
Presentazione della versione italiana dell'Obsessive Beliefs Questionnaire (parte II).^{*} Validità convergente e specificità dei costrutti in un campione clinico

Caterina Novara^a, Stella Dorz^b, Massimiliano Pastore^c, Claudio Sica^d e Ezio Sanavio^a

^a Dipartimento di Psicologia Generale, Università di Padova

^b Casa di Cura Parco dei Tigli, Padova

^c Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, Università di Padova

^d Dipartimento di Psicologia, Università di Firenze

Riassunto

L'*Obsessive Beliefs Questionnaire* (OBQ) è un questionario sviluppato dal gruppo internazionale Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) per valutare i domini cognitivi considerati centrali nello sviluppo e mantenimento del disturbo ossessivo-compulsivo. Nella prima parte di questo lavoro abbiamo descritto la procedura di validazione italiana e presentato alcune caratteristiche psicometriche dell'OBQ-46. In questa seconda parte presentiamo i risultati relativi alla validità concorrente e la validità discriminante dell'OBQ-46. Lo strumento è stato somministrato a 49 pazienti con diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo, a 21 pazienti con altri disturbi d'ansia e a 50 controlli non clinici.

Il confronto tra gruppi indica una specificità del costrutto relativo alla responsabilità, sia per danno che per omissione. Inoltre, la congruenza tra quadri sintomatologici e *beliefs* corrispondenti non sembra del tutto confermata. I risultati vengono discussi in termini di ampliamenti futuri e revisione della centralità e specificità dei costrutti cognitivi relativi al disturbo ossessivo-compulsivo e della possibile esistenza di costrutti sovra-ordinati.

Parole chiave: *disturbo ossessivo-compulsivo, assessment, validazione, campioni clinici.*

* La prima parte è stata pubblicata nel volume 15, n. 2 (2009) della rivista, alle pagine 139-170.

Summary

Presentation of the Italian version of the Obsessive Beliefs Questionnaire (part II). Convergent validity and specificity of the constructs in a clinical group

The Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ) is a questionnaire developed by the international group Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) to assess cognitive domains that are considered central in the development and maintenance of obsessive-compulsive disorder. In the first part of this work we have described the Italian validation procedure and have presented some psychometric characteristics of the OBQ-46. In this second part we present the results related to concurrent and discriminant validity of the OBQ-46. The questionnaire was administered to 49 patients with obsessive-compulsive disorder, 21 patients with other anxiety disorders and to 50 non-clinical controls.

Comparison between groups highlights the specificity of the responsibility for harm and for omission in OCD Italian population. In addition, the congruence between OC sub-types and beliefs does not seem entirely confirmed. Results are discussed in terms of future expansion and revision of centrality and specificity of the cognitive constructs related to obsessive-compulsive disorder and the possible existence of higher-order constructs.

Keywords: *obsessive-compulsive disorder, assessment, validation, clinical population.*

INTRODUZIONE

L'*Obsessive Beliefs Questionnaire* (OBQ) è lo strumento sviluppato dall'Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG, 1997) per l'assessment dei pensieri considerati rilevanti nell'eziologia e nel mantenimento di ossessioni e compulsioni. Nella sua versione originale furono individuati e definiti sei *beliefs* ritenuti caratteristici del pensiero ossessivo-compulsivo: Responsabilità esagerata, Controllo dei pensieri, Importanza dei pensieri, Sovrastima del pericolo, Intolleranza dell'incertezza e Perfezionismo. Lavori successivi (OCCWG, 2003; 2005) hanno portato alla validazione della versione inglese attuale, costituita da 44 item (OBQ-44) suddivisi in tre scale (Responsabilità/Stima del pericolo, Perfezionismo/Certezza, Importanza/Controllo dei pensieri).

La versione italiana dell'OBQ è stata presentata nella prima parte della presente ricerca (Dorz, Novara, Pastore, Sica e Sanavio, 2009) dove si è pervenuti alla versione definitiva del questionario OBQ tramite analisi fattoriale esplorativa e confermativa e si sono verificate le caratteristiche psicometriche del test in una popolazione non-clinica di studenti universitari. La versione italiana ottenuta risulta quindi composta da 46 items divisi in 5 scale: Perfezionismo, Responsabilità per danno, Controllo dei pensieri, Responsabilità per omissione, Importanza dei pensieri mostra valori soddisfacenti di consistenza interna (alpha compreso tra 0,65 e 0,86) e di stabilità a 30 giorni di distanza (r compreso tra 0,67 e 0,84).

Principale obiettivo di questa seconda parte dello studio è stato quello di indagare la validità discriminante dell'OBQ-46 utilizzando popolazioni cliniche (pazienti con disturbo ossessivo compulsivo — Gruppo OC — e pazienti con altri disturbi d'ansia — Gruppo non-OC).

Altro obiettivo è stato quello di dare sostegno empirico all'ipotizzata relazione esistente tra sintomatologia OC e *beliefs*, tenendo conto di tre criteri che ne confermerebbero la correttezza.

Il primo criterio è di carattere generale e prevede un'associazione tra le diverse sintomatologie OC e i *beliefs* (criterio di generalità).

Il secondo criterio è quello della specificità, secondo il quale i pazienti OC dovrebbero utilizzare i *beliefs* ossessivi in misura maggiore rispetto ad altri gruppi clinici (per esempio, pazienti ansiosi); in altre parole, i pazienti OC dovrebbero presentare un numero maggiore di *beliefs* specifici rispetto a tutti i pazienti psichiatrici.

La specificità dei costrutti è stata analizzata fin dalle prime pubblicazioni dal gruppo OCCWG. Dal primo lavoro condotto in tal senso (OCCWG, 2001) è emerso che i pazienti con OC, rispetto ai pazienti con disturbi d'ansia non-OC, ottenevano punteggi significativamente superiori in 5 delle 6 scale dell'OBQ, con l'eccezione della scala Perfezionismo. In uno studio successivo (OCCWG, 2003), invece, è stato riscontrato che 3 delle 6 scale dell'OBQ (Tolleranza dell'incertezza, Sovrastima del pericolo e Perfezionismo) non discriminavano i pazienti OC dai pazienti con altri disturbi d'ansia, suggerendo la non specificità di questi domini nel disturbo ossessivo-compulsivo. In un contesto italiano, Sica et al. (2004) hanno trovato che le scale Perfezionismo, Tolleranza dell'incertezza e Importanza dei pensieri discriminavano tra pazienti OC e pazienti con disturbo d'ansia generalizzato. Nell'ultima rivisitazione pubblicata (OCCWG, 2005) con somministrazione della versione tri-fattoriale a larghi campioni clinici, i pazienti OC hanno ottenuto punteggi significativamente più alti dei pazienti ansiosi non-OC nelle scale Responsabilità/Stima del pericolo e Importanza/Controllo dei pensieri, ma non nella scala Perfezionismo/Certezza.

