

Obsessive-Compulsive Inventory - Revised (OCI-R): presentazione e  
indicazioni di utilizzo nel contesto italiano.

*(in press)*

Igor Marchetti, Luigi Rocco Chiri, Marta Ghisi<sup>1</sup>, Claudio Sica

*Dipartimento di Psicologia, Università di Firenze*

<sup>1</sup> *Dipartimento di Psicologia Generale, Università di Padova*

Per corrispondenza:

Claudio Sica, Dipartimento di Psicologia, Università di Firenze

via di San Salvi 12, Complesso di San Salvi Padiglione 26

50135 - Firenze

E-mail: [claudio.sica@unifi.it](mailto:claudio.sica@unifi.it)

## **Riassunto**

Viene presentata la versione italiana dell'Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R), un self-report finalizzato a quantificare le principali dimensioni che caratterizzano il disturbo ossessivo-compulsivo. Dopo aver brevemente illustrato i principali punti di forza e limiti degli strumenti esistenti in lingua Italiana, vengono descritte le proprietà dell'OCI-R. Successivamente, vengono fornite le indicazioni per l'interpretazione dei vari punteggi che si ottengono tramite il questionario. Con questo lavoro ci auguriamo di mettere a disposizione dei professionisti e ricercatori uno strumento utile per l'indagine ed approfondimento dei fenomeni ossessivo-compulsivi.

Parole Chiave: Disturbo ossessivo-compulsivo, questionario, norme statistiche

## **Abstract**

Aim of the paper is to present the Italian version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R), a self-report measuring the basic dimensions commonly represented in obsessive-compulsive disorder. After describing the main strengths and limits of the current Italian instruments, the properties of the OCI-R are illustrated. Then, guidelines for the appropriate interpretation of scores derived from the questionnaire are provided.

Through the present contribute we hope to make available to clinicians and researchers a useful instrument to assess obsessive-compulsive phenomena.

Keywords: obsessive-compulsive disorder, self-report, statistical norms

## 1 Introduzione

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) è una sindrome caratterizzata dalla presenza di ossessioni e/o compulsioni. Le ossessioni sono pensieri, immagini, impulsi ricorrenti, intrusivi e vissuti dalla persona come fonte di notevole disagio. Le compulsioni, altresì, sono azioni comportamentali (*overt*) o mentali (*covert*) che il soggetto sente di dover agire per ridurre il disagio che sta provando o per prevenire una generica minaccia, spesso strettamente collegata alla specifica ossessione (Foa & Tillmans, 1980). La persona riconosce che le ossessioni e le compulsioni sono prodotte dalla propria mente, elemento che distingue il DOC da una sintomatologia psicotica. Il *Manuale Diagnostico e Statistico delle Malattie Mentali* (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association [APA], 2000) sottolinea, inoltre, come la sintomatologia DOC debba essere presente per almeno 1 ora al giorno o interferire in modo significativo con il funzionamento psico-sociale del soggetto.

Studi epidemiologici hanno riportato una prevalenza *lifetime* del DOC del 2-3% (Bebbington, 1998; Sasson et al., 1997) e un'età media di insorgenza di 19-21 anni (Rasmussen & Eisen, 1990), anche se è sempre più comunemente riconosciuto che l'esordio del DOC può avvenire nella fanciullezza o nell'adolescenza (per es., Rapoport, 1990). Il rapporto tra maschi e femmine nei campioni clinici è risultato prossimo alla parità (Rasmussen & Eisen, 1992), mentre nei campioni non clinici è emersa una maggiore, sebbene lieve, presenza di donne (Weissman et al., 1994; Bebbington, 1998). Il DOC, inoltre, presenta spesso livelli notevoli di comorbilità con altri disturbi dell'Asse I, quali depressione maggiore (67%), fobia semplice (22%), fobia sociale (18%), disturbi alimentari (17%), uso o abuso di alcol (14%), attacchi di panico (12%), sindrome di Tourette (7%) (Rasmussen & Eisen, 1992).

Sebbene sia stata riscontrata una sostanziale invarianza transculturale (Fontenelle, Mendlowicz, Marques & Versiani, 2004; Sica, Taylor, Arrindell & Sanavio, 2006), il DOC si presenta come un disturbo clinicamente eterogeneo. McKay et al. (2004) hanno proposto ben nove dimensioni di DOC, ma più frequentemente vengono classificati cinque sottotipi (Mataix-Cols et al., 1999; Summerfeldt, Richter, Antony & Swinson, 1999), ovvero: (1) ossessioni somatiche o aggressive e compulsioni di controllo (“*checking*”), (2) preoccupazioni di simmetria e rituali di ordini o conteggio mentale (“*ordering*”), (3) paura di contaminazione o malattia e compulsioni di lavaggio (“*washing*”), (4) ossessioni religiose o sessuali (4), e (5) “*hoarding*” con collezionismo compulsivo. Le ossessioni più frequenti sono quelle di contaminazioni (45%) e di dubbio patologico (42%), mentre il “*checking*” (63%) e il “*washing*” (50%) sono risultate essere le tipologie di compulsioni più comuni (Rasmussen & Eisen, 1992, 1994; Sasson et al., 1997).

