

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera italiana
Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale
Corso di laurea in ergoterapia

**In che modo può l'integrazione dell'Approccio
Cognitivo-Comportamentale, in ergoterapia, con
persone affette da Disturbo Ossessivo-Compulsivo,
contribuire alla diminuzione delle difficoltà
riscontrate sul lavoro**

Tesi di bachelor

Autrice: Giulia Petruccelli

Direttrice di tesi: Daniela Luisi

Giulia Petruccelli

Data

31 luglio 2020

Abstract

Introduzione/Background: Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo è un disturbo nevrotico caratterizzato da pensieri ossessivi e comportamenti compulsivi irrazionali con eziologia non definita ma con fattori di rischio esistenti per la sua contrazione. Questo disturbo ha un impatto negativo sul funzionamento quotidiano, dunque l'obiettivo terapeutico principale è il mantenimento / miglioramento della qualità di vita e del benessere della persona, nello specifico, per questa tesi, l'obiettivo è la diminuzione delle difficoltà riscontrate sul lavoro per il mantenimento lavorativo grazie all'Approccio Cognitivo-Comportamentale integrato in ergoterapia.

Obiettivi: L'obiettivo di questa ricerca è quello di capire come poter integrare l'Approccio Cognitivo-Comportamentale per persone con Disturbo Ossessivo-Compulsivo in ergoterapia e come quest'approccio possa promuovere la performance lavorativa.

Metodi: Per la redazione di questa tesi è stata condotta una revisione della letteratura scientifica, che permette di effettuare un'analisi critica e un paragone di diversi studi, individuando i dati rilevanti per la risposta alla domanda di ricerca. In seguito ad una ricerca bibliografica effettuata su varie banche dati da settembre 2018 a maggio 2020, sono stati presi in considerazione studi pubblicati tra gli anni 2000 e 2020 che rispondevano ai criteri di inclusione-esclusione definiti.

Risultati: In totale sono stati considerati 4 studi, di cui uno mostra gli effetti della terapia cognitivo-comportamentale di gruppo, altri due paragonano gli effetti della terapia comportamentale rispetto a quella cognitiva e un altro studio valuta gli effetti della clomipramina paragonata e combinata all'esposizione e prevenzione della risposta e un gruppo placebo per persone con Disturbo Ossessivo-Compulsivo. Globalmente, è stata riscontrata una correlazione positiva tra Approccio Cognitivo-Comportamentale e pazienti con Disturbo Ossessivo-Compulsivo per un mantenimento del lavoro e diminuzione di difficoltà riscontrate in questo. Purtroppo mancano studi relativi all'utilizzo dell'Approccio Cognitivo-Comportamentale in ergoterapia per persone con questo disturbo in ambito lavorativo.

Discussione/Conclusioni: Aspetti come la qualità di vita, la frequenza delle ossessioni e compulsioni nella vita, l'ansia da evitamento comportamentale, l'interpretazione delle ossessioni e l'intensità delle convinzioni relative alle ossessioni, migliorano con l'applicazione di terapie cognitive e comportamentali o cognitivo-comportamentali, a breve termine. Mentre solo alcuni aspetti mantengono i miglioramenti nel follow-up. Questi aspetti permettono una diminuzione delle compromissioni lavorative che presentano le persone affette da DOC, permettendo di mantenere i ruoli di vita produttivi e significativi per la persona, aumentare la soddisfazione nella vita quotidiana e migliorare la performance e soddisfazione occupazionale.

In questa revisione della letteratura non sono stati trovati studi che combinassero l'ergoterapia con l'Approccio Cognitivo-Comportamentale per persone con Disturbo Ossessivo-Compulsivo per la diminuzione di difficoltà riscontrate sul lavoro e dunque sul mantenimento di questo, che rimane dunque un aspetto poco esplorato su cui effettuare future ricerche.

Parole chiave: Obsessive-compulsive disorder, cognitive behavioral therapy, occupational therapy, work.

Indice

1. Introduzione	4
1.1 Introduzione al tema	1
1.2 Motivazione professionale della scelta	1
1.3 Motivazione personale della scelta	1
1.4 Area d'interesse	2
1.5 Rilevanza clinica per la pratica ergoterapica	2
1.6 Obiettivi del lavoro di tesi	3
1.6.1 <i>Obiettivi del lavoro di tesi personali</i>	3
1.7 Argomenti della tesi	4
2. Background	5
2.1 Le nevrosi - Disturbo Ossessivo-Compulsivo	5
2.1.1 <i>Criteri diagnostici del Disturbo Ossessivo-Compulsivo</i>	7
2.2 Epidemiologia e causa del disturbo	8
2.3 Problemi occupazionali e qualità di vita	8
2.4 Definizione del lavoro e il suo significato	11
2.5 Ergoterapia	13
2.5.1 <i>Ergoterapia in salute mentale</i>	18
2.5.2 <i>Ergoterapia e riabilitazione psicosociale</i>	18
2.5.3 <i>L'ergoterapia, il lavoro e il DOC</i>	20
2.6 Approccio Cognitivo-Comportamentale	24
2.6.1 <i>Introduzione alla Terapia Cognitivo-Comportamentale</i>	24
2.6.2 <i>Tecniche cognitive</i>	25
2.6.3 <i>Tecniche comportamentali</i>	25
2.6.4 <i>Terapia cognitivo-comportamentale – esposizione e prevenzione della risposta (ERP)</i>	26
2.6.5 <i>Ergoterapia e Approccio Cognitivo-Comportamentale</i>	28
3. Metodologia - Revisione di letteratura	31
4. Presentazione dei risultati degli articoli scientifici	35
4.1 Confronto degli studi	37
5. Discussione	43
5.1 Limiti	50
6. Conclusioni	52
6.1 Risultati ottenuti e implicazioni per la pratica	52
6.2 Prospettive future	53

6.3 Valutazione personale.....	54
7. Bibliografia.....	56
7.1 Bibliografia tabelle e immagini.....	60
8. Allegati.....	61

Indice tabelle e immagini

Tabella 1: Dati sul grado di piacere e di soddisfazione negli ambiti della vita quotidiana (Eisen et al., 2006, p. 272).....	9
Tabella 2: Dati sul benessere e funzionamento della popolazione degli USA (Eisen et al., 2006, p. 272).....	10
Immagine 1: Circolo vizioso del DOC (New Heights Counselling, 2020).....	7
Immagine 2: Piramide dei bisogni di Maslow (Block, M., 2011, p. 914).....	12
Immagine 3: Schema dell'OTIPM con le sue fasi (Fisher, A., 2009, p. 16).....	16
Immagine 4: Diagramma di flusso della ricerca di articoli scientifici (Petruccelli, G., 2020).....	34

1. Introduzione

1.1 Introduzione al tema

In questa tesi di Bachelor verrà trattato il tema dell'integrazione dell'Approccio Cognitivo-Comportamentale (ACC) in ergoterapia per persone con Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) con il fine di facilitare queste persone nel loro lavoro. Questo lavoro di tesi, infatti, si focalizza sul mantenimento del lavoro e sul far fronte alle difficoltà riscontrate nella pratica a causa del suddetto disturbo.

Dai dati emerge che l'1% della popolazione mondiale è colpita da DOC, il che equivale a milioni di persone in tutto il mondo, ed è considerata la quarta malattia mentale più comune nei paesi occidentali, nonché la 10a causa di disabilità nel mondo industrializzato (Coluccia et al., 2016; Eisen et al., 2006). Dallo studio di Eisen et al. del 2006 emerge che i punteggi medi di soddisfazione e piacere provati negli ambiti della vita quotidiana (salute fisica, sensazioni soggettive, attività del tempo libero, rapporti sociali e attività generali, lavoro, cura della casa e scuola (Endicott et al., 1993) delle persone con DOC, sono significativamente più bassi rispetto ai punteggi medi delle persone "sane" (Eisen et al., 2006). Sempre nello stesso studio, si può notare che il benessere e il funzionamento delle persone con DOC negli USA (funzionamento fisico e sociale, limitazioni dovute a problemi fisici o a problemi emotivi, salute mentale, energia/vitalità, dolore e percezione della salute generale (Ware & Sherbourne, 1992)), così come anche la qualità di vita rispetto alle norme comunitarie risultano essere minori (Eisen et al., 2006). Queste differenze tra persone affette da DOC e norme comunitarie, sono il motivo per cui il tema della tesi è importante da affrontare ed analizzare.

1.2 Motivazione professionale della scelta

A scuola abbiamo visto che l'Approccio Cognitivo Comportamentale è utilizzato come approccio di terapia con persone con DOC, mi sembrava quindi interessante valutarne l'efficacia per poter dare validità all'uso di questo in ergoterapia al fine di migliorare la qualità di vita di queste persone.

Ho deciso di prendere come riferimento l'area occupazionale del lavoro poiché, condivido con quanto detto da Jennifer Creek e Lesley Lougher (2008) e Sarchielli e Fraccaroli (2010) ossia che il lavoro sia una delle aree occupazionali più importanti della vita, un'area che conferisce ruoli come quelli di lavoratore e di collega, costruisce un'identità, permette di avere un'indipendenza economica avendo il proprio guadagno e una soddisfazione nella vita, oltre a dare un senso di utilità (il mio operato è sempre utile per qualcosa o per qualcuno e sono un elemento importante della società).

Nella persona con Disturbo Ossessivo-Compulsivo, secondo me, quest'area, come anche le altre aree occupazionali (cura di sé, attività strumentali, sonno e riposo, istruzione, tempo libero, partecipazione sociale e gioco) (Roley et al., 2008), è compromessa a causa delle proprie ossessioni e compulsioni. Penso, quindi, che le persone possano riscontrare delle difficoltà sul lavoro (comportamenti che si devono mettere in atto a causa del disturbo) oppure sul suo mantenimento (troppi stimoli o ricoveri in ospedali/cliniche psichiatriche/psichiatriche con conseguente assenza dal posto di lavoro ed eventuale licenziamento).

1.3 Motivazione personale della scelta

Ho scelto questo tema principalmente perché l'ambito della psichiatria è uno dei miei ambiti preferiti, nel quale mi piacerebbe lavorare in futuro, in quanto lo trovo molto affascinante. Purtroppo, durante il primo stage, svolto presso la clinica psichiatrica

cantonale di Mendrisio, non ho avuto l'occasione di confrontarmi con persone affette da DOC. Il mio interesse per questo disturbo e la presa a carico di persone che ne soffrono, è nato a scuola, dove abbiamo seguito lezioni inerenti questo argomento. Abbiamo, da un lato, studiato le caratteristiche di questo disturbo psichiatrico e le conseguenze che ha nella vita quotidiana delle persone affette, dall'altro, visto come noi ergoterapisti ci possiamo approcciare e aiutare le persone che ne soffrono nelle attività di vita quotidiana (AVQ), e quali tipi di terapia esistono per migliorare o limitare questa problematica.

Un altro fattore che ha contribuito alla scelta del tema è l'aver scoperto che, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, a causa della discriminazione, le persone con disturbi mentali vedono violati i loro diritti umani e molte di loro vengono private dei loro diritti economici, sociali e culturali, per esempio hanno limitazioni nel diritto al lavoro e all'istruzione (Centro collaboratore dell'OMS per la ricerca e la formazione, Dipartimento di salute mentale di Trieste, 2013). Questo fatto mi colpisce in negativo e, infatti, una mia riflessione in merito a quest'affermazione relativa al lavoro, che è l'ambito d'interesse per questo lavoro di Bachelor, è che i datori di lavoro potrebbero discriminare la persona con DOC a causa di un pregiudizio rispetto al disturbo di cui soffrono, nel senso che potrebbero vedere la persona come "pazza" (in gergo lo si usa per etichettare un individuo con disturbi mentali) e quindi non volerla come dipendente, oppure, persino pensare che, a causa di questo disturbo, la persona abbia capacità ridotte al lavoro e dunque una minore performance lavorativa, che potrebbe significare un aumento del tempo necessario per svolgere determinati compiti e di conseguenza portare il datore di lavoro ad avere costi maggiori e rischiare di conseguenza un licenziamento. Per questo motivo trovo sia importante diminuire le difficoltà che le persone con DOC riscontrano sul lavoro.

1.4 Area d'interesse

L'area di interesse di questo lavoro di tesi è la psichiatria, nello specifico, il Disturbo Ossessivo-Compulsivo con una presa a carico ergoterapica in studio/centro ambulatoriale. Sono dell'idea che ci siano obiettivi diversi dalla presa a carico di una persona a livello ambulatoriale rispetto alla degenza in ospedale che è tipica della manifestazione della fase acuto e la priorità del trattamento non è la ripresa dell'attività lavorativa, ma piuttosto la cura farmacologica, psichiatrica e per gli ergoterapisti si lavora per il ritorno al domicilio. A livello ambulatoriale, invece, si può pensare anche ad andare sul posto di lavoro a fare degli adattamenti, avere dei colloqui datore di lavoro-ergoterapista-persona o trovare tecniche specifiche per far fronte alle difficoltà sul lavoro. Inoltre, immagino che la persona in fase post-acuta al lavoro, ha più facilità a comprendere quali siano le sue necessità e difficoltà.

1.5 Rilevanza clinica per la pratica ergoterapica

L'area del lavoro in ergoterapia è importante per i motivi riportati di seguito che verranno poi affrontati all'interno della tesi.

Innanzitutto, il lavoro ha diversi scopi, come per esempio:

- contribuire all'avanzamento della società (Creek & Lougher, 2008);
- contribuire alla sopravvivenza e allo sviluppo dell'individuo (Creek & Lougher, 2008);
- contribuire alla costruzione dell'identità conferendo all'individuo diversi ruoli sociali (Creek & Lougher, 2008);
- contribuire al conferimento di un senso di appartenenza (Creek & Lougher, 2008);
- favorire l'autostima e la fiducia in sé (Creek & Lougher, 2008);
- fornire denaro per mantenersi (Creek & Lougher, 2008);
- sostenere la partecipazione e la produttività, due aspetti essenziali per la salute e il benessere di ogni individuo (Larson & Ellexson, 2005);

- fornire una struttura e routine giornaliera e dunque uno scopo per alzarsi al mattino e fare qualcosa, ed attorno a questa occupazione, si programmano le attività delle altre aree occupazionali così da avere un equilibrio di queste (Fryers, 2006).

Infatti, per diverse persone, l'attività lucrativa può essere la principale fonte di identità e di autostima, la fonte primaria di soddisfazione e gratificazione a cui si attribuisce l'importanza per la comunità ed è difficile da abbandonare. Altri la vedono importante solo per avere un guadagno economico, e altri ancora si lamentano di alcuni aspetti del lavoro, ma lo vedono come una cosa positiva senza il quale il significato della vita diminuirebbe (Sarchielli, 2003). Il lavoro può quindi essere un interesse importante e soddisfacente per le persone dato che dà scopo e valore alla vita, infatti, per una grande percentuale di persone, il lavoro è un'occupazione primaria. In conclusione, il lavoro è un'occupazione essenziale per l'essere umano, se non una delle principali, che consente di avere un'esistenza confortevole e rispondere ai propri bisogni (Fryers, 2006).

Parlando invece di salute mentale, è emerso come l'occupazione produttiva, incluso il lavoro, avvantaggi le persone che soffrono di malattie mentali in diversi aspetti della loro esistenza (Braveman & Page, 2012; Bryant et al., 2014). Di conseguenza, recentemente sono state delineate priorità e strategie ergoterapiche per gli adulti in età lavorativa, in quanto si nota che in diversi paesi sviluppati, il 70-90% delle persone con problemi di salute mentale che vorrebbero avere un lavoro, quelle realmente occupate sono tra il 10 e il 30% (Braveman & Page, 2012). Rispetto all'approccio cognitivo-comportamentale, invece, è stato spesso dimostrato come i trattamenti basati su questo approccio per persone con DOC siano i più efficaci (Rufer et al., 2016). In relazione all'applicazione di questo approccio in ergoterapia possiamo leggere che attualmente l'approccio di terapia cognitivo-comportamentale, che unisce elementi sia comportamentali che cognitivi, è molto usato in ergoterapia, così come in altre discipline di salute mentale per la promozione del benessere degli individui (Blesedell Crepeau et al., 2015; Bryant et al., 2014; Cara & MacRae, 2013). Per questo motivo si delinea la rilevanza per la pratica clinica dell'ergoterapia di indagare sul modo in cui l'integrazione dell'Approccio Cognitivo-Comportamentale, possa, nel proprio operato, dare un valore aggiunto al trattamento ergoterapico per persone affette da Disturbo Ossessivo-Compulsivo con lo scopo di contribuire alla diminuzione delle difficoltà riscontrate sul lavoro.

1.6 Obiettivi del lavoro di tesi

L'obiettivo principale di questo lavoro di Bachelor è capire come, integrando l'Approccio Cognitivo-Comportamentale per persone con DOC in ergoterapia, possa promuovere la performance lavorativa. Di conseguenza valutare l'utilità di questo approccio in questo determinato ambito, per dare validità all'intervento ergoterapico.

1.6.1 Obiettivi del lavoro di tesi personali

Dato che a scuola abbiamo trattato la tematica in maniera superficiale, mi interessa approfondire l'influenza dell'Approccio Cognitivo-Comportamentale in ergoterapia, come viene integrato con persone che soffrono di DOC e come questo può aiutare nel lavoro che la persona svolge. Infatti, gli obiettivi del mio lavoro di tesi sono, dapprima, comprendere meglio che cos'è il Disturbo Ossessivo-Compulsivo e quali sono le conseguenze causate da questo disturbo nella vita quotidiana, successivamente, mi interessa acquisire maggiori conoscenze rispetto all'Approccio Cognitivo-Comportamentale e se/come influenza lo stato psichico e comportamentale della persona affetta da DOC.

1.7 Argomenti della tesi

Dopo aver esposto le motivazioni e gli obiettivi inerenti la scelta del tema in discussione, nella presente ricerca, verrà sviluppato il background in cui verrà descritto il DOC, con i suoi criteri diagnostici nel capitolo 2.1, successivamente nel capitolo 2.2 si parlerà dell'epidemiologia del DOC, nel capitolo 2.3 invece troveremo i problemi occupazionali riscontrati dalle persone che soffrono di questo disturbo e della loro qualità di vita. Successivamente, nel capitolo 2.4 verrà sia affrontato il tema del lavoro con la sua definizione e il suo significato sia a livello generale sia per l'ergoterapia. Nel capitolo 2.5 si parlerà invece dell'ergoterapia, partendo dal capitolo 2.5.1 dove verrà spiegata la relazione che c'è tra l'ergoterapia e la salute mentale, proseguendo con il capitolo 2.5.2 dove si affronterà il rapporto riabilitazione psicosociale ed ergoterapia, per concludere con il capitolo 2.5.3 in cui emergerà la relazione tra ergoterapia-lavoro-DOC. In seguito, nel capitolo 2.6 verrà trattato il tema dell'approccio cognitivo-comportamentale nei suoi diversi aspetti nel capitolo 2.6.1, mentre nel capitolo 2.6.2 verrà collegato l'ACC all'ergoterapia.

In un secondo tempo, sarà presente il capitolo sulla metodologia utilizzata per poter svolgere la ricerca in questione, in questo caso in merito la revisione della letteratura, questi aspetti saranno presentati nel capitolo 3.

Dopo la parte metodologica, sarà sviluppato il capitolo sui risultati dove si presenta quanto emerso dalla raccolta dati degli articoli scientifici (capitolo 4).

In un capitolo successivo, il capitolo 5, si discutono i risultati ottenuti mettendoli in relazione con la parte teorica. Per poi terminare con le conclusioni in merito a questa ricerca in cui si parlerà dei risultati ottenuti e delle implicazioni per la pratica, dei limiti del lavoro effettuato, delle prospettive future e sarà presente una valutazione personale del percorso svolto.

Si terminerà poi con eventuali allegati utili per comprendere meglio quanto scritto.

2. Background

In questo capitolo verranno affrontati i temi principali della tesi. Si inizierà con la descrizione del disturbo ossessivo-compulsivo e dei suoi criteri di diagnostica, successivamente verrà esposta l'epidemiologia a livello mondiale. In seguito emergeranno i problemi che le persone con il DOC hanno nello svolgimento delle loro occupazioni e il livello della loro qualità di vita. Successivamente sarà presente una descrizione del lavoro e della sua importanza sia a livello generale che dal punto di vista ergoterapico. Un punto successivo che verrà affrontato in questo capitolo è la descrizione generica della professione dell'ergoterapista e di questa in relazione alla salute mentale, seguirà una descrizione e collegamento con l'ergoterapia della riabilitazione psicosociale e per concludere verranno fatti dei collegamenti tra ergoterapia-lavoro-DOC. Come ultimo sottocapitolo, invece, sarà presente la descrizione dell'Approccio Cognitivo-Comportamentale e il suo collegamento alla pratica dell'ergoterapia.

2.1 Le nevrosi - Disturbo Ossessivo-Compulsivo

Le nevrosi sono vissute come un malessere interiore che inibisce le condotte sociali e sono caratterizzate da sintomi nevrotici, come: disturbi nei comportamenti, nei sentimenti o nelle idee che esprimono una difesa contro l'angoscia e costituiscono nei confronti del conflitto interiore, un compromesso allo stesso. La nevrosi, in questo modo, neutralizza l'angoscia rovesciandone il senso in un'ossessione, così che il conflitto interiore non appare più, anche se continua ad esistere, questo è il caso del DOC (Ey et al., 1988).

La nevrosi ossessiva, invece, consiste in idee ossessionanti, nell'intrusione di un pensiero non desiderato nel campo della coscienza, insistente, ripetuto, riconosciuto dal soggetto come proprio ma ripudiato in quanto odioso. Tutti nella vita assumiamo dei leggeri comportamenti ossessivo-compulsivi, per esempio ci chiediamo se abbiamo chiuso la porta di casa o se abbiamo spento gli apparecchi elettrici. Questi pensieri ossessivi, che generano agitazione, ma che si risolvono da soli ed in fretta dal momento in cui rivolgiamo la nostra attenzione ad altro, ci danno un'idea di cosa siano ossessioni e compulsioni. Rispetto agli esempi, il pensiero ossessivo, però, si differenzia nell'intensità, nelle sue esigenze esclusive e nella sua persistenza, trasformando una semplice differenza di grado in una vera e propria differenza di natura, dato che l'ossessione non si presenta più come un fenomeno isolato o spontaneo ma sconvolge l'equilibrio della vita psichica del soggetto. L'individuo con DOC si sente, infatti, forzato a compiere atti di carattere simbolico come rituali compulsivi, per esempio se la persona in questione non fa una determinata cosa in una certa maniera accadrà qualcosa di male a lei o ai suoi cari, e ciò ha conseguenze sulle occupazioni. Sul piano affettivo, l'individuo ossessivo è affetto da debolezza psichica, ossia da sentimenti depressivi (Ey et al., 1988).

Infatti si parla di DOC quando questi pensieri, che producono ansia, si presentano continuamente, scaturendo un comportamento ripetitivo. Questi pensieri si chiamano ossessioni e i comportamenti impiegati a ridurre l'ansia sono compulsioni (National Institute of Mental Health, 2005; Rufer et al., 2016).

Le ossessioni sono pensieri, paure, immagini e impulsi continui e non controllabili che occupano la mente della persona (Cara & MacRae, 2005). Chi ne soffre non vorrebbe averne, ma non riesce a liberarsene (Rufer et al., 2016). Nel DOC sono comuni certe dimensioni sintomatologiche tra le quali troviamo quelle di pulizia composte da ossessioni di contaminazione e compulsioni di pulizia; di simmetria ossia ossessioni di simmetria e compulsioni di ripetizione conteggio e ordine; di pensieri proibiti o tabù cioè ossessioni aggressive, sessuali, religiose e relative compulsioni e ossessioni di danno di cui fanno

parte la paura di arrecare danno a sè stessi o agli altri e relative compulsioni di controllo. In merito ai pensieri ossessivi, diverse persone con DOC presentano convinzioni disfunzionali come, per esempio, un senso eccessivo di responsabilità e propensione a sopravvalutare la minaccia; perfezionismo e intolleranza all'incertezza e attribuzione di un'esagerata importanza ai pensieri, per esempio credere che avere un determinato pensiero sia grave come nel caso in cui lo si metta in atto, e al bisogno di controllarli (American Psychiatric Association, 2018). La teoria cognitiva sostiene che coloro affetti da DOC solitamente danno significati negativi ai pensieri e alle immagini intrusive, si danno la colpa per averli e si sentono responsabili per le eventuali ripercussioni. L'individuo con DOC fa dunque di tutto pur di evitare che i pensieri temuti si realizzino, finché arrivano al punto di convincersi che la minaccia diminuisce mettendo in atto rituali, ossia le compulsioni (Aletti & Di Fiorino, 2012).

Per valutare la gravità dei pensieri ossessivi si fa riferimento all'insight, ossia il livello di riconoscimento dell'irrazionalità delle ossessioni, che può cambiare nel corso della malattia. Troviamo che molte persone con DOC hanno un insight buono o sufficiente ossia riconoscono che le convinzioni date dal DOC sono decisamente o probabilmente non vere. Alcune persone presentano un insight scarso, ossia pensano che queste convinzioni sono probabilmente vere, mentre pochi individui mostrano un insight assente/convinzioni deliranti, ossia che sono totalmente sicuri che le convinzioni siano vere (American Psychiatric Association, 2018).

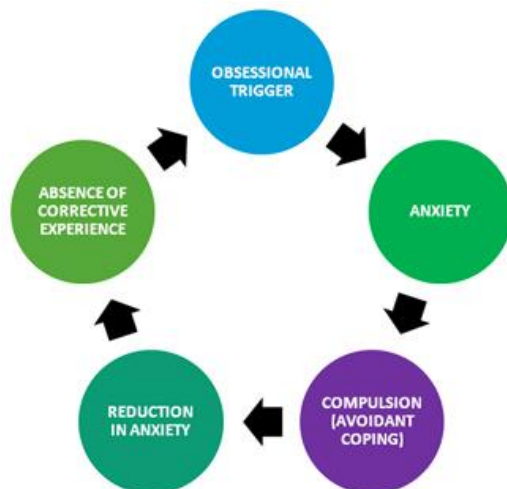
Le compulsioni sono comportamenti in origine adeguati ma che, per le persone affette da DOC, devono essere ripetuti esageratamente, spesso in forma ritualizzata e la loro ripetizione irragionevole li priva di una finalità adeguata. Una compulsione è una forma di comportamento non realistico, irrazionale ed eccessivo che di solito segue le ossessioni con lo scopo di ridurre l'ansia che ne consegue, come per esempio evitare un danno immaginario o impedire un paventato futuro disastroso. Oppure la compulsione viene attuata per prevenire un evento obiettivamente improbabile temendo che potrebbe causare loro un danno o arrecare disgrazie (Cara & MacRae, 2005; Ey et al., 1988; Rufer et al., 2016). Quando la persona è in contatto con la situazione attivante, le compulsioni sono quasi sempre wanted (salvo essere criticate in un secondo momento), vale a dire che l'individuo è consapevole che il suo comportamento compulsivo è irrazionale e privo di senso, ed è un tentativo inutile di ridurre l'ansia e che quindi sarebbe possibile ed opportuno non metterlo in atto. Nel contempo, la persona con DOC si sente impossibilitata a fermare la compulsione in quanto, nel tentativo di fermare la compulsione, l'ansia aumenta. Il comportamento compulsivo è dunque vissuto come atto obbligatorio e non libero visto che l'individuo stesso non sceglie né accetta questa situazione (Cara & MacRae, 2005; Fassino et al., 2007; Mancini, 2016; Rufer et al., 2016).

Esistono i seguenti tipi di compulsione: lavaggio e pulizia, controllo, raccolta e accaparramento, conteggio, ripetizione di frasi, azioni o pensieri, che impongono di riproporre domande a cui si è già data risposta (Bavaro, 1991; Rufer et al., 2016). Le conseguenze che il DOC ha nelle aree della vita quotidiana sono riportate nel capitolo "2.3 Problemi occupazionali e qualità di vita".

In conclusione a quanto detto precedentemente in merito all'ansia, possiamo dire che è uno stato di apprensione, tensione o disagio in anticipazione ad un sentimento di pericolo interno o esterno. Nell'ansia patologica l'emozione è forte, duratura, ripetuta e soprattutto non è adeguata alla situazione che la provoca ma è eccessiva (Biondi et al., 2014; Mancini, 2016). Di seguito possiamo trovare il circolo vizioso del DOC comprendente ossessioni e compulsioni: inizialmente vi è l'innescò ossessivo che dunque causa ansia,

e la persona mette in atto un coping di evitamento, ossia la compulsione, che successivamente riduce l'ansia in quel momento ma non corregge il comportamento emozionale stesso, dunque si ritorna all'ossessione e si crea un circolo vizioso rappresentato nell'immagine 1:

Immagine 1: Circolo vizioso del DOC (New Heights Counselling, 2020)



New Heights Counselling. (2020). Obsessive compulsive disorder. *New Heights Treatment for Obsessive Compulsive Disorder*. <https://newheightscounselling.ca/obsessive-compulsive-disorder/>

Possiamo collegare questo schema alla curva dell'ansia della persona con DOC dove, nel momento in cui viene esposta allo stimolo, l'ansia aumenta significativamente e nel momento in cui si mette in atto il rituale compulsivo, il disagio diminuisce, ma essendo l'individuo comunque esposto allo stimolo, l'ansia si ripresenta. Rispetto al livello d'ansia, in generale, per avere una buona performance è necessario avere un livello di ansia medio; in quanto con un livello di ansia troppo basso non vi è motivazione nello svolgimento dell'occupazione, mentre se il livello è troppo alto interferisce troppo con l'attività e in entrambi i casi la performance non è dunque ottimale (Mancini, 2016).

2.1.1 Criteri diagnostici del Disturbo Ossessivo-Compulsivo

Secondo i criteri diagnostici per il DOC dell'**Organizzazione Mondiale della Sanità** (World Health Organization, 1996), i pensieri ossessivi e/o le azioni compulsive devono essere documentabili quasi tutti i giorni per almeno due settimane e devono ripetersi nello stesso modo, sono fastidiosi per la persona e vengono percepiti come inutili o, almeno, esagerati. Un altro criterio per la diagnosi è che i pensieri ossessivi vengono riconosciuti come pensieri propri. Un ulteriore criterio diagnostico è l'incapacità della persona con DOC di difendersi dai sintomi ossessivo-compulsivi. L'ultimo criterio per diagnosticare il DOC è il grande dispendio di tempo legato a pensieri ossessivi e azioni compulsive che va ostacolando di conseguenza la persona nei contatti sociali e nelle proprie capacità generali.