I risultati sembrano in linea con l'ipotesi della specificità, anche se i confronti non sono stati controllati rispetto alle variabili di distress. Nello studio di Tolin, Worhunsky e Maltby (2006) che replica ed estende i risultati presentati dall'OCCWG, il confronto tra gruppi (OC, ansiosi non-OC e controlli sani) risultava significativo per tutte le scale dell'OBQ, ma controllando gli effetti di ansia e depressione la maggior parte delle differenze perdeva di significatività: covariando con la misura di depressione, per la scala Responsabilità non emergeva alcuna differenza; covariando con la misura di ansia, solo la scala di Controllo dei pensieri discriminava i tre gruppi di soggetti. Pur essendo un punto critico per valutare la bontà della teoria, il criterio della specificità ha globalmente ricevuto scarso supporto empirico. D'altro canto, se ciò non dovesse essere confermato e questi domini risultassero essere caratteristici anche di altri quadri psicopatologici, diventerebbe piuttosto difficile sostenere il loro ruolo centrale nello sviluppo e mantenimento del disturbo ossessivo-compulsivo.

Il terzo criterio prevede che le varianti dei quadri sintomatologici OC siano associate con almeno una dimensione cognitiva in maniera logica e coerente. Nel corso di alcuni studi su popolazione non clinica (Tolin, Woods e Abramowitz, 2003) e pazienti OC (Julien, O'Connor e Aardema, 2007), è stato riscontrato che i diversi quadri sintomatologici OC erano predetti da almeno uno dei domini individuati, anche dopo il controllo di variabili interferenti quali ansia o depressione. Questo aspetto cruciale si riferisce all'ipotesi della *congruenza*, secondo la quale differenti *beliefs* ossessivi si assocerebbero a differenti sinto-

mi OC in maniera congruente e logica. Anche la congruenza è stata sottoposta e verificata sperimentalmente, con risultati però contrastanti (Tolin et al., 2006; Taylor, Abramowitz, McKay et al., 2006). Alcuni studi sostengono l'associazione coerente tra specifici *beliefs* e dimensioni sintomatologiche: la paura di contaminazione e la conseguente compulsione di lavaggio sarebbero strettamente associate alla tendenza del soggetto a sovrastimare la probabilità di un possibile pericolo (Calamari et al., 2004); le compulsioni di controllo sembrano essere più frequentemente predette dalla dimensione di Intolleranza dell'incertezza (McKay et al., 2004); sintomi OC quali simmetria, precisione e ordine sarebbero maggiormente legati alla dimensione Perfezionismo (McKay et al., 2004). D'altro canto, simili quadri sintomatologici sono risultati collegati a differenti «motivazioni» sottostanti. Rachman (1994) per primo identificò differenti *beliefs* alla base della compulsione di lavaggio: analizzando un campione clinico di pazienti con compulsioni di questo tipo evidenziò l'esistenza di due sottogruppi distinti, il primo spinto dalla paura dello sporco e dei germi e dalla possibilità di contaminazione, il secondo più motivato dalla necessità di prevenire un possibile pericolo non connesso ai germi o alle malattie. Tallis (1996) fa riferimento a un'altra motivazione sottostante la compulsione di lavaggio, descrivendo diversi casi in cui l'azione di lavarsi era ripetuta nel tentativo di raggiungere un senso di perfezione o benessere. Summerfeldt (2004) propone la centralità del «senso di incompletezza» o «tutto a posto» (meglio noto come *just right feelings*) presente in diversi quadri OC, proponendo questo dominio come specifico e principale del DOC.

Scopo principale della presente ricerca è stato quello di valutare le caratteristiche psicometriche di consistenza interna e validità convergente, al fine di integrare tali risultati con quelli già presentati nel corso della prima parte di questo studio. In secondo luogo abbiamo studiato la relazione tra sintomi OC e *beliefs* disfunzionali in un campione di soggetti clinici italiani rivolgendo particolare attenzione ai criteri di specificità e congruenza.

METODO

PARTECIPANTI

I partecipanti sono stati reclutati presso ambulatori privati, ospedali pubblici e case di cura private convenzionate. Tutti i soggetti hanno partecipato volontariamente allo studio e hanno firmato un consenso informato che li istruiva circa gli scopi e le finalità principali.

Hanno preso parte allo studio due campioni clinici: soggetti il cui disturbo principale (motivo del ricovero e/o motivo della richiesta e/o quadro sintomatologico prevalente) fosse il disturbo ossessivo-compulsivo, denominato «Gruppo OC», e soggetti il cui disturbo principale fosse di tipo ansioso con l'esclusione del disturbo ossessivo-compulsivo, denominato «Gruppo A». Inoltre, è stato reclutato un gruppo controllo non clinico tratto dalla popolazione studentesca, denominato «Gruppo C».

Il primo gruppo è composto da 49 soggetti il cui disturbo principale è il disturbo ossessivo-compulsivo (diagnosticato secondo i criteri del DSM-IV-TR). I soggetti sono quasi esclusivamente ambulatoriali a eccezione di 7 (14%), valutati in condizioni di ricovero. La diagnosi è stata posta secondo i criteri del DSM-IV-TR, utilizzando gli strumenti

SCID-I e SCID-II. Circa la metà del campione presenta comorbidità in Asse II, il cluster più rappresentato è C. Circa un terzo del campione presenta comorbidità in Asse I (disturbo depressivo maggiore nel 45% dei casi).

