche che i pazienti con tratti di DOCP, rispetto ad altri tratti, mostrano un minore miglioramento al follow-up, con una scarsa qualità del sonno che rimane stabile nel tempo. Un altro studio dimostra che la Terapia Cognitiva è efficace nel ridurre i sintomi di DOCP e, in ugual modo, del Disturbo Dipendente di Personalità (Strauss *et al.*, 2006). Infine, due studi hanno testato l'efficacia della Terapia Cognitiva per i disturbi di personalità sul DOCP e sul Disturbo Evitante di Personalità (Hayes & Yasinski, 2015; Cummings *et al.*, 2012). Curiosamente entrambi si sono interessati ai fattori predittivi dell'efficacia della terapia. In tutti e due gli studi la diagnosi non è risultata un fattore predittivo per l'efficacia della terapia, ovvero la terapia ha funzionato in ugual modo per entrambe le diagnosi. Nel caso di Cummings e colleghi (2012), è risultata predittiva la terza fase della terapia, ovvero quella in cui si ottiene, nel contesto terapeutico, la maggior attivazione e destabilizzazione dei *pattern* di personalità correlati al disturbo. Nel caso di Hayes e Yasinski (2015), la variabilità dell'autostima durante il percorso terapeutico è risultata predire l'esito del trattamento in modo adattivo. In altre parole, più la variabilità dell'autostima è grande nell'individuo, più è grande la probabilità di cambiamento. Infine, uno studio longitudinale meno recente ha indagato l'efficacia della terapia psicodinamica (Barber *et al.*, 1997) nel DOCP e nel Disturbo Evitante di Personalità. Gli autori hanno trovato una remissione completa della diagnosi nell'85% dei pazienti con DOCP.

Tre studi a disegno pre-post sono concordi nel mostrare l'efficacia della Terapia Cognitiva, cognitivo-comportamentale e basata sulla mentalizzazione (Allen & Fonagy, 2014) sulla riduzione dei sintomi di ansia, depressione e dei tratti di personalità nei DOCP (Ng, 2005; Popa *et al.*, 2013; Smith *et al.*, 2017).

Un buon numero di studi su caso singolo, sono stati prodotti riguardo a modelli terapeutici integrati recenti di approccio cognitivo ovvero la Schema Therapy, la Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI) (Dimaggio *et al.*, 2015, per un recente manuale) e la Dialectical Behavioral Therapy (DBT) (O'Connell & Dowling, 2014, per una recente *review*). In quattro su sette studi si assiste a una completa remissione del disturbo. In uno di questi viene usata la DBT (Lynch & Cheavens, 2008) mentre in tre la TMI (Cheli *et al.*, 2020; Gordon-King *et al.*, 2018; Fiore *et al.*, 2008). In altri tre, sia la Schema

Therapy (Montazeri *et al.*, 2014) che la TMI (Dimaggio *et al.*, 2011; 2017) si mostrano efficaci nel ridurre i sintomi di DOCP. Va notato che per gli studi meno recenti di TMI (Fiore *et al.*, 2008; Dimaggio *et al.*, 2011) i pazienti erano stati selezionati *ad hoc* sulla base dell'esito e non erano studi controllati fin dall'inizio. Sono quindi stati soggetti a *bias* di selezione. Al contrario, gli studi di Dimaggio e colleghi (2017) e Cheli e colleghi (2020) seguono un disegno di ricerca *single-case* e lo studio di Gordon-King e colleghi (2018) segue un disegno a *baseline multiple* in una serie di casi. In questi ultimi studi quindi la selezione dei pazienti era controllata prima dell'inizio del trattamento. Riguardo alla terapia TMI stanno emergendo dati incoraggianti riguardo alla versione di gruppo. Uno studio recente randomizzato e controllato sui disturbi di personalità, che non comprendeva tuttavia il DOCP, ha mostrato efficacia della TMI di gruppo nel promuovere un cambiamento clinico in questi pazienti (Popolo *et al.*, 2019). Attualmente è in corso uno studio randomizzato e controllato sulla TMI di gruppo che include due pazienti con DOCP che hanno completato il trattamento per i quali sarà possibile dimostrarne gli esiti (Popolo *et al.*, 2021).