Secondo il **Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali 5** (American Psychiatric Association, 2018), i criteri per diagnosticare il DOC sono innanzitutto la presenza di ossessioni, compulsioni o entrambe, la maggior parte degli individui ha sia ossessioni che compulsioni. Le ossessioni sono descritte dal Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali 5 (American Psychiatric Association, 2018) come dei pensieri / degli impulsi / delle immagini ripetuti, regolari e continui nel tempo, vissuti come intrusivi e indesiderati e nella gran parte delle persone provocano un alto livello di ansia o disagio. Le compulsioni invece sono descritte come comportamenti ripetitivi, come per esempio

lavarsi le mani / riordinare / controllare, o azioni mentali, come per esempio pregare / contare / ripetere parole mentalmente, i quali la persona si sente in obbligo di eseguire in risposta ad un'ossessione. L'individuo, infatti, tenta di ignorare o annullare le ossessioni, prevenendo l'ansia e il disagio con la messa in atto di altri pensieri o azioni, cioè mettendo in atto una compulsione, o prevenendo eventi o situazioni temuti. I precedenti comportamenti o azioni mentali, però, non sono razionali se collegati a ciò che sono destinati a neutralizzare / prevenire, oppure sono eccessivi. Un altro criterio diagnostico per il DOC è che le ossessioni o le compulsioni fanno consumare del tempo, per esempio più di 1 ora al giorno, o provocano uno stato di disagio significativo oppure una compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree della vita; questo criterio permette di distinguere il DOC da occasionali pensieri intrusivi o comportamenti ripetitivi che sono comuni nella popolazione generale. Un successivo criterio è che i sintomi ossessivo-compulsivi non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza come per esempio una droga o un farmaco, o un'altra condizione medica. Infine, l'ultimo criterio diagnostico è che il disturbo non è meglio giustificato dai sintomi di un altro disturbo mentale.

2.2 Epidemiologia e causa del disturbo

L'1% della popolazione mondiale è colpita da un DOC, quindi in tutto il mondo ci sono milioni di persone affette da questo disturbo, ed è considerata la quarta malattia mentale più comune nei paesi occidentali e la 10a causa principale di disabilità fra tutte le condizioni mediche nel mondo industrializzato (Coluccia et al., 2016; Eisen et al., 2006). Le persone che sviluppano il DOC trascorrono una media di 8,9 anni di vita con il disturbo (Ruscio et al., 2010). L'esordio è situato tra i 15 e i 40 anni ma spesso avviene prima dei 25 anni (Fassino et al., 2007) e i soggetti con esordio precoce presentano una predominanza del sesso maschile (Albert et al., 2002).

Da uno studio svolto a Zurigo nel 2015, risulta che il DOC ha spesso un percorso cronico ma ha un tasso di remissione a lungo termine di quasi il 60% grazie alla psicoterapia e alla terapia farmacologica (Angst et al., 2015).

Rispetto alla causa che può dare origine ad un DOC non si sa molto, infatti secondo l'American Psychiatric Association (2018), non è ben definita ma ci sono dei fattori di rischio per la sua contrazione che possono essere temperamentali, quali, per esempio, avere un'emotività negativa più elevata e un'inibizione comportamentale in età infantile, o ambientali, come per esempio l'abuso fisico in età infantile e altri eventi stressanti o traumatici e/o genetici.

2.3 Problemi occupazionali e qualità di vita

I problemi psichiatrici possono influenzare il processo cognitivo, le convinzioni, le percezioni e il comportamento di una persona (Creek & Lougher, 2008). Il DOC, infatti, può avere un enorme impatto negativo sul funzionamento quotidiano delle persone (Ruscio et al., 2010).

L'occupazione può risentirne a causa di una disfunzione cognitiva. Infatti, episodi di ansia acuta, possono influenzare negativamente memoria, concentrazione e risoluzione dei problemi e di conseguenza diminuire la capacità di impegno nelle attività significative per la persona. Questo perché l'attenzione dell'individuo è posta sul combattere e ridurre i sintomi spiacevoli e non sullo svolgere l'occupazione in questione e dunque, le performance in tutti i ruoli possono diminuire drasticamente se i sintomi ansiosi sono persistenti. In persone con ansia possono infatti svilupparsi problematiche relative a ritardi, inesattezze nel completamento del lavoro e distraibilità (Cara & MacRae, 2013).

È stato condotto uno studio da Ruscio et al (2010) per valutare l'impatto del DOC nella vita quotidiana, attraverso delle interviste, a un sottocampione di 2073 (su 9282) di persone maggiorenni degli USA. Queste interviste si sono svolte tra febbraio 2001 e dicembre 2003. In questo studio, 1036 intervistati, quindi il 50%, stimano una media di circa 6 ore al giorno occupate da ossessioni e circa 4.5 ore per le compulsioni. In casi gravi, ossessioni e compulsioni possono protrarsi per una giornata intera, ciò porta via del tempo che si potrebbe impiegare per svolgere AVQ, interferendo così con la funzione occupazionale delle aree occupazionali, in quanto vi è un'interruzione o un allontanamento dallo svolgimento dell'attività e/o dalla situazione con successiva significativa riduzione dei livelli qualitativi della performance in attività (Cara & MacRae, 2005; Clark, 2009). Viene inoltre evidenziato come 67 (34%) soggetti non erano in grado di lavorare a causa della psicopatologia, 9 (5%) non erano in grado di svolgere compiti di famiglia e 28 (14,2%) venivano dichiarati disabili. In merito a quanto precedentemente detto, le evidenze dimostrano che, nelle persone con DOC, sono influenzati anche gli aspetti della qualità di vita (Cara & MacRae, 2005; Ruscio et al., 2010). Quest'ultima è una condizione soggettiva e ha un significato diverso per ogni persona ma, in base alle definizioni esistenti, si possono identificare delle caratteristiche comuni quali la soddisfazione dei propri bisogni e delle proprie priorità e il senso di benessere che va diminuendo o viene a mancare a causa delle conseguenze negative sulle AVQ causate dal DOC (Braveman & Page, 2012; Creek & Lougher, 2008).

È stato inoltre svolto uno studio prospettico di 5 anni, volto a indagare il funzionamento psicosociale e la qualità di vita nelle persone con DOC rispetto a persone "sane". I partecipanti con DOC presi in esame erano 197 di cui tutti maggiorenni e con un'età media di 40.6 anni (Eisen et al., 2006). I dati nella tabella 1, tratti dallo studio di Eisen et al. del 2006, mostrano il grado di piacere e di soddisfazione dei rispondenti utilizzando la valutazione *Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire* (Endicott et al., 1993) che è una scala di autovalutazione che misura il grado di piacere e di soddisfazione (da 1 a 5) che il soggetto ha provato negli ambiti della vita quotidiana la settimana precedente alla somministrazione, quali: salute fisica, sensazioni soggettive, attività del tempo libero, rapporti sociali e attività generali, lavoro, cura della casa e scuola. Dalla tabella si nota che i punteggi medi di soddisfazione in tutti gli ambiti, lavoro compreso, per i soggetti con DOC sono significativamente più bassi rispetto alla norma comunitaria di persone "sane" (Eisen et al., 2006).

Tabella 1: dati sul grado di piacere e di soddisfazione negli ambiti della vita quotidiana (Eisen et al., 2006)

Dimensione qualità di vita¹	Persone con DOC USA (n=197) Media (SD)	Comunità sana USA (n=89) Media (SD)
Generale (forma breve)	59.9 (17.4)	78.1 (13.7)
Salute fisica	55.8 (19.7)	78.3 (14.9)
Benessere emotivo	57.6 (19.2)	83.2 (11.9)
Cura della casa	60.4 (23.5)	77.9 (17.8)
Tempo libero	60.4 (17.8)	78.6 (14.3)
Partecipazione sociale	61.5 (19.5)	75.9 (14.2)
Lavoro	52.5 (35.2)	80.7 (14.1)
Scuola	32.2 (36.4)	80.9 (14.4)

¹ I dati sono riferiti allo studio di Eisen et Al. 2006 e sono stati presi su un periodo di 5 anni

Nella tabella 2 tratta dallo studio di Eisen et al. (2006) sono elencati i risultati del sondaggio con la valutazione a 36 item per il campione di persone con DOC rispetto alle norme comunitarie. Questo questionario valuta benessere e funzionamento della popolazione con e senza DOC degli USA. Le sottoscale valutate (da 0 a 100) sono: funzionamento fisico, funzionamento sociale, limitazioni dovute a problemi fisici, limitazioni dovute a problemi emotivi, salute mentale, energia/vitalità, dolore e percezione della salute generale, dove più è basso il punteggio, maggiore è la disabilità (Ware & Sherbourne, 1992). Per le persone con DOC rispetto a quelle senza, le sottoscale della valutazione del benessere e del funzionamento, risultano essere più basse e dunque la qualità di vita in quegli ambiti è minore (Eisen et al., 2006).

Tabella 2: dati sul benessere e funzionamento della popolazione degli USA (Eisen et al., 2006):

Dimensione qualità di vita²	Persone con DOC USA (n=185) Media (SD)	Comunità sana USA (n=89) Media (SD)
Salute mentale	50.5 (22.7)	74.7 (18.1)
Limitazione dei ruoli dovuta a problemi emotivi	49.6 (41.8)	81.3 (33)
Funzioni sociali	62.4 (29.7)	83.3 (22.7)
Vitalità	43.6 (22.6)	60.9 (20.9)
Funzioni fisiche	82.3 (22.7)	84.2 (23.3)
Limitazione dei ruoli dovuta ai problemi fisici	72.7 (38.4)	80.9 (34)
Dolore fisico	70.8 (23)	75.2 (23.7)
Salute generale	60.3 (22.9)	71.9 (20.3)

I risultati dello studio di Eisen et al. (2006) mostrano che la qualità di vita delle persone con DOC è significativamente più bassa rispetto alla norma della comunità. Paragonando le due tabelle si può notare che su 197 persone, per il 4% (7 persone) il lavoro è gravemente compromesso e per il 34% (67 individui) è impossibile lavorare a causa del disturbo (Eisen et al., 2006). È stata fatta anche un'indagine all'interno dell'associazione danese del DOC, dove sono stati sottoposti a dei questionari 406 membri dell'associazione. Il 43.4% dei partecipanti ha indicato di avere un lavoro, di cui il 77.2% affermava che la propria capacità lavorativa fosse molto condizionata dal DOC, mentre il 52.2% dei partecipanti dichiarava di essere incapace a lavorare per brevi o lunghi periodi. Il 79.5% dei membri era insoddisfatto della propria condizione di cui l'83.6% lo era rispetto al lavoro o alla scuola. Alla luce di queste evidenze, che sottolineano come un elevato numero di persone siano insoddisfatte dalla loro condizione lavorativa, si può constatare che l'occupazione lavorativa sia effettivamente un'area colpita negativamente dal DOC (Sørensen et al., 2004).

Nel Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali 5 (American Psychiatric Association, 2018) si possono trovare indicazioni simili anche rispetto alla qualità di vita, inoltre, anche dai risultati di uno studio pre-post-test condotto da Stengler-Wenzke et al. (2007) si nota che il DOC è associato a una bassa qualità di vita e un'alta compromissione sociale e lavorativa. Eisen et al. (2006) concordano con quest'ultima affermazione ma aggiungono pure che vi è un'alta menomazione anche nel senso soggettivo del benessere e nella capacità di godersi le attività del tempo libero (Eisen et al., 2006). Secondo il Manuale

² I dati sono riferiti allo studio di Eisen et Al. 2006 e sono stati presi su un periodo di 5 anni

Diagnostico dei Disturbi Mentali 5, le compromissioni sono presenti in molte aree della vita e sono associate alla gravità dei sintomi del disturbo. Le cause di queste limitazioni possono essere il tempo occupato da ossessioni e compulsioni o l'evitamento di situazioni rischiose. Infatti spesso vengono evitate persone, luoghi o cose che attivano le ossessioni e le compulsioni, ad esempio persone con preoccupazione di contaminazione evitano spazi pubblici per diminuire l'esposizione ai contaminanti di cui hanno paura (American Psychiatric Association, 2018).

Secondo Stengler-Wenzke et al. (2007), la qualità di vita può venire considerata come un criterio di riuscita per il processo terapeutico quindi più la qualità di vita aumenta durante il processo terapeutico, più quest'ultimo è stato efficace.

2.4 Definizione del lavoro e il suo significato

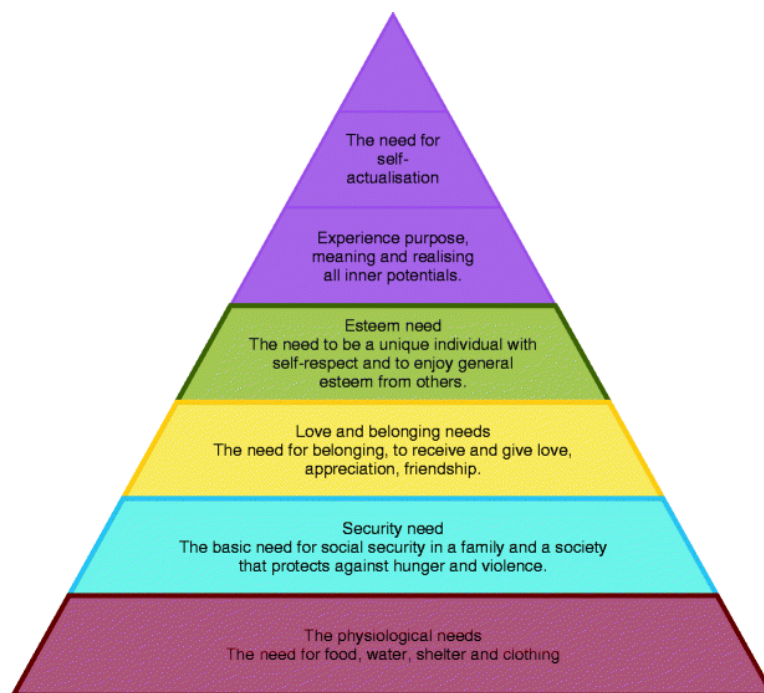
Esistono diverse definizioni del lavoro, in un contesto generale possiamo far fronte ai dizionari della lingua italiana dove, unendo le definizioni di due dizionari viene detto che il lavoro è un'attività umana materiale e/o intellettuale rivolta alla produzione di un bene o di un servizio o comunque ottenere un prodotto di utilità individuale o generale, regolamentata legislativamente ed esplicita in cambio di una retribuzione (Dizionari La Repubblica, 2011; Dizionario Treccani, 2019). Caratteristiche simili di definizione del lavoro possono essere trovate nell'ambito della psicologia del lavoro, dove viene detto che questo è un insieme di compiti specifici, ruoli e responsabilità verso cui si indirizzano energie e competenze tecnico-professionali e relazionali e si orientano numerose interazioni che contraddistinguono la vita lavorativa quotidiana. Viene inoltre enunciato che l'attività lavorativa è un insieme di condotte finalizzate a uno scopo significativo per la persona e per la società, dove viene richiesto uno sforzo fisico e mentale, attuate in un contesto concreto con regole, strutture organizzative e interazioni, che ne influenza la direzione (Sarchielli & Fraccaroli, 2010).

Ancora secondo il dizionario Treccani (2019), il lavoro è sia un diritto della persona che un dovere di scegliere e svolgere un'attività o una funzione, partecipando così al progresso materiale della società secondo le proprie possibilità. Allo stesso modo, anche secondo il libro di ergoterapia di Jennifer Creek e Lesley Loughter (2008), il lavoro contribuisce all'avanzamento della società, così come alla sopravvivenza e allo sviluppo dell'individuo visto che una persona trascorre la maggior parte del suo tempo proprio al lavoro. Inoltre quest'ultimo porta alla costruzione della propria identità professionale e sociale. Per molte persone il lavoro è la principale fonte di identità e conferisce la sensazione di essere una persona stimata, il che è necessario per lo sviluppo e il mantenimento dell'autostima. Per alcuni, invece, il lavoro è la fonte primaria di soddisfazione, è molto gratificante, importante per la comunità e difficile da abbandonare. Altri ancora lo vedono come un compito sgradevole e fatto solo per avere un guadagno economico, infine ci sono persone che si lamentano di alcuni aspetti del lavoro, ma vedono questo come una cosa positiva senza la quale il significato della vita diminuirebbe (Sarchielli, 2003). Il lavoro inoltre, sempre secondo Jennifer Creek e Lesley Loughter (2008) e Fryers (2006), conferisce un ruolo sociale come quelli di lavoratore e di contribuente per la società e dà l'opportunità d'interazione e socializzazione con altre persone; si possono dunque fare nuove amicizie e permette di conseguenza di avere un sostegno laddove fosse necessario e conferisce così un senso di appartenenza. Il lavoro favorisce inoltre l'autostima e la fiducia in sé stessi in quanto dà un senso di padronanza, infine fornisce il guadagno di denaro per mantenersi. Le routine professionali inoltre possono dare uno scopo per alzarsi al mattino e fare qualcosa, permettendo di avere una struttura e una routine giornaliera, dove, attorno a queste, si organizzano altre attività e

si ha così un equilibrio di tutte le aree occupazionali (Fryers, 2006). Il lavoro può quindi essere un interesse importante e soddisfacente per l'individuo dato che dà scopo e valore alla vita, infatti, per una grande percentuale di persone, il lavoro è un'occupazione primaria. Si può collegare quest'ultima affermazione con quanto detto da altri autori, possiamo infatti leggere che le prestazioni lavorative sostengono la partecipazione e la produttività che sono essenziali per la salute e il benessere di ogni individuo (Larson & Ellexson, 2005). Oppure, ancora, possiamo trovare che il lavoro aumenta il senso di autonomia, di efficacia e di realizzazione personale. Infatti si trae beneficio dallo svolgimento dell'attività e si possono soddisfare alcuni bisogni intrinsecamente significativi per la persona come il piacere di completare i compiti, riuscire in un impegno difficile, avere un senso di realizzazione che si prova davanti ad un progetto terminato e collegare ciò alle proprie competenze ed ottenere riconoscimenti da altre persone (Sarchielli & Fraccaroli, 2010).

In conclusione, il lavoro è un'occupazione essenziale per la persona, se non una delle principali, che consente di avere un'esistenza confortevole e rispondere ai propri bisogni. Quest'ultimi vengono classificati nella piramide di Maslow (1954) riportata di seguito.

Immagine 2: Piramide dei bisogni di Maslow (Block, M. 2011):



Block, M. (2011). Maslow's Hierarchy of Needs (p. 914). Springer Link.

Di seguito viene spiegata l'importanza del lavoro rispetto alla soddisfazione delle tipologie di bisogni. Innanzitutto, per quanto riguarda i bisogni fisiologici e quelli di sicurezza, il lavoro porta ad avere un guadagno economico che consente di acquistare beni e servizi essenziali per il proprio mantenimento. Rispetto al bisogno di appartenenza, grazie al lavoro un individuo può trovare degli amici oppure il proprio compagno di vita; può inoltre soddisfare il bisogno di identificazione in quanto viene acquisita un'identità come lavoratore e appartenente ad un gruppo sociale. Successivamente si trovano i bisogni di stima e di autorealizzazione, dove il lavoro è importante in quanto in questo si esercitano delle capacità e competenze che portano allo svolgimento corretto ed adeguato dei propri compiti, il che è apprezzabile sia per sé stessi che per la società e ciò è fondamentale

per essere stimati e costruire la propria autostima, occupando quindi una posizione soddisfacente nel gruppo sociale (Maslow, 1954).

Per concludere, secondo il libro “Disturbi mentali competenze di base, strumenti e tecniche per tutti gli operatori” (Andrews et al., 2004) le capacità essenziali che una persona deve avere per il mantenimento del lavoro sono: avere una buona cura di sé (igiene e cura di sé, assunzione di farmaci, avere vestiti puliti ed appropriati), possedere le abilità di sopravvivenza, per esempio spostarsi con mezzi pubblici, non perdersi, saper organizzare il proprio tempo; disporre di abilità utili per la vita di relazione come per esempio guardare gli altri negli occhi, controllare le emozioni e avere abilità sociali. Gli aspetti precedentemente elencati possono essere compromessi in persone che soffrono di DOC, per esempio, come detto da Andrew et al. (2004) in merito al DOC da contaminazione, l’aspetto di cura di sé potrebbe andare oltre e sfociare nel presentare la pelle danneggiata a causa dell’esagerata cura e lo spostamento con mezzi pubblici potrebbe causare disagio a causa della paura di essere contaminati da qualcosa. Mentre per la cura di sé e le abilità di sopravvivenza, le persone con qualsiasi tipologia di DOC potrebbero non essere in grado di adempiere a questi compiti, o almeno non in tempi opportuni, a causa della “perdita di tempo” in ossessioni e compulsioni. Persone con DOC, rispetto le abilità di vita di relazione, potrebbero avere difficoltà ad interagire con altre persone per paura che possa accadergli qualcosa di indesiderato e terribile (Andrews et al., 2004).

2.5 Ergoterapia

Innanzitutto è importante sottolineare l’importanza che hanno le occupazioni per la persona. L’individuo crea significato nella propria vita e influenza la propria salute con ciò che fa ed è per questo che ha il bisogno indispensabile di occuparsi in attività significative per lui. Le occupazioni, infatti, permettono un mantenimento e miglioramento del benessere mentale qualora la vita occupazionale sia equilibrata tra le diverse aree occupazionali (Creek & Lougher, 2008; Roley et al., 2008). Ciò avviene utilizzando le caratteristiche sociali, spirituali, psicologiche e biologiche necessarie alla messa in atto dell’attività e queste caratteristiche di conseguenza vengono sviluppate e mantenute sia tramite l’attività fisica che con quella mentale, trasformandosi in competenze (Creek & Lougher, 2008).

Persone di qualsiasi età possono avere difficoltà nello svolgimento di attività a causa delle conseguenze di malattie/lesioni/disturbi visto che questi influenzano la capacità di una persona di funzionare (aspetti cognitivi, psichici e fisici) (Creek & Lougher, 2008) ed è qui che entra in gioco l’ergoterapista. Quest’ultimo aiuta le persone a vivere al massimo coinvolgendole in attività quotidiane per loro significative ed utili in cui però faticano o che hanno dovuto abbandonare, ristabilendo e mantenendo la salute e prevenendo la malattia tramite un uso terapeutico di sé, dell’occupazione e grazie all’educazione (Braveman & Page, 2012; Cara & MacRae, 2005; Roley et al., 2008).

Al centro dell’intervento ergoterapico c’è la persona, si tratta infatti di un processo collaborativo dove individuo e terapeuta discutono e condividono le scelte per la definizione dell’intervento ergoterapico, dove il focus è sui bisogni e desideri personali (Creek & Lougher, 2008).

L’ergoterapista deve avere diverse competenze per praticare la sua professione, ma per questa tesi prendiamo in considerazione ed analizziamo nello specifico la competenza dell’analisi dell’attività che è anche il dominio della professione, ossia il processo di scorporare ed analizzare le parti componenti l’attività identificando la sequenza e le abilità richieste per il suo svolgimento. Vi è l’analisi procedurale, ossia la scorporazione in atti

dell'attività, che serve a capire in quale/i di questi la persona riscontra difficoltà e di conseguenza adattare l'attività o i metodi di svolgimento, insieme a ciò però viene usata anche l'analisi delle funzioni che consiste nell'identificazione delle funzioni che servono allo svolgimento dei diversi atti delle occupazioni, e, se queste sono carenti, si punta al loro sviluppo o ripristino. Un'altra analisi è quella fenomenologica in cui si analizza il setting in cui si svolge l'occupazione, è necessario sapere com'è e come dovrebbe essere per avere una migliore performance e soddisfazione occupazionale (a livello di luci, spazio, distanza degli oggetti e degli attrezzi e relativo uso di questi, rumori, adeguatezza del materiale) (Bryant et al., 2014; Creek & Lougher, 2008). Viene presa in considerazione questa competenza ergoterapica in quanto è un aspetto di cui si parlerà successivamente, nel capitolo "2.6.4 Terapia cognitivo-comportamentale – esposizione e prevenzione della risposta (ERP)" e "2.6.5 Ergoterapia e Approccio Cognitivo-Comportamentale", il quale si trova nell'approccio cognitivo-comportamentale e che quindi collega anche questo approccio al lavoro dell'ergoterapista.

L'ergoterapista spesso compie una graduazione dell'attività che consiste nell'adattare un'attività rendendola progressivamente più impegnativa man mano che le capacità della persona migliorano o meno impegnativa qualora peggiorassero (Bryant et al., 2014).

Le competenze sopraelencate permettono di raggiungere la finalità dell'intervento ergoterapico, ossia quella di accrescere le potenzialità della persona quanto più possibile per raggiungere/mantenere la maggior autonomia e indipendenza possibili nelle attività delle diverse aree occupazionali: attività di base quali vestirsi, nutrirsi, mobilizzarsi, igiene personale, attività strumentali quali curare gli altri o animali, comunicare, guidare/prendere mezzi pubblici, gestire le finanze, gestire la casa, cucinare, fare acquisti; sonno e riposo; istruzione; lavoro: performance lavorativa, ricercare ed ottenere un lavoro, adattarsi al pensionamento; gioco; tempo libero: ricercare attività da praticare, svolgere hobby; partecipazione sociale: relazionarsi, avere interazioni, partecipare ad attività di gruppo. Questa finalità porta di conseguenza a sostenere il recupero, la salute ed il benessere dell'individuo ed a promuovere la sua qualità di vita. Per fare ciò, è necessario aumentare la soddisfazione e la performance in attività della vita quotidiana, promuovere un senso di realizzazione e aumentare l'accesso alla partecipazione a situazioni di vita utilizzando le attività e, ancora meglio, le occupazioni, ossia attività soggettivamente significative; permettendo di sviluppare i potenziali di ogni persona al suo livello più alto possibile (Bryant et al., 2014; Creek & Lougher, 2008).

L'ergoterapista, per promuovere l'autonomia e l'indipendenza grazie all'occupazione, può basarsi su diversi modelli ergoterapici. Alcuni dei modelli a cui fa riferimento l'ergoterapista, ritenuti importanti da citare ed analizzare in questa tesi relativa al lavoro, sono l'Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM, di Anne Fisher 2009) e il Model Of Human Occupation (MOHO, di Gary Kielhofner & Burke Janice 1980):

OTIPM: il modello del processo di intervento ergoterapico è uno strumento base per il ragionamento professionale al fine di effettuare una pratica centrata sulla persona, formulare obiettivi ed avere risultati quantificabili e focalizzati sull'occupazione. L'OTIPM evidenzia la performance occupazionale nelle valutazioni, nell'enunciazione di problemi, bisogni ed obiettivi e nella pianificazione ed attuazione di interventi in quanto, questa, è importante per promuovere la qualità di vita dell'individuo e comunicare chi è l'ergoterapista e la sua unicità. Il modello è diviso in 3 fasi (Fisher, 2009):

- Fase di valutazione e definizione di obiettivi, dove dapprima si deve definire il contesto della performance della persona e sviluppare un rapporto terapeutico di fiducia e una buona collaborazione con lei per poter effettuare un intervento efficace. Vengono,

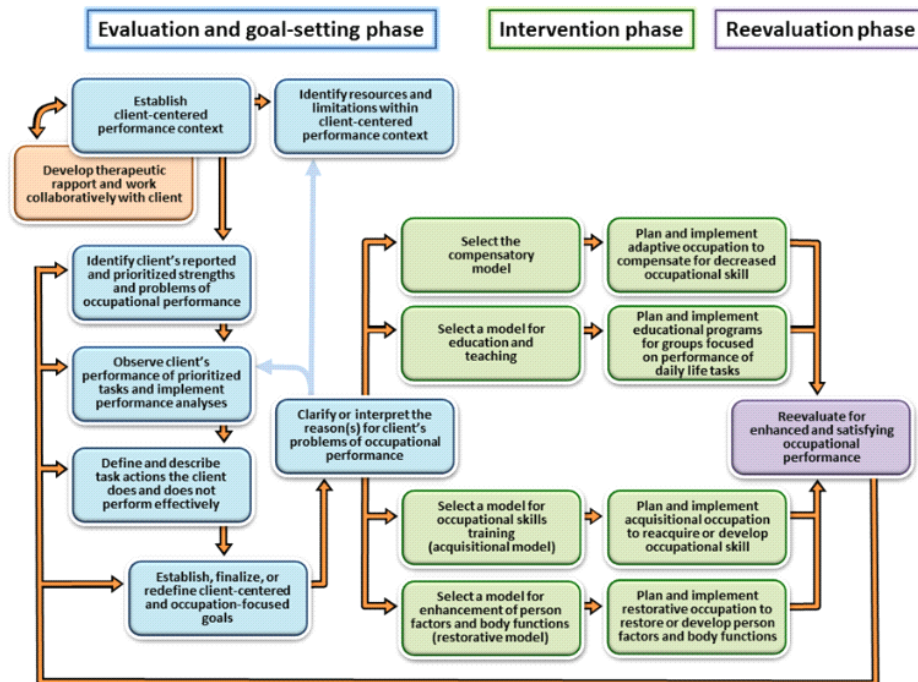
infatti, identificati tramite un colloquio e valutazioni, i punti di forza e problemi nella performance occupazionale della persona. Successivamente, grazie all'osservazione della performance nelle attività significative, viene fatta un'analisi della performance tramite un'analisi dell'attività in cui si suddivide questa in atti per facilitarne l'identificazione delle problematiche e dei punti di forza, in seguito vengono definiti i compiti che l'individuo svolge in maniera soddisfacente o meno e infine vengono stabiliti/ridefiniti gli obiettivi insieme alla persona, centrati su di essa e sull'occupazione. All'ergoterapista spetta, insieme all'individuo, chiarire ed interpretare le ragioni che causano determinati problemi nello svolgimento di attività (Fisher, 2009);

- Fase d'intervento dove sono presenti 4 sottomodelli di approccio adottabile in ergoterapia per agevolare la partecipazione alle attività (Fisher, 2009):
 - modello compensativo: viene attuata l'occupazione adattativa qualora fosse necessario compensare la diminuzione delle competenze occupazionali. Grazie all'adattamento dell'attività infatti si semplifica il metodo di svolgimento o si aggiungono aiuti come per esempio mezzi ausiliari;
 - modello per l'istruzione e l'insegnamento: viene attuato un programma educativo precisato alla performance occupazionale; avviene dunque un'educazione su tecniche di svolgimento dell'attività specifica;
 - modello acquisitivo: viene pianificata ed attuata un'occupazione acquisitiva qualora fosse necessario e possibile riacquisire abilità occupazionali perse o svilupparne di nuove;
 - modello restitutivo: viene implementata l'occupazione restitutiva quando si devono restituire o sviluppare fattori quali ruoli, motivazione, routine, abitudini e interessi della persona e le funzioni ossia quelle fisiche, cognitive e mentali (Fisher, 2009);

Le abilità (ri-)conquistate devono in seguito essere trasferite, ossia generalizzate e mantenute nella vita quotidiana con aiuto dell'ergoterapista (Kubny-Lüke, 2003).

- Fase di rivalutazione: viene continuamente rivalutato l'intervento ergoterapico rispetto al miglioramento e alla soddisfazione della persona nella performance occupazionale. Se questi sono migliorati, si procede nella stessa maniera per migliorarli ulteriormente o si termina l'intervento nel caso in cui si siano raggiunti risultati soddisfacenti. Mentre se non sono stati raggiunti risultati positivi, si ricorre di nuovo alle fasi valutativa e d'intervento per riformulare gli obiettivi o modificare il trattamento (Fisher, 2009).

Immagine 3: schema dell'OTIPM con le sue fasi (Fisher, A., 2009):



Fisher, A. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model: A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions* (p. 16). Three Star Press Incorporated.