Il secondo gruppo è composto da 21 soggetti con diagnosi di disturbo d'ansia non OC. I soggetti sono per due terzi ambulatoriali a eccezione di 8 valutati in condizioni di ricovero. La diagnosi è stata posta secondo i criteri del DSM-IV-TR (APA, 2001), utilizzando gli strumenti SCID-I e SCID-II (First, Spitzer, Gibbon e Williams, 2000). Circa il 30% del campione presenta comorbidità in Asse II, il cluster più rappresentato è B. Circa un terzo del campione presenta comorbidità in Asse I (altri disturbi d'ansia: $n = 5$; disturbi dell'umore: $n = 3$).

Il terzo gruppo, di controllo, è composto da 50 soggetti non clinici tratti dalla popolazione studentesca. La tabella 1 riporta le principali caratteristiche socio-demografiche.

Tabella 1 – Confronto tra i tre gruppi OC, A e C (*Post-hoc: $OC = A > C$; **Post-hoc: $OC < A$)

	Gruppo OC		Gruppo A		Gruppo C		gdl	F/ χ^2
Variabili socio-demografiche								
Età	M	DS	M	DS	M	DS	(2,107)	59,034*
	35,2	9,5	33,7	9,2	20,3	1,6		
Sesso (% femmine)	61,7		73,7		62		(1,2)	0,618
Scolarità (anni di istruzione)	M	DS	M	DS	M	DS	(2,103)	4,544**
	12,9	2,6	14,8	3,4	13,8	1,4		
Stato civile (% single)	54,5		52,9		100		(1,4)	32,30
Occupazione (% occupati)	59,1		64,7		0		(1,14)	90,293

I tre gruppi si differenziano relativamente all'età e la scolarità. Il gruppo di pazienti OC è più anziano sia rispetto al Gruppo A che rispetto al gruppo di controllo composto da soggetti tratti dalla popolazione studentesca ($F_{(2,107)} = 59,034$, $p < 0,001$). Anche riguardo alla scolarità emergono differenze tra OC e il Gruppo A ($F_{(2,103)} = 4,54$, $p < 0,001$). Data l'elevata similarità tra i dati le analisi successive non sono state corrette per le variabili demografiche.

PROCEDURA

Sono stati somministrati i seguenti questionari bilanciando l'ordine di presentazione.

- L'*Obsessive Beliefs Questionnaire-46* (OBQ) è costituito da 46 item che fanno riferimento a una serie di convinzioni (*beliefs*) considerate tipiche del pensiero ossessivo-compulsivo, per ciascuna delle quali è richiesto di indicare il grado di accordo su una scala Likert a 7 punti (1 = «molto in disaccordo», 7 = «molto d'accordo»).

Dall'inventario si ottengono cinque punteggi, corrispondenti alle cinque scale fattoriali del test: Perfezionismo, Responsabilità per danno, Controllo dei pensieri, Responsabilità per omissione, Importanza dei pensieri. Le caratteristiche psicometriche nella popolazione italiana sono risultate buone (Dorz et al., 2009).

- Il *Padua Inventory* (PI; Sanavio, 1988) è costituito da una lista di 60 item che si riferiscono a pensieri, atteggiamenti e comportamenti connessi a ossessioni e compulsioni. Dall'inventario si ottiene un punteggio totale e quattro punteggi riferiti alle componenti fattoriali del test: 1) perdita di controllo sulla propria attività mentale, 2) contaminazione, 3) controlli ripetuti, 4) timore di perdere il controllo dei propri comportamenti motori. Le caratteristiche psicometriche sono buone e confermate in varie lingue e culture.
- Il *Beck Anxiety Inventory* (BAI; Beck e Steer, 1990) è un test per la valutazione degli stati ansiosi. È costituito da 21 item finalizzati a testare l'intensità dei sintomi fisiologici e cognitivi più comuni degli stati d'ansia. Il questionario chiede di valutare l'intensità del disagio arrecato da questi sintomi su una scala a quattro punti. L'inventario fornisce un punteggio totale e ha buone caratteristiche psicometriche anche nella popolazione italiana (Coradeschi et al., 2007; Sica e Ghisi, 2007).
- Il *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck e Steer, 1987) è composto da 21 item che fanno riferimento a diversi aspetti cognitivi, affettivi, motivazionali e fisiologici della depressione. L'inventario fornisce un punteggio totale e ha ottime caratteristiche psicometriche anche nella popolazione italiana (Sica e Ghisi, 2007).
- Il *Worry Domain Questionnaire* (WDQ; Tallis, Eysenck e Mathews, 1992) è composto da 25 item che misurano le preoccupazioni in cinque diversi ambiti: Relazioni, Insicurezze, Futuro, Lavoro e Finanze. È possibile ottenere un punteggio totale e la versione italiana ha buone caratteristiche psicometriche (Morani, Pricci e Sanavio, 1999).

RISULTATI

È stata valutata la consistenza interna per ciascun campione clinico usando il coefficiente alfa di Cronbach. Generalmente, sono considerati ottimali valori compresi nella gamma 0,7-0,9, anche se valori intorno a 0,6 sono ancora accettabili (Bergstrom et al., 1998). Tendenzialmente valori superiori a 0,9 vengono considerati indicativi di eccessiva somiglianza tra gli item e pongono dubbi sulla bontà della scala.

La consistenza interna appare soddisfacente sia nel Gruppo OC, con valori che variano da 0,73 («Importanza dei pensieri») a 0,91 («Perfezionismo»), che nel Gruppo A, con valori che variano da 0,70 («Responsabilità per omissione») a 0,86 («Importanza dei pensieri» e «Controllo dei pensieri») anche se il valore di alfa della scala di Perfezionismo è appena al di sopra del valore ottimale.

È stata effettuata una serie di correlazioni di ordine zero e parziali considerando le scale dell'*Obsessive Beliefs Questionnaire* e le scale e il punteggio totale del *Padua Inventory* in entrambi i gruppi clinici.

Nel gruppo OC, la scala con le correlazioni più alte risulta essere quella corrispondente al dominio della «Responsabilità per Omissione»: il valore varia tra 0,645 (PI1) e 0,373 (PI3) ed è da considerarsi buono ad eccezione della scala di Contaminazione: $r = 0,243$.