Dal punto di vista squisitamente clinico, il DOC rappresenta uno dei disturbi più debilitanti, a causa dell'intensità dei sintomi, del decorso tendenzialmente non positivo e del deterioramento a livello del funzionamento interpersonale ed occupazionale che il disturbo provoca (Rasmussen and Tsuang, 1986; Koran, Thienemann & Davenport, 1996; Antony, Downie & Swinson, 1998; Skoog & Skoog, 1999). L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha inserito il DOC tra le dieci cause principali di disabilità legate ad una condizione di malattia (Murray & Lopez, 1996).

## **2 Strumenti di misura delle ossessioni e compulsioni nel contesto italiano**

In lingua italiana sono presenti alcuni strumenti di misurazione delle ossessioni e delle compulsioni. Prenderemo in esame quelli più diffusi, mettendone in evidenza i punti di forza e i limiti.

*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)*- La Y-BOCS (Goodman et al., 1989a; 1989b; traduzione italiana Pancheri, 1992) è una intervista strutturata composta da due parti. Nella prima, di natura qualitativa, viene accertata la presenza di ossessioni, rituali compulsivi o altri fenomeni intrusivi. Nella seconda parte, invece, viene chiesto di valutare, separatamente per le ossessioni e compulsioni più disturbanti, le seguenti dimensioni su una scala da 0 a 4: (1) tempo occupato dai fenomeni intrusivi o dalle compulsioni, (2) resistenza messa in atto dal soggetto a questi fenomeni, (3) grado di interferenza di questi fenomeni, (4) disagio, e (5) grado di controllo sulle ossessioni. Si ottengono tre punteggi: uno per le ossessioni, uno per le compulsioni e un terzo dato dalla somma dei primi due punteggi. È lo strumento considerato in assoluto più attendibile per la valutazione della severità del DOC e il più utilizzato all'estero. Nella versione originale sia la concordanza tra i diversi esaminatori ( $r > .95$ ) sia la consistenza interna ( $\alpha$  di Cronbach  $> .87$ ) risultano essere molto alte.

Purtroppo non vi sono notizie circa le proprietà psicometriche della versione Italiana dello strumento. Inoltre, più in generale, uno dei limiti principali della Y-BOCS consiste nel lungo addestramento necessario per poterla somministrare e la mancanza di dati quantitativi relativi alle diverse dimensioni del DOC. Sebbene gli Autori abbiano messo a punto una versione self-report che di fatto rende la Y-BOCS più pratica da utilizzare, esistono scarsi dati relativi a questa versione.

*Maudsley Obsessional-Compulsive Questionnaire – forma ridotta (MOCQ-R)*- Il

MOCQ-R (Sanavio, Bertolotti, Michielin, Vidotto & Zotti, 1997) è un questionario self-report presente all'interno della nota batteria CBA 2.0. Lo strumento risulta composto da 21 item su scala dicotomica (v/f) e fornisce un punteggio complessivo e tre indici in relazione a tre specifiche sottoscale: (1) “*checking*”, (2) “*cleaning*”, (3)

“*doubting/ruminating*”. Oltre ad essere uno strumento molto veloce da somministrare, il MOCQ-R presenta in genere buone proprietà psicometriche, quali ad esempio una buona consistenza interna ( $.76 < \alpha \text{ di Cronbach} < .79$ ) ed una buona stabilità temporale ( $r_{tt} > .84$ ). Altro punto di forza del questionario è la possibilità di fornire informazioni per le tre singole dimensioni indagate. Inoltre, le sottoscale di checking e cleaning possiedono una buona capacità discriminativa. Infine, i dati normativi sulla popolazione italiana sono numerosi e relativamente rappresentativi e aggiornati. Tra i limiti dello strumento è necessario sottolineare come il formato di risposta riduca la sensibilità delle scale. Più rilevante è il fatto che sono rappresentate in modo valido ed attendibile solo due dimensioni del DOC. La scala di *doubting/ruminating*, infatti, presenta diverse problematicità sia in merito alla validità di costruito sia dal punto di vista delle proprietà psicometriche. Sono inoltre presenti scarsi dati sulla popolazione clinica italiana.