MOHO (Kielhofner & Burke, 1980): secondo questo modello, l'occupazione ha un ruolo molto importante nella vita e influenza lo stato di salute umano, dà significato e struttura alla vita e richiede un equilibrio delle aree occupazionali nell'arco della giornata. Per questo motivo l'occupazione è al centro del trattamento ergoterapico ed è un fattore essenziale della terapia. Infatti, la perdita di attività negli ambiti occupazionali può portare a disturbi nel corpo, nella mente o nello spirito (Kielhofner, 2002; Kubny-Lüke, 2003). Il MOHO (Kielhofner & Burke, 1980), infatti, tiene conto degli aspetti citati in precedenza e vede la persona come un'organizzazione complessa e in continua modifica di 3 sotto-sistemi:

- **attitudine volitiva:** processo attraverso cui le persone anticipano, sono motivate, scelgono e sperimentano il comportamento occupazionale. Le attitudini volitive e la conoscenza di sé sono composte dall'area dell'influenza personale, quella dei valori e quella degli interessi della persona. Questo sotto-sistema si riferisce a quanto svolgiamo nella vita, a ciò che reputiamo importante e a cosa troviamo piacevole e soddisfacente fare. In relazione al lavoro, l'attitudine volitiva è ciò che il lavoratore considera importante, piacevole e soddisfacente a seguito della partecipazione lavorativa. Questi sono fattori base per l'importanza della persona di mantenere il lavoro e la capacità di riuscita in questo (Bryant et al., 2014; Kielhofner & Burke, 1980);
- **abitudine:** evento per cui le persone acquisiscono e replicano modelli di comportamento. Tramite l'abitudine l'individuo impara a comportarsi in modo automatico ed efficiente; l'abitudine è duratura nel tempo e consente di attuare comportamenti simili in simili situazioni senza bisogno di fare attenzione a ciò che si fa. Un aspetto collegato alle abitudini sono i ruoli che ognuno ha nella sua esistenza, in quanto questi conferiscono uno scopo a determinati comportamenti ed influenzano il modo di fare e lo stile di vita della persona. Le abitudini, insieme ai ruoli, compongono

le routine e i ritmi della vita che danno regolarità ed ordine a quello che ognuno fa e a come lo svolge. In ambiente lavorativo, grazie alle abitudini, le persone sanno quando il turno è finito o qual'è la tappa successiva di un'attività conosciuta. La capacità di identificare le aspettative nel ruolo lavorativo e le abitudini sono le basi per un successo lavorativo (Creek & Lougher, 2008; Kielhofner & Burke, 1980);

- capacità di prestazione: fare qualcosa implica un'interazione degli aspetti di mente-cervello-corpo che sono coinvolti nell'attività lavorativa. Questi aspetti sono interdipendenti, vale a dire che si influenzano tra di loro e lavorano insieme, contribuendo alla performance occupazionale (Kielhofner & Burke, 1980).

Attorno a questi 3 componenti vi è l'ambiente: le attività vengono svolte in un ambiente sociale e fisico, infatti ogni ambiente offre sia vantaggi che limitazioni al comportamento occupazionale della persona. L'ambiente sociale è composto da persone che interagiscono tra di loro, mentre quello fisico è l'ambiente ecologico, ossia lo spazio e il luogo sia naturale che costruito dall'uomo e gli oggetti presenti in questo (Kielhofner & Burke, 1980).

I 3 sotto-sistemi dell'essere umano stanno al centro del trattamento ergoterapico per permettere una performance ottimale. Il MOHO (Kielhofner & Burke, 1980) è un modello rilevante per questa tesi in quanto viene spesso usato in interventi relativi al lavoro, essendo un modello di pratica che tenta di spiegare i fattori che influenzano l'adozione e le prestazioni del comportamento professionale e delle sfide lavorative, in funzione dei 4 componenti, infatti, la loro interazione determina un'identità professionale positiva ed una competenza professionale (Creek & Lougher, 2008; Kielhofner, 2002) che di conseguenza possono permettere la partecipazione ad occupazioni della società, di cui possono farne parte il mantenimento lavorativo (tema della tesi) e possono anche permettere di vivere in modo indipendente ed autonomo nella comunità mentre si adempiono i ruoli di vita significativi e produttivi, che secondo il MOHO (Kielhofner & Burke, 1980), sono aspetti importanti della vita occupazionale (American Occupational Therapy Association, 2013).

Un altro motivo per cui il modello è rilevante per la tesi, ossia rispetto al processo di terapia legato al lavoro, è il fatto che per avere degli obiettivi ed effettuare un intervento, ossia sapere su cosa e come lavorare, si tiene conto di interessi, valori, abitudini e ruoli delle persone, in questo caso relativi all'attività lavorativa e le competenze necessarie all'adempimento di ciò (mente-cervello-corpo). Inoltre è importante conoscere sia l'ambiente sociale che fisico in cui, in questo caso il lavoro, viene svolto. Lo svolgimento di occupazioni viene stimolato ed insegnato dall'ergoterapista, che permette di sperimentare esperienze di successo che conferiscono un senso di competenza e un riconoscimento della propria performance (la persona si sente competente e collega le sue competenze al risultato del suo lavoro, dunque alla performance occupazionale), ciò, come visto nel capitolo "2.5.3 l'ergoterapia, il lavoro e il DOC" è un aspetto deficitario in persone con DOC. Per questo modello sono disponibili diversi strumenti di valutazione basati sul comportamento occupazionale, in quanto il MOHO (Kielhofner & Burke, 1980) è una struttura di lavoro per capire i fattori che contribuiscono alla disfunzione occupazionale e quindi alcuni di questi strumenti verranno ripresi nel capitolo "2.5.3 L'ergoterapia, il lavoro e il DOC" visto che all'ergoterapista interessa capire in che funzioni lavorative la persona ha difficoltà (Creek & Lougher, 2008).

In sintesi, il processo ergoterapico si basa, soprattutto, sui fondamenti visti in precedenza nei diversi modelli. Il processo ergoterapico inizia con la fase di presa di contatto ergoterapista-persona con DOC, segue una fase di raccolta dei dati biografici e relativi

alla storia del disturbo e una fase di valutazione che serve per poter affrontare le fasi successive ossia l'identificazione di problemi e risorse e la formulazione degli obiettivi rispetto alle occupazioni in cui la persona riscontra difficoltà. Successivamente vi è la fase di pianificazione in cui vengono decisi metodi, setting, approcci e attività a cui far fronte e da mettere in atto nel trattamento; in seguito vi è lo svolgimento del trattamento, ossia l'attuazione di quanto pianificato e la valutazione finale dove si valuta se vi sono stati o meno miglioramenti rispetto all'inizio. Durante tutto il trattamento, inoltre, vi è la valutazione continua, necessaria a documentare i miglioramenti avvenuti oppure, qualora non ce ne fossero stati, si ridefinisce il piano di intervento. Per concludere vi sono l'analisi e la conclusione dell'erogazione del trattamento (questi punti verranno ripresi successivamente nel capitolo 2.5.3 e nella discussione) (Creek, 2003).

2.5.1 Ergoterapia in salute mentale

L'ergoterapia nell'ambito della salute mentale prende avvio ad inizio 1900 e porta alla comprensione di come l'occupazione produttiva, incluso il lavoro, avvantaggi le persone che soffrono di malattie mentali (Braveman & Page, 2012; Bryant et al., 2014). La particolarità dell'approccio ergoterapico nel caso di difficoltà di salute mentale risiede nella convinzione che le persone possono influenzare la propria salute tramite ciò che fanno: se le persone mantengono o migliorano la loro salute tramite l'impegno in occupazione, la conclusione è che l'occupazione può essere usata come mezzo di trattamento per rimediare alla disabilità, promuovere comportamenti adattivi, insegnare abilità e costruire identità individuali e di gruppo. L'ergoterapia ha una visione sulla patologia su cui si identificano i problemi e si fonda il trattamento, ma ha soprattutto una visione sull'esperienza di malattia, ossia sulla maniera in cui questa influisce sulla vita della persona (Bryant et al., 2014). Recentemente, delle pubblicazioni hanno delineato delle priorità e delle strategie verso gli adulti in età lavorativa, in quanto nei paesi sviluppati si è potuto notare che del 70-90% delle persone con problemi di salute mentale che vorrebbero avere un lavoro, quelle realmente occupate sono tra il 10 e il 30%. Questo avviene a causa della discriminazione nei confronti delle persone con problemi mentali, la quale comporta il trattamento delle persone in modo diverso e negativo. Ci sono infatti ipotesi secondo cui la malattia mentale è associata all'incompetenza, alimentando l'etichettatura e la discriminazione. Alcune persone infatti sostengono che l'individuo con malattie mentali non possiede la competenza per soddisfare i requisiti e le esigenze del lavoro e a volte magari si incontra il fenomeno del presentismo, ossia presenziare al lavoro nonostante la presenza di malattia, con funzioni ridotte rispetto alla propria piena capacità. Ne consegue una minore produttività e quindi un aumento significativo dei costi per le imprese. Altri pensieri rispetto alle persone con problemi di salute mentale è che siano pericolose o imprevedibili sul posto di lavoro, che il lavoro non è salutare per loro ed infine che l'offrire lavoro a queste persone è un atto di carità (Braveman & Page, 2012).

2.5.2 Ergoterapia e riabilitazione psicosociale

La riabilitazione psicosociale, viene definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (2001) come un processo volto a facilitare l'individuo, che ha una disabilità o un handicap causati da un disturbo mentale, a raggiungere un livello massimale di indipendenza nella società e dunque creare le condizioni per una migliore qualità di vita (World Health Organization, 2001). Fanno parte degli obiettivi degli interventi il miglioramento cognitivo e il recupero / sviluppo di abilità sociali e abilità di vita indipendente relative alle attività di vita quotidiana (Biondi et al., 2014; Cara & MacRae, 2013).

Gli interventi riabilitativi, come pure gli interventi ergoterapici, comprendono un progetto individualizzato al cliente. Le fasi del processo riabilitativo psicosociale sono in collegamento a quelle ergoterapiche:

- fase valutativa in cui si valutano le aree di disabilità maggiormente colpite nella persona a causa, in questo caso, del disturbo e su cui si focalizzerà l'intervento. Le aree in questione sono lavoro, tempo libero, relazioni sociali, cura di sé e del proprio ambiente di vita, rapporti familiari, cura della propria salute fisica e psichica; in relazione all'ergoterapia possiamo ritrovare nel processo ergoterapico la valutazione iniziale dove si valutano le 8 aree occupazionali, le capacità fisiche, cognitive e intra-/inter-personali (Biondi et al., 2014; Creek, 2003);
- fase di definizione degli obiettivi che sono basati sul recupero graduale di abilità. Questi obiettivi sono condivisi con la persona. In ergoterapia vi è sempre una condivisione degli obiettivi con l'individuo e vengono formulati a breve termine, a lungo e la finalità del trattamento. Gli obiettivi a breve e lungo termine devono essere SMART, ossia devono essere specifici, misurabili, accettati dalla persona, realistici e avere una tempistica (Biondi et al., 2014; Creek, 2003). Si può leggere, inoltre, che gli obiettivi della riabilitazione psicosociale in ergoterapia possono essere incentrati sulle capacità della persona di far funzionare adattamenti ambientali, sull'adeguamento dell'individuo a dei limiti temporanei o permanenti, sull'esplorazione del potenziale professionale della persona e ovviamente del mantenimento del lavoro e dei ruoli famigliari (Cara & MacRae, 2005). Gli obiettivi varieranno a seconda delle caratteristiche personali della malattia/disturbo/infortunio, dello stadio di guarigione/remissione, del livello di sviluppo dell'individuo man mano che questa avanza nel programma di riabilitazione (Cara & MacRae, 2005)
- fase di pianificazione del progetto; in questa fase vengono stabilite le modalità e i tipi di intervento che si intendono utilizzare per poter raggiungere gli obiettivi prefissati. In ergoterapia questa fase è chiamata fase di pianificazione, dove, infatti, si scelgono l'approccio e il setting da utilizzare nel trattamento (Biondi et al., 2014; Creek, 2003);
- fase dell'attuazione dell'intervento con tanto di verifica regolare del raggiungimento degli obiettivi. Anche in ergoterapia, dopo la fase di pianificazione vi è lo svolgimento e una valutazione continua dei risultati, in quanto si sostiene che i programmi debbano essere regolarmente ristabiliti in base al raggiungimento o meno degli obiettivi fissati all'inizio (Biondi et al., 2014; Creek, 2003).

Nel processo ergoterapico si dividono anche le fasi della presa di contatto e della raccolta informazioni in merito alla persona che sono le prime due fasi per questo processo: l'identificazione dei bisogni e la formulazione del problema che avviene dopo la valutazione iniziale e prima della formulazione degli obiettivi. Le ultime due fasi sono la conclusione del trattamento e l'analisi del servizio erogato per valutarne la qualità, l'efficacia e l'efficienza. Gli aspetti precedentemente elencati, nella riabilitazione psicosociale non sono esplicitati (Creek, 2003). Nel processo ergoterapico inoltre è importante che l'ergoterapista riconosca, rispetti e sostenga l'autonomia dell'individuo in ogni momento e promuova le sue scelte e la collaborazione (Creek & Lougher, 2008).

In conclusione, più esplicitamente si può dire che l'ergoterapia è uno degli interventi psicosociali utilizzabili per il benessere delle persone con problemi di salute mentale, dove gli obiettivi sono la promozione dell'impegno nelle occupazioni per promuovere la partecipazione alla società e gestire le varie aree occupazionali. L'impegno nelle

occupazioni è influenzato dall'interazione tra fattori motori, cognitivi ed emotivi e l'attività nella sua complessità e setting di svolgimento (Lipskaya-Velikovsky et al., 2014).

2.5.3 L'ergoterapia, il lavoro e il DOC

L'ergoterapista coinvolge l'individuo in un'attività mirata in modo da permettergli di sperimentare gratificazione e tollerare maggiormente il livello di ansia causato da pensieri ossessivi. Tutte le aree occupazionali possono essere influenzate dal Disturbo Ossessivo-Compulsivo e l'ergoterapista si concentra su queste, valutandole e trattandole. L'ergoterapista aiuta la persona a svolgere le attività in cui presenta difficoltà, fornendo diversi approcci ed aiutandola nella gestione del tempo (Cara & MacRae, 2013).

L'ergoterapista fornisce servizi a persone con difficoltà nell'area del lavoro. Come visto nel MOHO (Kielhofner & Burke, 1980), identifica e considera gli interessi, i valori, la cultura, le capacità, la motivazione, le esigenze, lo stato psicologico e psicosociale, il ruolo e contesto lavorativo compresi i procedimenti di lavoro, la pianificazione del lavoro e la regolamentazione delle pause, e le risorse disponibili. Questi aspetti elencati in precedenza vengono identificati grazie all'utilizzo di valutazioni centrate sulla persona e basate sull'occupazione, usate nella valutazione iniziale (Arbesman & Logsdon, 2011; Larson & Ellexson, 2005).

Secondo Blaser Csontos (2004), il DOC ha delle ripercussioni negative a livello del processo di elaborazione di informazioni, per questo è opportuno valutare la difficoltà della persona nella scelta dell'attività. Tale difficoltà potrebbe avere per il paziente come conseguenza un disequilibrio nelle attività delle 8 aree occupazionali e di conseguenza, potrebbe per esempio non riuscire ad avere del tempo per riposarsi oppure per dedicarsi agli hobby, rischiando così di perdere la motivazione a perseguire i propri interessi. Un altro aspetto è la difficoltà nell'auto-controllo mentre vengono svolte attività dove la persona si svaluta e nega le proprie capacità. Altri aspetti elencati da Blaser Csontos (2004) sono la difficoltà ad iniziare e terminare l'attività, essere flessibili nel cambiare o adattare le sequenze, l'analisi e il superamento di difficoltà particolari in quanto l'individuo si sente insicuro, responsabile e colpevole. Ulteriori aspetti sono il giudizio finale e l'immagazzinamento di nuove informazioni in quanto la svalutazione della persona ha come conseguenza la negazione delle proprie capacità e dunque meno possibilità di registrare le strategie messe in atto, ed è importante dunque lavorare sull'aspetto di svalutazione. Tutti questi punti elencati devono essere tenuti in considerazione nella valutazione iniziale da parte dell'ergoterapista (Blaser Csontos, 2004). Nella fase iniziale viene, infatti, fatta una raccolta dati indiretta tramite la lettura della cartella medica qualora fosse disponibile, lo scambio di informazioni e confronto con altri professionisti quali, per esempio, psichiatri, psicologi, infermieri e familiari, datore di lavoro (su accordo del lavoratore) per avere informazioni riguardanti l'anamnesi medica, familiare, sociale e biografica. L'ergoterapista, tramite la valutazione iniziale, oltre a sapere quali sono gli stimoli attivanti il timore, qual è la minaccia temuta, quali sono i comportamenti compulsivi messi in atto, la loro frequenza, durata e modalità di svolgimento, raccoglie informazioni in merito alla sua autonomia, indipendenza e performance nelle attività di vita quotidiana delle 8 aree occupazionali. Per questi aspetti, come strumenti di valutazione inerenti agli argomenti della tesi, si possono trovare i seguenti:

- **Canadian occupational performance measure (COPM)** (Braveman & Page, 2012; Law et al., 1990): è un sondaggio semistrutturato del CMOP-E che permette di identificare il grado di soddisfazione e quello di performance di attività importanti per la persona e di conseguenza identificare i problemi nelle aree occupazionali in cui

riscontra difficoltà. Questo strumento è utilizzato anche per identificare gli obiettivi prioritari della persona in ergoterapia;

- **Occupational Self Assessment (OSA)** (Kielhofner et al., 2010): è uno strumento del MOHO che aiuta l'individuo a stabilire le sue priorità, grazie alla percezione della propria competenza. La persona, infatti, valuta il livello di abilità e il valore di un elenco di occupazioni quotidiane;
- **Occupational performance history interview (OPHI)** (Kielhofner, 2002): è uno strumento del MOHO che valuta la performance occupazionale e la partecipazione sociale; gli aspetti valutati sono l'organizzazione delle AVQ durante la giornata e, dunque, com'è l'equilibrio tra le aree occupazionali e qual è il grado di soddisfazione della persona, viene inoltre valutato qual è l'impegno nei diversi ruoli che l'individuo ha nella società (lavoratore, genitore, amico,...), quali sono le proprie aspettative e le richieste della società e il grado di soddisfazione rispetto l'adempimento ai ruoli sociali;
- **Modified Interest Checklist** (Kielhofner, 2002), è una valutazione del MOHO basata su una lista di controllo che raccoglie informazioni in merito al grado di interesse e di impegno della persona in attività in merito al passato, al presente e al futuro, e serve per capire quali attività l'individuo ha abbandonato a causa del disturbo e gli piacerebbe però riprendere.

Riguardo all'attività lavorativa, esistono valutazioni specifiche per effettuare un'anamnesi professionale e produttiva che sono il **Merkmalprofil zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit (MELBA)** (Kleffmann et al., 1997), **Instrumentarium zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeiten (IDA)** (Miro GmbH, s.d.-a), **Worker Role Interview (WRI)** (Kielhofner, 2002), **Assessment of Work Performance (AWP)** (Kielhofner, 2002):

- **MELBA** (Kleffmann et al., 1997) è uno strumento che serve per effettuare una riabilitazione professionale. Con questo strumento viene fatta un'analisi delle competenze del lavoratore ed un'analisi delle richieste del lavoro ed in seguito vengono confrontati i due profili per capire se le richieste sono o meno adeguate alle competenze o se e come il posto di lavoro può essere adattato o se il lavoro è troppo difficile e difficilmente adattabile e dunque sarebbe necessario valutare un'altra professione. Nello specifico vengono valutate le funzioni cognitive quali la concentrazione e risoluzione dei problemi, quelle sociali quali per esempio il lavoro in team e la capacità di contatto con altri, la modalità di esecuzione del lavoro per esempio perseveranza e accuratezza, capacità psicomotorie, conoscenze linguistico-matematico per esempio leggere e calcolare;
- **IDA** (Miro GmbH, s.d.-a) è uno strumento, simile al MELBA, per la diagnosi e la valutazione delle capacità lavorative, che valuta le capacità cognitive e di memorizzazione; le capacità psicomotorie e le modalità di esecuzione, quali motricità fine ed accuratezza. Inoltre permette di vedere quali competenze ha la persona e quali dovrebbe maggiormente sviluppare per migliorare la performance lavorativa.
- **WRI** (Kielhofner, 2002) è un'intervista semi-strutturata rispetto al ruolo dei lavoratori. Vengono infatti raccolti dei dati su fattori psico-sociali e ambientali della persona che influenzano la capacità di lavorare. Le informazioni ricavate da questo strumento sono complementari ad altre valutazioni del lavoro inerenti le capacità fisiche e cognitive, al fine di poter avere un quadro completo dell'individuo e delle sue esigenze, le quali dovrebbero essere affrontate per garantire il ritorno o mantenimento del lavoro.

- **AWP** (Kielhofner, 2002) è una valutazione relativa le prestazioni lavorative, più nello specifico valuta le capacità osservabili e lavorative di un individuo, cioè quanto efficientemente e appropriatamente la persona esegue un'attività lavorativa. L'AWP valuta 3 domini di abilità, ovvero quelle motorie, processuali e comunicativo-interazionali.

Il lavoro è di grande importanza nella valutazione ergoterapica e il terapeuta, grazie all'osservazione dell'attività lavorativa, estrae informazioni rispetto alle capacità lavorative quali la qualità e la precisione del lavoro, la velocità d'esecuzione, le abilità, l'apprendimento, la memoria, il problem solving, la puntualità, la pianificazione, la gestione del tempo e del lavoro, se e come il lavoro viene strutturato e vengono analizzate le caratteristiche (richieste ed esigenze) dell'attività lavorativa. Vengono inoltre valutate le capacità cognitive quali l'attenzione, la concentrazione, la determinazione e la persistenza. L'ergoterapista può dividere l'occupazione in atti per vedere dove compaiono i problemi e si presenta l'ansia (in che modo e con quale intensità) ed emerge se la persona ha fiducia nell'affrontare novità, se è insicura e se e dove ha bisogno di supporto, aiuto o attenzione. Inoltre vengono osservate altre AVQ che la persona riferisce difficoltose per verificarne lo svolgimento e l'interferenza del disturbo (Braveman & Page, 2012; Köhler et al., 2007).

È importante sapere che tutte le valutazioni iniziali dovrebbero essere usate anche come valutazioni continue e finali per vedere la differenza tra il prima e il dopo del trattamento, ossia verificare se vi sono stati miglioramenti oppure no, e dunque valutare l'efficacia del lavoro svolto. Un aspetto essenziale da considerare mentre si svolge la valutazione ergoterapica è quello di domandare all'individuo se sono presenti oggetti nel setting terapeutico che percepisce come pericolosi o che gli creano disagio oppure che potrebbero influenzare i suoi pensieri ossessivi e comportamenti compulsivi (Kubny-Lüke, 2003). Successivamente, grazie alle informazioni ricavate dalla valutazione iniziale, l'ergoterapista insieme alla persona, sviluppa piani di intervento basati sui problemi, risorse ed obiettivi determinati dall'individuo. Questi interventi per avere un'efficacia, alla fine del trattamento, devono essere tradotti in una migliore partecipazione alla vita quotidiana e una migliore qualità della vita (Arbesman & Logsdon, 2011).

Finalità, scopi ed obiettivi del trattamento ergoterapico per la persona con DOC:

L'ergoterapista è interessato al modo in cui l'ansia influisce sul funzionamento quotidiano per migliorare il funzionamento ed il comportamento adattivo nelle AVQ, nonché la qualità di vita e aiuta quindi la persona a funzionare in modo produttivo riducendo il livello d'ansia o insegnando all'individuo ad affrontare gli stress nonostante l'ansia. Quindi si affronta il miglioramento del funzionamento (funzioni fisiche, cognitive, mentali, sociali) diminuendo i sintomi correlati alle AVQ aiutando la persona ad identificare i comportamenti target durante l'attività e scomporre questa in atti più piccoli e gestibili. Questo processo è chiamato graduazione dell'attività. L'aumento del coinvolgimento nel tempo libero e la gestione efficace del tempo possono influenzare positivamente l'abilità di affrontare l'ansia. La persona si preoccupa del coinvolgimento in un dialogo interno negativo aspettandosi un fallimento in ogni area e questo pensiero negativo è sia dispendioso a livello di tempo che autodistruttivo (Cara & MacRae, 2005). Altri obiettivi su cui è ancora importante focalizzarsi per promuovere una maggiore performance occupazionale e raggiungere la massima partecipazione possibile alle attività e alla vita sociale sono l'individuazione della funzione di ossessioni e compulsioni nei contesti di vita aumentando la critica verso il comportamento problematico e i pensieri disfunzionali, ossia i pensieri che causano ansia. Si deve dapprima essere consapevoli di quali sono le situazioni che provocano i pensieri disfunzionali e comprendere che le ossessioni, così come le

compulsioni, sono irrazionali e infondate e che nonostante si mettano in atto, non si previene nessuna conseguenza. Un altro obiettivo è prevenire la risposta compulsiva vivendo le situazioni, tramite il training di esposizione e prevenzione della risposta (il quale verrà affrontato nel capitolo “2.6 approccio cognitivo-comportamentale”. Non mettendo in atto rituali compulsivi la persona dovrebbe notare che le conseguenze temute non si realizzano. L’obiettivo del training di esposizione e prevenzione è quello di ridurre i comportamenti compulsivi nell’agire e interagire che di conseguenza dovrebbe portare al raggiungimento di un altro obiettivo del trattamento ergoterapico, ossia quello di creare possibilità per vivere e percepire successo e dunque aumentare l’autostima realizzando progetti desiderati, riuscendo a portare a termine la propria attività o il proprio compito; infine un ulteriore obiettivo è l’integrazione soddisfacente della persona affetta da DOC in ambienti e/o strutture sociali sviluppando strategie, ossia coping, per gestire gli stati d’ansia situazionali, vale a dire le ossessioni, e affrontare crisi e situazioni di vita (Kubny-Lüke, 2003).

Dopo la fase di valutazione e a quella di identificazione dei problemi, delle risorse e della determinazione degli obiettivi, vi è la fase di pianificazione. Una parte di questa fase riguarda la scelta del metodo da applicare all’intervento ergoterapico. Possiamo trovare 4 metodi applicabili alla persona con DOC, che sono i seguenti (Kubny-Lüke, 2003):

1) **Metodo basato sulle competenze:** lo scopo di questo metodo è il ripristino, ossia riacquisizione o sviluppo, delle competenze base della vita quotidiana, che la persona possiede ma che sono limitate a causa del disturbo, per conferirgli più sicurezza nelle sue competenze e dunque promuovere un aumento della motivazione nello svolgimento di attività. Grazie a questo metodo, la persona si consapevolizza delle proprie capacità in quanto vi entra in relazione eseguendo compiti e attività dai quali ha la possibilità di avere dei feedback immediati e chiari e collegare questi feedback alle sue competenze. In questo metodo vengono usate tecniche ed occupazioni mirate agli 8 ambiti della vita quotidiana e possono inoltre venire svolti esercizi che implicano l’allenamento motorio, sociale o cognitivo. Più nello specifico gli obiettivi sono il miglioramento, il mantenimento e la costruzione di:

- competenze cognitive quali concentrazione, attenzione, memoria, orientamento;
- competenze emotive come la stima di sé, l’autovalutazione, la fiducia in sé, la tolleranza alla frustrazione, il confronto con i propri desideri e bisogni e l’autonomia;
- competenze motorie e psicomotorie, ossia motricità grossolana e fine e coordinazione;
- competenze strumentali quali manipolazione di materiali, attrezzi e macchinari.

L’ergoterapista, prima di scegliere l’attività, deve osservare, insieme ad altre valutazioni specifiche, la capacità d’agire della persona nel suo contesto quotidiano ed identificare insieme alla persona le sue risorse e limiti rispetto alle sue competenze, facendo riferimento al modello OTIPM (Fisher, 2009), per poi, successivamente, sapere su quali punti lavorare. Ciò per permettere all’individuo di raggiungere maggior indipendenza, autonomia e performance possibili; infatti, per scegliere l’attività opportuna basata sulle competenze, è necessario effettuare un’analisi di questa, identificando le funzioni motorie, mentali ed emotivo-percettive che serve mettere in atto per il suo svolgimento in quanto nell’attività che si sceglie devono venire allenate le competenze in cui l’individuo ha difficoltà (Kubny-Lüke, 2003).

2) **Metodo basato sulla percezione:** il metodo basato sulla percezione serve per favorire e reintegrare una maggiore consapevolezza nella persona, grazie all’esperienza sensoriale ricevuta facendo attività. L’ergoterapista in questo metodo deve dare input sensoriali e percettivi, all’individuo, per aiutarlo a percepire gli stimoli

con più consapevolezza; ciò può ritenersi utile anche nel metodo basato sulle competenze o sull'espressione in quanto la persona avrebbe anche l'opportunità di rilassarsi maggiormente. Alcune attività riguardanti il metodo basato sulla percezione possono essere l'integrazione sensoriale, lo sport, il ballo, il training autogeno e rilassamento muscolare. In ergoterapia in generale, ma anche con persone con DOC in quanto la loro vita è piena di stimoli disagianti, è importante consapevolizzare la persona che ha il diritto a provare nella sua quotidianità un trattamento percettivo che lo rilassa ossia con l'assenza di stimoli che scaturiscono pensieri ossessivi e comportamenti compulsivi, così da avere momenti di riposo. L'individuo potrebbe prendere come riferimento di strategia di coping una tecnica di rilassamento che lo aiuti a distogliere l'attenzione dallo stato d'ansia creato da stimoli ossessivi (Kubny-Lüke, 2003);

- 3) **Metodo basato sull'espressione:** l'utilizzo di questo metodo serve per poter entrare in relazione con l'immagine interiore di sé, cioè promuove l'espressione di sentimenti quando questi sono difficili da spiegare o comprendere, ed ha come obiettivo lo sviluppo di un'immagine di sé più chiara. Si deve distinguere questo metodo ergoterapico da metodi psicoterapeutici, visto che il focus nell'ergoterapia è posto sul fare. Prima di poter applicare il metodo basato sull'espressione è auspicabile che la persona acquisti e aumenti alcune capacità di self-management quali, per esempio, l'organizzazione della giornata in modo equilibrato e il rinforzo dell'autonomia e ciò viene fatto tramite il metodo basato sulle competenze. Così facendo l'ansia risulta essere maggiormente gestibile. È però possibile che, la persona con DOC, scelga un'attività espressiva, per esempio pittura su seta per esprimere le sue emozioni, in quanto è una nuova attività e povera di contenuti ossessivi; infatti non tutti i pazienti hanno paura di provare nuove esperienze (Kubny-Lüke, 2003);
- 4) **Metodo basato sull'interazione:** il metodo basato sull'interazione ha come obiettivo lo sviluppo di abilità sociali, comunicative, collaborative e di altre funzioni come per esempio la comprensione della percezione dei confini con l'altro. Queste sono abilità, abbandonate parzialmente o totalmente a causa del disturbo, utili per una reintegrazione sociale e professionale. Lavorare insieme ad un'altra persona, inoltre, potrebbe aiutare entrambi gli individui nella condivisione delle responsabilità, visto che spesso hanno un esagerato senso di responsabilità. Prima di applicare un metodo basato sull'interazione, è preferibile adottare un setting individuale oppure un piccolo gruppo aperto, dove ognuno è libero di uscirvi ed entrarvi a piacimento, dove gli obiettivi sono facilmente raggiungibili ed è più semplice costruire una relazione di fiducia persona-terapista e persona-persona (Kubny-Lüke, 2003).