Tabella 2 – Consistenza interna delle scale: coefficienti α di Cronbach

OBQ	OC		AC	
	α	IC 95%	α	IC 95%
Perfezionismo	0,917	(0,877-0,948)	0,769	(0,584-0,894)
Responsabilità per danno	0,820	(0,732-0,888)	0,731	(0,514-0,877)
Controllo dei pensieri	0,795	(0,697-0,871)	0,875	(0,775-0,943)
Responsabilità per omissione	0,841	(0,760-0,902)	0,700	(0,436-0,867)
Importanza dei pensieri (TAF)	0,733	(0,598-0,835)	0,868	(0,755-0,940)

Le scale con correlazioni deboli, invece, risultano essere quelle corrispondenti ai domini «Controllo dei pensieri» e «Importanza dei pensieri».

In generale, nel Gruppo OC le nuove scale dell'OBQ presentano correlazioni in una gamma accettabile, comprese tra 0,377 e 0,540, col PI totale. La gamma di correlazioni più deboli si ha con la scala 2 e la scala 3, che misurano rispettivamente pensieri ossessivi di contaminazione e comportamenti di lavaggio compulsivo (tra 0,134 e 0,381) e pensieri e comportamenti di controllo (tra 0,140 e 0,373). Degno di nota è che 4 scale su 5 dell'OBQ, a eccezione del «Perfezionismo», hanno relazioni molto deboli con la scala PI2.

Nel Gruppo A, le uniche scale dell'*Obsessive Beliefs Questionnaire* a mostrare relazioni forti col PI sono «Responsabilità per omissione» e «Controllo dei pensieri», con r pari a 0,601 e 0,604 nel caso della scala PI1 e $r = 0,592$ e $0,575$ col PI totale.

Poiché sia teoricamente che statisticamente è stata verificata l'influenza delle misure di disagio psicologico (ansia e depressione) sulle misure OC, sono state calcolate le correlazioni parziali per entrambi i gruppi, rimuovendo gli effetti di BAI e BDI. Inoltre, a causa di una sovrapposizione di costrutti tra «Controllo dell'attività mentale» e la preoccupazione eccessiva si è deciso di calcolare anche le correlazioni parziali con la PI1 e il PI totale eliminando gli effetti del WDQ.

Nel Gruppo OC, solamente alcune correlazioni mantengono la loro forza e, come ci si aspettava, globalmente gli indici r si abbassano per tutte le scale; le scale che continuano a ad avere una buona relazione sono quelle di «Responsabilità per danno» e «Responsabilità per omissione», sia con la scala PI1 che con il PI totale. La scala di «Controllo dei pensieri» continua ad avere una buona correlazione solo con la scala PI1 dopo la rimozione dell'effetto del WDQ. Tutte le correlazioni con le scale PI2 e PI3 e PI4 perdono forza fino ad arrivare a valori tra deboli e medi.

Nel Gruppo A, come atteso, la rimozione dell'effetto dei test BAI, BDI e WDQ determina la perdita di forza nella correlazione. Le scale che continuano a ottenere una certa forza sono quelle di «Controllo dei Pensieri» con il PI1 e con il PI totale e la scala di «Responsabilità per omissione» con il PI totale.

Nelle tabelle 3 e 4 sono riportate le correlazioni bivariate e parziali relative a entrambi i gruppi.

Tabella 3 – Correlazioni bivariate e parziali (rimozione effetti di BAI e BDI-II; rimozione effetto del WDQ) delle scale OBQ col Padua Inventory nel Gruppo OC

OBQ	PI1	PI2	PI3	PI4	PI Totale
Perfezionismo	0,418**/0,424*/ 0,131	0,381*/ 0,130	0,303*/ 0,214	0,365*/ 0,227	0,398**/ 0,341/ 0,128
Responsabilità per danno	0,539**/0,582**/ 0,490**	0,276/0,198	0,358*/ 0,213	0,375*/ 0,272	0,461**/0,416/ 0,377*
Controllo dei pensieri	0,526**/0,374/ 0,410*	0,134/0,083	0,140/0,012	0,344*/ -0,014	0,377*/ 0,192/ 0,256
Responsabilità per omissione	0,645**/0,575**/ 0,551**	0,243/0,096	0,373*/ 0,342	0,461**/ 0,230	0,540**/0,395*/ 0,392*
Importanza dei pensieri (TAF)	0,491**/ 0,152/ 0,326	0,154/0,154	0,145/0,154	0,602**/ 0,369	0,0434**/ 0,174/ 0,250

N varia da 38 a 47. All'interno di ogni cella sono riportate nell'ordine correlazione bivariata/correlazione parziale rimozione effetto BAI e BDI-II/correlazione parziale rimozione effetto WDQ. PI1 = Controllo della propria attività mentale; PI2 = Contaminazione; PI3 = Comportamenti di controllo ripetuti; PI4 = Comportamento motorio.

* Le correlazioni sono significative a $p < 0,05$ ** Le correlazioni sono significative a $p < 0,01$.

Tabella 4 – Correlazioni bivariate e parziali (rimozione effetti BAI e BDI-II; rimozione effetti WDQ) delle scale OBQ col Padua Inventory nel Gruppo A

OBQ	PI1	PI2	PI3	PI4	PI Totale
Perfezionismo	0,445/0,383/ 0,245	0,442/0,464	0,227/0,141	-0,108/-0,155	0,402/0,327/ 0,270
Responsabilità per danno	0,467/ 0,565*/ 0,334	0,414/0,453	0,238/0,242	0,169/0,141	0,475/ 0,569*/ 0,425
Controllo dei pensieri	0,604**/0,60* /0,569*	0,389/0,498	0,014/0,102	0,266/0,234	0,575*/0,574*/ 0,570*
Responsabilità per omissione	0,601*/0,562*/ 0,436	0,335/0,421	0,231/0,311	0,253/0,139	0,592*/0,575*/ 0,534*
Importanza dei pensieri (TAF)	0,386/0,236/ 0,229	0,101/0,138	0,170/0,218	0,281/0,254	0,452/0,337/ 0,376

N varia da 16 a 19. All'interno di ogni cella: correlazione bivariata/correlazione parziale rimozione effetto BAI e BDI-II/correlazione parziale rimozione effetto WDQ. PI1 = Controllo della propria attività mentale; PI2 = Contaminazione; PI3 = Comportamenti di controllo ripetuti; PI4 = Comportamento motorio.

* Le correlazioni sono significative a $p < 0,05$ ** Le correlazioni sono significative a $p < 0,01$.