Considerate tutte insieme, le evidenze appaiono largamente sbilanciate verso un numero maggiore di indagini per le terapie a base cognitiva rispetto agli altri approcci. Gli unici dati randomizzati e controllati presenti che confrontano la Terapia Cognitiva con la terapia psicodinamica sono contrastanti e pongono dubbi più che risolvere la questione. Inoltre, la recente pubblicazione del nuovo DSM-5 e l'attuale incompleto adeguamento degli strumenti diagnostici, rende difficile avere una stima concreta dell'efficacia dei vari trattamenti terapeutici sulla diagnosi di DOCP posta oggi. L'unico studio che utilizza uno strumento diagnostico coerente con i criteri del DSM-5 è quello di Cheli e collaboratori che è molto recente (Cheli *et al.*, 2020). Inoltre sono molto rari gli studi che si riferiscono unicamente al DOCP, e di questi nessuno randomizzato e controllato. Nonostante queste premesse, se si dovesse affermare quale approccio terapeutico fornisce maggiori dati di efficacia nel trattamento del DOCP, allo stato attuale la risposta sarebbe la Terapia Cognitiva nelle sue varie forme.

Indicazioni di buona pratica clinica

Al momento non esistono indicazioni di buona pratica clinica specifiche per il DOCP da parte dell'OMS. La ricerca di tali linee guida nel sistema dell'organizzazione indirizza alla buona pratica per i disturbi mentali. Anche in letteratura, per nostra conoscenza, non esistono linee guida né per

la popolazione italiana né europea. Una recente revisione della letteratura (Simonsen *et al.*, 2019), ha evidenziato che solo 9 paesi europei presentano linee guida di pratica clinica e intervento per i disturbi di personalità. Tre paesi hanno pubblicato linee guida solo per i disturbi di personalità in generale, tre per il Disturbo Borderline di Personalità e uno per il Disturbo Antisociale. I risultati della revisione hanno mostrato estreme divergenze nelle raccomandazioni riguardo alla diagnosi e al tipo di intervento. Tuttavia, tutte le linee guida raccomandano la psicoterapia come trattamento di prima scelta per i disturbi di personalità.

I risultati della presente rassegna vanno in questa direzione. Indipendentemente dal tipo di approccio utilizzato, la psicoterapia produce effetti benefici sulla riduzione dei sintomi e dei tratti di personalità del DOCP.

In generale, osservando i dati sullo stato dell'arte sulla clinica del DOCP tracciati fin qui, proponiamo i seguenti principi che il clinico è invitato a seguire:

1. data l'alta prevalenza del disturbo e l'alta relazione con altri disturbi, porre un'accurata diagnosi servendosi di strumenti recenti e validati;
2. valutare l'impatto del disturbo a livello del funzionamento psico-sociale generale e l'ideazione suicidaria, in particolare quando il DOCP è in comorbidità con i disturbi depressivi;
3. suggerire primariamente un trattamento psicoterapeutico;
4. l'approccio che ha mostrato maggiori evidenze nel ridurre il quadro clinico è la Terapia Cognitiva;
5. considerare nell'intervento la caratteristica centrale del DOCP che risulta essere il perfezionismo rigido.

Bibliografia

- Albert, U., Maina, G., Forner, F. & Bogetto, F. (2004). DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: prevalence in patients with anxiety disorders and in healthy comparison subjects. *Comprehensive psychiatry*, 45: 325-332. DOI: 10.1016/j.comppsy.2004.06.005.
- Allen, J.G., Fonagy, P. (2014). Mentalizing in psychotherapy. In: Hales, R.E., Yudofsky, S.C., Roberts, L.W. (eds.). *The American Psychiatric Publishing textbook of psychiatry*. 6th. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Anderluh, M., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S., Collier, D. & Treasure, J. (2009). Lifetime course of eating disorders: design and validity testing of a new strategy to define the eating disorders phenotype. *Psychological medicine*, 39(1): 105-114. DOI: 10.1017/S0033291708003292.