L'ergoterapista, nell'ambito lavorativo aiuta la persona mettendo in atto i seguenti interventi: sulle abilità sociali legate al lavoro, sulle prestazioni lavorative, di consulenza finanziaria, per migliorare l'autoefficacia lavorativa, per stabilire l'equilibrio lavoro-vita privata e per preparare i clienti a possibili ricadute della sua malattia mentale (Braveman & Page, 2012; Creek & Lougher, 2008).

2.6 Approccio Cognitivo-Comportamentale

2.6.1 Introduzione alla Terapia Cognitivo-Comportamentale

Partendo dal fatto che, una parte dei disturbi d'ansia ha un decorso cronico con fasi di diminuzione dei sintomi, il compito primario per la persona con questi disturbi è quello di capire come gestire l'ansia per permettere un funzionamento personale continuo e per affrontare situazioni che irrazionalmente portano ad avere paura (Murray et al., 2011; Punwar & Peloquin, 2000).

Rispetto al DOC, è stato spesso dimostrato che i trattamenti mirati del disturbo sono i più efficaci; in questi è presente una forma di psicoterapia chiamata terapia cognitivo-comportamentale, e questa psicoterapia combinata con la farmacoterapia è più efficace (Rufer et al., 2016). Secondo la terapia cognitivo-comportamentale (TCC), non è l'esperienza come tale a produrre il disturbo psicologico ma è l'interpretazione che il soggetto dà a questa. La terapia cognitivo-comportamentale, infatti, è basata sul trattamento delle ossessioni tramite delle tecniche cognitive che permettono di modificare le convinzioni alla base del disagio emotivo della persona e da tecniche comportamentali che sono basate sull'esposizione alle situazioni temute con lo scopo della modifica dei comportamenti messi in atto davanti a queste situazioni (Fassino et al., 2007; Mancini, 2016).

2.6.2 Tecniche cognitive

I processi cognitivi, ossia il modo di pensare, le percezioni o i pensieri spontanei mediano la maniera nella quale le influenze ambientali vengono avvertite ed interpretate dalla persona e di conseguenza di come influenza le reazioni emozionali e comportamentali (Fassino et al., 2007; Murray et al., 2011). Secondo la prospettiva cognitiva, i processi cognitivi disfunzionali ossia le credenze irrazionali, causano difficoltà e quindi possono causare disturbi psicologici, inoltre da queste credenze negative è possibile capire le reazioni disfunzionali che ha l'individuo in determinate circostanze (Fassino et al., 2007).

Lo scopo delle tecniche cognitive è quello di facilitare la modifica delle attribuzioni e quindi delle credenze catastrofiche irrazionali che sono pensieri disfunzionali, rispetto a determinate situazioni, modificandole in attribuzioni più razionali ed adattive aiutando la persona a ragionare in modo razionale sui propri pensieri e sulla vera utilità delle compulsioni. L'individuo con DOC, infatti, pensa che senza le sue azioni compulsive potrebbero verificarsi delle conseguenze sgradevoli verso sé stesso o verso altri (Doron & Moulding, 2009; Fassino et al., 2007; Mancini, 2016; Murray et al., 2011).

Tra i metodi della terapia cognitiva troviamo l'assegnazione di compiti graduali particolarmente importanti e, di conseguenza, anche l'enunciazione di obiettivi graduali. Il terapeuta, insieme all'individuo smembra le attività problematiche in parti che le compongono, con la possibilità di lavorarci passo dopo passo. Un altro metodo è il monitoraggio e la programmazione delle attività, in cui la persona tiene un diario delle attività che svolge ogni ora e valuta lo stato d'animo associato a queste, il piacere e la padronanza percepitevi. La persona è convinta, sbagliandosi, di dover aspettare di sentirsi meglio prima di poter svolgere un'attività piacevole, ma è stato dimostrato che il proprio umore migliora proprio nel momento in cui si eseguono attività piacevoli e si raggiungono degli obiettivi in quanto, da ciò, nasce un senso di competenza e realizzazione. Un ulteriore metodo cognitivo è quello di darsi credito: la persona si concentra sui fattori negativi ed è impossibilitata ad assimilare le cose positive che sta svolgendo. Per fare ciò è necessario che l'individuo annoti, con l'aiuto del terapeuta, i compiti che trova difficili da svolgere ma che infine svolge con un esito positivo. Infine, un altro metodo di terapia cognitiva, sono gli esperimenti comportamentali, i quali aiutano la persona a mettere alla prova i suoi pensieri automatici (Fassino et al., 2007).

2.6.3 Tecniche comportamentali

Il comportamentismo studia l'interazione tra una persona e il suo ambiente. Secondo il comportamentismo, il comportamento di un individuo è scaturito da uno stimolo ambientale o un processo mentale superiore, come processi di pensiero, percezione di stimoli, sentimenti, emozioni. Il rinforzo è il meccanismo primario per l'apprendimento del comportamento umano, nel senso che dopo una risposta comportamentale vi è un evento

positivo. La possibilità che questo comportamento si ripeta è alta e al contempo se dopo un comportamento segue un evento negativo, è probabile che il comportamento stesso cessi. Il comportamento viene quindi modificato dalle sue conseguenze (Cara & MacRae, 2005; Murray et al., 2011).

Il principio del comportamentismo è che la persona che si comporta in modo disadattativo, il quale impedisce il funzionamento corretto dell'individuo, oppure che ha un problema, possa imparare comportamenti migliori e quindi adattivi che l'aiutino ad avere un buon funzionamento (Murray et al., 2011; Punwar & Peloquin, 2000). La terapia comportamentale è caratterizzata da un approccio educativo il quale implica che i soggetti siano nella condizione di riconoscere e capire i propri stili di pensiero ed imparare quindi a come rispondere ad essi in maniera adattiva (Murray et al., 2011). Una volta identificati i pensieri irrazionali, tramite degli esperimenti comportamentali, si prendono in esame e si valutano le interpretazioni di credenze alternative più adattive che permettano di effettuare un cambiamento comportamentale. Il cambiamento cognitivo, quindi, nella modifica del comportamento, è visto come un presupposto chiave e vi è quindi un'influenza cognitivista all'interno del comportamentismo (Cara & MacRae, 2005; Murray et al., 2011; Punwar & Peloquin, 2000).

2.6.4 Terapia cognitivo-comportamentale – esposizione e prevenzione della risposta (ERP)

Nella terapia cognitivo-comportamentale vengono usate delle tecniche indirizzate a mettere in luce, analizzare e modificare i pensieri disfunzionali (Ey et al., 1988). Gli obiettivi di queste tecniche sono quelli di modificare il comportamento di pensieri, valutazioni ed atteggiamenti, cioè le ossessioni e le compulsioni (Rufer et al., 2016) e di conseguenza diminuire i problemi, sviluppare e promuovere la capacità d'agire e le capacità personali. È importante comprendere che la TCC non tratta il dialogo negativo sostituendolo con quello positivo ma, il suo scopo, è quello di acquisire un senso di prospettiva della situazione ed esplorare nuove soluzioni razionali per farvi fronte e quindi affrontare più serenamente il compito in questione (Blesedell Crepeau et al., 2015; Fassino et al., 2007). Per fare ciò è necessaria, prima, un'auto-osservazione da parte della persona che viene aiutata ad esaminare i suoi processi mentali, ossia le cause che la portano a compiere la compulsione. Successivamente, il terapeuta aiuta l'individuo a modificare il suo comportamento problematico. Infatti, dopo la valutazione dello stato della persona, il terapeuta aiuta l'individuo a ridurre le compulsioni e le ossessioni attraverso il training di esposizione e prevenzione della risposta (ERP) (Ey et al., 1988; Fassino et al., 2007; Murray et al., 2011). Una cosa però difficile per la persona è proprio rinunciare ai riti come per esempio il lavaggio delle mani dopo una presunta contaminazione oppure controllare più volte di aver spento i fornelli o chiuso la porta di casa (Aletti & Di Fiorino, 2012).

È importante evidenziare che la TCC non viene fatta A una persona ma CON la persona e il programma è adattato alle esigenze personali, infatti tutti i passaggi della terapia sono allestiti insieme all'individuo. La TCC inoltre necessita di una solida alleanza terapeutica per cui sono necessari empatia, interesse e considerazione positiva della persona da parte del terapeuta. L'atteggiamento di quest'ultimo infatti non è neutro come quello dello psicoanalista ma è maggiormente coinvolto e direttivo essendo anche il terapeuta stesso un risolutore di problemi che espone all'individuo modelli più consoni di coping verso l'ansia. Il terapeuta, inoltre, controlla costantemente quello che succede alla persona nel decorso della terapia (Aletti & Di Fiorino, 2012; Fassino et al., 2007; Murray et al., 2011).

Esistono diversi interventi cognitivo-comportamentali e molti sono combinati tra loro per aumentare l'efficacia ma, nel caso del DOC, quello utilizzato è quello dell'esposizione e prevenzione della risposta che è prettamente comportamentale ma con un'influenza cognitiva (Cara & MacRae, 2005; Murray et al., 2011; Punwar & Peloquin, 2000). Quest'ultimo è strutturato in due parti:

- **Esposizione:** dapprima vi è l'esposizione allo stimolo ansiogeno che sta alla base dell'ossessione. Viene deciso un grado di gerarchia dove la persona viene gradualmente incoraggiata a confrontarsi, con situazioni od oggetti temuti e, a volte evitati, in quanto presentano stimoli che provocano ansia, per un tempo più lungo rispetto a quello da lei tollerato. Questi stimoli che creano ansia provocano le ossessioni. L'esposizione può avvenire in due modi, ossia immaginaria o in vivo. La prima consiste nell'esporsi immaginando la situazione temuta e le sue conseguenze senza sfuggire all'ansia, mentre la seconda implica un confronto organizzato e graduale alle situazioni, oggetti, luoghi o compiti che scaturiscono paura ed evitamento. L'esposizione in vivo risulta essere più efficace nella persona con disturbo d'ansia, visto che la situazione temuta è vissuta realmente, poiché viene attivata la struttura della paura tramite un confronto diretto con lo stimolo ansiogeno e si possono quindi attuare e trovare più facilmente delle strategie adattive. Per l'esposizione in vivo ci sono inoltre due metodologie: esposizione graduata o quella intensiva. Se si decide di mettere in atto l'esposizione intensiva, l'impulso è breve ma intenso e l'ansia ci mette più tempo a diminuire rispetto all'esposizione graduata, dove l'ansia diminuisce più in fretta e l'impulso è più duraturo ma minore. Il confronto dell'individuo con l'esposizione intensiva risulta più veloce ma, vista l'intensità più accentuata dello stimolo, risulta anche più faticosa da sopportare e si può quindi presentare il rischio che la persona eviti questo tipo di esposizione o metta presto in atto la compulsione. L'esposizione graduata, invece, nonostante sia più duratura, è più facilmente sopportabile e presenta un rischio di interruzione e di messa in atto del rituale compulsivo minore; per questo motivo è la forma, tra le due, scelta maggiormente dal terapeuta (Cara & MacRae, 2005; Doron & Moulding, 2009; Fisher & Wells, 2005; Mancini, 2016);
- **Prevenzione della risposta:** nel contempo, durante l'esposizione, si mette in atto la prevenzione della risposta neutralizzante l'ansia dove ci si esercita, infatti, nella riduzione del rituale compulsivo, dove si blocca questo rituale per un tempo maggiore rispetto a quello che la persona è solitamente capace di tollerare (Doron & Moulding, 2009; Fisher & Wells, 2005; Mancini, 2016).

L'esposizione terapeutica, rispetto a quella provata nella vita quotidiana, prevede la pianificazione, accordata tra persona e terapeuta, di ciò che verrà fatto e l'individuo è consapevole che in questa non deve attuare evitamenti di situazioni ansiogene o comportamenti compulsivi ed è aiutato dall'ergoterapista a non fare ciò. Prima di effettuare l'esposizione, infatti, vengono decisi gli stimoli che saranno presenti all'interno di questa e che la durata dell'esposizione sarà pari al tempo che serve perché l'ansia si riduca spontaneamente. L'esposizione viene ripetuta fino al punto da rendere il disagio maggiormente tollerabile (Doron & Moulding, 2009; Fisher & Wells, 2005; Mancini, 2016).

Questo confronto con la situazione ansiogena, permette l'accettazione di un livello più alto d'ansia e permette l'acquisizione della consapevolezza che, in assenza di rituali di neutralizzazione, l'ansia diminuisce fisiologicamente fino ad arrivare al punto di estinguersi, anche se più lentamente. L'ansia si ridurrà dunque gradualmente e di conseguenza diminuirà anche l'impulso di neutralizzazione. Grazie a ciò, la persona, si

rende conto in maniera progressiva che non gli serve conformare il suo comportamento alle ossessioni, visto che non accade nulla di negativo se non viene messa in atto la compulsione; ciò permette il cambiamento dei pensieri e delle valutazioni disfunzionali e la diminuzione del comportamento compulsivo. Nel caso in cui, quando si presenta l'ansia, la persona mette in atto la compulsione, l'ansia diminuisce sì, ma rimanendo nella situazione ansiogena, l'ansia si ripresenta immediatamente ed addirittura potrebbe diventare insopportabile. In sintesi, grazie all'ERP, i comportamenti compulsivi per ridurre e controllare l'ansia provocata dalle ossessioni vengono progressivamente prevenuti. Per esempio una persona spaventata dai germi che si lava le mani un numero esagerato di volte al giorno per diverso tempo, tramite l'ERP viene esposta gradualmente e sistematicamente agli stimoli ansiogeni come per esempio toccare le maniglie delle porte, impedendole di lavarsi le mani, come anche riducendo il numero di lavaggi durante il giorno e la durata di ogni lavaggio (Aletti & Di Fiorino, 2012; Cara & MacRae, 2005; Mancini, 2016; Rufer et al., 2016).

2.6.5 Ergoterapia e Approccio Cognitivo-Comportamentale

Viene affermato da Bryant e colleghi (2014) che attualmente ci sono molti professionisti, oltre a psicoterapeuti, che prendono in considerazione l'Approccio Cognitivo-Comportamentale nella loro terapia, compresi gli ergoterapisti. Infatti, anche nel libro di Cara & MacRae (2013) e nello studio di Blesedell Crepeau e colleghi (2015), viene affermato che la terapia cognitivo-comportamentale, quindi con elementi sia comportamentali che cognitivi, è molto usata in ergoterapia, così come in altre discipline di salute mentale per la promozione del benessere.

La terapia cognitivo-comportamentale ha le seguenti caratteristiche, che si ritrovano simili nel trattamento ergoterapico:

1) è focalizzata sul presente: il terapeuta è maggiormente interessato ad esplorare il problema attuale e ad identificare come può essere affrontato, cosa che viene, infatti, svolta nel processo ergoterapico (Murray et al., 2011).

2) è limitata nel tempo: eventualmente avviene una modifica della terapia. Nell'intervento ergoterapico, in merito a questo aspetto, avviene una valutazione continua, dove, in base al raggiungimento o meno degli obiettivi, viene modificato l'intervento per riuscire a raggiungerli (Murray et al., 2011).

3) è un intervento collaborativo: si lavora insieme per comprendere i problemi e cercare metodi per affrontarli. Nell'ergoterapia ciò viene fatto in quanto la persona riferisce all'ergoterapista dove ha difficoltà e si trovano insieme le cause di queste difficoltà e si fissano degli obiettivi. Nel trattamento inoltre la persona viene sempre supportata e aiutata dall'ergoterapista nei processi di acquisizione / modifica delle abilità e conoscenze (Murray et al., 2011).

4) è orientato al problema: il terapeuta identifica i problemi dell'individuo e li mette in ordine gerarchico in base alla priorità per l'individuo e stabilisce gli interventi possibili; l'ergoterapista fa questo nella fase di identificazione dei problemi, dopodiché segue la fase della definizione degli obiettivi e in seguito la pianificazione dell'intervento ergoterapico per il raggiungimento di quest'ultimi e dunque miglioramento dei problemi riscontrati nel vivere quotidiano (Murray et al., 2011).

Un esempio di intervento cognitivo-comportamentale ergoterapico è il training di esposizione che consiste nel lavorare su un'attività con un'esposizione graduale all'ansia, il che evidenzia il collegamento tra la terapia cognitivo-comportamentale e l'ergoterapia,

in quanto nell'intervento ergoterapico viene adottata una prospettiva cognitivo-comportamentale essendoci una graduazione dell'attività che, a sua volta, è una particolarità della tecnica di esposizione e prevenzione della risposta, dove si sottopone l'individuo all'esecuzione di un'attività che presenta pochi stimoli, verso un'attività con maggiori stimoli e paure ossessive (Blesedell Crepeau et al., 2015). Secondo Blesedell Crepeau (2015) e colleghi la terapia cognitivo-comportamentale è un insieme di approcci, che includono la terapia cognitiva, l'insegnamento alla risoluzione dei problemi, l'addestramento a migliorare abilità utili a gestire e affrontare gli eventi, e altri approcci. È bene sapere che, in ergoterapia, la terapia cognitivo-comportamentale è intesa come un insieme di approcci e che viene separata dall'uso della teoria e della pratica cognitivo-comportamentale, la quale è designata come un quadro di riferimento cognitivo-comportamentale. Alla base della terapia cognitiva possiamo trovare i seguenti presupposti: alterare le cognizioni può modificare l'emotività ed il comportamento. Nel caso del Disturbo Ossessivo-Compulsivo si devono modificare le credenze riguardo i pensieri disfunzionali per modificare di conseguenza il comportamento, ossia diminuire o annullare l'emissione di compulsioni. Un altro presupposto è che il terapeuta aiuti la persona ad imparare a contrastare i pensieri irrazionali senza però ricorrere all'utilizzo delle compulsioni (Blesedell Crepeau et al., 2015; Bryant et al., 2014). L'ergoterapista, utilizzando il quadro di riferimento della terapia cognitivo-comportamentale, si comporta come educatore ed allenatore, modella un atteggiamento, interroga le credenze irrazionali usando attività significative per accedere e modificare le cognizioni dannose per le competenze dell'individuo (Blesedell Crepeau et al., 2015) che in seguito modifica il comportamento compulsivo. L'ergoterapista, quando usa l'Approccio Cognitivo-Comportamentale, effettuando un'analisi dell'attività, suddivide l'occupazione in singoli atti e ciò è il nucleo dell'ergoterapia ed è questo che distingue il lavoro dell'ergoterapista, così da vedere in quale di questi sono presenti stimoli che creano ansia; una volta fatto ciò, l'ergoterapista lavora insieme alla persona nello svolgimento degli atti precedenti quello con gli stimoli ossessivi, rimanendo concentrati sul qui ed ora e non sulle possibilità future, visto che spesso la persona prova ansia o preoccupazione negli atti precedenti a quello che presenta gli stimoli ansiogeni in quanto non è concentrata sul qui ed ora ma al fatto che dovrà essere sottoposta agli stimoli ansiogeni. Per esempio, ad una persona soggetta a pensieri ossessivi nel momento in cui deve toccare dei soldi può diventare ansiosa già quando entra nel negozio, prende un prodotto, lo mette sul nullo, arriva davanti alla cassiera e tira fuori il portamonete. L'ergoterapista lavora su questi atti per permettere alla persona di svolgerli senza provare ansia e preoccupazione per quello che avverrà dopo, e dunque l'ergoterapista aiuta l'individuo a concentrarsi sul qui ed ora e pensare ad atto per atto. Questo è un intervento ergoterapico di gradualità in quanto si permette alla persona di effettuare gli atti in maniera soddisfacente e senza ansia per poi raggiungere l'atto che presenta stimoli ansiogeni e lavorare con un Approccio Cognitivo-Comportamentale su questo. L'ergoterapista, per inserire l'Approccio Cognitivo-Comportamentale nella sua terapia deve, oltre ad avere delle buone conoscenze di questo approccio, collaborare e scambiare informazioni con il terapeuta cognitivo-comportamentale, per vedere a che punto quest'ultimo è arrivato e cercare di arrivare allo stesso punto senza superarlo implementando così l'abilità della persona alla resistenza all'ansia e all'evitamento della messa in atto del comportamento compulsivo. In conclusione, l'ergoterapista lavora con un Approccio Cognitivo-Comportamentale sull'insieme degli atti che compongono l'occupazione comprendente l'atto che crea ansia, mentre il terapeuta cognitivo-comportamentale lavora solamente sull'atto con stimoli ansiogeni (Blesedell Crepeau et al., 2015; Cara & MacRae, 2013). È utile quindi, prendere in considerazione come il terapeuta che presta terapia cognitivo-

comportamentale e l'ergoterapista possano essere integrati e siano complementari (Bryant et al., 2014).

In riferimento al trattamento ergoterapico, si può dire che all'inizio, è preferibile non offrire attività cariche di contenuti ossessivi qualora l'obiettivo sia il vissuto di successo o di rilassamento, permettendo così all'individuo di sentirsi più sicuro e competente. Visto che le attività su cui si lavora sono spesso AVQ, è importante che l'ergoterapista sia consapevole di quali sono gli oggetti o gli stimoli che potrebbero scaturire pensieri ossessivi, così da saperli gestire, cioè toglierli o integrarli e in che quantità, in base agli obiettivi stabiliti con la persona. In merito alla scelta dell'attività, inoltre, tendenzialmente è meglio non offrire troppe scelte sull'attività da svolgere in quanto l'individuo con DOC è spesso insicuro e ha difficoltà nell'iniziativa e nella scelta dell'attività. Infatti, l'ergoterapista, va incontro alla persona consigliandogli un'attività breve, strutturata, con poche sequenze e dandogli un feedback positivo dopo ogni tappa dell'attività, e, gradualmente, si dà spazio alla valutazione da parte dell'individuo stesso. L'ergoterapista, inoltre, incoraggia la persona a cominciare l'attività pur avendo perplessità, rassicurandola che vi è la possibilità di modificare dei passaggi ed essere aiutata, senza dover avere paura di conseguenze negative e dunque andare verso la consapevolezza che non si può avere il controllo e la previsione assoluti, sempre e su tutto, ed è dunque possibile superare la paura tramite l'esperienza concreta e vissuta durante l'attività. Il compito dell'ergoterapista è sì incoraggiare ed aiutare nello svolgimento dell'attività, ma anche accogliere l'ansia presente prima dell'attività (Kubny-Lüke, 2003).

In conclusione, si può evincere che l'Approccio Cognitivo-Comportamentale conferisce una struttura psicologica al trattamento, ma ha bisogno anche di una prospettiva occupazionale per valutare le performance lavorative o le abilità funzionali di un individuo cioè uno studio dei processi mentali collegato allo studio dell'occupazione e del suo svolgimento, dunque combinando l'Approccio Cognitivo-Comportamentale e l'ergoterapia è possibile supportare una maggiore e più completa comprensione della partecipazione professionale di una persona (Mancini, 2016).

3. Metodologia - Revisione di letteratura

Per rispondere alla mia domanda di ricerca ho scelto di utilizzare una revisione di letteratura che è un'analisi critica, sistematica ed approfondita della letteratura primaria pubblicata in merito ad un argomento. In questo caso in merito alla contribuzione della diminuzione di difficoltà riscontrate sul lavoro, per persone con disturbo ossessivo-compulsivo, utilizzando l'approccio cognitivo-comportamentale in ergoterapia.

Viene presa in considerazione la letteratura primaria per rendere credibilità ad una revisione della letteratura; come fonti primarie sono intesi quei lavori scientifici scritti da chi ha condotto la ricerca. Nella revisione di letteratura devono essere inoltre presenti le sintesi delle analisi critiche di ogni articolo preso in considerazione e ci deve essere un collegamento fra di queste in modo da formare un nuovo quadro di riferimento sull'oggetto di studio (LoBiondo-Wood & Haber, 2004).

Un obiettivo primario della revisione della letteratura è scoprire i risultati della ricerca che supportano la pratica basata sulle evidenze e dunque acquisirne di nuove. Inoltre, la revisione della letteratura è utile per far emergere i punti di forza e di debolezza, i risultati degli studi effettuati in merito all'argomento ricercato, paragonandoli tra di loro, per poi avere una valida base di conoscenze che contribuiscono allo sviluppo di un lavoro di ricerca con lo scopo di promuovere la formazione, la pratica e le teorie ad essa associate, come per esempio in questo caso, promuovere nuovi protocolli di trattamento. Di conseguenza, se necessario, la revisione di letteratura permette di sollevare nuove domande di ricerca in merito all'argomento da sottoporre ad indagine ossia approfondimento e ricerca. Una revisione della letteratura permette inoltre di effettuare un progetto di ricerca appropriato, completo di analisi per rispondere ai quesiti della ricerca (LoBiondo-Wood & Haber, 2004).

Successivamente verranno elencate e collegate alla tesi, le fasi della revisione della letteratura (LoBiondo-Wood & Haber, 2004):

1. Determinare il concetto/la questione/l'argomento/il problema ossia la formulazione del **PICO** (Popolazione Intervento Confronto Outcome, in questo caso è stata tolta la "C" dato che non viene presa in considerazione una terapia specifica di confronto). Per questa tesi quindi l'acronimo **PIO** riassume i seguenti aspetti:
 - **P** = persone in età lavorativa a cui è stato diagnosticato il Disturbo Ossessivo-Compulsivo
 - **I** = presa a carico ergoterapica con integrazione dell'Approccio Cognitivo-Comportamentale
 - **O** = capire se l'Approccio Cognitivo-Comportamentale in ergoterapia ha benefici per persone con difficoltà lavorative a causa del Disturbo Ossessivo-Compulsivo.

Questi 3 componenti rappresentano la mia domanda di ricerca che è: "In che modo può l'integrazione dell'Approccio Cognitivo-Comportamentale, in ergoterapia, con persone affette da Disturbo Ossessivo-Compulsivo, contribuire alla diminuzione delle difficoltà riscontrate sul lavoro?"

2. Identificare le variabili/i termini (criteri di inclusione ed esclusione che si vogliono adoperare nella ricerca e parole chiave di ricerca):
Parole chiave: **Occupational Therapy; Work; Obsessive compulsive disorder; Cognitive behavioral therapy.**
Questi termini sono stati combinati per poter creare le diverse stringhe di ricerca utilizzando l'operatore booleano **AND**:

- Occupational therapy AND obsessive-compulsive disorder AND cognitive behavioral therapy AND work

Criteria di inclusione	Criteria di esclusione
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Persone con Disturbo Ossessivo-Compulsivo senza comorbidità confermate; ✓ Persone di sesso maschile e femminile; ✓ Persone di età tra i 18 e i 65 anni (età lavorativa); ✓ Articoli di libero accesso in inglese, italiano o francese; ✓ Studi clinici randomizzati con pre e post trattamento in quanto si può vedere sia l'efficacia di un approccio rispetto ad un altro e soprattutto si può notare la differenza della condizione delle persone tra il prima e il dopo trattamento e quindi l'efficacia di un determinato intervento; pre-test post-test; caso-controllo per vedere quali differenze vi sono tra la popolazione sana e quella con il disturbo; ✓ Dall'anno 2000 al 2020 in quanto, anche se viene detto che per effettuare una revisione della letteratura è necessario ricercare letteratura precedente fino ai 5 anni, viene inoltre citato che per alcuni progetti di ricerca potrebbe essere necessario andare indietro di 10 anni o anche di più, e questo è uno dei casi (LoBiondo-Wood & Haber, 2004). 	<ul style="list-style-type: none"> X Persone minorenni o in età di pensionamento; X Persone che hanno solo ossessioni in quanto secondo me l'ergoterapista interviene maggiormente sul cambio di comportamento dell'individuo e non a livello psichico; X Revisioni della letteratura in quanto, in queste, sono già presenti studi analizzati

3. Effettuare una ricerca sulle banche dati valide, che in questo caso è stata svolta tra settembre 2018 e aprile 2020, nelle seguenti banche dati:

- ❖ Cinahl (EBSCO)
- ❖ PubMed
- ❖ SAGE Health Sciences
- ❖ Science direct (elsevier)
- ❖ Taylor & Francis
- ❖ Wiley / Blackwell

Inizialmente la ricerca era la seguente "Occupational therapy AND obsessive-compulsive disorder AND cognitive behavioral therapy AND work", ma visto che nei titoli degli articoli erano spesso presenti i seguenti termini "pediatric", "child", "autism", "comorbidity" e "adolescent", ed essendo questi non opportuni alla ricerca, sono stati eliminati utilizzando l'operatore booleano NOT. Quindi la ricerca era "Occupational therapy AND obsessive-compulsive disorder AND cognitive behavioral therapy AND work NOT pediatric NOT child NOT autism NOT comorbidity NOT adolescent"; questa ricerca però non ha fornito nessuno risultato e dunque si è provato a fare la ricerca eliminando "AND work", ma ancora nessun risultato. Successivamente quindi si è deciso di effettuare la seguente ricerca "Obsessive-compulsive disorder AND cognitive behavioral therapy NOT pediatric NOT child NOT autism NOT comorbidity NOT adolescent" e sono stati trovati un totale di 249 articoli.

4. Escludere le fonti non pertinenti facendo scorrere la ricerca e leggendo i diversi abstract selezionando solamente quelli inerenti l'argomento desiderato e che soddisfano i criteri di inclusione ed esclusione prestabiliti:
Dei 249 articoli trovati nelle banche dati, dopo la lettura del titolo ne sono stati tolti 189 e dopo quella dell'abstract ulteriori 163 per un totale parziale di 26 articoli.
5. Organizzare le fonti in modo da poterle trovare facilmente, organizzandole in base al tipo di ricerca e all'anno, in seguito valutare se vale la pena procurarsi l'articolo intero: Dei 26 articoli rimasti, ne sono stati tolti 9 in quanto non c'era il full text (per questa tesi è stato scelto di non prendere in considerazione articoli a pagamento), ne rimangono così 17.
6. Recuperare le fonti pertinenti ossia procurarsi l'articolo (che sia o meno a pagamento)
7. Fotocopiare o stampare gli articoli
8. Effettuare una lettura preliminare ed escludere le fonti non pertinenti sempre utilizzando i criteri di inclusione ed esclusione:
Dei 17 articoli rimasti, ne sono stati tolti 13 dopo lettura degli articoli in quanto non pertinenti a criteri di inclusione ed esclusione. Ne sono dunque rimasti 4.
- 9.+10. Leggere gli articoli in modo critico riassumendo ed analizzando criticamente ogni fonte scrivendo al computer (questo punto verrà affrontato nel dettaglio nel capitolo "4. Presentazione dei risultati degli articoli scientifici" dove verranno analizzati i 4 articoli scientifici selezionati).

I 4 articoli che hanno risposto ai miei criteri di inclusione ed esclusione sono tutti studi randomizzati, di cui uno valuta l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale di gruppo nel ridurre i sintomi ossessivo-compulsivi e per migliorare la qualità di vita dei pazienti; due paragonano l'efficacia della terapia comportamentale rispetto a quella cognitiva rispetto alla riduzione dei sintomi ossessivo-compulsivi e l'ultimo studio valuta l'efficacia nella riduzione dei sintomi ossessivo-compulsivi utilizzando la clomipramina, l'esposizione e prevenzione della risposta e i due messi insieme, inoltre vi è anche un gruppo placebo.