Al fine di valutare le differenze tra gruppi, sono stati confrontati i punteggi al test OBQ secondo un disegno 3 (gruppo: OC, A e C) x 5 (scale OBQ), mediante analisi della varianza (ANOVA). I risultati indicano un effetto principale e significativo della variabile gruppo (F di Pillai $_{(10,274)} = 7,196$, $p < 0,001$) e un effetto principale delle scale. L'analisi di post-hoc (Student-Newman-Keuls) supporta l'ipotesi della specificità indicando differenze significative tra i gruppi in tutte le scale (tabella 5).

In particolare, le analisi post-hoc indicano punteggi significativamente superiori del gruppo OC rispetto ai gruppi A e C che risultano comparabili, con l'eccezione della sola scala di «Controllo dei Pensieri», in cui A si differenzia significativamente da C ($53,6 \pm 13,9$ vs $43,7 \pm 14,5$ vs $31,9 \pm 13,5$, $F_{(2,140)} = 39,644$, $p < 0,001$) (tabella 5).

Tabella 5 – Confronto tra gruppi

OBQ	OC		AC		C		F	gdl	Post-hoc
	M	DS	M	DS	M	DS			
Perfezionismo	44,1	16,7	34,8	11,7	30,	12,6	11,815	(2,115)	OC > AC = C
Responsabilità per danno	46,5	12,5	36,1	10,2	35,5	12,7	11,902	(2,113)	OC > AC = C
Controllo dei pensieri	53,6	13,9	43,7	14,5	31,9	13,5	29,961	(2,114)	OC > AC > C
Responsabilità per omissione	21,9	10,3	15,4	6,9	15,1	6,8	8,896	(2,111)	OC > AC = C
Importanza dei pensieri (TAF)	21,3	8,6	15,8	9,8	13,4	6,1	12,297	(2,114)	OC > AC = C

$p < 0,0001$ per tutte le scale.

Poiché i gruppi clinici possono mostrare livelli alti di distress, come ad esempio ansia e/o depressione, l'analisi di confronto è stata ripetuta considerando gli effetti di BAI e BDI.

È stata quindi condotta un'ulteriore analisi di confronto con disegno 3 (gruppo) x 5 (scale) analisi della covarianza (ANCOVA) con il punteggio del BAI e del BDI come covariate. La tabella 6 mostra i risultati. Nelle analisi di post-hoc la differenza tra i gruppi OC e A si riduce alle scale «Responsabilità per danno» e «Responsabilità per omissione». Nelle scale di «Perfezionismo» e di «Controllo dei pensieri» dell'OBQ il Gruppo OC ottiene punteggi significativamente superiori al Gruppo C, ma non al Gruppo A. Nella scala «Importanza dei pensieri» nessuna differenza significativa tra i 3 gruppi.

CONGRUENZA DELLE MISURE

Al fine di verificare l'esistenza di una relazione logica e congrua tra quadri sintomatologici e *beliefs* sottostanti, il campione totale di soggetti con DOC è stato suddiviso in tre gruppi sulla base del quadro sintomatologico prevalente riferito in fase di assessment.

Tabella 6 – Confronto tra gruppi controllando gli effetti del BAI e del BDI

OBQ	OC		AC		C		F	gdl	Post-hoc
	M	DS	M	DS	M	DS			
Perfezionismo	43,8	17,4	35,1	11,9	29,5	13,1	9,145	(2,88)	OC > C
Responsabilità per danno	47,4	12,9	36,4	10,4	33,8	11,6	6,836	(2,87)	OC > AC = C
Controllo dei pensieri	52,8	14,5	44,5	14,4	31,9	14,1	15,326	(2,88)	OC > C
Responsabilità per omissione	22,4	10,3	15,9	6,7	13,7	5,7	7,199	(2,85)	OC > AC = C
Importanza dei pensieri (TAF)	20,6	8,5	16,2	9,9	12,8	6,2	9,882	(2,87)	ns

$p < 0,001$ per tutte le scale.

Sono perciò stati confrontati tre gruppi di soggetti:

1. «Checking», costituito da pazienti che riferiscono di avere prevalentemente ossessioni e compulsioni di tipo controllo ($n = 15$);
2. «Cleaning», che si caratterizza per ossessioni e compulsioni di tipo sporco/lavaggio ($n = 10$);
3. «Pure obsession», che si caratterizza per l'assenza di veri comportamenti compulsivi ($n = 16$).

Per 9 soggetti non è stato possibile rintracciare informazioni relative alla variabile in oggetto e sono stati perciò esclusi dalle analisi.

I tre gruppi sono risultati comparabili riguardo alle variabili socio-demografiche e cliniche principali (tabella 7).

Tabella 7 – Confronto tra gruppi OC con quadri sintomatologici differenti variabili socio-demografiche

Variabili socio-demografiche	Gruppo 1		Gruppo 2		Gruppo 3		F/ χ^2
	n = 15		n = 10		n = 16		
	M	DS	M	DS	M	DS	
Età	35,4	7,9	38,3	14,3	34,1	7,8	0,527
Sesso (% femmine)	64%		71%		62,5%		0,157
	M	DS	M	DS	M	DS	
Scolarità (anni di istruzione)	11,6	2,7	13,3	1,9	13,1	2,7	1,390
Occupazione (% occupati)	64,3%		55,5%		60%		18,7
	M	DS	M	DS	M	DS	
BAI	19,2	12,4	26,7	15,2	18,7	5,9	1,136
	M	DS	M	DS	M	DS	
BDI	13,5	11	17,3	11,5	21,3	8,9	1,390

Gruppo 1 = Checking; Gruppo 2 = Cleaning; Gruppo 3 = Pure obsession. Nessun confronto risulta statisticamente significativo.

Un'analisi della varianza 3 (gruppi) x 5 (scale dell'OBQ) è stata condotta sui dati. In nessuna scala dell'*Obsessive Beliefs Questionnaire* i gruppi si differenziano significativamente. La tabella 8 riporta i punteggi medi ottenuti dai tre gruppi.