Barbara Magnani, Giancarlo Dimaggio

- Ansell, E.B., Pinto, A., Crosby, R.D., Becker, D.F., Añez, L.M., Paris, M. & Grilo, C.M. (2010). The prevalence and structure of obsessive-compulsive personality disorder in Hispanic psychiatric outpatients. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 41(3): 275-281. DOI: 10.1016/j.jbtep.2010.02.005.
- APA – American Psychiatric Association. (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina.
- Atroszko, P.A., Demetrovics, Z., Griffiths, M.D. (2020). Work addiction, obsessive-compulsive personality disorder, burn-out, and global burden of disease: Implications from the ICD-11. *International journal of environmental research and public health*, 17(2): 660. DOI: 10.3390/ijerph17020660.
- Bach, B., Sellbom, M., Kongerslev, M., Simonsen, E., Krueger, R.F. & Mulder, R. (2017). Deriving ICD-11 personality disorder domains from DSM-5 traits: initial attempt to harmonize two diagnostic systems. *Acta psychiatrica scandinavica*, 136(1): 108-117. DOI: 10.1111/acps.12748.
- Baer, L. (1994). Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *Journal of clinical psychiatry*, 55: 18-23.
- Bamelis, L.L., Evers, S.M., Spinhoven, P. & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American journal of psychiatry*, 171: 305-322. DOI: 10.1176/appi.ajp.2013.12040518.
- Barber, J.P., Muenz, L.R. (1996). The role of avoidance and obsessiveness in matching patients to cognitive and interpersonal psychotherapy: empirical findings from the treatment for depression collaborative research program. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(5): 951. DOI: 10.1037/0022-006X.64.5.951.
- Barber, J.P., Morse, J.Q., Krakauer, I.D., Chittams, J. & Crits-Christoph, K. (1997). Change in obsessive-compulsive and avoidant personality disorders following time-limited supportive-expressive therapy. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 34(2): 133. DOI: 10.1037/h0087774.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Becker, D.F., Masheb, R.M., White, M.A. & Grilo, C.M. (2010). Psychiatric, behavioral, and attitudinal correlates of avoidant and obsessive-compulsive personality pathology in patients with binge-eating disorder. *Comprehensive psychiatry*, 51(5): 531-537. DOI: 10.1016/j.comppsy.2009.11.005.
- Bender, D.S., Dolan, R.T., Skodol, A.E., Sanislow, C.A., Dyck, I.R., McGlashan, T.H., Shea, M.T., Zanarini, M.C., Oldham, J.M. & Gunderson, J.G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *American journal of psychiatry*, 158: 295-302. DOI: 10.1176/appi.ajp.158.2.295.
- Bender, D.S., Skodol, A.E., Pagano, M.E., Dyck, I.R., Grilo, C.M., Shea, M.T., Sanislow, C.A., Zanarini, M.C., Yen, S., McGlashan, T.H., Gunderson, J.G. (2006). Prospective assessment of treatment use by patients with personality disorders. *Psychiatric services*, 57: 254-257. DOI: 10.1176/appi.ps.57.2.254.
- Bowen, R., Rahman, H., Dong, L.Y., Khalaj, S., Baetz, M., Peters, E. & Balbuena, L. (2019). Suicidality in people with obsessive-compulsive symptoms or personality traits. *Frontiers in psychiatry*, 9: 747. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00747.
- Braun, D.L., Sunday, S.R., Halmi, K.A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological medicine*, 24: 859-867. DOI: 10.1017/S0033291700028956.

- Cheli, S., MacBeth, A., Popolo, R., Dimaggio, G. (2020). The intertwined path of perfectionism and self-criticism in a client with obsessive-compulsive personality disorder. *Journal of clinical psychology*, 76(11): 2055-2066. DOI: 10.1002/jclp.23051.
- Chessick, R.D. (2001). OCD, OCPD: Acronyms do not make a disease. *Psychoanalytic inquiry*, 21(2): 183-207. DOI: 10.1080/07351692109348931.
- Clark, L.A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual review of psychology*, 58: 227-257. DOI: 10.1146/annurev.psych.57.102904.190200.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P. *et al.* (2006). Prevalence and correlates of personality disorder among adults aged 16 to 74 in Great Britain. *British journal of psychiatry*, 188: 423-31. DOI: 10.1192/bjp.188.5.423.
- Coles, M.E., Pinto, A., Mancebo, M.C. *et al.* (2008). OCD with comorbid OCPD: a subtype of OCD? *Journal of psychiatric research*, 42: 289-296. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2006.12.009.
- Corruble, E., Ginestet, D. & Guelfi, J.D. (1996). Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: a review. *Journal of affective disorders*, 37(2-3): 157-170. DOI: 10.1016/0165-0327(95)00091-7.
- Crane, A.M., Roberts, M.E. & Treasure, J. (2007). Are obsessive-compulsive personality traits associated with a poor outcome in anorexia nervosa? A systematic review of randomized controlled trials and naturalistic outcome studies. *International journal of eating Disorders*, 40: 581-588. DOI: 10.1002/eat.20419.
- Crawford, T.N., Cohen, P., Johnson, J.G. *et al.* (2005). Self-reported personality disorder in the children in the community sample: convergent and prospective validity in late adolescence and adulthood. *Journal of personality disorders*, 19: 30-52. DOI: 10.1521/pedi.19.1.30.62179.
- Cullen, B., Samuels, J.F., Pinto, A., Fyer, A.J., McCracken, J.T., Rauch, S.L. ... Nestadt, G. (2008). Demographic and clinical characteristics associated with treatment status in family members with obsessive-compulsive disorder. *Depression and anxiety*, 25(3): 218-224. DOI: 10.1002/da.20293.
- Cummings, J.A., Hayes, A.M., Cardaciotto, L. & Newman, C.F. (2012). The dynamics of self-esteem in cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders: an adaptive role of self-esteem variability? *Cognitive therapy and research*, 36: 272-281. DOI: 10.1007/s10608-011-9375-x.
- de Reus, R.J.M. & Emmelkamp, P.M.G. (2012). Obsessive-compulsive personality disorder: a review of current empirical findings. *Personal mental health*, 6: 1-21. DOI: 10.1002/pmh.
- Diaconu, G. & Turecki, G. (2009). Obsessive-compulsive personality disorder and suicidal behavior: evidence for a positive association in a sample of depressed patients. *The journal of clinical psychiatry*, 70(11): 13040. DOI: 10.4088/JCP.08m04636.
- Diedrich, A. & Voderholzer, U. (2015). Obsessive-compulsive personality disorder: a current review. *Current psychiatry reports*, 17: 1-10. DOI: 10.1007/s11920-014-0547-8.
- Dimaggio, G., Carcione, A., Salvatore, G., Nicolò, G., Sisto, A. & Semerari, A. (2011). Progressively promoting metacognition in a case of obsessive-compulsive personality disorder treated with metacognitive interpersonal therapy. *Psychology and psychotherapy: theory, research and practice*, 84(1): 70-83. DOI: 10.1348/147608310X527240.
- Dimaggio, G., Salvatore, G., MacBeth, A., Ottavi, P., Buonocore, L. & Popolo, R. (2017). Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders: A case study series. *Journal of contemporary psychotherapy*, 47(1): 11-21. DOI: 10.1177/1534650120960234.