È interessante, negli studi, sapere quale tra i trattamenti presi in esame risulti essere più efficace, ma soprattutto, ciò che è importante per la tesi è vedere se ci sono effetti positivi con la terapia cognitivo-comportamentale, dunque interessa il pre e post trattamento.

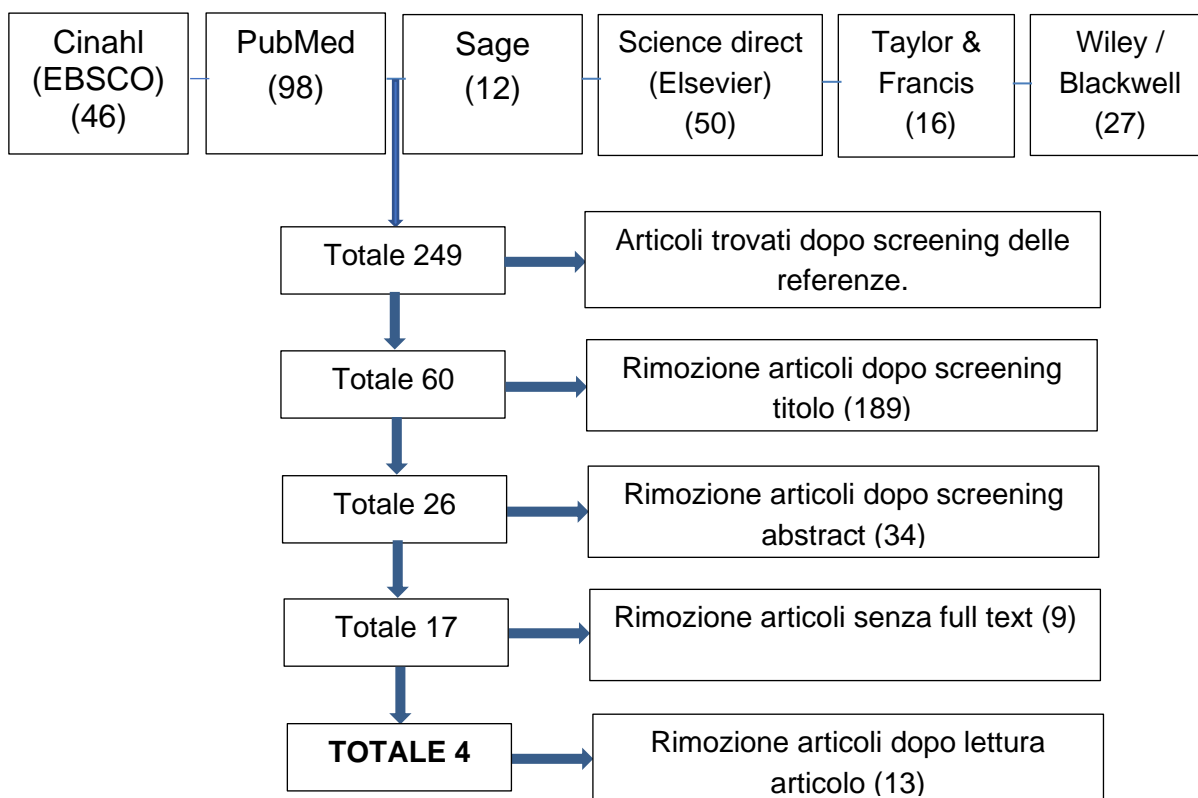
Purtroppo non c'è nessuno studio che concerne direttamente l'intervento ergoterapico, ma grazie alla parte di background, sarà possibile fare dei collegamenti tra gli articoli trovati e la pratica dell'ergoterapia.

Per leggere un articolo cogliendo tutti i punti importanti, analizzare punti di forza o di debolezza, è necessario valutarlo criticamente ossia effettuare un'analisi critica in ognuna delle fasi del processo di ricerca ossia background, ipotesi e domanda di ricerca, design dello studio, caratteristiche del campione (tipo e dimensioni), problemi etico-legali, strumenti di valutazione utilizzati con validità e affidabilità, in che modo sono stati raccolti i dati (come e periodo) e l'analisi di questi, i risultati emersi, seguiti dalla discussione, i limiti dello studio e le implicazioni per la pratica. L'analisi critica serve dunque per semplificare la lettura dell'articolo estrapolando i dati più importanti, sia pro che contro di uno studio, ed è infatti fondamentale per effettuare una revisione della letteratura completa e pertinente (LoBiondo-Wood & Haber, 2004). Per effettuare quest'analisi critica mi sono avvalsa dello strumento "Formulario di lettura critica di studi quantitativi

(Letts et al., 1998)” utilizzando una traduzione libera del formulario, ricevuta a scuola, in quanto, oltre ad averlo utilizzato a scuola e ritenerlo un chiaro e semplice strumento da utilizzare per un’analisi critica di articoli scientifici, raccoglie tutte le fasi del processo e domande inerenti quest’ultime. I formulari compilati delle letture critiche dei 4 articoli sono presenti negli allegati.

Per concludere il capitolo di seguito è esposto il diagramma di flusso della ricerca effettuata (immagine 4):

Immagine 4: Diagramma di flusso della ricerca di articoli scientifici (Petruccelli, G., 2020)



4. Presentazione dei risultati degli articoli scientifici

Partendo dal formulario di lettura critica (allegato 1: formulario di lettura critica degli articoli) ho potuto fare i seguenti riassunti e correlazioni tra gli articoli:

Lo studio “**Cognitive-behavioral group therapy in obsessive compulsive disorder: a randomized clinical trial**” (Cordioli et al., 2003) è uno studio randomizzato svolto per verificare l'efficacia, della terapia cognitivo-comportamentale di gruppo, nel ridurre i sintomi ossessivo-compulsivi, l'intensità dei pensieri disfunzionali e migliorare la qualità della vita dei pazienti. L'intervento attuato considera 47 persone che vengono suddivise in due gruppi di persone con DOC in cui ad uno viene proposta la terapia cognitivo-comportamentale di gruppo per 12 settimane composta da 12 sessioni di 2 ore 1 volta a settimana, mentre l'altro gruppo non viene sottoposto a nessun trattamento. Alla fine del trattamento, 2 pazienti, 1 per gruppo, hanno abbandonato lo studio e sono dunque stati esclusi dalla valutazione finale che è stata fatta a 45 pazienti. Dopo 12 settimane le differenze tra i gruppi risultano essere statisticamente significative in quanto il 69.6% dei pazienti del gruppo di trattamento sono migliorati, rispetto al 4.2% del gruppo senza trattamento. Nel follow-up di 3 mesi, a livello generale si sono verificati ulteriori miglioramenti con un aumento dei pazienti migliorati nel gruppo di trattamento dal 69.6% al 73.9% mentre quelli che presentavano sintomi lievi sono passati dal 47.8% al 65.2%. La conclusione è dunque che la terapia cognitivo-comportamentale di gruppo riduce l'intensità dei sintomi ossessivo-compulsivi, riduce l'intensità dei pensieri disfunzionali e migliora la qualità di vita dei pazienti, dunque corregge l'apprendimento errato dei rituali e il comportamento di evitamento, neutralizzando o riducendo l'ansia associata alle ossessioni e cambiando le convinzioni disfunzionali; nessuno di questi miglioramenti è stato notato nel gruppo senza trattamento. I risultati della terapia cognitivo-comportamentale di gruppo persistono e ulteriori effetti terapeutici possono svilupparsi in generale nel tempo dopo il trattamento.

Un altro studio è “**A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behavior therapy in obsessive compulsive disorder**” (Cottraux et al., 2001) il quale scopo è quello di confrontare la terapia cognitiva rispetto la terapia comportamentale per vedere quale risulta essere maggiormente efficace nella diminuzione dei sintomi ossessivo-compulsivi nelle persone con DOC. Questo studio è di tipo randomizzato e prende in esame 65 pazienti, divisi in due gruppi: uno viene sottoposto alla terapia cognitiva composta da 20 ore di terapia durante 16 settimane: 1 ora alla settimana, con 1 o 2 sessioni settimanali, con svolgimento di compiti a casa e l'altro a quella comportamentale composta da 20 ore di terapia per 16 settimane: 4 settimane da 2 sessioni di 2 ore e 12 settimane da 1 sessione di 40 minuti ogni 2 settimane, con svolgimento di compiti a casa. La valutazione finale tiene in considerazione 62 pazienti e tra questi, il 16% quindi circa 10 pazienti, era guarito alla fine del trattamento e il 20%, ossia circa 12 pazienti, alla fine del follow-up. Ci sono stati pochi abbandoni nel periodo di trattamento (7%, circa 4 pazienti) e il 26%, circa 17 pazienti, al follow-up; il fatto che gli abbandoni siano aumentati nel periodo del follow-up, potrebbe mettere in dubbio l'efficacia a lungo termine delle due terapie. Contrariamente alle ipotesi fatte inizialmente, le ossessioni sono migliorate sia con la terapia comportamentale che con la terapia cognitiva e non soltanto grazie alla terapia cognitiva; tuttavia, alcuni aspetti sono migliorati con una terapia ed altri con l'altra terapia. In conclusione, sia la terapia cognitiva che quella comportamentale sono trattamenti altrettanto efficaci per il DOC a breve e lungo termine.

Un ulteriore studio è **“Treatment of obsessive compulsive disorder: cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention”** (Whittal et al., 2005) che ha lo scopo di confrontare la terapia cognitivo-comportamentale rispetto l’esposizione e prevenzione della risposta per vedere quale risulta essere maggiormente efficace verso le persone con DOC. Questo studio è di tipo randomizzato e prende in esame un gruppo di 68 persone che si divide a sua volta in un gruppo al quale viene proposta la terapia cognitivo-comportamentale e in un gruppo dove invece viene proposta l’esposizione e prevenzione della risposta. Le sessioni di trattamento, sia di terapia cognitivo-comportamentale che di esposizione e prevenzione della risposta, duravano dai 50 ai 60 minuti e venivano somministrate 1 volta alla settimana per 12 settimane consecutive. Alla fine dello studio vengono considerati 64 pazienti per la valutazione finale, che permette di giungere alla conclusione che la terapia cognitivo-comportamentale e l’esposizione e prevenzione della risposta, ossia la terapia comportamentale, sono trattamenti ugualmente efficaci per il DOC e ciò è dimostrato sia al post-trattamento che al follow-up, in quanto non sono stati osservati effetti statisticamente significativi tra i due trattamenti. Sono stati osservati effetti positivi, invece, in entrambi i gruppi nel post-trattamento e nel follow-up rispetto al pre-trattamento. Viene inoltre affermato che la terapia cognitivo-comportamentale può diventare il trattamento psicologico di scelta nel caso in cui l’esposizione e prevenzione della risposta sia difficile da applicare.

Infine, vi è lo studio **“Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive compulsive disorder”** (Foa et al., 2005). Questo studio è di tipo randomizzato e il suo scopo è di provare l’efficacia relativa e combinata della clomipramina e dell’esposizione e prevenzione della risposta nel trattamento del DOC negli adulti. Lo studio, infatti, paragona il placebo, con l’esposizione e prevenzione della risposta combinata, e non, alla clomipramina e con la sola clomipramina; inoltre, emerge la differenza tra prima e dopo il trattamento. Sono state prese in considerazione 122 persone che sono state suddivise in 4 gruppi: 29 nel gruppo di esposizione e prevenzione della risposta, di cui 21 hanno terminato il trattamento, 36 in quello di clomipramina di cui 27 lo hanno terminato, 31 in esposizione e prevenzione della risposta e clomipramina dove 19 lo hanno terminato, 26 in placebo e 20 hanno terminato lo studio. L’intervento con esposizione e prevenzione della risposta consisteva in sessioni di esposizione 2 ore al giorno per 3 settimane, con assegnamento di compiti giornalieri, e 45 minuti per 8 settimane; quello di clomipramina e placebo invece si tenevano 30 minuti 1 volta a settimana per l’aggiustamento del farmaco e i partecipanti venivano incoraggiati ad esporsi a situazioni che avrebbero evocato le ossessioni, astenendosi dal rituale; l’intervento con esposizione e prevenzione della risposta misto a clomipramina sono stati effettuati secondo quanto descritto per ogni singolo trattamento della clomipramina e all’esposizione e prevenzione della risposta. L’ipotesi dello studio era che il trattamento combinato di esposizione e prevenzione della risposta più clomipramina sarebbe stato più efficace rispetto le singole terapie, infatti, alla fine dei trattamenti si è constatato che il trattamento combinato è stato più efficace. La sola clomipramina potrebbe, tuttavia, essere utilizzata per le persone per cui l’esposizione e prevenzione della risposta è troppo dolorosa e difficile. Dopo 12 settimane, i risultati dei trattamenti erano migliori, ossia statisticamente significativi, rispetto al gruppo placebo; inoltre l’esposizione e prevenzione della risposta risulta essere più efficace rispetto alla clomipramina. Tutti i punteggi dei gruppi di trattamento dall’inizio rispetto alla fine dei trattamenti sono migliorati in modo statisticamente significativo. Un problema riscontrato nei trattamenti è che su 36 pazienti trattati con clomipramina 28 hanno riportato almeno un effetto collaterale moderato o grave nella fase acuta del trattamento, rispetto ai 21 su 31 partecipanti trattati con esposizione e

prevenzione della risposta più clomipramina e 26 nel gruppo placebo. Questo studio ha diversi limiti e sono i seguenti: i dati non sono stati raccolti su pazienti che hanno abbandonato il trattamento dopo la randomizzazione ma prima del trattamento; non sono stati raccolti dati riguardo alla storia del trattamento precedente; le valutazioni non includevano strumenti per misurare le differenze funzionali e la qualità di vita che sono attualmente in uso in studi randomizzati e controllati.

4.1 Confronto degli studi

Lo scopo dello studio di Whittal et al. (2005), è quello di confrontare la terapia cognitivo-comportamentale con l'esposizione e prevenzione della risposta, mentre quello di Cottraux et al. (2001) è quello di confrontare la terapia cognitiva rispetto alla terapia comportamentale per vedere quale risulta essere maggiormente efficace verso le persone con DOC. Rispetto agli interventi, le ore sono diverse e anche la suddivisione del tempo: nello studio di Whittal e colleghi (2005) le sessioni duravano dai 50 ai 60 minuti e venivano somministrate 1 volta alla settimana per 12 settimane. Nello studio di Cottraux et al. (2001) le due terapie erano diverse, per la terapia cognitiva si svolgevano 20 ore di terapia durante 16 settimane (1 ora per sessione, con 1 o 2 sessioni alla settimana) mentre per la terapia comportamentale c'erano comunque 20 ore di terapia per 16 settimane ma suddivise in modo diverso (4 settimane da 2 sessioni di 2 ore e 12 settimane di 40 minuti ogni 2 settimane), in aggiunta, nello studio di Cottraux et al. (2001) venivano assegnati compiti a casa per entrambi i gruppi di trattamento. In tutti e due gli studi, nonostante l'intervento sia stato attuato in modo diverso. Sia la terapia cognitiva sia quella comportamentale erano ugualmente efficaci per trattare persone con DOC, sia nel posttrattamento che al follow-up, mentre la terapia cognitivo-comportamentale risulta essere leggermente più efficace rispetto l'esposizione e prevenzione della risposta sia nel posttrattamento che al follow-up (Cottraux et al., 2001; Whittal et al., 2005).

Sia nello studio di Cordioli et al. (2003) sia in quello di Foa et al. (2005), viene anche valutata, ma non solo, l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale (anche se lo scopo dello studio di Cordioli e colleghi (2003) è di valutare l'efficacia di gruppo) ma le ore e la suddivisione del tempo sono diversi tra i due studi. L'intervento di Cordioli et al. (2003) dura 12 settimane con 12 sessioni di 2 ore 1 volta a settimana, mentre quello di Foa (2005) consiste in sessioni di esposizione 2 ore al giorno per 3 settimane, con assegnamento di compiti giornalieri e in seguito 45 minuti per 8 settimane. Le differenze tra i gruppi presenti all'interno dei due studi erano statisticamente significative, infatti in entrambi gli studi ci sono stati miglioramenti nei pazienti sottoposti a terapia cognitivo-comportamentale rispetto a quelli non trattati; inoltre tutti i punteggi dei gruppi di trattamento di terapia cognitivo-comportamentale dall'inizio rispetto alla fine sono statisticamente significativi (Cordioli et al., 2003; Foa et al., 2005).

In seguito vengono presi in considerazione i diversi aspetti che sono valutati negli studi; con le differenze tra il pre e post trattamento e follow up all'interno dei singoli studi e le differenze o similitudini tra le diverse ricerche. Vengono inoltre considerate e citate le valutazioni utilizzate negli studi, che vengono riprese e spiegate nell'allegato 2: valutazioni presenti negli studi. Sono stati selezionati gli aspetti e le valutazioni più importanti per il mio lavoro di bachelor ma erano presenti anche altre valutazioni superflue per questo lavoro.

Ho scelto di non prendere in considerazione la **Beck Depression Inventory (BDI)** che è stata utilizzata in due studi, in quanto è una valutazione che rileva la gravità della depressione. Un'altra valutazione che non ho preso in considerazione è la **Marks Fear Questionnaire (FQ)** la quale è stata usata in uno studio, che valuta la comorbidità fobica;

queste valutazioni non le ritengo opportune per il mio lavoro di ricerca in quanto per questo lavoro è indifferente la presenza o meno degli aspetti considerati da queste valutazioni.

QUALITÀ DI VITA

La qualità di vita nei suoi diversi aspetti rispetto le aree e le funzioni, è stata valutata negli studi di Cordioli et al. (2003) e Cottraux et al. (2001), dove, in entrambi gli studi, sono stati rilevati dei miglioramenti. Si è deciso di tenere in considerazione tutte le valutazioni, in merito alla qualità di vita, presenti negli studi in quanto hanno entrambe una correlazione con l'area lavorativa. Per la **World Health Organization Quality Of Life assessment – abbreviated version (WHQOL-BREF)** vengono valutate le funzioni fisiche, psicologiche, sociali e le condizioni ambientali che influenzano la qualità di vita, che, a sua volta, influenza le performance lavorative in quanto queste funzioni vengono utilizzate per lavorare. La **Quality Of Life (QOL)**, invece, oltre ad altri aspetti valuta anche proprio la qualità di vita percepita rispetto all'area lavorativa.

Per lo studio di Cordioli et al. (2003) è stata utilizzata la valutazione **World Health Organization Quality Of Life assessment – abbreviated version (WHOQOL-BREF)** dove, nei risultati del gruppo di controllo, non sono presenti dati statisticamente significativi in quanto vi è poca differenza tra le valutazioni iniziali e quelle finali; nel gruppo di trattamento, alla fine del trattamento, la sottoscala fisica era migliorata in modo statisticamente significativo rispetto all'inizio. Per le sottoscale psicologica, sociale e ambientale, seppur non in misura statisticamente significativa, i risultati sono comunque migliorati rispetto all'inizio del trattamento. Al follow-up, invece, i risultati a livello globale non si sono mantenuti ma sono leggermente diminuiti anche se non in modo statisticamente significativo. In conclusione, grazie alla terapia cognitivo-comportamentale di gruppo, le funzioni fisiche, psicologiche, sociali e le condizioni ambientali sono migliorate, anche se non sempre significativamente, in tutte le sottoscale dall'inizio alla fine della terapia ma non al follow-up dove i miglioramenti si sono leggermente ridotti. Questo significa che l'efficacia del trattamento è maggiore mentre lo si svolge e va diminuendo una volta terminato.

Per quanto riguarda lo studio di Cottraux et al. (2001), invece, è stata utilizzata la valutazione **Quality Of Life (QOL)** dove non vi sono risultati statisticamente significativi tra il gruppo di terapia cognitiva e quello di terapia comportamentale. In entrambi però vi è stato un miglioramento tra il prima e la fine del trattamento, miglioramenti che non si sono mantenuti nel follow-up a 52 settimane. Questi risultati enunciano che non vi è nessuna differenza tra la terapia cognitiva e quella comportamentale a livello delle aree di qualità di vita, ma comunque entrambe le terapie permettono di apportare dei miglioramenti alle aree del lavoro, del tempo libero da soli, tempo libero con altre persone, vita familiare e vita sessuale, quando il trattamento è in atto, ma la qualità di vita diminuisce gradualmente una volta terminato il trattamento (Cordioli et al., 2003; Cottraux et al., 2001).

INTERFERENZA DI OSSESSIONI E COMPULSIONI NELLA VITA QUOTIDIANA

L'interferenza delle ossessioni e delle compulsioni sulla qualità di vita è stata valutata in tutti e 4 gli studi attraverso la **Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)** che valuta oltre all'interferenza nella vita quotidiana di ossessioni e compulsioni, anche il tempo trascorso, l'angoscia, la resistenza e il controllo associati a questi comportamenti. Ho deciso di tenere in considerazione questa valutazione in quanto le interferenze di ossessioni e compulsioni nella vita quotidiana riguardano anche l'area da me considerata, ossia quella lavorativa.

Nello studio di Cordioli et al. (2003) il gruppo sottoposto alla terapia cognitivo-comportamentale di gruppo, al contrario di quello di controllo che ha avuto solamente un leggero miglioramento non significativo dei risultati, ha avuto dei miglioramenti significativi a livello globale che si sono mantenuti anche al follow-up. Nello studio di Whittal et al. (2005) non vi sono differenze statisticamente significative tra la terapia cognitivo-comportamentale e l'esposizione e prevenzione della risposta; mentre in quello di Cottraux et al. (2001) non vi sono effetti statisticamente significativi tra il gruppo di terapia cognitiva e quello di terapia comportamentale, ma ci sono miglioramenti significativi nelle sottoscale tra il pre e post-trattamento e al follow-up per entrambi gli studi e per tutti i gruppi. Per entrambi gli studi gli esiti si sono mantenuti al follow-up nel gruppo di terapia cognitiva e terapia cognitivo-comportamentale, che risultano dunque essere più efficaci una volta terminato il trattamento. Nello studio di Cottraux et al. (2001), invece, i risultati al follow-up si sono mantenuti unicamente rispetto alle ossessioni.

Nello studio di Foa et al. (2005), alla settimana 12, gli effetti per i partecipanti che ricevevano esposizione e prevenzione della risposta con o senza clomipramina e quelli che ricevevano la sola clomipramina erano significativamente migliori a quelli dei pazienti che ricevevano placebo. Inoltre, i risultati nei gruppi di esposizione e prevenzione della risposta sia con che senza clomipramina erano migliori rispetto a quelli della sola clomipramina. Nessuna differenza significativa, invece, vi era tra esposizione e prevenzione della risposta con o senza clomipramina.

In conclusione, in uno studio su quattro (Cordioli et al., 2003), le ossessioni e le compulsioni hanno interferito meno nella vita quotidiana grazie al trattamento cognitivo-comportamentale di gruppo, hanno portato via meno tempo, procurato meno angoscia alle persone e i pazienti hanno imparato a resistere e controllare maggiormente questi comportamenti ossessivo-compulsivi. Per lo studio di Cottraux et al. (2001), gli esiti positivi si sono verificati sia nel gruppo di terapia cognitiva che in quello di terapia comportamentale ma ci sono stati miglioramenti importanti tra il pre e post-trattamento e al follow-up unicamente nel gruppo di terapia cognitiva. Per lo studio di Whittal et al. (2004), i risultati positivi si sono verificati sia nel gruppo di terapia cognitivo-comportamentale che nell'esposizione e prevenzione della risposta. Nello studio di Foa et al. (2005), infine, si sono verificati miglioramenti soprattutto nella terapia di esposizione e prevenzione della risposta con e senza clomipramina piuttosto che nei gruppi placebo e di sola clomipramina.

GRAVITÀ DEI SINTOMI OSSESSIVO-COMPULSIVI

Tre studi su quattro valutano ad inizio e fine dello studio, alcuni anche al follow-up, la gravità dei sintomi ossessivo-compulsivi. Vengono utilizzate le valutazioni **National Institute of Mental Health Obsessive Compulsive Scale (NIMH-OCS)** e **Clinical Global Impression (CGI)** dove entrambe valutano la gravità dei sintomi ossessivo-compulsivi; la prima valuta la gravità da minima a molto grave e la seconda invece, oltre a ciò, valuta il grado di miglioramento e peggioramento dei sintomi. Ho deciso di considerare entrambe le valutazioni in quanto, come visto nel background, sia i sintomi ossessivi che quelli compulsivi hanno influenza sull'area del lavoro.

Gli studi di Cordioli et al. (2003), Cottraux et al. (2001) e Foa et al. (2005) utilizzano la **National Institute of Mental Health Obsessive Compulsive Scale (NIMH-OCS)**. Nello studio di Cordioli et al. (2003) i dati del gruppo di controllo non sono statisticamente significativi, dato che c'è poca differenza tra i risultati del pre e post-trattamento, mentre per il gruppo di terapia cognitivo-comportamentale di gruppo c'è stato un miglioramento significativo nei punteggi tra il pre e post-trattamento; questo miglioramento è evoluto,

anche se non in maniera statisticamente significativa, nel follow-up di 3 mesi. Per concludere, si può dire che la gravità dei sintomi ossessivo-compulsivi si è ridotta significativamente nel gruppo di terapia. Nello studio di Cottraux et al. (2001) non vi sono differenze statisticamente significative tra il gruppo di terapia cognitiva e quello di terapia comportamentale, in entrambi però vi è stato un miglioramento tra il prima e la fine del trattamento, che però non si è mantenuto nel follow-up a 52 settimane. Le evidenze mostrano che sia con l'utilizzo della terapia cognitiva che di quella comportamentale c'è una riduzione della gravità dei sintomi durante il trattamento ma che diminuisce una volta terminato lo stesso. Infine, nello studio di Foa et al. (2005), dov'è stata utilizzata anche la **Clinical Global Impression (CGI)** alla settimana 12 i punteggi dei pazienti che ricevevano trattamenti attivi erano significativamente migliori a quelli dei pazienti che ricevevano placebo in entrambe le valutazioni. Gli esiti nei gruppi di esposizione e prevenzione della risposta con e senza clomipramina erano migliori rispetto a quelli della sola clomipramina, mentre nessuna differenza significativa vi era tra esposizione e prevenzione della risposta con o senza clomipramina (Cordioli et al., 2003; Cottraux et al., 2001; Foa et al., 2005).

La conclusione delle ricerche è che la gravità dei sintomi è diminuita in uno studio grazie alla terapia cognitivo-comportamentale di gruppo (Cordioli et al., 2003) dove la diminuzione è continuata oltre la fine del trattamento. In un altro studio (Cottraux et al., 2001) la gravità è diminuita sia con la terapia cognitiva che con quella comportamentale ma i miglioramenti non si sono mantenuti una volta terminati i trattamenti. Nell'ultimo studio infine la gravità dei sintomi è diminuita e questi sono migliorati in tutti i gruppi con trattamenti attivi rispetto al gruppo placebo, ma principalmente in quelli sottoposti ad esposizione e prevenzione della risposta con e senza clomipramina rispetto a quello con sola clomipramina (Foa et al., 2005).

ANSIA DA EVITAMENTO COMPORTAMENTALE

Nella ricerca di Cottraux et al. (2001) è stata utilizzata la **Behavioral Avoidance Test (BAT)** per registrare una diminuzione dell'ansia legata all'evitamento delle compulsioni da parte dei partecipanti durante dei compiti. Non vi sono differenze statisticamente significative tra il gruppo di terapia cognitiva e quello di terapia comportamentale ma in entrambi vi è stato un miglioramento tra il prima e la fine del trattamento, che non si è però mantenuto nel follow-up a 52 settimane. In conclusione, l'ansia provocata nell'evitare i comportamenti compulsivi è diminuita (Cottraux et al., 2001). Ritengo importante prendere in considerazione questa valutazione, perché, come visto nel background, le compulsioni interferiscono nelle attività, di cui ne fanno parte anche quelle lavorative, ed è dunque necessario farvi fronte evitando di metterle in atto ma possibilmente avendo il minor grado di ansia possibile.

INTEPRETAZIONE DELLE OSSESSIONI

Tra le quattro ricerche prese in considerazione, troviamo tre studi che valutano la differenza delle interpretazioni delle ossessioni, ossia la presa in considerazione di queste, tra il prima e il dopo i trattamenti, ma per tutti gli studi sono state utilizzate valutazioni diverse. Possiamo, infatti, trovare l'**Interpretations of Intrusions Inventory (III)** che valuta unicamente l'interpretazione dei pensieri intrusivi indesiderati; l'**OverValued Ideas Scale (OVIS)** che oltre alla III valuta anche l'intensità e la rigidità con cui si presentano le ossessioni e l'**Intrusive Thoughts and their Interpretation Questionnaire (ITIQ)** che oltre alla III si specifica sulla valutazione delle dimensioni di responsabilità, colpa e inferiorità. Ritengo opportuno considerare queste valutazioni in quanto la presa in considerazione delle ossessioni potrebbe, come visto nel background,

interferire e portare ad un evitamento di attività di tutti i giorni e dunque anche quelle lavorative.

Lo studio di Whittal et al. (2005) utilizza la **Interpretations of Intrusions Inventory (III)** da cui non emergono differenze statisticamente significative tra il gruppo di terapia cognitivo-comportamentale e quello di esposizione e prevenzione della risposta ma entrambi i gruppi mostrano miglioramenti significativi in merito all'interpretazione delle ossessioni tra il pre e post-trattamento e al follow-up di 3 mesi. Questo, indica che le persone danno meno peso alle ossessioni grazie a questi due trattamenti. Nella ricerca di Cordioli et al. (2003) invece viene utilizzata l'**OverValued Ideas Scale (OVIS)** che non mostra dati statisticamente significativi nel gruppo controllo in quanto vi è stata poca differenza nelle valutazioni iniziali e finali, mentre miglioramenti statisticamente significativi emergono nel gruppo di terapia cognitivo-comportamentale di gruppo, che si sono mantenuti anche nel follow-up di 3 mesi. Per concludere, l'intensità, la rigidità e la valutazione delle ossessioni sono migliorate nel gruppo di trattamento. Il terzo studio prende in considerazione la valutazione **Intrusive Thoughts and their Interpretation Questionnaire (ITIQ)**, che non mostra effetti statisticamente significativi tra il gruppo di terapia cognitiva e quello di terapia comportamentale. In entrambi però vi è stato un miglioramento tra il prima e la fine del trattamento, che però non si è mantenuto nel follow-up a 52 settimane, dunque l'interpretazione delle ossessioni migliora unicamente mentre ci si attiene al trattamento (Cordioli et al., 2003; Cottraux et al., 2001; Whittal et al., 2005).

Concludendo, in uno studio, sia grazie alla terapia cognitiva sia grazie alla terapia comportamentale vi è una diminuzione della considerazione delle ossessioni (Cottraux et al., 2003). In uno studio questa diminuzione vi è sia grazie alla terapia cognitivo-comportamentale che all'esposizione e prevenzione della risposta (Whittal et al., 2005), mentre nel terzo studio troviamo questa diminuzione, insieme alla diminuzione dell'intensità e della rigidità, nel gruppo di terapia cognitivo-comportamentale di gruppo rispetto al gruppo senza trattamento (Cordioli et al. 2003).