Tabella 8 – Confronto tra gruppi OC con differenti quadri sintomatologici alle scale OBQ

OBQ	Gruppo 1		Gruppo 2		Gruppo 3		F/ χ^2
	M	DS	M	DS	M	DS	
Perfezionismo	42,0	16,1	46,0	13,8	48,5	17,6	0,631
Responsabilità per danno	42,4	10,1	47,8	11,6	51,0	13,4	2,146
Controllo dei pensieri	47,9	12,7	51,0	13,3	54,6	11,1	1,166
Responsabilità per omissione	21,4	8,8	24,6	10,0	25,9	10,0	0,876
Importanza dei pensieri	19,4	7,5	19,3	7,3	24,5	10,4	1,532

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

La prima parte del presente studio (Dorz et al., 2009) ha avuto come obiettivo la verifica della struttura dell'*Obsessive Beliefs Questionnaire* nel contesto linguistico e culturale italiano attraverso la somministrazione del questionario a soggetti tratti da una popolazione studentesca. Altresì, sono state presentate le analisi relative alle caratteristiche psicometriche dello strumento, che ne hanno supportato in generale una buona validità e affidabilità.

Nella presente ricerca, al fine di integrare le analisi psicometriche preliminari, sono stati esaminati soggetti provenienti da popolazioni cliniche (pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo e pazienti con altri disturbi d'ansia) e valutate le caratteristiche di consistenza interna e validità convergente.

Per quanto concerne la consistenza interna le cinque dimensioni dell'*Obsessive Beliefs Questionnaire* si caratterizzano per valori soddisfacenti soprattutto nel Gruppo OC: nelle subscale Responsabilità per danno, Responsabilità per omissione, Perfezionismo e Controllo dei pensieri il Gruppo OC presenta valori di consistenza interna buoni (0,80), mentre il gruppo A si caratterizza per valori accettabili (0,70). Benché nel Gruppo OC, relativamente alla scala Importanza dei pensieri e Controllo dei pensieri, si riscontrino valori di alfa più bassi rispetto al Gruppo A, la consistenza interna è da considerarsi comunque sostanzialmente accettabile.

La validità convergente è stata valutata in entrambi i gruppi clinici correlando le scale dell'*Obsessive Beliefs Questionnaire* con quelle del *Padua Inventory*, utilizzata come misura sintomatologica.

Per quanto riguarda i pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo, tutte le correlazioni delle nuove dimensioni dell'*Obsessive Beliefs Questionnaire*, sia con il punteggio totale che con le subscale del PI, risultano forti o medie; le uniche eccezioni sono rappresentate dalle correlazioni tra i domini Controllo dei pensieri e Importanza dei pensieri e la subscale P3, relativa ai «Comportamenti di controllo ripetuti», mentre è solo il Perfezionismo a correlare con la subscale PI2 relativa alla «Contaminazione». Tale risultato è in accordo con quanto rilevato nella versione trifattoriale (OCCWG, 2005), in cui le correlazioni più basse con le scale del PI erano quelle della scala Importanza/Controllo dei pensieri. Nello specifico, le correlazioni più alte sono riscontrate nelle sub-scale corrispondenti ai domini della Responsabilità per Danno e del Perfezionismo; invece, le correlazioni più basse si hanno con la scala PI2. Una volta rimossa l'influenza delle misure di disagio psicologico (depressione, ansia e preoccupazione patologica) mediante il calcolo delle correlazioni parziali, come ci si aspettava tutti le correlazioni hanno perso la loro forza.

Nello specifico, è emerso che le dimensioni dell'*Obsessive Beliefs Questionnaire* che continuano a mantenere correlazioni più alte con la subscale PI1 («Controllo della propria attività mentale») sono Responsabilità per danno, Responsabilità per omissione e Controllo dei pensieri, mentre con il punteggio totale al PI rimangono elevate solo le due scale collegate alla responsabilità. Le correlazioni con le scale PI2 e PI3 e PI4, invece, si abbassano fino a diventare deboli o medie.

Per quanto concerne il Gruppo A, solamente le correlazioni tra il dominio Responsabilità per omissione e Controllo dei pensieri e la subscale PI1 e PI totale hanno una forte relazione; ciò non conferma i risultati ottenuti nello studio dell'OCCWG (2003), in cui i soggetti ansiosi non-OC mostravano correlazioni accettabili tra tutti i domini dell'OBQ e il PI totale. Inoltre, come atteso, rimuovendo l'influenza delle misure di ansia e depressione queste correlazioni perdono la loro forza, sebbene mantengano un indice di correlazione accettabile.

In accordo con i risultati ottenuti nelle ricerche condotte dall'OCCWG (2003), le analisi psicometriche riportate in questa sede mettono in luce che anche nel contesto italiano le subscale dell'*Obsessive Beliefs Questionnaire* riescono a cogliere, in modo valido e affidabile, le caratteristiche peculiari delle credenze disfunzionali.

I modelli cognitivi assegnano un ruolo centrale, nell'eziologia e mantenimento dei disturbi, ai cosiddetti *beliefs* disfunzionali; ovviamente però, prima che un rapporto di tipo causale tra disturbo e *belief* possa essere inferito è necessario accertare l'esistenza di una chiara e robusta relazione tra questi due elementi. Scopo di questo studio era appunto testare l'esistenza, in termini di specificità e congruenza, di questo rapporto utilizzando un campione clinico. I risultati ottenuti gettano nuovi interrogativi sull'attuale teoria e basi per future indagini.

Il confronto tra i gruppi OC, A e C (popolazione studentesca) è inizialmente risultato significativo per tutte le scale dell'OBQ-46: i pazienti OC hanno infatti riportato punteggi significativamente superiori sia rispetto ai pazienti ansiosi, sia alla popolazione studentesca. Nello specifico, per quanto concerne le scale Perfezionismo, Responsabilità per danno, Responsabilità per omissione e Importanza dei pensieri, il Gruppo A e il Gruppo C hanno ottenuto punteggi sostanzialmente comparabili; nella scala Controllo dei pensieri, invece,

il Gruppo A si è differenziato a sua volta in maniera significativa dal Gruppo C. Questo risultato sembrerebbe perciò confermare l'ipotesi della specificità, ancor più di quanto non sia stato rilevato in studi precedenti (OCCWG, 2001; 2003; 2005), nei quali solamente alcuni dei domini cognitivi presi in esame differenziavano in maniera inequivocabile i pazienti OC da quelli affetti da altre psicopatologie. Tuttavia, una volta che i confronti sono stati ripetuti controllando le principali variabili di distress (ansia e depressione), quanto osservato in prima battuta non trova conferma: le uniche due scale che mantengono una specificità per il DOC sono Responsabilità per danno e Responsabilità per omissione; le scale Perfezionismo e Controllo dei pensieri non differenziano più in alcun modo i due gruppi clinici che ottengono punteggi significativamente superiori rispetto al gruppo di controllo non clinico, ma non diversi tra loro; mentre per la scala Importanza dei pensieri non viene confermata al post hoc nessuna differenza tra i tre gruppi.