Barbara Magnani, Giancarlo Dimaggio

- Driessen, E., Van, H.L., Don, F.J., Peen, J., Kool, S., Westra, D., Hendriksen, M., Schoevers, R.A., Cuijpers, P., Twisk, J.W., Dekker, J.J.M. (2013). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial. *American journal of psychiatry*, 170(9): 1041-1050. DOI: 10.1176/appi.ajp.2013.12070899.
- Dufresne, L., Bussi eres, E.L., B edard, A., Gingras, N., Blanchette-Sarrasin, A., B egin, C. (2020). Personality traits in adolescents with eating disorder: A meta-analytic review. *International journal of eating disorders*, 53(2): 157-173. DOI: 10.1002/eat.23183.
- Fineberg, N.A., Reghunandanan, S., Kolli, S. & Atmaca, M. (2014). Obsessive-compulsive (anankastic) personality disorder: toward the ICD-11 classification. *Brazilian journal of psychiatry*, 36: 40-50. DOI: 10.1590/1516-4446-2013-1282.
- Fiore, D., Dimaggio, G., Nicol o, G., Semerari, A., Carcione, A. (2008). Metacognitive interpersonal therapy in a case of obsessive-compulsive and avoidant personality disorders. *Journal of clinical psychology*, 64(2): 168-180. DOI: 10.1002/jclp.20450.
- Freud, S. (1908). Character and anal eroticism (pp. 169-75). In: Strachey, J. (ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, vol. 9. London: Hogarth.
- Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S.,  overg ard, K.T. & Rosenvinge, J.H. (2013). Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: A meta-analysis of 30 years of research. *Journal of affective disorders*, 145(2): 143-155. DOI: 10.1016/j.jad.2012.07.004.
- Gartner, A.F., Marcus, R.N., Halmi, K. & Loranger, A.W. (1989). DSM-III-R personality disorders in patients with eating disorders. *American journal of psychiatry*, 146: 1585-1591. DOI: 10.1176/ajp.146.12.1585.
- Garyfallos, G., Katsigiannopoulos, K., Adamopoulou, A., Papazisis, G., Karastergiou, A. & Bozikas, V.P. (2010). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder with obsessive-compulsive personality disorder: Does it imply a specific subtype of obsessive-compulsive disorder?. *Psychiatry research*, 177(1-2): 156-160. DOI: 10.1016/j.psychres.2010.01.006.
- Gordon, O.M., Salkovskis, P.M., Oldfield, V.B. & Carter, N. (2013). The association between obsessive compulsive disorder and obsessive-compulsive personality disorder: prevalence and clinical presentation. *British journal of clinical psychology*, 52: 300-315. DOI: 10.1111/bjc.12016.
- Gordon-King, K., Schweitzer, R.D. & Dimaggio, G. (2018). Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders featuring emotional inhibition: A multiple baseline case series. *The journal of nervous and mental disease*, 206(4): 263-269. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000789.
- Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Ruan, W.J., Pickering, R.P. (2004). Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*, 61: 361-368. DOI: 10.1001/archpsyc.61.4.361.
- Grant, J.E., Mooney, M.E., Kushner, M.G. (2012). Prevalence, correlates, and comorbidity of DMS-IV obsessive-compulsive personality disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of psychiatric research*, 46: 469-75. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2012.01.009.
- Grilo, C.M. & McGlashan, T.H. (2000). Convergent and discriminant validity of DSM-IV Axis II personality disorder criteria in adult outpatients with binge eating disorder. *Comprehensive psychiatry*, 41: 163-166. DOI: 10.1016/S0010-440X(00)90042-7.
- Grilo, C.M., Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Sanislow, C.A., Stout, R.L., Shea, M.T. ...