*Padua Inventory (PI)*- Il PI (Sanavio , 1988) è uno strumento self-report sviluppato nel contesto italiano ed uno dei più utilizzati nel contesto internazionale per la valutazione delle ossessioni e compulsioni (per es., Sanavio & Sica, 1999). Si compone di 60 items che descrivono pensieri, impulsi o comportamenti riferibili a ossessioni e compulsioni di frequente riscontro clinico. Il soggetto è invitato a valutare la frequenza con cui esperisce/mette in atto pensieri, impulsi o comportamenti descritti da ciascun item su una scala a cinque punti (da per nulla/mai a moltissimo/sempré). Si ottengono sei punteggi, ovvero un punteggio totale, il numero degli item che hanno ottenuto la valutazione massima e quattro punteggi relativi a specifiche sottodimensioni: (1) Inadeguato controllo sulla propria attività mentale, (2) Cleaning, (3) Checking, (4) Preoccupazioni circa la perdita di controllo sul proprio comportamento motorio. Oltre ad

essere stato sviluppato in Italia, il PI è basato su un ampio campione normativo. Sono riportati, infatti, anche dati riguardo ad adolescenti ed anziani. Lo strumento nelle sue diverse scale presenta, inoltre, una buona consistenza interna, una buona stabilità temporale ( $r_{tt} \geq .80$ ), una buona validità convergente ed una buona capacità discriminativa. Tra i limiti dello strumento possiamo citare alcune controversie sulla sua struttura fattoriale, la sua relativa lunghezza ed il contenuto problematico di due scale. In particolare, la scala di “Inadeguato controllo sulla propria attività mentale” pare in parte sovrapporsi al fenomeno del “worry” (per una trattazione generale del worry si veda Chiri & Sica, 2007), mentre la scala di “Preoccupazioni circa la perdita di controllo sul proprio comportamento motorio” presenta proprietà psicometriche non soddisfacenti, tali da renderla meno utile in ambito clinico (per es., Burns, Keortge, Formea, & Sternberger, 1996). Inoltre, all’interno del PI non sono rappresentate alcune importanti dimensioni presenti nella fenomenologia del DOC. Infine, non esiste una pubblicazione ufficiale in lingua italiana che renda il questionario facilmente fruibile ed utilizzabile.

### **3 L’ Obsessive-Compulsive Inventory (OCI)**

L’Obsessive-Compulsive Inventory (OCI, Foa, Kozak, Salkovskis, Coles & Amir, 1998) nasce tenendo conto della notevole eterogeneità della fenomenologia ossessiva e compulsiva e si propone di offrire una valutazione quantitativa delle varie dimensioni presenti nel disturbo. Inoltre, il desiderio degli autori è stato anche quello di rendere disponibile un strumento agile da somministrare ed utilizzare sia in ambito clinico che di ricerca.

L'OCI è un questionario self-report composto da 42 item, afferenti a sette diverse sottoscale, ovvero (1) "*Washing*" (8 item), (2) "*Checking*" (9 item), (3) "*Doubting*" (3 item), (4) "*Ordering*" (5 item), (5) "*Obsessing*" (8 item), (6) "*Hoarding*" (3 item), (7) "*Mental Neutralizing*" (6 item). Ciascun item viene valutato due volte su scala Likert a cinque punti (0 = per nulla, 4 = moltissimo) per misurare sia il disagio provato (distress), sia la frequenza del fenomeno descritto nell'item. Si ottengono pertanto otto punteggi per quanto riguarda il disagio (sette punteggi per le sottoscale e un punteggio totale) ed otto punteggi per la frequenza (sette punteggi per le sottoscale e un punteggio totale).

L'OCI è stato studiato su quattro diversi gruppi, ovvero soggetti con diagnosi di DOC, soggetti con fobia sociale, soggetti con Disturbo da Stress Post-Traumatico, e soggetti non clinici. Lo strumento ha presentato generalmente un buon livello di consistenza interna in tutte le scale e in tutti i gruppi. La stabilità temporale ad una e due settimane è risultata molto alta, soprattutto nel campione di soggetti DOC ( $.68 < r_{tt} < .97$ ), leggermente meno nel campione non clinico ( $.68 < r_{tt} < .90$ ). Tutte le sottoscale, ad eccezione della scala di "Hoarding", si sono distinte, inoltre, per un'ottima capacità discriminativa. La validità convergente è stata confermata tramite l'utilizzo dell'OCI assieme ad altri strumenti di misura del DOC, ovvero la già citata Y-BOCS, il Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI, Hodgson & Rachman, 1977) e la Compulsive Activity Checklist (CAC, Marks, Hallam, Connolly & Philpott, 1977). Vanno tuttavia, sottolineate le basse correlazioni ( $.14 < r < .25$ ) tra il punteggio totale di distress all'OCI e i punteggi della Y-BOCS. Infine, per quanto riguarda la validità divergente l'OCI presenta minori correlazioni con misure di ansia e depressione rispetto a strumenti precedenti.



#### 4. L'Obsessive Compulsive Inventory – Revised (OCI-R)

Sebbene l'OCI goda di alcune caratteristiche di indubbio interesse, sono presenti, tuttavia, anche alcuni limiti. Tra i principali possiamo citare la sovrapposizione tra il punteggio totale di distress e quello di frequenza, la mancanza di dati sulla struttura fattoriale e la relativa lunghezza. Per sopperire a queste lacune ed aumentare la praticità dello strumento, eliminando ad esempio la doppia valutazione di ciascun item, Foa et al. (2002) hanno messo a punto una versione riveduta ed abbreviata dello strumento, ovvero l'*Obsessive-Compulsive Inventory – Revised* (OCI-R).