Ciò risulta parzialmente in accordo coi dati riportati da Tolin et al. (2006) che, confrontando tre gruppi di soggetti (pazienti OC, pazienti ansiosi non-OC e soggetti non clinici di controllo), rilevavano una sostanziale riduzione di significatività nei confronti *between groups* dopo il controllo degli effetti distorcenti di ansia e depressione.

In sintesi, i risultati ottenuti indicano una centralità nel DOC, rispetto agli altri disturbi d'ansia, del costrutto di Responsabilità sia per danno che per omissione. Questo risultato è particolarmente interessante e in linea con le diverse ricerche che hanno evidenziato una costante tendenza dei pazienti OC a giudicare come equivalenti il fallimento nella prevenzione di un danno e il causare un danno (Wroe e Salkovskis, 2000). In altre parole, i pazienti OC rispetto ad altri con disturbi d'ansia tendono a giudicare una non-azione, che potrebbe portare a un risultato negativo (ad esempio, non controllare il gas prima di uscire), equivalente all'azione (ad esempio, incendiare la propria casa).

Inoltre, alcuni studi sottolineano come i pazienti OC, rispetto ai non-OC, non facciano nessuna differenza tra l'intenzionalità e la non-intenzionalità nell'omissione della prevenzione di un danno: i pazienti OC assegnano lo stesso grado di responsabilità sia quando l'attore pre-medita una non-azione sia quando non la pre-medita (Wroe e Salkovskis, 2000; Siev, Huppert e Chambless, 2010).

Sembra allora possibile un'interpretazione che mantenga la centralità di questi due domini nell'eziologia e nel mantenimento del DOC in parziale accordo con lo studio di Wroe e Salkovskis; dove gli autori hanno trovato una specifica associazione tra responsabilità per danno e per omissione e sintomatologia di controllo e di contaminazione. Nel nostro studio questo risultato non viene confermato dall'analisi correlazionale e nemmeno dal confronto tra i tre gruppi OC presi in considerazione («Checking», «Cleaning» e «Pure obsession») e definiti sulla base della sintomatologia prevalente.

Probabilmente, ciò è dovuto alla sovrapponibilità delle diverse configurazioni di sintomi: la classificazione dei pazienti all'interno di un gruppo piuttosto che in un altro, infatti, è stata effettuata sulla base della sintomatologia predominante, riferita dal soggetto stesso in fase di assessment: ciò non esclude che una stessa persona, di fatto, si caratterizzi per la compresenza di più quadri sintomatologici OC, il che inevitabilmente determina l'impossibilità di mettere in evidenza eventuali legami sussistenti tra determinati *beliefs* e specifiche tipologie di ossessioni e compulsioni.

Una spiegazione alternativa potrebbe risiedere nell'esistenza di una porzione di soggetti per i quali i domini cognitivi non giocano un ruolo nell'eziologia o nel mantenimento del disturbo come indicato dagli studi di Taylor et al. (2006) e Calamari et al. (2006). Entrambi gli autori, infatti, hanno identificato all'interno di un gruppo di pazienti OC due sottogruppi ben distinti: «High-beliefs», con punteggi elevati in tutte le scale dell'OBQ; «Low-beliefs», caratterizzato da bassi punteggi nelle dimensioni misurate dall'OBQ, sostanzialmente equivalenti ai soggetti ansiosi non-OC e significativamente inferiori rispetto a quelli ottenuti dal gruppo «High-beliefs». È evidente che l'esistenza di un gruppo «Low-beliefs» porta alla messa in discussione del ruolo centrale attribuito ai domini cognitivi nello sviluppo e del disturbo, mentre quella di un gruppo di OC con alti punteggi in tutte le scale dell'OBQ mina l'ipotesi di indipendenza dei costrutti.

Un'ultima ipotesi che potrebbe giustificare i risultati ottenuti è che esistano altri costrutti cognitivi specifici non adeguatamente valutati dalle dimensioni dell'OBQ, e che su essi si fondi il quadro sintomatologico dei pazienti che hanno partecipato alla presente ricerca. Il fatto che alcuni pazienti OC ottengano punteggi alti in tutte le dimensioni valutate dall'OBQ («High-beliefs») potrebbe indicare l'esistenza di un sovra-fattore, che comprenderebbe tutti quelli oggi teoricamente definiti. Alcuni autori (Taylor et al., 2001; 2006) sono inclini ad attribuire queste caratteristiche a un costrutto cognitivo spesso rilevato nell'osservazione clinica: la «sensazione che tutto sia a posto» (*just right feeling*). È possibile infatti trovarsi di fronte a pazienti che affermano di sentirsi «costretti» a eseguire le proprie compulsioni non perché spinti da un qualche imperativo legato alla responsabilità o alla necessità di controllare i propri pensieri, ma piuttosto dalla necessità di calmierare la sensazione fisico-emotiva che le cose non siano «a posto». Ad esempio, una persona può sentirsi costretta a lavarsi le mani ripetutamente fino a quando non si sente «pulita», senza riuscire a descrivere o argomentare il criterio di pulizia in termini di *beliefs* convenzionali, ma piuttosto considerando un proprio campanello interno che, dopo un certo numero di lavaggi, indica che la situazione è ora sicura, a posto (Coles, Frost, Heimberg e Rhéaume, 2003). Come sostiene Taylor (2006), è plausibile considerare l'ipotesi che differenti modelli esplicativi sottendano differenti tipologie OC, e che il modello cognitivo giochi un ruolo in alcuni di essi ma non in tutti. In altre parole, i *beliefs* disfunzionali non sarebbero esplicativi di tutti i quadri OC ma solo di alcuni, considerando il disturbo comunemente identificato OC come un insieme di disturbi fenomenologicamente simili, ognuno caratterizzato da ossessioni e compulsioni, ma prodotto da differenti meccanismi causali; tale possibilità sarebbe supportata anche da studi di *neuroimaging* e funzionalità neuropsicologica su pazienti OC (McKay et al., 2004).