INTENSITÀ DELLE CONVINZIONI RELATIVE ALLE OSSESSIONI

L'intensità delle convinzioni relative alle ossessioni viene valutata in due studi attraverso due valutazioni diverse; tengo entrambe in considerazione. Le valutazioni sono l'**Obsessive Belief Scale (OBQ)** che valuta l'intensità delle convinzioni relative alle ossessioni legate a danno/responsabilità, perfezione/certezza e importanza/controllo. L'altra valutazione è la **Salkovskis Responsibility Scale (SRS)** la quale valuta le convinzioni disfunzionali che la persona ha rispetto la responsabilità su eventi negativi.

Ho deciso di analizzarle in quanto è possibile che, sul lavoro, i pazienti possano trovarsi a provare le ossessioni citate nelle valutazioni che potrebbero intralciare il lavoro creando disagio, causato dalla responsabilità, o perdita di tempo come per esempio esigere la perfezione di un lavoro o il controllo continuo di questo.

L'**Obsessive Belief Scale (OBQ)**, viene sottoposta nello studio di Whittal et al. (2005), dove non vi sono risultati statisticamente significativi tra i due gruppi (terapia cognitivo-comportamentale e terapia comportamentale), in entrambi però vi è stato un esito positivo tra il prima e la fine del trattamento; miglioramento che si è mantenuto nel follow-up di 3 mesi. Gli esiti positivi sono stati rilevati nelle sottoscale di responsabilità/danno e in quella di importanza/controllo dei pensieri di entrambi i gruppi, mentre in quella di perfezionismo/certezza del gruppo di esposizione e prevenzione della risposta vi sono stati miglioramenti ma non significativi rispetto al gruppo di terapia cognitivo-comportamentale. La **Salkovskis Responsibility Scale (SRS)** invece è usata nello studio di Cottraux et al. (2001), per la quale non sono state rilevate differenze significative,

tra i due gruppi, alla fine del trattamento rispetto all'inizio, ma per entrambi i gruppi si sono verificati miglioramenti dal prima al dopo trattamento, che, unicamente per il gruppo di terapia cognitiva si sono mantenuti, nonché aumentati leggermente al follow-up di 52 settimane, mentre per il gruppo di terapia comportamentale i risultati sono leggermente peggiorati.

In sintesi, in ambedue gli studi, l'intensità delle convinzioni relative le ossessioni si è ridotta sia nel gruppo di terapia cognitiva sia in quello di terapia comportamentale sia in quello di terapia cognitivo-comportamentale. In uno studio gli esiti si sono mantenuti dopo la fine del trattamento, in maniera diversa tra i due gruppi, rispetto le sottoscale della valutazione (Whittal et al., 2004); nell'altra ricerca, invece, al follow up i miglioramenti si sono mantenuti unicamente per il gruppo di terapia cognitivo-comportamentale con un leggero aumento, mentre nel gruppo di terapia comportamentale i risultati sono leggermente peggiorati (Cottraux et al., 2001).

FREQUENZA DELLE OSSESSIONI

La valutazione della frequenza delle ossessioni viene effettuata unicamente nello studio di Cottraux et al. (2001) tramite l'**Obsessive Thoughts Checklist (OTC)**. Si tratta di una lista di controllo dei pensieri ossessivi rispetto la settimana precedente con sottoscale di lavaggio, responsabilità e controllo. Si è ritenuto opportuno tenerla in considerazione in quanto certe ossessioni si riscontrano anche sul posto di lavoro e una minor frequenza di ossessioni significa una minor interruzione delle attività e meno disagio, come visto nel background. Lo studio non riporta una differenza significativa tra il gruppo di terapia cognitiva e quello di terapia comportamentale ma in entrambi vi è stato un miglioramento, anche se non significativo, tra il prima e la fine del trattamento, che non si è però mantenuto nel follow-up a 52 settimane. In conclusione, durante il trattamento i pensieri ossessivi si riducono grazie sia alla terapia cognitiva sia grazie a quella comportamentale, tuttavia questa riduzione non si mantiene una volta terminato il trattamento (Cottraux et al., 2001).

5. Discussione

L'obiettivo principale di questa tesi è quello di capire se l'applicazione dell'Approccio Cognitivo-Comportamentale in ergoterapia, con persone affette da DOC, contribuisca alla diminuzione delle difficoltà riscontrate sul lavoro. Per rispondere a questa domanda verranno fatti dei collegamenti tra la parte teorica e i risultati ottenuti dagli articoli scientifici, che verranno proposti di seguito.

Dal momento che l'ergoterapia è un intervento psicosociale che mira ad aumentare il benessere nelle persone con problemi di salute e a promuoverne la partecipazione alle AVQ, in particolare, attraverso una visione sull'esperienza di malattia ovvero della maniera in cui influisce nella vita, può essere identificata la seguente finalità di trattamento: accrescere le potenzialità della persona quanto più possibile per raggiungere/mantenere la maggior autonomia e indipendenza possibili nelle attività delle diverse aree occupazionali mentre si adempie a ruoli di vita significativi e produttivi, che, come ripreso dal MOHO (Kielhofner & Burke, 1980), sono un aspetto importante della vita occupazionale, e di conseguenza promuovere la qualità di vita e il benessere (American Occupational Therapy Association, 2013; Biondi et al., 2014; Bryant et al., 2014; Cara & MacRae, 2013; Lipskaya-Velikovsky et al., 2014).

Come visto nel background, la qualità di vita è compromessa in persone con DOC (Cara & MacRae, 2005; Ruscio et al., 2010), infatti, secondo Stengler-Wenzke et al. (2007), Creek & Lougher (2008) e Bryant et al. (2014) il miglioramento di questa viene posto come finalità di trattamento ergoterapico. È importante che avvenga un miglioramento della QDV in quanto ciò significherebbe una maggiore soddisfazione dei propri bisogni lavorativi e del senso di benessere, aspetti diminuiti a causa delle conseguenze negative del disturbo sulle AVQ (Braveman & Page, 2012; Creek & Lougher, 2008). In alcuni studi presi in esame in questa tesi vengono valutati i domini fisico, psicologico e sociale della persona; è importante che questi siano ad un buon livello in quanto influenzano la qualità di vita che a sua volta influenza le performance lavorative visto che le funzioni fisiche, psicologiche e sociali vengono impiegate nel lavoro (Cara & MacRae, 2005; Kielhofner & Burke, 1980). Nello studio di Cordioli et al. (2003), viene evidenziato come, grazie alla terapia cognitivo-comportamentale di gruppo, le funzioni fisiche migliorino, tra pre e fine trattamento in maniera statisticamente significativa, mentre quelle psicologiche, sociali ed ambientali migliorano ma non in modo significativo. La terapia cognitivo-comportamentale di gruppo, quindi è efficace a breve termine per il miglioramento della QDV in persone con DOC, mentre a lungo termine non è efficace in quanto i risultati non si mantengono, anzi vi è addirittura un peggioramento. Nello studio di Cottraux et al. (2001), invece, risulta che né con la terapia cognitiva né con quella comportamentale si riscontrano risultati statisticamente significativi in merito al miglioramento di QDV nell'area del lavoro, ma sono comunque presenti dei miglioramenti dall'inizio alla fine del trattamento; una volta finito il trattamento però la QDV diminuisce gradualmente. Questi risultati fanno capire che per avere un miglioramento delle funzioni utili alla performance lavorativa, sarebbe necessario un trattamento duraturo nel tempo, in quanto al termine di questo la QDV diminuisce.

Rispetto a quanto analizzato nella parte teorica, ci sono diverse similitudini tra l'approccio ergoterapico e quello psicosociale come per esempio in merito alle aree occupazionali, alla visione e alle fasi del processo. In entrambi i casi si crea un progetto individualizzato dove vi è, in ergoterapia inizialmente, una fase di presa di contatto terapeuta-persona con DOC, una raccolta dati sulla storia del vissuto di malattia e bibliografica, una fase di valutazione iniziale, dove, oltre ad individuare la funzione di ossessioni e compulsioni nei

contesti di vita, ossia quali sono gli stimoli attivanti il timore, qual è la minaccia temuta, quali sono i comportamenti compulsivi messi in atto e la loro frequenza e durata. Vengono inoltre valutati il grado di autonomia e indipendenza, la performance e la soddisfazione in attività delle 8 aree occupazionali. Per valutare il grado di soddisfazione e performance di attività importanti preferisco usare il COPM (Law et al., 1990) rispetto all'OSA (Kielhofner et al., 2010) in quanto è libero mentre l'OSA è strutturato e ci potrebbe essere il rischio che non valuti tutte le attività opportune (Braveman & Page, 2012; Law et al., 1990). Un'altra valutazione che può essere usata che, oltre a valutare la performance e la soddisfazione, valuta anche la partecipazione sociale, l'organizzazione delle AVQ durante la giornata, l'impegno e la soddisfazione rispetto ai propri ruoli è l'OPHI, questi aspetti sono molto importanti secondo il MOHO (Kielhofner & Burke, 1980). Un ulteriore strumento che si può utilizzare per avere informazioni sul grado di interesse e di impegno della persona in attività è la Modified Interest Checklist; da qui si può notare se ci sono delle attività che venivano fatte in passato ma che sono state abbandonate a causa del disturbo e che all'individuo piacerebbe riprendere. Si può anche vedere la differenza di interesse ed impegno nell'attività, nel caso di questa tesi quella lavorativa, tra prima ed ora e il desiderio futuro della persona in merito a questi aspetti. Oltre alle valutazioni standardizzate, è importante effettuare un colloquio libero con la persona, in cui si esprime in merito alle attività per lui importanti e le problematiche riscontrate in queste (Fisher, 2009). Una volta individuate le occupazioni, vale a dire le attività significative per l'individuo, nel caso di questa tesi: il lavoro, in cui sono presenti difficoltà, viene effettuata un'osservazione di questa, seguita da un'analisi dell'attività in riferimento alla fase valutativa dell'OTIPM (Fisher, 2009), dove l'attività viene scomposta in atti per vedere in quali di questi, nello specifico, si riscontrano le difficoltà (Bryant et al., 2014; Fisher, 2009). Viene analizzato quali funzioni fisiche, cognitive e mentali sono necessarie allo svolgimento dell'attività e si punta allo sviluppo o ripristino di quelle carenti, in quanto, secondo il MOHO (Kielhofner & Burke, 1980), per una buona performance è necessario anche un buon funzionamento ed interazione di queste componenti che sono interdipendenti tra di loro (mente-cervello-corpo). Viene inoltre analizzato il setting in cui viene svolta l'occupazione: com'è e come dovrebbe essere per avere una migliore performance e soddisfazione, in merito a luci, rumore, stimoli esterni, presenza e quantità di stimoli ansiogeni, vicinanza di oggetti, materiale necessario allo svolgimento, in quanto, sempre nel MOHO (Kielhofner & Burke, 1980) viene ripresa l'importanza dell'ambiente (Bryant et al., 2014; Fisher, 2009). Grazie a queste analisi è possibile individuare problemi e punti di forza della persona ed emergono i punti su cui è necessario lavorare; per esempio l'adattamento dell'ambiente o dell'attività, semplificandola o diminuendo stimoli ansiogeni. Nello specifico, per l'attività lavorativa, si effettua un'osservazione e analisi dell'attività sul posto di lavoro per vedere quali compiti la persona svolge e in che modo, inoltre vengono considerati gli aspetti delle capacità lavorative quali: qualità e precisione del lavoro, velocità d'esecuzione, abilità, memoria, problem solving, pianificazione e gestione del tempo e del lavoro; se lavora in modo strutturato, attento e concentrato. Viene inoltre considerato se e quante pause vengono fatte in quanto queste sono importanti per distogliere la mente da stimoli ossessivi e quindi avere un momento di relax mentale. Come visto nel background ci sono valutazioni specifiche per il lavoro e ho deciso di tenere in considerazione il MELBA (Miro GmbH, s.d.-b) che valuta quali competenze il lavoratore possiede e quali sono le richieste dal lavoro, ossia, le competenze che servirebbero per lavorare, se e come il posto di lavoro può essere adattato. Ho preferito il MELBA (Kleffmann et al., 1997) rispetto all'IDA (Miro GmbH, s.d.-a) e all'AWP (Kielhofner, 2002) in quanto lo trovo più completo e valuta più aspetti, inoltre il paragone, tra i profili del lavoratore e quello del lavoro, è più chiaro. Un'altra valutazione

specifica per il lavoro è la WRI in quanto permette di raccogliere dati su fattori psicosociali e ambientali che influenzano il lavoro. Infine potrebbe essere utile chiedere alla persona di tenere un diario su cui esprime il grado di ansia percepito prima durante e dopo queste attività (Kielhofner & Burke, 1980).

Dopodiché, grazie alla valutazione iniziale, l'ergoterapista e la persona, secondo il principio dell'OTIPM (Fisher, 2009), definiscono punti di forza, problemi riscontrati nelle aree occupazionali e i bisogni che l'individuo ha in merito alle occupazioni, rispetto ai problemi per la persona con DOC. Questi si possono ritrovare nel capitolo "2.3 problemi occupazionali e qualità di vita" e "2.5.3 l'ergoterapia, il lavoro e il DOC". Successivamente, vengono stabiliti gli obiettivi che l'individuo desidera raggiungere, che sono in questo caso basati sul recupero graduale di abilità e strategie per ridurre ossessioni e compulsioni per permettere una migliore performance e soddisfazione lavorativa. In seguito alla fase di formulazione degli obiettivi, vi è la fase di pianificazione dove si decide, insieme alla persona, ciò che verrà fatto e come. La persona è inoltre consapevole che durante l'intervento, non deve attuare evitamenti di situazioni ansiogene né comportamenti compulsivi e per questi aspetti è aiutato dall'ergoterapista. Nella pianificazione, vengono scelti approcci, setting e attività da utilizzare in terapia: rispetto all'approccio, come evidenziato nella letteratura scientifica, quello Cognitivo-Comportamentale rientra negli approcci utilizzati dagli ergoterapisti per la promozione del benessere, dove si combinano elementi sia comportamentali che cognitivi (Blesedell Crepeau et al., 2015; Bryant et al., 2014; Cara & MacRae, 2013). L'Approccio Cognitivo-Comportamentale, come visto precedentemente, ha come scopo la riduzione di ossessioni e compulsioni. Dai risultati emersi negli articoli scientifici presi in esame si può notare che alla fine del trattamento, rispetto all'inizio, le ossessioni sono diminuite grazie sia alla terapia cognitiva che a quella comportamentale. Tuttavia, questi miglioramenti non si mantengono nel follow-up, dunque si tratta di trattamenti efficaci per la riduzione delle ossessioni solo a breve termine mentre a lungo termine no (Cottraux et al., 2001). Le evidenze mostrano come pure la gravità dei sintomi ossessivo-compulsivi sia diminuita dall'inizio del trattamento fino al follow-up grazie alla terapia cognitivo-comportamentale di gruppo. Grazie all'ERP, inoltre, anche se non ci sono dati relativi al follow-up, si legge che ci sono stati miglioramenti dei punteggi dall'inizio alla fine del trattamento e, infine, anche con la terapia cognitiva e con quella comportamentale ci sono miglioramenti dall'inizio alla fine del trattamento, ma i miglioramenti non si mantengono al follow-up (Cordioli et al., 2003; Cottraux et al., 2001; Foa et al., 2005). La diminuzione della gravità dei sintomi e della frequenza delle ossessioni sono importanti per la performance e soddisfazione occupazionale della persona con DOC. Una minor frequenza e gravità di questi aspetti, infatti, portano ad un miglioramento del processo cognitivo che è influenzato dai problemi psichiatrici, e dunque si ha un miglioramento della memoria, concentrazione, attenzione e risoluzione dei problemi (Cara & MacRae, 2013; Creek & Lougher, 2008). Si affronta inoltre un miglioramento del funzionamento generale dell'individuo grazie alla diminuzione della gravità dei sintomi del DOC (Kubny-Lüke, 2003). Inoltre, una diminuzione di ossessioni e compulsioni, permette di avere più tempo nello svolgimento sì del lavoro ma anche delle AVQ in generale. Questo porta ad una maggiore capacità di impegno in occupazioni in quanto l'attenzione viene posta sullo svolgimento dell'attività e non sul combattere i sintomi del DOC, promuovendo così un aumento dei livelli della performance occupazionale lavorativa e non (Cara & MacRae, 2013; Creek & Lougher, 2008). Di conseguenza si prova meno disagio e ciò porta ad una minor interruzione dell'attività, rispondendo così alla difficoltà della persona con DOC di riuscire ad iniziare e terminare un'attività e collegare ciò alle proprie competenze. Di conseguenza permette alla persona di sperimentare gratificazione ed autostima, nonché venir stimati dai propri

colleghi o datore di lavoro per aver portato a termine un'attività (Blaser Csontos, 2004; Cara & MacRae, 2005, 2013; Clark, 2009). Un aspetto che aiuta la diminuzione della gravità dei sintomi del DOC è il fatto di comprendere che ossessioni e compulsioni sono infondate ed irrazionali e che pur mettendole in atto non si previene nessun tipo di conseguenza negativa, quindi vengono ridotti i comportamenti compulsivi nell'agire in quanto grazie all'approccio cognitivo-comportamentale si permette di avere una maggior tolleranza del livello di ansia causato dai pensieri ossessivi (Cara & MacRae, 2013; Kubny-Lüke, 2003). La diminuzione della gravità dei sintomi ossessivo-compulsivi, inoltre, secondo l'American Psychiatric Association (2018) e Stengler-Wenzke et al. (2007), porta ad un miglioramento generico della QDV e della compromissione sociale e lavorativa grazie alla diminuzione del tempo occupato da ossessioni e compulsioni o dal tempo occupato dall'evitamento di queste. Collegando quanto appena detto con l'ergoterapia, si può enunciare che l'intervento con l'Approccio Cognitivo-Comportamentale, applicando una gradualità dell'attività, include i modelli restitutivo e acquisitivo dell'OTIPM (Fisher, 2009). Infatti, rispetto a quello acquisitivo, vi è un'acquisizione di abilità e di competenze nello svolgimento dei diversi atti dell'occupazione, per esempio, possiamo trovare un aumento dell'autostima e della sicurezza rispetto le proprie competenze. Inoltre, vi è una restituzione di motivazione nello svolgere attività, un miglioramento dei diversi ruoli (lavorativo ed altri ruoli in base a quelli presenti precedentemente al disturbo), una riacquisizione di una routine giornaliera e settimanale e di abitudini come per esempio strutturare la giornata equilibrando le 8 aree occupazionali o strutturare il proprio lavoro e le pause, ritrovamento ed attuazione di interessi verso attività e miglioramento della concentrazione, della memoria e della risoluzione di problemi nonché un miglioramento delle funzioni mentali ossia il cambiamento di valutazione dei pensieri ossessivi e dello stato d'animo (American Psychiatric Association, 2018; Fisher, 2009). Rispetto a quanto precedentemente esplicitato, secondo gli approcci ergoterapici, viene utilizzato un approccio educativo in quanto viene modellato un atteggiamento. Riguardo, invece, entrambi i modelli citati dell'OTIPM (Fisher, 2009), si rispecchiano nell'approccio riabilitativo ergoterapico dato che c'è una riacquisizione e miglioramento di competenze e abilità diminuite o scomparse o ne vengono acquisite di nuove necessarie allo svolgimento dell'attività lavorativa (Blesedell Crepeau et al., 2015; Bryant et al., 2014; Cara & MacRae, 2013). Sempre rispetto alla gravità dei sintomi, possiamo trovare che il DOC, come visto nel background, è associato ad una bassa qualità di vita e ad un'alta compromissione sociale e lavorativa a causa appunto della gravità dei sintomi del disturbo, infatti, una compromissione di queste aree è anche un criterio diagnostico secondo il Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali (American Psychiatric Association, 2018; Clark, 2009; Eisen et al., 2006). La riduzione della gravità dei sintomi potrebbe, inoltre, essere correlata al grado di autoefficacia di una persona. La diminuzione della gravità dei sintomi e il miglioramento della qualità di vita dovrebbero dunque aiutare a migliorare la partecipazione sociale e lavorativa, la performance e la soddisfazione lavorativa (Cordioli et al., 2003; Cottraux et al., 2001; Foa et al., 2005).

Viene spesso dimostrato (Rufer et al., 2016) che un trattamento specifico e mirato, fra cui rientra anche la terapia cognitivo-comportamentale, è più efficace. Attraverso il training di esposizione, la persona viene invitata ad esporsi gradualmente a situazioni che cerca di evitare o che gli fanno paura, dove sono presenti elementi ossessivi. L'ergoterapista potrebbe invitare l'individuo ad esporsi all'esecuzione di attività a rischio di evocazione di ossessioni, e quindi situazioni temute, simili a quelle che trova sul posto di lavoro e che gli causano interferenza, per un tempo prolungato rispetto a quello da lui solitamente tollerato. Queste situazioni creano ansia, che, di conseguenza, provoca ossessioni.

Verso quest'ultime si deve attuare, con l'aiuto del terapeuta, una prevenzione di risposta neutralizzante l'ansia, ossia bloccare per un tempo maggiore le compulsioni, rispetto a quello che la persona è solitamente capace di fare. Infatti, grazie all'esposizione e prevenzione della risposta, si vuole rendere consapevole l'individuo del fatto che, in assenza di rituali di neutralizzazione, l'ansia diminuisce fisiologicamente fino ad estinguersi e di conseguenza diminuisce anche l'impulso di neutralizzazione e vengono modificate le credenze disfunzionali, dato che, la persona, si rende conto di non avere bisogno di conformare il suo comportamento alle ossessioni in quanto queste sono irrazionali; di conseguenza vengono ridotti i problemi occupazionali e ampliata la capacità d'agire della persona (Aletti & Di Fiorino, 2012; Blesedell Crepeau et al., 2015; Doron & Moulding, 2009; Fisher & Wells, 2005; Mancini, 2016). Rispetto all'interferenza delle ossessioni e compulsioni nella vita, che riguardano come precedentemente detto, anche l'attività lavorativa, viene valutata in tutti e 4 gli studi presi in esame nella tesi. Ossessioni e compulsioni hanno interferito meno nella vita, portando via meno tempo, procurando meno angoscia grazie all'apprendimento delle persone, a resistere e controllare di più i comportamenti ossessivo-compulsivi, grazie alle terapie cognitivo-comportamentale di gruppo e individuale (Cordioli et al., 2003; Whittal et al., 2005), terapia cognitiva e comportamentale (significativamente solo con quella cognitiva) (Cottraux et al., 2001) e grazie all'ERP (Foa et al., 2005; Whittal et al., 2005) dove ci sono stati miglioramenti tra pre e post trattamento. Purtroppo solamente nella terapia cognitiva e nelle terapia cognitivo comportamentali sia di gruppo che individuali, l'efficacia rimane anche una volta terminato il trattamento (Cordioli et al., 2003; Cottraux et al., 2001; Whittal et al., 2005).

Dato che l'ergoterapia si avvale delle attività significative per l'individuo come mezzo di trattamento per perseguire gli obiettivi prefissati (Bryant et al., 2014), l'Approccio Cognitivo-Comportamentale è da integrare nelle occupazioni. In merito l'attività terapeutica, questa viene scelta insieme alla persona in base alle sue necessità e viene svolta sempre con il terapeuta e il suo sostegno.

Il metodo utilizzato per l'intervento ergoterapico rispetto ad una riabilitazione lavorativa, per integrare l'Approccio Cognitivo-Comportamentale, è quello basato sulle competenze, in quanto, questo, ha come scopo il miglioramento o la riacquisizione delle competenze limitate a causa del disturbo, che in questo caso sono competenze cognitive ed emotive quali concentrazione, attenzione, memoria, problem solving, autostima, autovalutazione, fiducia in sé. Dato che per lavorare e per le AVQ in generale si mettono in atto competenze cognitive, mentali e fisiche e le abilità di ognuno, il lavoro è un'attività basata sulle competenze. L'individuo con DOC, tendendo a svalutarsi, nega le proprie capacità, ma grazie a questo metodo che permette di avere feedback positivi immediati e chiari, acquisisce consapevolezza di queste, si sente più sicuro e viene favorito di conseguenza un aumento della motivazione nello svolgimento di attività (Kubny-Lüke, 2003). Quanto precedentemente detto, può rispondere al problema enunciato da Blaser Csontos (2003) rispetto alla difficoltà nell'auto-controllo e nel giudizio finale e nell'immagazzinamento delle nuove informazioni. Riguardo alla scelta dell'attività, è bene essere consapevoli, come ergoterapisti, di quali sono gli oggetti o gli stimoli che possono scaturire pensieri ossessivi, così da riuscire a gestirli, dato che all'inizio è preferibile non offrire compiti comprendenti contenuti ossessivi in quanto l'obiettivo, inizialmente, è il vissuto di successo o di rilassamento. Oltre a ciò, per permettere alla persona di percepirsi maggiormente sicura e competente e per far fronte ad un problema esplicitato da Blaser Csontos (2003) quale la difficoltà di iniziare e finire un'attività, è bene scegliere un'attività strutturata, breve e con poche sequenze e dare, oltre al sostegno, dei feedback positivi dopo ogni tappa dell'attività (Cara & MacRae, 2013; Kubny-Lüke, 2003).

Il setting di trattamento per persone con DOC dovrebbe essere ecologico, in quanto, in questo disturbo, vi è una difficoltà a generalizzare le competenze apprese, ossia applicare quanto appreso in altri contesti. È pertanto necessario lavorare sull'attività specifica in cui la persona presenta difficoltà. Le attività di trattamento ergoterapico possono essere focalizzate sui diversi compiti-azioni-situazioni che compongono l'occupazione difficoltosa in questione. Prendiamo l'esempio di una signora che svolge il lavoro di cassiera e presenta ossessioni e compulsioni di contaminazione-lavaggio; una difficoltà che essa potrebbe avere sul lavoro è quella di doversi pulire le mani di continuo a causa del timore di toccare un determinato oggetto necessario allo svolgimento dell'attività. Per esempio, se ogni volta dopo aver toccato dei soldi deve eseguire dei riti compulsivi di lavaggio, faticherà ad incassare i soldi e dare il resto ai clienti. L'ergoterapista lavora con un Approccio Cognitivo-Comportamentale applicando una graduazione dell'attività sulle tappe precedenti all'incassare i soldi e dare il resto; per esempio si potrebbe andare con la persona in un negozio a fare acquisti, iniziando dall'entrare insieme nel negozio per pochi minuti, e, gradualmente, aumentare il tempo di permanenza, successivamente si potrebbe passare all'avvicinamento alla cassa o ai prodotti, per arrivare alla fine dell'intervento, a riuscire ad entrare nel negozio e prendere un articolo; svolgendo tutti gli atti senza stimoli ansiogeni, senza provare ansia e preoccupazione ed in modo soddisfacente. Per permettere ciò, è importante che l'ergoterapista aiuti la persona a restare concentrata sul qui ed ora, vale a dire sul momento di ogni singolo atto e non sul futuro atto ansiogeno, che applichi una graduazione del tempo di durata di ogni compito e che sia presente e l'aiuti durante tutti gli atti, rassicurandola. Rispetto a quest'ultimo, l'Approccio Cognitivo-Comportamentale può essere applicato sia rispetto ad una gradualità dell'attività, sia rispetto ad una gradualità di esposizione e prevenzione della risposta. Si potrebbe iniziare pagando gli articoli con i propri soldi e l'ergoterapista si occupa di mettere via il resto, successivamente l'individuo potrebbe acquistare gli articoli utilizzando i soldi dell'ergoterapista, fino ad arrivare al punto di pagare, indifferentemente con i soldi di chi, e ricevere il resto dalla cassiera mettendolo nel portamonete; in questo caso si applica l'Approccio Cognitivo-Comportamentale basato sul metodo graduale, esponendo la persona progressivamente allo stimolo ossessivo temuto, cioè toccare soldi estranei e rinunciando all'attuazione di compulsioni comprendendo che l'ansia diminuisce fisiologicamente (Cara & MacRae, 2013; Kubny-Lüke, 2003).

In conclusione, vista la difficoltà di generalizzazione, attuando questo genere di processo ergoterapico, si risolverebbe solamente la parte relativa al lavoro ma è comunque opportuno tenere in considerazione anche le altre 7 aree occupazionali e la gestione del lavoro. In riferimento ai problemi enunciati da Blaser Csontos (2003), nelle attività di vita quotidiana in generale: per la difficoltà nella scelta dell'attività, che causa una mancanza di equilibrio delle aree occupazionali, tramite il metodo basato sulle competenze e a quello basato sulla percezione, combinati con la lista degli interessi la quale permette di favorire maggiore consapevolezza di sé e del fatto che si ha diritto a trattamenti percettivi per rilassarsi, si possono trovare delle attività, esenti da stimoli, da svolgere. Delle attività esenti da stimoli potrebbero essere, per esempio, sport, ballo, rilassamento muscolare; l'individuo, inoltre, potrebbe riferirsi a queste attività come strategie di coping verso le ossessioni distogliendo l'attenzione dallo stato d'ansia e dai pensieri ossessivi e sfogando l'ansia (Kubny-Lüke, 2003). Riguardo la difficoltà di flessibilità nel cambiare o adattare sequenze e in merito la difficoltà di analisi e del superamento di difficoltà causate dall'insicurezza, dalla responsabilità e dalla colpevolezza, è necessario rassicurare la persona dicendo che non ci sono rischi se vengono modificate le sequenze e l'ergoterapista, comunque, la sostiene, segue ed aiuta laddove sia necessario e durante

tutto il trattamento, cercando di renderla sicura, responsabile e avere fiducia nelle sue competenze.

La fase successiva alla pianificazione consiste nello svolgimento in cui si attua quanto pianificato precedentemente. Secondo il principio dell'OTIPM (Fisher, 2009), dove con l'ergoterapia si punta al miglioramento della performance e della soddisfazione in attività da parte della persona, durante tutto il trattamento vi è la valutazione continua che valuta questi due aspetti e dove, l'individuo, dovrebbe dare un feedback in merito allo svolgimento dell'attività svolta in ERP, ossia in merito al grado di ansia percepito nei diversi atti e momenti che creano ansia. Secondo la fase di rivalutazione dell'OTIPM (Fisher, 2009), inoltre, la valutazione continua, è necessaria per poter vedere la differenza tra l'inizio del trattamento, durante il trattamento e la fine di questo. È dunque importante sottoporre le valutazioni fatte nella fase di valutazione iniziale. Se gli aspetti sono migliorati si continua per migliorarli ulteriormente o termina l'intervento, mentre se non sono stati raggiunti risultati positivi, si ritorna alle fasi di valutazione e intervento per rivedere la strategia di intervento ed eventualmente formulare nuovi obiettivi (Fisher, 2009). Lo stesso principio della valutazione continua vale anche per la valutazione finale. Infine, vi è la conclusione del trattamento e l'analisi del servizio erogato dove si valuta l'efficacia di questo (Biondi et al., 2014; Creek, 2003). Per riallacciarci all'importanza dell'analisi del servizio, diversi articoli sottolineano che l'intervento ergoterapico si dovrebbe tradurre in una migliore partecipazione alla vita quotidiana ed una migliore qualità di vita; infatti più quest'ultima aumenta durante il processo terapeutico, più questo è efficace (Arbesman & Logsdon, 2011; Stengler-Wenzke et al., 2007).