Tramite la valutazione della capacità discriminante dei due sistemi di valutazione (distress Vs. frequenza) si è deciso di preferire l'adozione della sola valutazione del distress. Una Analisi delle Componenti Principali con rotazione Promax ha indicato una struttura a sei fattori dello strumento. Conservando i tre item con saturazione maggiore in ciascun fattore si è così arrivati ad un questionario di 18 item complessivi. I sei fattori individuati sono stati (1) "Washing", (2) "Obsessing", (3) "Hoarding", (4) "Ordering", (5) "Checking", (6) "Mental Neutralizing". Tale struttura esafattoriale a 18 item spiega il 80.8% della varianza nei campioni clinici.

La validazione dell'OCI-R è stata effettuata, così come l'OCI, su quattro gruppi, ovvero soggetti con DOC, soggetti con fobia sociale, soggetti con PTSD e soggetti senza disturbi della sfera ansiosa. Lo strumento ha riportato una buona consistenza interna ( $.72 < \alpha$  di Cronbach  $< .93$ ), ad eccezione di due sottoscale nei soggetti non patologici (Mental Neutralizing = .34 e Checking = .65). Le correlazioni tra le sei sottoscale sono risultate di moderate intensità ( $.31 < r_s < .57$ ), dato che tende ad indicare relazione e non una ridondanza tra le dimensioni, mentre le correlazioni tra le varie sottoscale e il punteggio totale ( $.63 < r_s < .80$ ) supportano il riferimento teorico secondo il quale tutte le sei

dimensioni apparirebbero all'universo fenomenologico del DOC. L'attendibilità è stata valutata per un intervallo temporale di una/due settimane, ottenendo valori eccellenti per i soggetti DOC ( $.74 < r_s < .91$ ) e buona/eccellente per i gruppi non DOC ( $.57 < r_s < .87$ ). Per la valutazione della validità convergente si è ottenuta una elevatissima corrispondenza con l'OCI a 42 item ( $.90 < r_s < .98$ , ad eccezione della scala di Mental Neutralizing  $r_s = .74$ ) e una buona con altri strumenti di misura del DOC, quali la Y-BOCS ( $.49 < r_s < .54$ ), la GOCS ( $r_s = .66$ ) e il MOCI ( $r_s = .85$ ). Non ottimale invece la validità divergente, misurata tramite le correlazioni con il BDI ( $r_s = .70$ ) e la HRSD ( $r_s = .58$ ). L'analisi delle curve ROC ha indicato l'effettiva capacità dell'OCI-R di discriminare tra soggetti con DOC e soggetti non clinici. Oltre al punteggio totale, in particolare la scala Obsessing ha dimostrato la migliore capacità discriminativa.

## **5 La versione italiana dell'OCI-R**

Recentemente è stata approntata la versione italiana dell'OCI-R (Sica et al., 2009); a questo lavoro si rimanda per i dettagli della procedura di validazione, che qui richiameremo in modo sommario. Seguendo i passaggi standard per la traduzione di un test (Brislin, 1986), tre ricercatori indipendenti hanno tradotto dalla lingua inglese a quella italiana i singoli item ed hanno concordato una versione comune. Tale versione è stata successivamente ritradotta dall'italiano all'inglese da una persona bilingue con un'ampia conoscenza della ricerca psicologica, ottenendo una versione pressoché identica a quella originale.

Un'analisi Fattoriale Confermativa (AFC) su un campione di 340 individui appartenenti alla popolazione generale ha confermato la struttura esafattoriale del test. Il campione di standardizzazione (51% maschi) è rappresentato da soggetti di età compresa tra i 16 e i 60 anni (età media = 33.3 e D.S. = 13) e con un livello di istruzione medio pari a 15.4 anni

(D.S.= 3 anni e range = 8-21anni). Il 58.2% è risultato single, il 37.9% sposato o convivente, il 3% separato o divorziato, e il 0.9% vedovo. Il 52.1% è lavoratore a tempo pieno, il 33.7% studente, il 3.8% lavoratore part-time, il 2.1% disoccupato, il 2.1% in pensione, il 0.9% casalinga, e il 5.3% presenta ulteriori profili lavorativi. Il questionario è stato, inoltre, somministrato ad una piccola popolazione di soggetti clinici valutati tramite la Structured Clinical Interview for DSM-IV (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1996), realizzata da psicologi clinici e ricercatori esperti in psicodiagnostica. Tale gruppo è costituito in 52 individui diagnosticati con DOC, 36 con vari disturbi di ansia e 47 soggetti di controllo tratti dal gruppo di 340 soggetti appartenenti alla popolazione generale. Nel gruppo DOC il 25.4% presentava una diagnosi di comorbidità secondaria in Asse-I (10% disturbi d'ansia e 15.4% disturbo depressivo maggiore) e il 8% presentava una diagnosi di comorbidità in Asse-II (due soggetti presentavano un disturbo dipendente di personalità, un soggetto presentava un disturbo borderline di personalità ed un altro soggetto un disturbo ossessivo-compulsivo di personalità). Dei 36 soggetti con diagnosi di disturbi d'ansia (36% disturbo da attacco di panico senza agorafobia, 25% disturbo da attacco di panico con agorafobia, 28% fobia sociale, e 11% disturbo da ansia generalizzata) il 20% presentava un disturbo secondario in comorbidità in Asse-I (17% disturbo depressivo maggiore e 3% disturbo distimico) e il 14% presentava un disturbo secondario in comorbidità in Asse-II (tre soggetti con disturbo evitante di personalità, un soggetto con disturbo dipendente personalità ed un soggetto con disturbo borderline di personalità)