- McGlashan, T.H. (2004). Longitudinal diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for obsessive-compulsive personality disorder: a 2-year prospective study. *Acta psychiatrica scandinavica*, 110(1): 64-68. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2004.00311.x.
- Gunderson, J.G. (1984). *Borderline personality disorder*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Gunderson, J.G. (2001). *Borderline personality disorder: a clinical guide*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Halmi, K., Tozzi, F., Thornton, L.M., Crow, S., Fichter, M.M., Kaplan, A.S. (2005). The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *Journal of eating disorders*, 38: 371-374. DOI: 10.1002/eat.20190.
- Hayes, A.M., Yasinski, C. (2015). Pattern destabilization and emotional processing in cognitive therapy for personality disorders. *Frontiers in psychology*, 6: 107. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.00107.
- Hertler, S.C. (2013). Understanding obsessive-compulsive personality disorder. *SAGE Open*, (3). DOI: 10.1177/2158244013500675.
- Herzog, D.B., Keller, M.B., Lavori, P.W., Kenny, G.M. & Sacks, N.R. (1992). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *Journal of clinical psychiatry*, 53: 147-152.
- Hopwood, C.J., Morey, L.C., Gunderson, J.G., Skodol, A.E., Tracie Shea, M., Grilo, C.M. & McGlashan, T.H. (2006). Hierarchical relationships between borderline, schizotypal, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Acta psychiatrica scandinavica*, 113(5): 430-439. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2005.00683.x.
- Hummelen, B., Wilberg, T., Pedersen, G., Karterud, S. (2008). The quality of the DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder construct as a prototype category. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(6): 446-455. DOI: 10.1097/NMD.0b013e3181775a4e.
- Ishihara, L. & Brayne, C. (2006). What is the evidence for a premorbid parkinsonian personality: a systematic review. *Movement disorders*, 21: 1066-1072. DOI: 10.1002/mds.20980.
- Karwautz, A., Troop, N.A., Rabe-Hesketh, S. et al. (2003). Personality disorders and personality dimensions in anorexia nervosa. *Journal of personality disorders*, 17: 73-85. DOI: 10.1521/pedi.17.1.73.24057.
- Kernberg, O.F. (1977). The structural diagnosis of borderline personality organization (pp. 87-121). In: Hartcollis, P. (ed.), *Borderline personality disorders: the concept, the syndrome, the patient*. New York: International Universities Press.
- Kikkert, M.J., Driessen, E., Peen, J., Barber, J.P., Bockting, C., Schalkwijk, F. ... Dekker, J.J. (2016). The role of avoidant and obsessive-compulsive personality disorder traits in matching patients with major depression to cognitive behavioral and psychodynamic therapy: A replication study. *Journal of affective disorders*, 205: 400-405. DOI: 10.1016/j.jad.2016.08.017.
- Klerman, G., Weissman, M., Rounsaville, B. & Chevron, E. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Lee, J.C., Prado, H.S., Diniz, J.B. et al. (2009). Perfectionism and sensory phenomena: phenotypic components of obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 50: 431-436. DOI: 10.1016/j.comppsy.2008.11.007.
- Leichsenring, F., Hiller, W., Weissberg, M. & Leibing, E. (2006). Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: techniques, efficacy, and indications. *American journal of psychotherapy*, 60(3): 233-259. DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.2006.60.3.233.