Ricollegandoci al background, possiamo evidenziare come le persone con DOC essendo soggettivamente in obbligo a mettere in atto compulsioni a causa delle ossessioni, risultano avere conseguenze negative sul lavoro a causa di una riduzione delle capacità o del tempo per lo svolgimento dei compiti lavorativi. Alla luce di ciò la persona ha una conseguente riduzione della performance lavorativa. Come visto, le ossessioni intralciano l'attività lavorativa e creano disagio o perdita di tempo; per esempio cercando la perfezione in un lavoro e controllarlo, oppure pulendosi di continuo le mani per evitare l'ipotetica contaminazione (American Psychiatric Association, 2018; Cara & MacRae, 2013; Ey et al., 1988). Gli aspetti precedentemente elencati vengono presi in considerazione e in esame da diversi studi. L'interpretazione delle ossessioni potrebbe interferire nell'attività lavorativa e non solo, e portare ad un evitamento di queste (Cara & MacRae, 2005; Clark, 2009). Aspetti dell'interpretazione delle ossessioni, ossia la frequenza di queste e la loro intensità, così come la responsabilità e il senso di colpa ed inferiorità, migliorano sia grazie alla terapia cognitiva che a quella comportamentale durante il trattamento ma peggiorano nuovamente una volta terminato questo (Cottraux et al., 2001). L'intensità e la rigidità delle ossessioni, invece, migliorano grazie alla terapia cognitivo-comportamentale di gruppo (Cordioli et al., 2003) e la valutazione delle ossessioni migliora sia grazie alla terapia cognitivo-comportamentale di gruppo che a quella individuale che grazie all'ERP. Questi miglioramenti sono duraturi nel tempo, al termine del trattamento, quindi sono terapie efficaci a lungo termine (Cordioli et al., 2003; Whittal et al., 2005). Un altro aspetto collegato all'interpretazione delle ossessioni è l'intensità delle convinzioni relative alle ossessioni che si riduce sia con la terapia cognitiva che con quella comportamentale: sia a breve che lungo termine per la terapia cognitiva, mentre per quella comportamentale si trovano risultati contrastanti (Cottraux et al., 2001). Anche con la terapia cognitivo-comportamentale l'intensità si riduce sia a breve che lungo termine (Whittal et al., 2005). Come sostenuto da Blesedell Crepeau et al. (2015) e Cara & MacRae (2013), è importante la modifica delle credenze rispetto le

ossessioni per permette di avere un'implementazione dell'abilità della persona verso la resistenza all'ansia ed all'evitamento del comportamento compulsivo, che di conseguenza permettono un miglioramento della performance e soddisfazione occupazionale. Per questo motivo è importante che aspetti come l'interpretazione delle ossessioni e l'intensità delle relative convinzioni migliorino.

Infine, l'ultimo aspetto che può avere conseguenze nell'attività lavorativa è l'elevata ansia causata dall'evitamento della messa in atto della compulsione in risposta all'ossessione. Le compulsioni interferiscono nelle attività in quanto queste vengono interrotte o addirittura evitate, ed è quindi necessario farvi fronte evitando di metterle in atto ma avendo il minor grado di ansia possibile (Cara & MacRae, 2005; Fassino et al., 2007). Questo si può ottenere grazie alla terapia cognitiva e a quella terapia comportamentale ma solo con un'efficacia a breve termine, in quanto queste permettono l'accettazione di un livello più alto d'ansia e quindi permette l'acquisizione della consapevolezza che in assenza di compulsioni, l'ansia diminuisce da sola (Cottraux et al., 2001).

Il miglioramento degli aspetti precedentemente citati, che interferiscono nella vita quotidiana, possono essere considerati come degli obiettivi che permettono, in seguito, il raggiungimento degli obiettivi ergoterapici più generali come per esempio mantenere i ruoli di vita produttivi e significativi come il ruolo di lavoratore, aumentare la soddisfazione nella vita quotidiana e la performance occupazionale, promuovere un senso di realizzazione sviluppando strategie per gestire l'ansia e affrontare situazioni di vita (Biondi et al., 2014; Cara & MacRae, 2013; Lipskaya-Velikovsky et al., 2014).

Essendo l'Approccio Cognitivo-Comportamentale un approccio psicologico, potrebbe essere opportuna una collaborazione tra ergoterapisti e terapisti cognitivo-comportamentali. Sarebbe utile un confronto tra i due professionisti durante la terapia, così da sapere se il terapeuta cognitivo-comportamentale ha scelto il tipo di esposizione intensiva oppure quello graduale e dunque, come ergoterapisti, scegliere la stessa modalità e sapere a che punto è dell'esposizione, vale a dire quanto ha già esposto la persona allo stimolo ansiogeno rispetto al tempo di resistenza alla compulsione e la quantità di stimoli inseriti nella terapia. La collaborazione fra queste due figure professionali viene suggerita anche nell'articolo di Bryant et al. (2014), dicendo che sarebbe utile valutare come gli interventi dei terapisti che prestano terapia cognitivo-comportamentale e quelli occupazionali possano essere integrati, in riferimento a ciò si può far riferimento al fatto che l'ergoterapista agisce principalmente sulle occupazioni, dunque sui diversi compiti e funzioni implicate nel loro svolgimento, mentre il terapeuta cognitivo-comportamentale si concentra maggiormente sulla struttura psicologica.

5.1 Limiti

La ricerca di articoli scientifici mi ha resa consapevole dell'assenza di studi che includono l'ergoterapia, l'Approccio Cognitivo-Comportamentale e il DOC. Questo è un limite sicuramente importante che ho riscontrato nel preparare la mia tesi di Bachelor. Ho dunque dovuto cercare articoli generici sull'Approccio Cognitivo-Comportamentale e il DOC, e solo in seguito fare il collegamento con l'ergoterapia. I dati presenti all'interno degli articoli scientifici trovati non presentano prove sull'uso dell'Approccio Cognitivo-Comportamentale in ergoterapia per persone con DOC e quindi non si conosce realmente l'efficacia dell'approccio combinato all'ergoterapia con lo scopo di limitare i pensieri disfunzionali, prevenire le compulsioni e prevenire le recidive apportando un miglioramento della qualità di vita e del benessere; questo è un ulteriore limite. Un altro limite degli studi in generale è che non tutti e quattro valutano tutti gli aspetti, infatti soltanto quello di Cottraux et al. (2001) li valuta; inoltre, quello di Foa et al. (2005) non

valuta gli aspetti al follow-up. A causa di ciò è difficile paragonare l'efficacia delle diverse terapie su tutti gli aspetti. Infine, un ulteriore limite sono le diverse valutazioni utilizzate nei diversi studi per valutare gli stessi o simili aspetti. Per rispondere alla domanda di ricerca sarebbe stato più opportuno effettuare una ricerca qualitativa sul territorio verso ergoterapisti che usano l'approccio cognitivo-comportamentale in persone con DOC ma non è stato possibile a causa delle tempistiche di redazione della tesi.

6. Conclusioni

In questo capitolo inizialmente saranno esposti i risultati ottenuti e le implicazioni per la pratica, secondariamente saranno presenti le prospettive future ed infine emergerà la valutazione personale.

6.1 Risultati ottenuti e implicazioni per la pratica

Come si può leggere nei diversi articoli scientifici, la terapia cognitivo-comportamentale utilizzata su pazienti con DOC ha buoni risultati a breve e lungo termine sulla diminuzione dell'interferenza di ossessioni e compulsioni nella vita quotidiana, sul miglioramento dell'interpretazione delle ossessioni, e sulla diminuzione dell'intensità delle convinzioni relative le ossessioni.

La terapia cognitivo-comportamentale di gruppo è efficace, a breve termine, sull'aumento della qualità di vita, sulla diminuzione dell'interferenza di ossessioni e compulsioni nella vita quotidiana, sulla diminuzione della gravità dei sintomi e sul miglioramento dell'interpretazione delle ossessioni. A lungo termine, inoltre, lo è su tutti gli aspetti tranne che sulla qualità di vita, la quale cala una volta finito il trattamento.

Per ciò che concerne l'esposizione e prevenzione della risposta a breve termine, la quale fa parte della terapia cognitivo-comportamentale, ha risultati positivi anche se non statisticamente significativi, sulla diminuzione dell'interferenza di ossessioni e compulsioni nella vita quotidiana, al miglioramento dell'interpretazione delle ossessioni, alla diminuzione dell'intensità delle convinzioni relative alle ossessioni e alla diminuzione della gravità dei sintomi. A lungo termine ha effetti positivi, anche se non risultati statisticamente significativi, sul miglioramento delle interpretazioni delle ossessioni e sulla diminuzione dell'interferenza di ossessioni e compulsioni nella vita quotidiana.

Rispetto alla terapia cognitiva e quella comportamentale, possiamo dire che hanno efficacia a breve termine sul miglioramento della qualità di vita, sulla diminuzione dell'ansia da evitamento comportamentale, sull'interpretazione delle ossessioni, sull'interferenza di ossessioni e compulsioni nella vita quotidiana (solo quella cognitiva lo è in modo significativo), sull'intensità delle convinzioni relative le ossessioni, sulla diminuzione della gravità dei sintomi e sulla diminuzione della frequenza di ossessioni. Mentre a lungo termine le suddette terapie sono efficaci solo rispetto alla diminuzione dell'intensità delle convinzioni relative le ossessioni. La terapia cognitiva è efficace per la diminuzione dell'interferenza di ossessioni e compulsioni nella qualità di vita, mentre quella comportamentale no. Inoltre nessuna delle due è efficace a lungo termine per il miglioramento della qualità di vita, la diminuzione dell'ansia da evitamento comportamentale, diminuzione delle ossessioni e diminuzione della gravità dei sintomi (allegato 3: tabelle riassuntive dell'efficacia dei trattamenti in relazione alle valutazioni) (Cordioli et al., 2003; Cottraux et al., 2001; Foa et al., 2005; Whittal et al., 2005). Tutti gli aspetti sopramenzionati, come visto nel background, hanno interferenza nel lavoro, ed una diminuzione di questi significa un miglioramento di benessere e qualità di vita nell'area lavorativa.

Alla luce di quanto precedentemente citato, si può enunciare che aspetti come la qualità di vita, la frequenza delle ossessioni e compulsioni nella vita, l'ansia da evitamento comportamentale, l'interpretazione delle ossessioni e l'intensità delle convinzioni relative alle ossessioni, migliorano con l'applicazione di terapie cognitive e comportamentali o cognitivo-comportamentali, a breve termine. Mentre solo alcuni aspetti mantengono i miglioramenti nel follow-up. Ciò significa che è opportuno effettuare un trattamento duraturo, in quanto unicamente durante questo vengono migliorati tutti gli aspetti

precedentemente elencati. Questi aspetti permettono di conseguenza di diminuire le compromissioni lavorative che presentano le persone affette da DOC e quindi permettono di mantenere i ruoli di vita produttivi e significativi per la persona, aumentare la soddisfazione nella vita quotidiana e migliorare la performance e soddisfazione occupazionale sviluppando strategie per far fronte alle ossessioni e compulsioni ed affrontare così situazioni di vita (Biondi et al., 2014; Cara & MacRae, 2013; Lipskaya-Velikovsky et al., 2014). Col miglioramento delle difficoltà riscontrate sul lavoro si promuovono gli obiettivi che l'attività lavorativa conferisce, ossia contribuire: all'avanzamento della società, alla sopravvivenza e allo sviluppo dell'individuo, alla costruzione dell'identità conferendo all'individuo diversi ruoli sociali, al conferimento di un senso di appartenenza, favorire l'autostima e la fiducia in sé, fornire denaro per mantenersi (Creek & Lougher, 2008) ed una struttura e routine giornaliera così da avere un equilibrio occupazionale (Fryers, 2006), infine sostenere la partecipazione e la produttività, che sono essenziali per la salute e il benessere individuali (Larson & Ellexson, 2005).

In conclusione, l'ergoterapista integra l'Approccio Cognitivo-Comportamentale come approccio nel suo processo d'intervento per lavorare su attività lavorative e si basa sul metodo basato sulle competenze, effettuando un trattamento comprendente una gradualità dell'occupazione in cui vi è uno svolgimento graduale degli atti con assenza di stimoli ansiogeni e l'acquisizione delle competenze per poterli superare (miglioramento di abilità come per esempio le funzioni cognitive e la concentrazione sul qui ed ora); fino ad arrivare al punto di intervenire sull'atto ansiogeno e superarlo senza mettere in pratica il rituale compulsivo in quanto i pensieri disfunzionali vengono modificati e con il tempo l'ansia diminuisce fisiologicamente in modo graduale, senza necessità di adempiere a comportamenti compulsivi. Il terapeuta cognitivo-comportamentale, invece, lavora solamente sull'atto con presenza di stimoli ansiogeni (Blesedell Crepeau et al., 2015; Cara & MacRae, 2013). È dunque utile prendere in considerazione come i terapisti che prestano terapia cognitivo-comportamentale e quelli occupazionali possano essere integrati e siano complementari (Bryant et al., 2014).

A mio avviso, gli ergoterapisti, possono acquisire maggiori competenze professionali e interazionali grazie all'Approccio Cognitivo-Comportamentale, che permette di relazionarsi maggiormente con il paziente, in quanto vi è una maggior vicinanza terapeutica (si aiuta molto sia nella fase di esposizione e prevenzione della risposta, sia nell'elaborazione dell'irrazionalità di ossessioni ed inutilità di compulsioni) e professionale in quanto questa vicinanza permette l'acquisizione di una maggior consapevolezza dello stato del paziente e dunque dell'adattamento del processo ergoterapico.

Una suggestione per la pratica ergoterapica sarebbe quella di incrementare l'utilizzo dell'approccio cognitivo-comportamentale in ergoterapia con persone con DOC e valutare gli aspetti occupazionali all'inizio del trattamento, alla fine e al follow-up così da poter avere informazioni relative all'efficacia di questo approccio in ergoterapia.

6.2 Prospettive future

Secondo Cara e MacRae, una recente analisi della ricerca (riferita all'anno 2013), in merito alla salute mentale, pubblicata nella rivista americana di ergoterapia, ha affermato che la ricerca basata sull'evidenza è scarsa (sono presenti pochi studi). Gli ergoterapisti psicosociali devono dunque articolare chiaramente di continuo quale terapia può contribuire alla salute mentale di un individuo e come i loro servizi possono essere efficaci (Cara & MacRae, 2013). Come descritto nei limiti, ricollegandomi a quanto trovato nel libro di Cara e MacRae (2013), posso affermare che sono necessarie ulteriori ricerche

sul metodo di operare in ergoterapia con persone con DOC (nel mio caso sull'efficacia e come implementare l'Approccio Cognitivo-Comportamentale in ergoterapia, in quanto, io stessa, non ho trovato articoli scientifici in merito) per avere una prova aggiuntiva che questo approccio porti davvero un valore aggiunto all'ergoterapia. Trovo, inoltre, opportuno, approfondire quanto l'Approccio Cognitivo-Comportamentale venga integrato nel processo ergoterapico rispetto cliniche/ospedali/studi ambulatoriali svizzeri e/o ticinesi, così da avere una visione e delle informazioni rispetto la nostra realtà attuale.

In una ricerca futura sarebbe opportuno, per esempio, intervistare gli ergoterapisti che conoscono e utilizzano questo approccio con persone con DOC, sia in merito all'efficacia dell'Approccio Cognitivo-Comportamentale, che alla generalizzazione delle competenze apprese in un'attività, ossia di applicazione di quanto appreso in altri contesti. È inoltre interessante indagare in merito agli aspetti positivi della collaborazione con terapisti cognitivo-comportamentali, in quanto, come detto nella discussione, può ritenersi una collaborazione importante viste le due diverse visioni integrabili. La stessa intervista si potrebbe, quindi, condurre con i terapisti cognitivo-comportamentali e con gli ergoterapisti per sapere cosa ne pensano dell'interprofessionalità. In merito alla generalizzazione, si potrebbero anche fare delle interviste alle persone con DOC per sapere se l'applicazione di quanto appreso in un'attività è generalizzabile ad altre situazioni.

In merito all'applicazione dell'Approccio Cognitivo-Comportamentale da parte di altri professionisti, posso collegarmi al libro menzionato da un'ergoterapista, nonché professoressa, di Röseler (2015) in cui viene menzionato che esiste un reparto a Zurigo, dove gli infermieri intervengono nelle attività di vita quotidiana (per esempio nell'igiene personale) tramite questo approccio (Röseler, 2015).

6.3 Valutazione personale

Arrivata a termine del mio lavoro di Bachelor mi considero soddisfatta della ricerca svolta. In questo lavoro di Bachelor ho infatti dapprima descritto il background degli argomenti trattati nella tesi (grazie ad articoli e libri) e grazie a questa parte e all'analisi di articoli scientifici, ho acquisito nuove informazioni inerenti all'argomento della mia tesi di Bachelor. Ho preso inoltre consapevolezza che l'Approccio Cognitivo-Comportamentale ha effetti positivi verso persone con DOC e che il suo utilizzo può portare alla diminuzione di difficoltà riscontrate sul posto di lavoro a causa del disturbo, inoltre, grazie al background ed una riflessione (mia ed insieme ad un'ergoterapista) ho potuto notare come questo approccio può essere integrato all'interno dell'ergoterapia. Un'analisi critica degli articoli scientifici mi ha permesso di avere dati relativi all'efficacia dell'Approccio Cognitivo-Comportamentale per persone con DOC.

La revisione di letteratura mi ha consentito di migliorare l'utilizzo delle banche dati e della ricerca in generale, inoltre mi ha obbligata ad effettuare analisi critiche di articoli scientifici e quindi a migliorare queste due competenze. Altre competenze che mi ha permesso di migliorare sono la capacità di sintesi e di dare fluidità e senso al testo.

Personalmente, nell'elaborazione della tesi, mi sono focalizzata sull'area del lavoro, in quanto è il mio obiettivo di questo lavoro di Bachelor, ma, l'ergoterapista, si interessa e lavora su tutte le 8 aree occupazionali, ha infatti una visione olistica della persona, mettendo la persona al centro con il suo corpo (funzioni fisiche e cognitive), la sua mente (funzioni psichiche) e il suo spirito (valori, cultura, bisogni,...). Inoltre mi sono concentrata sull'attività lavorativa in sé ma l'ergoterapista si concentra anche sulla gestione del lavoro (pensiero/preparazione psicologica di andare al lavoro, tornare a casa ed eventuali eccessivi pensieri rivolti al lavoro).

Gli obiettivi che mi ero prefissata prima di iniziare la tesi; ovvero:

- comprendere meglio il Disturbo Ossessivo-Compulsivo e le sue conseguenze nella vita quotidiana;
- acquisire maggiori conoscenze in merito l'utilizzo dell'Approccio Cognitivo-Comportamentale;
- sapere se e come l'Approccio Cognitivo-Comportamentale influenza lo stato psichico e comportamentale della persona e quindi vedere le ripercussioni nelle AVQ;
- capire quando e in che modo poter integrare l'Approccio Cognitivo-Comportamentale per persone affette da DOC in ergoterapia e come quest'approccio può promuovere la performance lavorativa;

ritengo siano stati raggiunti grazie alla lettura di articoli scientifici e di libri inerenti il tema del DOC ed i suoi trattamenti. All'ultimo obiettivo non ho però risposto pienamente con l'utilizzo della lettura di argomenti ma grazie alle conoscenze acquisite durante il percorso formativo.

Una domanda, alla quale non ho trovato risposta, è se, davvero, l'Approccio Cognitivo-Comportamentale per persone con DOC, utilizzato in ergoterapia, può apportare ulteriori miglioramenti nell'area lavorativa e quali aspetti dell'approccio sono utili o meno portare nel trattamento ergoterapico; in quanto purtroppo non ho trovato articoli in merito. Infatti, una difficoltà riscontrata nella redazione del mio lavoro è stata quella di fare delle connessioni solide per quanto riguarda gli argomenti della tesi (Approccio Cognitivo-Comportamentale – Disturbo Ossessivo-Compulsivo – ergoterapia -diminuzione difficoltà sul lavoro) ed avere una logica adatta nell'esposizione dei risultati, discussione e conclusioni per permettere una lettura più fluida e semplice.

Concludendo, nonostante le difficoltà riscontrate nella redazione del mio lavoro di Bachelor, posso considerarmi soddisfatta del mio scritto anche se non ho soddisfatto appieno la mia domanda di ricerca, in quanto ho appreso molte nozioni su temi per me interessanti.

7. Bibliografia

- Albert, U., Picco, C., Maina, G., Forner, F., Aguglia, E., & Bogetto, F. (2002). Phenomenology of patients with early- and adult-onset obsessive-compulsive disorder. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 11(2), 116–126.
- Aletti, V., & Di Fiorino, A. (2012). La psicoterapia cognitivo comportamentale nel Disturbo ossessivo-compulsivo. *Psichiatria e Territorio*, 28.
- American Occupational Therapy Association. (2013). *Occupational Therapy's Role in Community Mental Health*. AOTA. <https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Professionals/MH/Community-Mental-Health.aspx>
- American Psychiatric Association. (2018). *Manuale diagnostico dei disturbi mentali DSM-5* (M. Biondi, Trad.; 5a edizione). Raffaello Cortina Editore.
- Andrews, G., Hunt, C., Jarry, M., Morosini, P., Roncone, R., & Tibaldi, G. (2004). *Disturbi mentali. Competenze di base, strumenti e tecniche per tutti gli operatori*. Centro scientifico editore.
- Angst, J., Rufer, M., Fineberg, N., Ajdacic-Gross, V., & Rössler, W. (2015). Obsessive-compulsive Disorder: Prevalence, Comorbidity and Remission from the Ages of 20 to 50. *Praxis*, 104(24), 1323–1328.
- Arbesman, M., & Logsdon, D. W. (2011). Occupational Therapy Interventions for Employment and Education for Adults With Serious Mental Illness: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(3), 238–246.
- Bavaro, S. M. (1991). Occupational Therapy and Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Occupational Therapy*, 45(5), 456–458.
- Biondi, M., Carpinello, B., Muscettola, G., Placidi, G., Rossi, A., & Scarone, S. (2014). *Manuale di psichiatria*. Edra Masson.
- Blaser Csontos, M. (2004). *Handlungsfähigkeit in der ergotherapie*. Springer.
- Blesedell Crepeau, E., S. Cohn, E., & A. Boyt Schell, B. (2015). *Terapia occupazionale* (A. Puglisi, Trad.; 10a edizione). Antonio Delfino editore.
- Braveman, B., & Page, J. J. (2012). *Work promoting participation and productivity through occupational therapy*. F.A. Davis Company.
- Bryant, W., Fieldhouse, J., & Bannigan, K. (2014). *Creek's occupational therapy and mental health* (5a edizione). Churchill Livingstone Elsevier.
- Cara, E., & MacRae, A. (2005). *Psychosocial Occupational Therapy. A clinical practice*. (2a edizione). Delmar cengage learning.
- Cara, E., & MacRae, A. (2013). *Psychosocial occupational therapy. An evolving practice*. (3a edizione). Delmar cengage learning.

- Centro collaboratore dell'OMS per la ricerca e la formazione, Dipartimento di salute mentale di Trieste. (2013). *Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020*.
- Clark, D. A. (2009). *"Psychology Works" Fact Sheet: Obsessive Compulsive Disorder*. Canadian Psychological Association.
- Coluccia, A., Fagiolini, A., Ferretti, F., Pozza, A., Costoloni, G., Bolognesi, S., & Goracci, A. (2016). Adult obsessive-compulsive disorder and quality of life outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Asian Journal of Psychiatry*, 22, 41–52.
- Cordioli, A. V., Heldt, E., Bochi, D. B., Margis, R., Sousa, M. B. de, Tonello, J. F., Manfro, G. G., & Kapczinski, F. (2003). Cognitive-Behavioral Group Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Clinical Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72(4), 211–216.
- Cottraux, J., Note, I., Yao, S. N., Lafont, S., Note, B., Mollard, E., Bouvard, M., Sauteraud, A., Bourgeois, M., & Dartigues, J.-F. (2001). A Randomized Controlled Trial of Cognitive Therapy versus Intensive Behavior Therapy in Obsessive Compulsive Disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(6), 288–297.
- Creek, J. (2003). *Occupational Therapy Defined as a Complex Intervention* (S. Agustoni, Trad.). College of Occupational Therapists.
- Creek, J., & Lougher, L. (2008). *Occupational therapy and mental health* (4a edizione). Churchill Livingstone Elsevier.
- Dizionari La Repubblica. (2011). *lavoro: Significato e definizione*. Dizionari La Repubblica. <http://dizionari.repubblica.it/Italiano/L/lavoro.php>
- Dizionario Treccani. (2019). *Lavoro*. Dizionario Treccani. <http://www.treccani.it/enciclopedia/lavoro/>
- Doron, G., & Moulding, R. (2009). Cognitive behavioral treatment of obsessive compulsive disorder: A broader framework. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 46(4), 257–263.
- Eisen, J. L., Mancebo, M. A., Pinto, A., Coles, M. E., Pagano, M. E., Stout, R., & Rasmussen, S. A. (2006). Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Comprehensive Psychiatry*, 47(4), 270–275.
- Endicott, J., Nee, J., Harrison, W., & Blumenthal, R. (1993). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: A new measure. *Psychopharmacology Bulletin*, 29(2), 321–326.
- Ey, H., Bernard, P., & Brisset, Ch. (1988). *Manuale di psichiatria* (3a edizione). Masson.
- Fassino, S., Abbate Daga, G., & Leombruni, P. (2007). *Manuale di psichiatria biopsicosociale*. Centro scientifico editore.
- Fisher, A. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model: A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions*. Three Star Press Incorporated.

- Fisher, & Wells. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43(12), 1543–1558.
- Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E., Huppert, J. D., Kjernisted, K., Rowan, V., Schmidt, A. B., Simpson, H. B., & Tu, X. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 162(1), 151–161.
- Fryers, T. (2006). Work, identity and health. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health : CP & EMH*, 2, 12.
- Kielhofner, G. (2002). *A Model of Human Occupation: Theory and Application*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G., & Burke, J. P. (1980). A Model of Human Occupation, Part 1. Conceptual Framework and Content. *American Journal of Occupational Therapy*, 34(9), 572–581.
- Kielhofner, G., Dobria, L., Forsyth, K., & Kramer, J. (2010). The Occupational Self Assessment: Stability and the Ability to Detect Change over Time. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 30(1), 11–19.
<https://doi.org/10.3928/15394492-20091214-03>
- Kleffmann, A., Weinmann, S., Föhres Felizitas, & Müller, B. (1997). *Merkmal Profile zur Eingliederung Behinderter In Arbeit*. Miro GmbH.
- Köhler, K., Steier-Mecklenburg, F., Peggy, A., Bullack, B., & Dahloff, A. (2007). *Arbeitstherapie und Arbeitsrehabilitation*. Georg Thieme Verlag KG.
- Kubny-Lüke, B. (2003). *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie*. Thieme.
- Larson, B., & Ellexson, M. (2005). Occupational therapy services in facilitating work performance. *The American Journal of Occupational Therapy*, 59(6), 676–679.
- Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzoomer, A., Polatajko, H., & Pollock, N. (1990). The Canadian occupational performance measure: An outcome measure for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergotherapie*, 57(2), 82–87.
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998). *Critical Review Form – Quantitative Studies*. McMaster University.
- Lipskaya-Velikovsky, L., Avrech Bar, M., & Bart, O. (2014). Context and psychosocial intervention in mental health. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(2), 136–144.
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2004). *Metodologia della ricerca infermieristica* (Quinta edizione). McGraw-Hill.

- Mancini, F. (2016). *La mente ossessiva. Curare il disturbo ossessivo-compulsivo*. Raffaello Cortina Editore.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and Personality*. Harper & Brothers.
- Miro Gmbh. (s.d.-a). IDA. *Miro Gmbh* |. Recuperato 28 maggio 2019, da <https://www.miro-gmbh.de/de/ida/>
- Miro Gmbh. (s.d.-b). MELBA-Das Basisinstrument. *Miro Gmbh* |. Recuperato 28 maggio 2019, da <https://www.miro-gmbh.de/de/uebersicht-melba/bestandteile-des-verfahrens/>
- Murray, R. M., Kendler, K. S., McGuffin, P., Wassefy, S., & Castle, D. J. (2011). *Fondamenti di psichiatria* (C. Ruffini, Trad.; 4a ed.). C.g. edizioni medico scientifiche s.r.l.
- National Institute of Mental Health. (2005). *Obsessive Compulsive Disorder Among Adults*. NIMH. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/obsessive-compulsive-disorder-among-adults.shtml>
- Punwar, A. J., & Peloquin, S. M. (2000). *Occupational therapy principles and practice* (3a ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Roley, S. S., DeLany, J. V., Barrows, C. J., Brownrigg, S., Honaker, D., Sava, D. I., Talley, V., Voelkerding, K., Amini, D. A., Smith, E., Toto, P., King, S., Lieberman, D., Baum, M. C., Cohen, E. S., Cleveland, P. A. M., & Youngstrom, M. J. (2008). Occupational therapy practice framework: Domain & practice, 2nd edition. *The American Journal of Occupational Therapy*, 62(6), 625–683.
- Röseler, V. (2015). *Professionelle Pflege bei Zwangsstörungen*. Psychiatrie Verlag.
- Rufer, M., Poppe, C., Brenni, C. C., & Walitza, S. (2016). *La malattia nascosta. Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC). Informazioni per pazienti e per familiari*. Società Svizzera per i Disturbi ossessivi compulsivi.
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, 15(1), 53–63.
- Sarchielli, G. (2003). *Psicologia del lavoro*. Il Mulino.
- Sarchielli, G., & Fraccaroli, F. (2010). *Introduzione alla psicologia del lavoro*. Il Mulino.
- Sørensen, C. B., Kirkeby, L., & Thomsen, P. H. (2004). Quality of life with OCD. A self-reported survey among members of the Danish OCD Association. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(3), 231–236.
- Stengler-Wenzke, K., Kroll, M., Riedel-Heller, S., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2007). Quality of life in obsessive-compulsive disorder: The different impact of obsessions and compulsions. *Psychopathology*, 40(5), 282–289.

- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483.
- Whittal, M. L., Thordarson, D. S., & McLean, P. D. (2005). Treatment of obsessive-compulsive disorder: Cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 43(12), 1559–1576.
- World Health Organization. (1996). *ICD-10 Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali* (Istituto di psichiatria, seconda università degli Studi di Napoli, Trad.). Masson SPA.
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report*.

7.1 Bibliografia tabelle e immagini

- Tabella 1 e 2:** Eisen, J. L., Mancebo, M. A., Pinto, A., Coles, M. E., Pagano, M. E., Stout, R., & Rasmussen, S. A. (2006). Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Comprehensive Psychiatry*, 47(4) (p.272)
- Immagine 1:** New Heights Counselling. (2020). Obsessive compulsive disorder. Disponibile da New Heights Treatment for Obsessive Compulsive Disorder. <https://newheightscounselling.ca/obsessive-compulsive-disorder/>
- Immagine 2:** Block, M. (2010). *Maslow's Hierarchy of Needs* (p. 914). Springer Link.
- Immagine 3:** Fisher, Anne G. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model: A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions* (p. 16). Three Star Press Incorporated.
- Immagine 4:** Petruccelli, G. (2020). *Diagramma di flusso della ricerca di articoli scientifici*

8. Allegati

Allegato 1: Analisi critica degli articoli

Critical Review Form – Quantitative Studies

Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M.
[McMaster University](#)

- Adapted Word Version Used with Permission -

The EB Group would like to thank Dr. Craig Scanlan, University of Medicine and Dentistry of NJ, for providing this Word version of the quantitative review form.