La consistenza interna delle sei dimensioni e del punteggio totale è stata valutata nella popolazione non clinica e in quella clinica tramite l' $\alpha$  di Cronbach, ottenendo valori superiori a .70 ( $.76 < \alpha \text{ di Cronbach} < .94$ ), ad eccezione della scala di Washing ( $\alpha = .60$ ) e di Mental Neutralizing ( $\alpha = .61$ ) nella popolazione non clinica. Lo strumento ha dimostrato

inoltre un'ottima stabilità temporale ( $.76 < r_s < .99$ ; intervallo di un mese). I punteggi dell'OCI-R non sono risultati essere correlati con l'età e il genere, mentre una lieve correlazione inversa è stata riscontrata con il livello di istruzione ( $r_{\text{medio}} = -.12$ ). Sono emerse basse correlazioni tra le diverse sottoscale dell'OCI-R sia nella popolazione non clinica ( $r_{\text{medio}} = .31$ ;  $R^2 = .10$ ) che in quella clinica ( $r_{\text{medio}} = .28$ ;  $R^2 = .08$ ), e correlazioni moderatamente alte tra le sei sottoscale e il punteggio totale (soggetti non clinici:  $r_{\text{medio}} = .65$ ;  $R^2 = .42$ ; soggetti clinici:  $r_{\text{medio}} = .64$ ;  $R^2 = .41$ ).

La validità convergente e divergente del questionario è stata valutata sul campione di persone normali calcolando le correlazioni con alcuni strumenti di misura di fenomeni ossessivi (Padua Inventory), ansia (Beck Anxiety Inventory, Penn State Worry Questionnaire) e depressione (Beck Depression Inventory-II), ottenendo risultati soddisfacenti. Infine, l'OCI-R si è dimostrato capace di discriminare tra i soggetti con DOC e i soggetti non DOC per tutte le scale, ad eccezione della scala di Hoarding; tuttavia l'OCI-R ha discriminato tra soggetti DOC con sintomi di Hoarding e soggetti DOC senza questi sintomi. Infine, l'analisi delle curve ROC ha dimostrato una eccellente capacità discriminativa dello strumento.

## **6 Indicazioni per l'utilizzo dell'OCI-R**

In appendice si riporta la versione italiana dello strumento e le istruzioni per calcolare i punteggi alle diverse scale.

Per quanto riguarda la valutazione si consiglia di considerare prima il punteggio complessivo e poi le singole dimensioni dell'OCI-R. Queste ultime aiuteranno ad individuare quali sintomi ossessivo-compulsivi sono più rilevanti nel paziente in esame, anche nel caso in cui il punteggio totale risultasse nella norma.

Per quanto riguarda l'interpretazione dei punteggi, il criterio che noi consigliamo consiste nel ricorrere alla valutazione dei percentili. Come è noto, questa procedura consiste nell'identificare la percentuale degli individui del campione normativo che ottiene quel dato punteggio.

Per l'interpretazione del punteggio totale dell' OCI-R riportiamo in tabella 1 i valori percentili corrispondenti a ciascun punteggio grezzo. Il criterio interpretativo è il seguente:

1. punteggi grezzi corrispondenti a valori percentili compresi tra 0 e 84 vanno considerati nella media e non rivestono un significato clinico particolare. La persona, cioè, riporta un livello di ossessioni e compulsioni compatibile con la normalità.
2. punteggi grezzi compresi tra l'85-esimo e il 90-esimo percentile indicano una condizione psicologica al confine con aspetti di tipo patologico. Si consiglia di valutare attentamente la situazione, poiché questi punteggi rappresentano valori soglia che richiamano l'attenzione del clinico su una possibile presenza di psicopatologia.
3. punteggi grezzi compresi tra il 91-esimo e il 95-esimo percentile indicano presenza di ossessioni e compulsioni che comportano chiaramente disagio e difficoltà per la persona. Se con altri strumenti di valutazione (ad esempio colloquio ed osservazione) si riscontrasse un elevato livello di disagio potrebbe essere consigliabile un intervento specialistico per il trattamento delle ossessioni e compulsioni.
4. punteggio grezzi oltre il 95-esimo percentile indicano una situazione di particolare difficoltà ed una presenza clinicamente significativa di ossessioni e/o compulsioni. Questi livelli di psicopatologia richiedono spesso l'intervento dello specialista per valutare, ad esempio, la presenza di un disturbo ossessivo-compulsivo (DOC).