Barbara Magnani, Giancarlo Dimaggio

- Lenzenweger, M.F. (2008). Epidemiology of personality disorders. *Psychiatric clinics of North America*, 31(3): 395-403. DOI: 10.1016/j.psc.2008.03.003.
- Liggett, J. & Sellbom, M. (2018). Examining the DSM-5 alternative model of personality disorders operationalization of obsessive-compulsive personality disorder in a mental health sample. *Personality disorders: theory, research, and treatment*, 9(5): 397. DOI: 10.1037/per0000285.
- Liggett, J., Sellbom, M. & Carmichael, K.L. (2017). Examining the DSM-5 Section III criteria for obsessive-compulsive personality disorder in a community sample. *Journal of personality disorders*, 31(6): 790-809. DOI: 10.1521/pedi_2017_31_281.
- Liggett, J., Sellbom, M. & Bach, B. (2018). Continuity between DSM-5 Section II and Section III personality traits for obsessive-compulsive personality disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(1): 144-151. DOI: 10.1002/cpp.2147.
- Light, K.J., Joyce, P.R., Luty, S.E., Mulder, R.T., Frampton, C.M., Joyce, L.R. (2006). Preliminary evidence for an association between a dopamine D3 receptor gene variant and obsessive-compulsive personality disorder in patients with major depression. *American journal of medical genetics part B*, 141B: 409-413. DOI: 10.1002/ajmg.b.30308.
- Lilenfeld, L.R., Wonderlich, S., Riso, L.P., Crosby, R. & Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clinical psychology review*, 26(3): 299-320. DOI: 10.1016/j.cpr.2005.10.003.
- Lochner, C., Serebro, P., van der Merwe, L., Hemmings, S., Kinnear, C., Seedat, S. & Stein, D.J. (2011). Comorbid obsessive-compulsive personality disorder in obsessive-compulsive disorder (OCD): A marker of severity. *Progress in neuro-psychopharmacology and biological psychiatry*, 35(4): 1087-1092. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2011.03.006.
- Lynch, T.R. & Cheavens, J.S. (2008). Dialectical behavior therapy for comorbid personality disorders. *Journal of clinical psychology*, 64(2): 154-167. DOI: 10.1002/jclp.20449.
- McGlashan, T.H., Grilo, C.M., Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Shea, M.T. & Morey, L.C. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: baseline axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta psychiatrica scandinavica*, 102: 256-264. DOI: 10.1034/j.1600-0447.2000.102004256.x.
- Medeiros, G.C., & Grant, J.E. (2018). Gambling disorder and obsessive-compulsive personality disorder: A frequent but understudied comorbidity. *Journal of behavioral addictions*, 7(2): 366-374. DOI: 10.1556/2006.7.2018.50.
- Menza, M. (2000). The personality associated with Parkinson's disease. *Current psychiatry reports*, 2: 421-426. DOI: 10.3389/fneur.2018.01191.
- Millon, T. & Everly, G.S. (1985). *Personality and its disorders: a biosocial learning approach*. New York: John Wiley & Sons.
- Montazeri, M.S., Neshatdoost, H.T., Abedi, M.R. & Abedi, A. (2014). Effectiveness of schema therapy on symptoms intensity reduction and anxiety in a special case with obsessive compulsive personality disorder. *Zahedan university of medical sciences*, 16(5): 92-94.
- Ng, R.M.K. (2005). Cognitive therapy for obsessive-compulsive personality disorder. A pilot study in Hong Kong Chinese patients. *Hong Kong journal of psychiatry*, 15: 50-3.
- Nicoletti, A., Luca, A., Raciti, L. *et al.* (2013). Obsessive compulsive personality disorder and Parkinson's disease. *PLoS ONE*, 8: e54822. DOI: 10.1371/journal.pone.0054822.
- Nilsson, E.W., Gillberg, C., Gillberg, I.C. & Rasta, M. (1999). Ten-year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa: Personality disorders. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 38: 1389-1395. DOI: 10.1097/00004583-199911000-00013.