Solo un limitato contributo, anche se per questo non meno importante, viene dallo studio su campioni italiani clinici. Il limite principale sembra risiedere nella numerosità campionaria, troppo esigua sia per poter azzardare indagini più complesse che per poter trarre conclusioni definitive. Ciononostante, questi risultati suggeriscono interessanti considerazioni in particolare nella direzione di una specificità di alcuni domini, ma non di altri, e nella differenziazione tra Responsabilità per omissione e Responsabilità per danno. Un ampliamento dei campioni consentirà sia di trarre conclusioni più attendibili che di studiare meglio questi risultati anche alla luce di quanto emerso dagli studi internazionali.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2001). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV Text Revision*. Milano: Edizioni Masson.
- Beck, A.T., & Steer, R.A. (1990). *Beck Anxiety Inventory Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.T., & Steer, R.A. (1987). *Manual for the revised Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bergstrom, G., Jensen, I.B., Bodin, L., Linton, S.J., Nygren, A.L., & Carlsson, S.G. (1998). Reliability and factor structure of the Multidimensional Pain Inventory. *Pain*, 75, 101-110.
- Calamari, J.E., Cohen, R.J., Rector, N.A., Szacun-Shimizu, K., Riemann, B.C., & Norberg, M.M. (2006). Dysfunctional belief-based obsessive-compulsive disorder subgroups. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1347-1360.
- Coles, M., Frost, R.O., Heimberg, R.G., & Rheaume, J. (2003). «Not just right experience»: Perfectionism, obsessive compulsive features and general psychopathology. *Behavior Research and Therapy*, 41, 681-700.
- Coradeschi, D., Sica, C., Ghisi, M., Sanavio, E., Dorz, S., Novara, C., & Chiri, L. (2007). Studi preliminari sulle proprietà psicometriche del Beck Anxiety Inventory. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 253, 15-25.
- Dorz, S., Novara, C., Pastore, M., Sica, C., & Sanavio, E. (2009). Presentazione della versione italiana dell'Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ): struttura fattoriale e analisi di affidabilità (parte I). *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 15, 139-170.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.B.W. (2000). *Intervista clinica strutturata per DSM-IV. Disturbi Asse I*. Giunti O.S.: Firenze.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.B.W. (2000). *Intervista clinica strutturata per DSM-IV. Disturbi di personalità (SCID-II)*. Giunti O.S.: Firenze.
- Julien, D., O'Connor, K.P., & Aardema, F. (2007). Intrusive thoughts, obsessions, and appraisals in obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Clinical Psychological Review*, 27, 366-383.
- McKay, D., Abramowitz, J.S., Calamari, J.E., Kyrios, M., Radomsky, A., Sookman, D., Taylor, S., & Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: Symptoms versus mechanisms. *Clinical Psychological Review*, 24, 283-313.
- Morani, S., Pricci, D., & Sanavio, E. (1999). Penn State Worry Questionnaire e Worry Domains Questionnaire. Presentazione delle versioni italiane ed analisi della fedeltà. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 5, 195-209.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 35, 667-681.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2001). Development and initial validation of the obsessive belief questionnaire and the interpretation of intrusion inventory. *Behavior Research and Therapy*, 39, 987-1006.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2003). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusion inventory. Part I. *Behavior Research and Therapy*, 41, 863-878.

- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2005). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusion inventory. Part II. *Behavior Research and Therapy*, 43, 1527-1542.
- Rachman, S. (1994). Pollution of the mind. *Behavior Research and Therapy*, 32, 311-314.
- Sanavio, E. (1988). Obsession and compulsion: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169-177.
- Sica, C., & Ghisi, M. (2007). The Italian versions of the Beck Anxiety Inventory and the Beck Depression Inventory-II: Psychometric properties and discriminant power. In M.A. Lange (Eds), *New York Leading-Edge Psychological Tests and Testing Research*, (pp. 27-50). New York: NOVA Science Publishers.
- Sica, C., Coradeschi, D., Sanavio, E., Dorz, S., Manchisi, D., & Novara, C. (2004). A study of the psychometric properties of the Obsessive Beliefs Inventory and Interpretations of Intrusions Inventory on clinical Italian individuals. *Anxiety Disorders*, 18, 291-307.
- Siev, J., Huppert, J.D., & Chambless, D.L. (2010). Obsessive-compulsive disorder is associated with less of a distinction between specific acts of omission and commission. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 893-899.
- Summerfeldt, L.J. (2004). Understanding and treating incompleteness in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 1155-1168.
- Tallis, F. (1996). Compulsive washing in the absence of phobic and illness anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 361-362.
- Tallis, F., Eysenck, M., & Mathews, A. (1992). A questionnaire for the measurement of non-pathological worry. *Behaviour Research and Therapy*, 13, 161-168.
- Taylor, S., Abramowitz, J.S., McKay, D., Calamari, J.E., Sookman, D., Kyrios, M., Wilhelm, S., & Carmin, C. (2006). Do dysfunctional beliefs play a role in all types of obsessive-compulsive disorder? *Journal of Anxiety Disorder*, 20, 85-97.
- Taylor, S., Abramowitz, J.S., McKay, D., et al. (2006). Do dysfunctional beliefs play a role in all types of obsessive-compulsive disorder? *Anxiety Disorders*, 20, 85-97.
- Tolin, D.F., Woods, C.M., & Abramowitz, J.S. (2003). Relationship between obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms. *Cognitive Therapy and Research* 27, 657-669.
- Tolin, F.D., Worhunsky, P., & Maltby, N. (2006). Are «obsessive» beliefs specific to OCD? A comparison across anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 469-480.
- Wroe, A.L., & Salkovskis, P.M. (2000). Causing harm and allowing harm: A study of beliefs in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1141-1162.

Presentato il 26 ottobre 2010, accettato per la pubblicazione il 10 marzo 2011

Corrispondenza

Caterina Novara
Dipartimento di Psicologia Generale
Università degli Studi di Padova
Via Venezia 8
35131 Padova, Italy
e-mail: caterina.novara@unipd.it