Riguardo alle sottoscale di “*Checking*” (tabella 2), “*Ordering*” (tabella 3), “*Washing*” (tabella 4) e “*Obsessing*” (tabella 5) il criterio interpretativo è il seguente:

1. punteggi grezzi corrispondenti a valori percentili compresi tra 0 e 84 vanno considerati nella media e non rivestono un significato clinico particolare. La persona, cioè, non riporta particolari problemi riguardo a rituali di controllo (*Checking*), rituali relativi a ordine e simmetria (*Ordering*), rituali di lavaggio e procedure di decontaminazione (*Clearing*) e pensieri ossessivi (*Obsessing*).
2. punteggi grezzi compresi tra l'85-esimo e il 94-esimo percentile indicano una condizione psicologica al confine con aspetti di tipo patologico. Si consiglia di valutare attentamente la situazione, poiché questi punteggi rappresentano valori soglia che richiamano l'attenzione del clinico su una possibile presenza di sintomi invalidanti per il soggetto.
3. punteggi grezzi oltre il 94-esimo percentile indicano una situazione di particolare difficoltà ed una presenza clinicamente significativa dello specifico aspetto misurato dalla scala. Se con altri strumenti di valutazione (ad esempio colloquio ed osservazione) si riscontrasse un elevato livello di disagio potrebbe essere consigliabile un intervento specialistico per il trattamento delle ossessioni e compulsioni.

Riguardo invece alle sottoscale di “*Hoarding*” (tabella 6) e di “*Mental Neutralizing*” (tabella 7) il criterio interpretativo è il seguente:

1. punteggi grezzi corrispondenti a valori percentili compresi tra 0 e 94 vanno considerati nella norma e non rivestono un significato clinico particolare. La

persona, cioè, non riporta particolari problemi nella sfera dell'accumulo patologico (Hoarding) o in quella dei rituali mentali *covert* (Mental Neutralizing).

2. punteggio grezzi oltre il 94-esimo percentile potrebbero invece indicare una presenza clinicamente significativa di disagio relativamente a questi aspetti e richiedere quindi l'intervento dello specialista.

Infine, per esigenze di ricerca o di altro tipo, si riportano in tabella 8 la media e la deviazione standard per ciascuna dimensione dell'OCI-R, calcolate sul campione normativo.

Per quanto riguarda l'utilizzo clinico di questo strumento, è bene rimarcare che un test da solo non permette di fare diagnosi né fornisce indicazioni certe (si veda la discussione in Sanavio & Sica, 1999). L'OCI-R, come tutte le altre misure standardizzate, è concepito per assistere l'operatore professionista nel complesso e delicato processo di assessment clinico e, come tale, costituisce solo uno degli elementi che consentono un inquadramento corretto del caso.

<b>Punteggi grezzi ottenuti al OCI-R</b>	<b>Valori percentili corrispondenti</b>
0	10
1	20
2-3	30

4-5	40
6-7	50
8-10	60
11-14	70
15	80
16	85
17-19	87
20	90
21	91
22	94
23	95
24	96
25	97
28	98
≥ 29	99

**Tabella 1. Conversione dei punteggi grezzi ottenuti alla scala totale dell'OCI-R in valori percentili**



<b>Punteggi grezzi scala "Checking"</b>	<b>Valori percentili corrispondenti</b>
0	10
1	60
2	70
3	80
4	85
5	94
6	95
7	97
8	98
≥ 9	99

**Tabella 2. Conversione dei punteggi grezzi ottenuti alla scala Checking dell'OCI-R in valori percentili**

<b>Punteggi grezzi scala "Ordering"</b>	<b>Valori percentili corrispondenti</b>
---	---

0	10
1	60
2	70
3	80
4	85
5	94
6	95
7	97
8	98
≥ 9	99

**Tabella 3. Conversione dei punteggi grezzi ottenuti alla scala Ordering dell'OCI-R in valori percentili**

<b>Punteggi grezzi scala "Washing"</b>	<b>Valori percentili corrispondenti</b>
0	10
1	60
2	80

3	85
4	92
5	95
≥ 6	98

**Tabella 4. Conversione dei punteggi grezzi ottenuti alla scala Washing dell'OCI-R in valori percentili**

<b>Punteggi grezzi scala "Obsessing"</b>	<b>Valori percentili corrispondenti</b>
0	10
1	60
2	70
3	80
4	85
5	90
6	92
7	94