- O'Connell, B., Dowling, M. (2014). Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(6): 518-525. DOI: 10.1111/jpm.12116.
- Perry, J.C., Bond, M. & Roy, C. (2007). Predictors of treatment duration and retention in a study of long-term dynamic psychotherapy: childhood adversity, adult personality, and diagnoses. *Journal of psychiatric practice*, 13: 221-32. DOI: 10.1097/01.pra.0000281482.11946.fc.
- Petrov, M.E., Emert, S.E. & Lichstein, K.L. (2019). Obsessive-compulsive personality disorder features and response to behavioral therapy for insomnia among patients with hypnotic-dependent insomnia. *Behavioral sleep medicine*, 17(6): 740-752. DOI: 10.1080/15402002.2018.1483369.
- Pinto, A., Liebowitz, M.R., Foa, E.B. & Simpson, H.B. (2011). Obsessive compulsive personality disorder as a predictor of exposure and ritual prevention outcome for obsessive compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 49: 453-458. DOI: 10.1016/j.brat.2011.04.004.
- Pinto, A., Steinglass, J.E., Greene, A.L., Weber, E.U. & Simpson, H.B. (2014). Capacity to delay reward differentiates obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive personality disorder. *Biological psychiatry*, 75: 653-659. DOI: 10.1016/j.biopsych.2013.09.007.
- Piran, N., Lerner, P., Garfinkel, P.E., Kennedy, S.H. & Brouillette, C. (1988). Personality disorders in anorexic patients. *International journal of eating disorders*, 7: 589-599. DOI: 10.1002/1098-108X(198809)7:5<589::AID-EAT2260070502>3.0.CO;2-H.
- Popa, C.O., Buicu, G. & Ardelean, M. (2012). The obsessive-compulsive personality disorder, approached by cognitive-behavioural therapy. *Acta Medica Transilvanica*, 2: 251-252.
- Popolo, R., MacBeth, A., Canfora, F., Rebecchi, D., Toselli, C., Salvatore, G. & Dimaggio, G. (2019). Metacognitive Interpersonal Therapy in group (MIT-G) for young adults with personality disorders: A pilot randomized controlled trial. *Psychology and psychotherapy: theory, research and practice*, 92(3): 342-358. DOI: 10.1111/papt.12182.
- Popolo, R., MacBeth, A., Lazzarini, L., Brunello, S., Venturelli, G., Rebecchi, D. ... Dimaggio, G. (2021). Metacognitive interpersonal therapy in group versus TAU+ waiting list for young adults with personality disorders: Randomized clinical trial. *Personality disorders: theory, research, and treatment*, 13(6): 619-628. DOI: 10.1037/per0000497.
- Raiskila, T., Sequeiros, S.B., Kiuttu, J., Kauhanen, M.L., Läksy, K., Rissanen, P. ... Joukamaa, M. (2013). Obsessive-compulsive personality disorder is common among occupational health care clients with depression. *Journal of occupational and environmental medicine*, 55(2): 168-171. DOI: 10.1097/JOM.0b013e3182717e6d.
- Riddle, M.A., Maher, B.S., Wang, Y., Grados, M., Bienvenu, O.J., Goes, F.S. ... Samuels, J. (2016). Obsessive-compulsive personality disorder: Evidence for two dimensions. *Depression and anxiety*, 33(2): 128-135. DOI: 10.1002/da.22452.
- Rossi, A., Marinangeli, M.G., Butti, G., Kalyvoka, A. & Petruzzi, C. (2000). Pattern of comorbidity among anxious and odd personality disorders: The case of obsessive-compulsive personality disorder. *CNS spectrums*, 5(9): 23-26. DOI: 10.1017/S1092852900021623.
- Rössler, W., Hengartner, M.P., Ajdacic-Gross, V. & Angst, J. (2015). Predictors of burnout: Results from a prospective community study. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 265: 19-25. DOI: 10.1007/s00406-014-0512-x.
- Samuels, J., Eaton, W.W., Bienvenu, O.J. III *et al.* (2002). Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *British journal of psychiatry*, 180: 536-542. DOI: 10.1192/bjp.180.6.536.