8	95
9	98
≥ 10	99

**Tabella 5. Conversione dei punteggi grezzi ottenuti alla scala Obsessing dell'OCI-R in valori percentili**

<b>Punteggi grezzi scala "Hoarding"</b>	<b>Valori percentili corrispondenti</b>
0	10
1	50
2	60
3	80
4	85
5	90
6	95
7	97

8	98
≥ 9	99

**Tabella 6. Conversione dei punteggi grezzi ottenuti alla scala Hoarding dell'OCI-R in valori percentili**

<b>Punteggi grezzi scala "Mental Neutralizing"</b>	<b>Valori percentili corrispondenti</b>
0	10
1	85
2	93
3	95
4	98
≥ 5	99

**Tabella 7. Conversione dei punteggi grezzi ottenuti alla scala Mental Neutralizing dell'OCI-R in valori percentili**

	Media	DS
Washing	0.9	1.5
Checking	1.3	2.0

Ordering	1.9	2.3
Obsessing	1.6	2.4
Mental Neutralizing	0.3	.93
Hoarding	1.7	2.1
Punteggio Totale	7.8	7.6

**Tabella 8. Media e deviazione standard per ogni scala dell'OCI-R calcolate su un campione di 340 soggetti tratto dalla popolazione generale.**

## 7 Conclusioni

Dalla sua pubblicazione, l'OCI-R è rapidamente diventato uno degli strumenti più utilizzati in campo internazionale per la valutazione della sintomatologia ossessiva-compulsiva (Sica et al., 2009). Lo studio di validazione italiano ha dimostrato che questo strumento può essere utilizzato per la ricerca e la valutazione clinica anche nel nostro paese e per questo ci sembrava importante renderlo disponibile per i professionisti e ricercatori. Studi futuri potranno ulteriormente valutarne le proprietà psicometriche e la capacità discriminativa rispetto ad altri problemi di interesse clinico, come per esempio disturbi alimentari, psicosi e disturbi del controllo degli impulsi.

## 8 Bibliografia

- American-Psychiatric-Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Antony, M. M., Downie, F., & Swinson, R. P. (1998). Diagnostic issues and epidemiology in obsessive-compulsive disorder. In R. P. Antony, S. Rachman & M. A. Richter

- (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder. Theory, research, and treatment* (pp. 3-32).  
New York: Guilford Press.
- Bebbington, P. (1998). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173(suppl 35), 2-6.
- Brislin, R. W. (1986). The wording and translation of research instruments. In W. J. Lonner & J. W. Berry (Eds.), *Field methods in cross-cultural research*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Chiri, L. R., & Sica, C. (2007). Psychological, physiological and psychopathological aspects of the construct of "worry". *Giornale Italiano di Psicologia*, 34, 531-552.
- DuPont, R. L., Rice, D. P., Shiraki, S., & Rowland, C. R. (1995). Economic costs of obsessive-compulsive disorder. *Medical Interface*, 8, 102-109.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-Patients Edition (SCID-I/P)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., et al. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14(4), 485-496.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Salkovskis, P. M., Coles, M. E., & Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 10(3), 206-214.
- Foa, E. B., & Tillmans, A. (1980). The treatment of obsessive compulsive neurosis. In A. Goldstein & E. D. Foa (Eds.), *Handbook of behavioral interventions: A clinical guide*. New York: Wiley.
- Fontenelle, L. F., Mendlowicz, M. V., Marques, C., & Versiani, M. (2004). Trans-cultural aspects of obsessive-compulsive disorder: A description of a Brazilian sample and

- a systematic review of international clinical studies. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 403-411.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., et al. (1989a). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-Bocs): Part I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., et al. (1989b). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-Bocs): Part II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Hodgson, R., & Rachman, S. (1977). Obsessional compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395.
- Jöreskog, K., & Sörbom, D. (2003). *LISREL 8 (Version 8.54)*. Chicago: Scientific Software International.
- Koran, L. M., Thienemann, M. L., & Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, 783-788.
- Marks, I., Hallam, R., Connolly, S., & Philpott, R. (1977). *Nursing in behavioural psychotherapy: An advanced clinical role for nurses*. London: London & Tonbridge: Whitefriars Press.
- Mataix-Cols, D., Junque, C., Sanchez-Turet, M., Vallejo, J., Verger, K., & Barrios, M. (1999). Neuropsychological functioning in a subclinical obsessive-compulsive sample. *Biological Psychiatry*, 45(7), 898-904.
- McKay, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Kyrios, M., Radomsky, A. S., Sookman, D., et al. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: Symptoms versus mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 24(3), 283-313.



- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Geneva: Harvard University Press.
- Pancheri, P. (Ed.). (1992). *Ossessioni, compulsioni e continuum ossessivo*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1990). Epidemiology of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 51*, 10-13.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The epidemiological and clinical features of obsessive-compulsive disorder. In M. A. Jenike (Ed.), *The psychiatric clinics of North America: Obsessional disorders* (Vol. 15, pp. 743-758). Chicago: Saunders Company, Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
- Rasmussen, S. A., & Tsuang, M. T. (1986). DSM-III obsessive compulsive disorder: Clinical characteristics and family history. *American Journal of Psychiatry, 143*, 317-322.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy, 26*, 169-177.
- Sanavio, E., Bertolotti, G., Michielin, P., Vidotto, G., & Zotti, A. M. (1997). *CBA-2.0 scale primarie. Manuale. Una batteria a vasto spettro per l'assessment psicologico*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Sanavio, E., & Sica, C. (1999). *I test di personalità. Inventari e questionari*. Bologna: Il Mulino.
- Sasson, Y., Zohar, J., Chopra, M., Lustig, M., Iancu, I., & Hendler, T. (1997). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: A world view. *Journal of Clinical Psychiatry, 58*(suppl 12), 7-10.

- Sica, C., Ghisi, M., Altoè, G., Chiri, L. R., Franceschini, S., Coradeschi, D., et al. (2009). The Italian version of Obsessive Compulsive Inventory: Its psychometric properties on community and clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, *23*, 204-211.
- Sica, C., Taylor, S., Arrindell, W. A., & Sanavio, E. (2006). A cross-cultural test of the cognitive theory of obsessions and compulsions: A comparison of Greek, Italian, and American individuals: A preliminary study. *Cognitive Therapy and Research*, *30*, 585-597.
- Skoog, G., & Skoog, I. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, *56*, 121-127.
- Summerfeldt, L. J., Richter, M. A., Antony, M. M., & Swinson, R. P. (1999). Symptom structure in obsessive-compulsive disorder: a confirmatory factor-analytic study. *Behaviour Research and Therapy*, *37*(4), 297-311.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H. G., Lee, C. K., et al. (1994). The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *Journal of Clinical Psychiatry*, *55*, 5-10.

## OCI-R

Nella colonna denominata **DISAGIO** contrassegni il numero che meglio descrive quanto quella particolare esperienza le ha causato disagio o fastidio nell'ultimo mese. I numeri nella colonna corrispondono ai seguenti significati:

0	1	2	3	4
Per nulla	Un poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

E' importante ricordare che non ci sono risposte giuste o sbagliate. Non si soffermi troppo su ogni affermazione: la prima risposta è spesso la più accurata.  
Grazie.

	Disagio
1. Ho conservato talmente tante cose che ora sono intralciato da esse.	0 1 2 3 4
2. Ho la tendenza a controllare e ricontrollare le cose molto più spesso del necessario.	0 1 2 3 4
3. Mi irrito notevolmente se gli oggetti non sono sistemati al loro giusto posto.	0 1 2 3 4
3. Mi sento costretto a ripetere dei numeri mentre sto facendo delle cose.	0 1 2 3 4
5. Trovo difficile toccare un oggetto quando so che è stato toccato da estranei o da certe persone.	0 1 2 3 4
6. Trovo difficile controllare i miei pensieri.	0 1 2 3 4
7. Accumulo cose di cui non ho bisogno.	0 1 2 3 4
8. Controllo ripetutamente porte, finestre e cassette.	0 1 2 3 4
9. Mi agito se gli altri cambiano il modo in cui ho sistemato le cose.	0 1 2 3 4
10. Sento di dover ripetere certi numeri.	0 1 2 3 4

11. Qualche volta devo lavarmi o pulirmi semplicemente perché mi sento contaminato.	0 1 2 3 4
12. Sono turbato da pensieri spiacevoli che entrano nella mia mente contro la mia volontà.	0 1 2 3 4
13. Evito di buttare via le cose perché temo che in futuro potrei averne bisogno.	0 1 2 3 4
14. Controllo ripetutamente i rubinetti del gas, dell'acqua e gli interruttori della luce dopo averli chiusi/spenti.	0 1 2 3 4
15. Ho bisogno che le cose attorno a me siano sistemate secondo un particolare ordine.	0 1 2 3 4
16. Ho la sensazione che ci siano numeri buoni e numeri cattivi.	0 1 2 3 4
17. Mi lavo le mani più spesso e più a lungo del necessario.	0 1 2 3 4
18. Frequentemente ho pensieri sgradevoli e ho difficoltà a liberarmene.	0 1 2 3 4

### **Scoring**

Per calcolare il punteggio totale al questionario ed alle singole sottoscale è necessario sommare il punteggio dei singoli item in modo conforme a quanto riportato dal seguente schema:

**Punteggio Totale:** Item1 + Item2 + Item3 + Item4 + Item5 + Item6 + Item7 + Item8 + Item9 + Item10 + Item11 + Item12 + Item13 + Item14 + Item15 + Item16 + Item17 + Item18

**Hoarding:** Item1 + Item7 + Item13

**Checking:** Item2 + Item8 + Item14

**Ordering:** Item3 + Item9 + Item15

**Mental Neutralizing:** Item4 + Item10 + Item16

**Washing:** Item5 + Item11 + Item17

**Obsessing:** Item6 + Item12 + Item18