Barbara Magnani, Giancarlo Dimaggio

- Samuel, D.B. & Widiger, T.A. (2011). Conscientiousness and obsessive-compulsive personality disorder. *Personality disorders: theory, research, and treatment*, 2(3): 161. DOI: 10.1037/a0021216.
- Sanislow, C.A., Little, T.D., Ansell, E.B., Grilo, C.M., Daversa, M., Markowitz, J.C. ... McGlashan, T.H. (2009). Ten-year stability and latent structure of the DSM-IV schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of abnormal psychology*, 118(3): 507. DOI: 10.1037/a0016478.
- Sachse, R. (ed.) (2001). *Psychologische psychotherapie der persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Schiavone, P., Dorz, S., Conforti, D., Scarso, C. & Borgherini, G. (2004). Comorbidity of DSM-IV personality disorders in unipolar and bipolar affective disorders: A comparative study. *Psychological reports*, 95: 121-128. DOI: 10.2466/pr0.95.1.121.
- Serpell, L., Livingstone, A., Neiderman, M. & Lask, B. (2002). Anorexia nervosa: Obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive personality disorder, or neither?. *Clinical psychology review*, 22(5): 647-669. DOI: 10.1016/S0272-7358(01)00112-X.
- Shea, M.T., Stout, R., Gunderson, J., Morey, L.C., Grilo, C. & McGlashan, T. (2002). Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *American journal of psychiatry*, 159(12): 2036-2041. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.12.2036.
- Simonsen, S., Bateman, A., Bohus, M., Dalewijk, H.J., Doering, S., Kaera, A. ... Mehlum, L. (2019). European guidelines for personality disorders: past, present and future. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 6(1): 1-10. DOI: 10.1186/s40479-019-0106-3.
- Skodol, A.E., Gunderson, J.G., McGlashan, T.H., Dyck, I.R., Stout, R.L., Bender, D.S. ... Oldham, J.M. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *American journal of psychiatry*, 159(2): 276-283. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.2.276.
- Skodol, A.E., Pagano, M.E., Bender, D.S., Shea, M.T., Gunderson, J.G., Yen, S. ... McGlashan, T.H. (2005). Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years. *Psychological medicine*, 35(3): 443-451. DOI: 10.1017/S003329170400354X.
- Skodol, A.E. (2012). Personality disorders in DSM-5. *Annual review of clinical psychology*, 8: 317-344. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143131.
- Smith, R., Shepard, C., Wiltgen, A., Rufino, K., Fowler, J.C. (2017). Treatment outcomes for inpatients with obsessive-compulsive personality disorder: An open comparison trial. *Journal of affective disorders*, 209: 273-278. DOI: 10.1016/j.jad.2016.12.002.
- Soeteman, D.I., Roijen, L.H.V., Verheul, R. & Busschbach, J.J. (2008). The economic burden of personality disorders in mental health care. *Journal of clinical psychiatry*, 69(2): 259. DOI: 10.4088/jcp.v69n0212.
- Starcevic, V. & Brakoulias, V. (2014). New diagnostic perspectives on obsessive-compulsive personality disorder and its links with other conditions. *Current opinion in psychiatry*, 27(1): 62-67. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000030.
- Starcevic, V., Berle, D., Brakoulias, V., Sammut, P., Moses, K., Milicevic, D. & Hannan, A. (2013). Obsessive-compulsive personality disorder co-occurring with obsessive-compulsive disorder: conceptual and clinical implications. *Australian & New Zealand journal of psychiatry*, 47(1): 65-73. DOI: 10.1177/0004867412450645.
- Strauss, J.L., Hayes, A.M., Johnson, S.L., Newman, C.F., Brown, G.K., Barber, J.P. ... Beck,

Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità (DOCP)

- A.T. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(2): 337. DOI: 10.1037/0022-006X.74.2.337.
- Stuart, S., Pfohl, B., Battaglia, M., Bellodi, L., Grove, W. & Cadoret, R. (1998). The cooccurrence of DSM-III-R personality disorders. *Journal of personality disorders*, 12: 302-315. DOI: 10.1521/pedi.1998.12.4.302.
- Torgersen, S., Kringlen, E. & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of general psychiatry*, 58: 590-596. DOI: 10.1001/archpsyc.58.6.590.
- van Broekhoven, K.E., Karreman, A., Hartman, E.E., Lodder, P., Endendijk, J.J., Bergink, V. & Pop, V.J. (2019). Obsessive-compulsive personality disorder symptoms as a risk factor for postpartum depressive symptoms. *Archives of women's mental health*, 22: 475-483. DOI: 10.1007/s00737-018-0908-0.
- Volkert, J., Gablonski, T.C., Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry*, 213(6): 709-715. DOI: 10.1192/bjp.2018.202.
- Weintraub, D., Claassen, D.O. (2017). Impulse control and related disorders in Parkinson's disease. *International review of neurobiology*, 133: 679-717. DOI: 10.1016/bs.irn.2017.04.006.
- Westen, D. & Harnden-Fischer, J. (2001). Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between axis I and axis II. *American journal of psychiatry*, 158(4): 547-562. DOI: 10.1176/appi.ajp.158.4.547.
- Wetterneck, C.T., Little, T.E., Chasson, G.S. *et al.* (2011). Obsessive-compulsive personality traits: how are they related to OCD severity? *Journal of anxiety disorders*, 25: 1024-1031. DOI: 10.1016/j.janxdis.2011.06.011.
- WHO (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical description and diagnostic guidelines*. Genève: World Health Organization.
- Wonderlich, S.A. & Mitchell, J.E. (1997). Eating disorders and comorbidity: empirical, conceptual, and clinical implications. *Psychopharmacology bulletin*, 33(3): 381-390.
- Wonderlich, S.A., Swift, W.J., Slotnick, H.B. & Goodman, S. (1990). DSM-III-R personality disorders in eating disorders subtypes. *International journal of eating disorders*, 9: 607-616. DOI: 10.1002/1098-108X(199011)9:6<607::AID-EAT2260090603>3.0.CO;2-0.
- Yanovski, S.Z., Nelson, J.E., Dubbert, B.K. & Spitzer, R.L. (1993). Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *American journal of psychiatry*, 150: 1472-1479. DOI: 10.1176/ajp.150.10.1472.
- Young, J.E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota: Professional Resource Press.
- Zimmerman, M., Rothschild, L. & Chemplinski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American journal of psychiatry*, 162: 1911-1918. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.10.1911.