ARTICOLO:	Cognitive-behavioral group therapy in obsessive compulsive disorder: a randomized clinical trial (Cordioli et al., 2003)
SCOPO DELLO STUDIO: Lo scopo è stato dichiarato esplicitamente? Sì	Lo studio è stato svolto per verificare l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale di gruppo per ridurre i sintomi ossessivo-compulsivi e l'intensità dei pensieri disfunzionali e per migliorare la qualità della vita dei pazienti.
LETTERATURA: È stata esaminata letteratura di background? Sì	Pochi studi controllati hanno verificato l'efficacia del trattamento di gruppo.
DESIGN: Studio randomizzato	Lo studio randomizzato prende a carico due gruppi; in questo caso ad uno viene proposta la terapia cognitivo-comportamentale di gruppo e all'altro nessun trattamento; questo design ci permette dunque di vedere l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale di gruppo rispetto al non trattamento.
Campione: N = 65 Il campione è descritto in dettaglio? Sì	<p>Il campione è stato selezionato tramite pubblicità su radio, programmi TV e giornali. I soggetti sono stati casualmente assegnati ai due gruppi dopo esser stati sottoposti a valutazioni da parte di uno psichiatra. I criteri di inclusione erano: diagnosi di DOC, età tra i 18 e i 65 anni, punteggio Yale-Brown Obsessive-compulsive scale</p> <p>> o = a 16, nessun uso di farmaci anti-ossessivi per almeno 3 mesi prima dell'inizio dello studio e disponibilità a partecipare a 12 sessioni terapia cognitivo-comportamentale.</p> <p>65 pazienti sono stati valutati di cui 47 presi in considerazione. 23 assegnati al gruppo di trattamento per 12 settimane e 24 al gruppo controllo senza trattamento.</p> <p>È stato richiesto ed ottenuto il consenso informato scritto da tutti i partecipanti e lo studio è stato accettato dal comitato etico locale.</p>

<p>Outcomes: Gli strumenti utilizzati sono affidabili? N/A Gli strumenti utilizzati sono validi? N/A</p>	<p>Strumenti utilizzati per la raccolta dei dati</p> <p>Yale-Brown Obsessive-compulsive scale National Institute of Mental Health Obsessive-Compulsive Scale Overvalued Ideas Scale World Health Organization Quality Of Life Assessment – Abbreviated Version</p> <p>Frequenza della misurazione: WHOQOL-BREF: all'inizio e alla fine del trattamento, al follow-up. Tutti gli altri: prima dell'inizio del trattamento, dopo la 4°, 8°, 12° sessione di trattamento I pazienti trattati sono inoltre stati valutati 1, 2, 3 mesi dopo il trattamento.</p>
<p>Intervento: L'intervento è stato descritto in dettaglio? Si È stata evitata la sovrapposizione di un altro intervento? N/A</p>	<p>Lo studio è stato condotto in tre periodi successivi di 12 settimane con un trattamento, e un gruppo di controllo paralleli ogni volta. I gruppi avevano 8 partecipanti ognuno tranne un gruppo di trattamento che ne aveva 7. Tutte le sessioni sono state svolte dallo stesso terapeuta con un co-terapeuta (con esperienza di 10 anni nella terapia cognitivo-comportamentale). La terapia cognitivo-comportamentale di gruppo consisteva in 12 sessioni di 2 ore una volta a settimana: la prima sessione consisteva nella presentazione dei sintomi DOC, la spiegazione della terapia cognitivo-comportamentale e gli obiettivi di trattamento, seguita da dimostrazioni ed esercizi pratici di esposizione e prevenzione della risposta. Nelle sessioni seguenti sono state spiegate le convinzioni disfunzionali e sono state fornite tecniche cognitive per la loro attenuazione, seguite da esercizi pratici di esposizione e prevenzione della risposta e ristrutturazione cognitiva. Alla fine di ogni sessione venivano assegnati dei compiti da svolgere a casa.</p>
<p>Risultati: I risultati sono stati riportati in termini di significatività statistica? Si</p> <p>L'importanza clinica è stata riportata? Si</p>	<p>Nessun dato statistico all'interno del gruppo di controllo dal periodo d'inizio a quello di fine trattamento sono stati statisticamente significativi, in quanto vi è stata poca differenza nelle valutazioni iniziali e finali. Ciò non vale per il gruppo di trattamento che ha avuto nel punteggio Y-BOCS, NIMH-OC, OVIS un $p < 0.001$ alla fine del trattamento, miglioramenti che si sono mantenuti anche nel follow up, per quanto riguarda il WHOQOL-BREF invece la sottoscala fisica era del <0.001 alla fine del trattamento rispetto all'inizio, quella psicologica 0.017, la sociale 0.018 e l'ambientale di 0.040; tutti i risultati sono dunque statisticamente significativi e sono ancora migliorati al follow-up di 3 mesi, dunque i sintomi DOC si sono ridotti.</p> <p>Le differenze tra i gruppi erano statisticamente significative in quanto il 69.6% dei pazienti nel gruppo di trattamento sono migliorati, rispetto al 4.2% del gruppo di controllo dunque $p < 0.001$.</p>

<p>Sono stati riportati gli abbandoni? Si</p>	<p>Due pazienti si sono ritirati: 1 dal gruppo controllo e l'altro dal trattamento dato che aveva gravi sintomi di ansia durante esposizione e prevenzione della risposta e ha abbandonato dopo la terza seduta. Quest'ultimi quindi non hanno partecipato alla valutazione finale.</p>
<p>Conclusioni e implicazioni cliniche: Le conclusioni sono appropriate rispetto ai metodi di studio e i risultati? Si</p>	<p>La terapia cognitivo-comportamentale di gruppo riduce l'intensità dei sintomi ossessivo-compulsivi, l'intensità dei pensieri disfunzionali e migliora la qualità di vita dei pazienti; nessuno di questi miglioramenti è stato notato nel gruppo di controllo. Nel follow-up di 3 mesi si sono verificati ulteriori miglioramenti con un aumento dei pazienti migliorati (dal 69.6% al 73.9%) e con sintomi lievi (47.8% al 65.2%). In conclusione i risultati della terapia cognitivo-comportamentale di gruppo persistono e ulteriori effetti terapeutici possono svilupparsi nel tempo dopo il trattamento. La terapia cognitivo-comportamentale corregge l'apprendimento errato dei rituali e il comportamento di evitamento, neutralizzando o riducendo l'ansia associata alle ossessioni e cambiando le convinzioni disfunzionali.</p> <p>Una riflessione importante è che la terapia di gruppo consente il trattamento simultaneo di un numero maggiore di pazienti rispetto all'individuale e dunque anche meno costi.</p>

ARTICOLO:	A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behavior therapy in obsessive compulsive disorder (Cottraux et al., 2001)
SCOPO DELLO STUDIO: Lo scopo è stato dichiarato esplicitamente? Sì	Lo scopo dello studio è quello di confrontare la terapia cognitiva rispetto la terapia comportamentale per dimostrare quale risulta essere maggiormente efficace verso le persone con DOC senza depressione.
LETTERATURA: È stata esaminata letteratura di background? Sì	Pochi studi valutano l'efficacia della terapia cognitiva ma ce ne sono parecchi che valutano quella della terapia comportamentale. 4 studi hanno confrontato le due, con risultati diversi.
DESIGN: Studio randomizzato	Lo studio randomizzato prende a carico due gruppi; in questo caso ad uno viene proposta la terapia cognitiva e all'altro quella comportamentale; questo design ci permette di confrontare l'efficacia della terapia cognitiva con quella della terapia comportamentale.
Campione: N = 85 Il campione è descritto in dettaglio? Sì	I pazienti ambulatoriali sono stati selezionati in 3 centri francesi ed è stata fatta ad ognuno un'intervista strutturata. I criteri di inclusione erano DOC come diagnosi primaria, età tra i 18 e i 65 anni e nessuna assunzione di farmaci psicotropi, dovevano avere un risultato pari o superiore a 7 del NIMH-OCS e 16 o più nel Y-BOCS. I pazienti sottoposti a screening erano 85, di cui solo 65 di loro sono stati selezionati: 32 assegnati alla terapia cognitiva e 33 alla terapia comportamentale. I partecipanti sono stati scelti a random e suddivisi nei 2 gruppi. I pazienti hanno ricevuto un opuscolo informativo e firmato un modulo di consenso informato.
Outcomes: Gli strumenti utilizzati sono affidabili? Sì No N/A Gli strumenti utilizzati sono validi? Sì No N/A	Strumenti utilizzati per la raccolta dei dati: National Institute of Mental Health Obsessive-Compulsive Scale Yale-Brown Obsessive-compulsive scale Behavioral Avoidance Test Obsessive Thoughts Checklist Intrusive Thoughts and Their Interpretation Questionnaire Marks' Fear Questionnaire Beck Depression Inventory Quality Of Life Scale Therapeutic Relationship Evaluation Scale Il valutatore era esterno al trattamento e non aveva informazioni sul trattamento in corso. La valutazione è stata fatta alle settimane 0, 4, 16 (post test), 26 e 52 (follow up).
Intervento: L'intervento è stato descritto in dettaglio?	I terapisti erano psicologi o psichiatri con diploma di terapia cognitivo-comportamentale, gli stessi terapisti hanno trattato entrambi i gruppi.

<p>Si</p> <p>È stata evitata la sovrapposizione di un altro intervento? N/A</p>	<p>Terapia cognitiva: I pazienti 1 ora per sessione per 16 settimane hanno ricevuto la spiegazione della logica della terapia cognitiva. Le sessioni venivano svolte 1 o 2 volte a settimana in base alla disponibilità del paziente. Uno degli obiettivi della terapia cognitiva era di modificare le interpretazioni non realistiche e confusione tra azione-pensiero con tecniche di problem solving per non ritualizzare. Sono stati di seguito utilizzati esperimenti comportamentali per testare i pensieri automatici disfunzionali confrontandosi con situazioni temute per modificare i pensieri. Il paziente ogni volta valutava l'intensità dei pensieri disfunzionali dopo il completamento dei compiti su un modulo. I compiti venivano svolti a casa.</p> <p>Terapia comportamentale: la terapia comportamentale ha proposto 20 ore di terapia durante 16 settimane. I pazienti hanno avuto una miniguia che spiegava l'esposizione e prevenzione della risposta. Il trattamento era diviso in due fasi: una fase intensiva di 4 settimane con 2 sessioni di 2 ore a settimana (16 ore) e la seconda fase di mantenimento di 12 settimane con una sessione di 40 minuti ogni 2 settimane (4 ore). Le tecniche erano esposizione immaginale e in vivo con prevenzione della risposta attraverso dei compiti. I pazienti registravano il completamento dei compiti e valutavano l'ansia su di un modulo.</p>
<p>Risultati:</p> <p>I risultati sono stati riportati in termini di significatività statistica? N/A</p> <p>L'importanza clinica è stata riportata? No</p> <p>Sono stati riportati gli abbandoni? Si</p>	<p>Alla settimana 16 (fine del trattamento) i risultati di NIMH-OCS dei due gruppi erano di 0.16, Y-BOCS era di 0.05, BAT 0.33, OTC 0.25, BDI 0.90, QOL 0.31, ITIQ dei due gruppi erano di 0.28 pensieri intrusivi, 0.02 interpretazione delle intrusioni, 0.10 responsabilità, 0.06 inferiorità, 0.18 responsabilità, -0.09 guilt, quindi nessun dato era statisticamente significativo, ciò vuol dire che i due trattamenti erano equivalenti.</p> <p>Nel follow-up alla settimana 52 sono migliorati 19 pazienti nel gruppo di terapia cognitiva rispetto a 20 in quello di terapia comportamentale, non vi sono stati risultati statisticamente significativi nel follow-up tra i due gruppi.</p> <p>Alla settimana 16 in 5 avevano lasciato lo studio (3 in un gruppo e 2 nell'altro), alla settimana 52 erano 17 (7 terapia cognitiva e 10 terapia comportamentale). 62 pazienti sono stati inclusi nell'analisi statistica.</p>
<p>Conclusioni e implicazioni cliniche:</p> <p>Le conclusioni sono appropriate rispetto ai metodi di studio e i risultati? Si</p>	<p>Tra i partecipanti allo studio il 16% era guarito alla fine del trattamento e il 20% alla fine del follow-up. Ci sono stati pochi abbandoni nel periodo di trattamento (7%) e il 26% al follow-up, questo potrebbe mettere in dubbio l'efficacia a lungo termine delle due terapie. Contrariamente alle ipotesi fatte inizialmente, le ossessioni sono cambiate con entrambe le terapie e non solo con quella cognitiva. Alcuni aspetti sono migliorati con la terapia cognitiva (interpretazione Y-BOCS, BDI, ITIQ) e altri con quella comportamentale (Y-BOCS, ITIQ). Le conclusioni sono che sia la terapia cognitiva che la terapia comportamentale sono trattamenti altrettanto efficaci per DOC a breve e lungo termine.</p>

ARTICOLO:	Treatment of obsessive compulsive disorder: cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention (Whittal et al., 2005)
SCOPO DELLO STUDIO: Lo scopo è stato dichiarato esplicitamente? Sì	Lo scopo dello studio è quello di confrontare la terapia cognitiva rispetto la terapia comportamentale (esposizione e prevenzione della risposta) per vedere quale risulta essere maggiormente efficace verso le persone con DOC senza depressione.
LETTERATURA: È stata esaminata letteratura di background? Sì	Sono presenti pochi studi sull'efficacia di trattamento della terapia cognitiva del DOC.
DESIGN: Studio randomizzato	Lo studio randomizzato prende a carico due gruppi, in questo caso ad uno viene proposta la terapia cognitiva e all'altro quella comportamentale; questo design ci permette di confrontare l'efficacia della terapia cognitiva con quella della terapia comportamentale.
Campione: N = 83 Il campione è descritto in dettaglio? Sì	83 partecipanti sono stati accettati a trattamenti individuali, una gran parte è stata riferita dai medici, il 18% auto-referenti e il resto era riferito da altri professionisti della salute. I criteri di inclusione erano diagnosi primaria di DOC, età tra i 18 e i 65 anni, durata minima del disturbo di 1 anno. I criteri di esclusione erano disturbo attivo del pensiero o disturbo bipolare, ritardo mentale, disordine mentale, inizio o cambiamento di farmaco tre mesi prima della valutazione e mancanza di volontà ad astenersi dall'effettuare cambiamenti nei farmaci durante il trattamento, un altro criterio di esclusione era un trattamento concomitante psicologico. Non viene detto nulla rispetto al consenso informato. I partecipanti sono stati assegnati in modo casuale ai 2 gruppi.
Outcomes: Gli strumenti utilizzati sono affidabili? Sì No N/A Gli strumenti utilizzati sono validi? Sì No N/A	Strumenti utilizzati per la raccolta dei dati: Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Beck Depression Inventory Obsessional Belief Scale Intepretation of Intrusions Inventory Reaction to Treatment Scale Homework Compliance Le valutazioni sono state effettuate prima e dopo il trattamento e 3 mesi dopo il trattamento.
Intervento: L'intervento è stato descritto in dettaglio? No	I partecipanti sono dapprima stati sottoposto a screening per telefono ed è stata fatta l'Intervista Clinica Strutturata per Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali IV) e l'Y-BOCS per determinare la gravità dei sintomi DOC e gli attuali disturbi. In seguito hanno fatto le valutazioni iniziali.

<p>È stata evitata la sovrapposizione di un altro intervento? N/A</p>	<p>È stata effettuata l'assegnazione casuale dei partecipanti ai due gruppi ed è stata fatta una seconda valutazione che includevano revisione della sintomatologia, storia sociale, identificazione dei fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento, spiegazione del modello del loro trattamento.</p> <p>Esposizione e prevenzione della risposta: Dopo la valutazione è stata fatta una gerarchia di esposizione.</p> <p>Le sessioni di trattamento duravano dai 50 ai 60 minuti e venivano somministrate per 12 settimane consecutive.</p>
<p>Risultati: I risultati sono stati riportati in termini di significatività statistica? Si</p> <p>L'importanza clinica è stata riportata? No</p> <p>Sono stati riportati gli abbandoni? Si</p>	<p>Vi è stata in generale una diminuzione significativa dei punteggi Y-BOCS dal pretrattamento al posttrattamento al follow-up. Tra i due trattamenti non sono stati osservati effetti statisticamente significativi né al posttrattamento né al follow-up. Chi ha completato il trattamento ha avuto maggiori miglioramenti rispetto a chi non l'ha terminato.</p> <p>71 partecipanti hanno terminato lo studio (2 vivevano insieme quindi ci sarebbe stata contaminazione, 1 aveva storia recente di abuso d'alcool, questi sono stati esclusi prima dell'inizio del trattamento, mentre altri 4 durante: 1 ha cambiato i farmaci, 1 è stato ricoverato in ospedale, 1 ha avuto pensieri omicida, 1 aveva depressione grave e ritardo psicomotorio e non comprendeva la lingua inglese, 5 partecipanti hanno abbandonato dopo la valutazione), tra i due gruppi non c'era però differenza significativa. I partecipanti avrebbero terminato lo studio se avessero fatto la valutazione pre trattamento e partecipato ad almeno metà lezione e infine svolto la valutazione post trattamento.</p>
<p>Conclusioni e implicazioni cliniche: Le conclusioni sono appropriate rispetto ai metodi di studio e i risultati? Si</p>	<p>La terapia cognitiva e l'esposizione e prevenzione della risposta erano ugualmente efficaci come trattamenti per DOC sia nel posttrattamento che al follow-up. Viene anche detto, però, che la TC può diventare il trattamento psicologico di scelta nel caso in cui l'ERP è difficile da applicare.</p>

ARTICOLO:	Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive compulsive disorder (Foa et al., 2005)
SCOPO DELLO STUDIO: Lo scopo è stato dichiarato esplicitamente? Sì	Lo scopo dello studio era di valutare l'efficacia relativa e combinata della clomipramina e dell'esposizione e prevenzione nel trattamento del DOC negli adulti.
LETTERATURA: È stata esaminata letteratura di background? Sì	L'efficacia degli inibitori della ricaptazione della serotonina e la terapia cognitivo-comportamentale con esposizione e prevenzione della risposta sono stabiliti entrambi trattamenti per il DOC ma non è stata dimostrata in modo definitivo la loro efficacia relativa e combinata.
DESIGN: Studio randomizzato	Studio che paragona il placebo, esposizione e prevenzione della risposta sia con che senza clomipramina, clomipramina, e la differenza tra prima e dopo il trattamento. Grazie a questo tipo di studio si può notare quale dei trattamenti è più efficace per il DOC e l'efficacia dei trattamenti stessi grazie alle valutazioni prima e dopo il trattamento.
Campione: N = 833 Il campione è descritto in dettaglio? Sì	<p>I partecipanti sono stati sottoposti all'intervista clinica strutturata per Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali IV per confermare la diagnosi psichiatrica. I pazienti che assumevano farmaci psicoattivi al momento della selezione, sono stati sottoposti a un periodo senza farmaci prima di fare la valutazione pretrattamento.</p> <p>I criteri di inclusione erano: età tra i 18 e i 70 anni, diagnosi primaria di DOC, Y-BOCS > o = a 16, durata del disturbo da almeno 1 anno e criteri di esclusione: un'altra diagnosi primaria, depressione maggiore, hamilton depression scale >18, idee suicida, dipendenza da sostanze negli ultimi 6 mesi, schizofrenia o disturbo borderline, anomalie nell'elettrocardiogramma.</p> <p>I partecipanti sono stati selezionati tramite auto-referenze, referenze professionali e pubblicità sui media. Inizialmente erano 833 ma solo 122 di questi sono stati considerati e suddivisi in 4 gruppi: 29 nel gruppo esposizione e prevenzione della risposta, 36 in quello di clomipramina, 31 in esposizione e prevenzione della risposta e clomipramina, 26 in placebo.</p> <p>I partecipanti sono stati trattati nei 3 centri di Philadelphia, New York e Winnipeg. Vi era differenza nel punteggio della NIMH-OCS in cui il punteggio medio per Philadelphia era maggiore a quello di New York.</p> <p>È stato ottenuto il consenso informato scritto e, comitati di revisione istituzionale di ciascun posto, hanno approvato lo studio.</p>

<p>Outcomes: Gli strumenti utilizzati sono affidabili? Si No N/A Gli strumenti utilizzati sono validi? Si No N/A</p>	<p>Strumenti utilizzati per la raccolta dei dati: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Clinical Global Impression National Institute of Mental Health Obsessive-Compulsive Scale Valutazioni svolte da valutatori indipendenti che hanno valutato la gravità dei sintomi a 0, 4, 8 e 12 settimane.</p>
<p>Intervento: L'intervento è stato descritto in dettaglio? Si È stata evitata la sovrapposizione di un altro intervento? N/A</p>	<p>Esposizione e prevenzione della risposta: dopo 2 sessioni di raccolta dati, sono state svolte le sessioni di esposizione (2 ore al giorno per 3 settimane, quindi 15 ore) e sono stati assegnati compiti giornalieri di esposizione e prevenzione della risposta da fare all'esterno della terapia. I pazienti venivano esposti gradualmente agli stimoli di stress fino ad arrivare alla situazione più temuta dalla 6a sessione di esposizione e prevenzione della risposta. I terapisti hanno inoltre visitato i partecipanti a casa 2 volte nella 4a settimana per promuovere la generalizzabilità degli aumenti del trattamento conducendo esposizione e prevenzione della risposta. Per le restanti 8 settimane sono state fatte sessioni di 45 minuti settimanali. Infine terapeuta e paziente hanno discusso sugli stimoli DOC restanti e come farvi fronte.</p> <p>Clomipramina o placebo: i pazienti sono stati visti ogni settimana per 30 minuti dallo psichiatra per l'aggiustamento del farmaco, il dosaggio partiva da 25 mg fino ad arrivare a 200 mg e in alcuni casi a 250 mg, in base alla tolleranza del paziente. Le dosi sarebbero potute essere abbassate o gli aumenti ritardati a causa di eventi avversi. I partecipanti venivano incoraggiati all'esposizione a situazioni che avrebbero evocato le ossessioni, astenendosi dal rituale.</p> <p>Esposizione e prevenzione della risposta con clomipramina: i pazienti hanno iniziato e mandato avanti i trattamenti in contemporanea secondo quanto descritto per il trattamento della clomipramina e per quello di esposizione e prevenzione della risposta.</p>
<p>Risultati: I risultati sono stati riportati in termini di significatività statistica? Si L'importanza clinica è stata riportata? Si Sono stati riportati gli abbandoni?</p>	<p>Alla settimana 12 le misure dei pazienti che ricevevano trattamenti attivi erano significativamente inferiori a quelli dei pazienti che ricevevano placebo $p < 0.05$, l'esposizione e prevenzione della risposta erano superiori alla clomipramina < 0.01, l'ERP con clomipramina erano superiori alla clomipramina < 0.01, nessuna differenza vi era tra esposizione e prevenzione della risposta ed esposizione e prevenzione della risposta con clomipramina. Differenza punteggi: Y-BOCS 0-4 settimane $p < 0.0001$, 4-12 settimane $p 0.04$; CGI 0-4 $p < 0.0001$, 4-12 $p 0.21$; NIMH-OCS $p < 0.0001$, 4-12 $p 0.12$. Tutti i risultati < 0.05 sono statisticamente significativi, quindi le differenze tra i gruppi e dall'inizio dei</p>

<p>Si</p>	<p>diversi trattamenti attivi alla fine, sono statisticamente e clinicamente significativi.</p> <p>Dei 36 pazienti trattati con clomipramina 28 hanno riportato almeno un effetto collaterale moderato o grave nella fase acuta del trattamento, rispetto ai 21 su 31 partecipanti trattati con esposizione e prevenzione della risposta con clomipramina e 26 nel gruppo placebo.</p> <p>27 partecipanti sono usciti dopo aver appreso il loro incarico di trattamento e prima di essere sottoposti a valutazione iniziale quindi non sono stati presi in considerazione. Mentre nei 4 gruppi, durante il trattamento gli abbandoni sono stati 8 nel gruppo esposizione e prevenzione della risposta, 9 in quello di clomipramina, 12 in esposizione e prevenzione della risposta e clomipramina, 6 in placebo.</p>
<p>Conclusioni e implicazioni cliniche: Le conclusioni sono appropriate rispetto ai metodi di studio e i risultati? Si</p>	<p>Dopo 12 settimane di trattamento, tutti e tre i gruppi trattati erano significativamente migliori di quello placebo su tutte le misure. L'esposizione e prevenzione della risposta risultava essere più efficace della clomipramina. L'ipotesi dello studio ossia che il trattamento combinato di esposizione e prevenzione della risposta con clomipramina era migliore rispetto le singole terapie, invece il trattamento dei due non era migliore del solo trattamento con esposizione e prevenzione della risposta. Un motivo di ciò potrebbe essere l'incapacità di massimizzare le dosi di clomipramina a tutti i partecipanti. La clomipramina potrebbe tuttavia essere utilizzata per le persone per cui l'esposizione e prevenzione della risposta è troppo dolorosa e difficile.</p> <p>Limiti: i dati non sono stati raccolti su pazienti che hanno abbandonato il trattamento dopo la randomizzazione ma prima del trattamento. Non sono inoltre stati raccolti dati riguardanti la storia del trattamento precedente. Infine le valutazioni non includevano strumenti per misurare le differenze funzionali e la qualità di vita che sono attualmente in uso in studi randomizzati e controllati.</p>

Allegato 2: Valutazioni presenti negli studi

NIHM-OCS (national institute of mental health obsessive compulsive scale) è una scala che valuta la gravità dei sintomi ossessivo-compulsivi suddivisa in 5 sottoscale: minimo, subclinico, clinico, grave e molto grave con punteggio da 1 a 15 dove il punteggio 7 corrisponde ad un DOC clinico (Cordioli et al., 2003)

WHOQOL-BREF (world health organization quality of life assessment-abbreviated version) valuta 4 domini della qualità di vita: fisico, psicologico, sociale ed ambientale (Cordioli et al., 2003).

OVIS (overvalued ideas scale) è una scala che misura intensità, rigidità e valutazione delle credenze e consiste in 10 sottoscale, il punteggio è 0-10 (Cordioli et al., 2003).

BAT (behavioral avoidance test) è un test di evitamento comportamentale che prevede 4 compiti a casa per testare l'evitamento (punteggio 0-4) e il disagio (punteggio 0-32) nell'affrontare situazioni temute nella vita (Cottraux et al., 2001).

OTC (obsessive thoughts checklist) è una lista di controllo dei pensieri ossessivi che consiste in 28 item classificati da 0 a 4 in base al grado di disturbo durante la settimana precedente. La scala ha 3 sottoscale che sono lavaggio, responsabilità e controllo (Cottraux et al., 2001).

ITIQ (intrusive thoughts and their interpretation questionnaire) è una scala composta da 15 elementi che dà informazioni sulla frequenza di pensieri intrusivi e sull'intensità dell'interpretazione di questi, su tre dimensioni: responsabilità, colpa ed inferiorità.

FQ (marks fear questionnaire) è un questionario che valuta la comorbidità fobica. Ha 5 sottoscale che vanno da 0 a 40: agorafobia, fobia sociale, fobia da ferita e depressione ansiosa (Cottraux et al., 2001).

QOL (quality of life) è una scala che va da 0 a 40 che valuta lavoro, tempo libero da solo, tempo libero con altre persone, vita familiare e vita sessuale (Cottraux et al., 2001).

Y-BOCS (Yale-Brown obsessive compulsive scale) è un'intervista semi-strutturata che serve per identificare il tempo trascorso, interferenza, angoscia, resistenza e controllo associati ai comportamenti ossessivi e compulsivi. Ossessioni item 1-5, compulsioni item 6-10, ogni item è valutato da 0 (nessuno) a 4 (estremo) quindi punteggio totale da 0 a 40 (Cottraux et al., 2001; Whittal et al., 2005)

BDI (beck depression inventory) è un questionario di 21 item che valuta la gravità della depressione. Ogni item è valutato da 0 a 3 e quindi i punteggi totale da 0 a 63 (Whittal et al., 2005)

OBQ (obsessive belief scale) è un questionario di 44 item che misura l'intensità delle convinzioni correlate alle ossessioni. Gli item sono valutati da 1 a 7 e comprendono 3 sottoscale che sono responsabilità/danno, perfezione/certezza e importanza/controllo (Whittal et al., 2005)

III (interpretations of intrusions inventory) è un questionario di 31 item che valuta la valutazione dei pensieri intrusivi indesiderati (Whittal et al., 2005)

CGI (clinical global impression) che valuta i sintomi presenti nella persona con DOC per gravità da 1 = nessun sintomo a 7 = sintomi molto gravi e per miglioramento da 1 = molto migliorato a 7 = molto peggio.

SRS (Salkovskis Responsibility Scale) valuta le convinzioni disfunzionali del paziente rispetto la propria responsabilità su eventi negativi su una scala di 27 item.

Allegato 3: Tabelle riassuntive dell'efficacia dei trattamenti in relazione alle valutazioni

<i>FINE</i> TRATTAMENTO	Terapia Cognitiva – Terapia Comportamentale	Terapia Cognitivo- Comportamentale di Gruppo	Terapia Cognitivo Comportamentale – Esposizione e Prevenzione della Risposta	Esposizione e Prevenzione della Risposta
Qualità di vita	Entrambe sono efficaci a breve termine.	È efficace a breve termine.		
Interferenza ossessioni e compulsioni	Entrambe sono efficaci a breve termine, ma solo quella cognitiva lo è in modo significativo.	È efficace a breve termine.	Entrambe sono efficaci a breve termine, ma solo la TCC lo è in modo significativo.	È efficace a breve termine.
Gravità dei sintomi	Entrambe sono efficaci a breve termine.	È efficace a breve termine.		È efficace a breve termine.
Ansia da evitamento comportamentale	Entrambe sono efficaci a breve termine.			
Interpretazione delle ossessioni	Entrambe sono efficaci a breve termine.	È efficace a breve termine.	Entrambe sono efficaci a breve termine.	
Intensità delle convinzioni relative alle ossessioni	Entrambe sono efficaci a breve termine.		Entrambe sono efficaci a breve termine.	
Frequenza delle ossessioni	Entrambe sono efficaci a breve termine.			

<u>FOLLOW-UP</u>	Terapia Cognitiva – Terapia Comportamentale	Terapia Cognitivo- Comportamentale di Gruppo	Terapia Cognitivo Comportamentale – Esposizione e Prevenzione della Risposta	Esposizione e Prevenzione della Risposta
Qualità di vita	Entrambe non sono efficaci a lungo termine.	Non è efficace a lungo termine.		
Interferenza ossessioni e compulsioni	La terapia cognitiva è efficace a lungo termine mentre quella comportamentale no .	È efficace a lungo termine.	Entrambe sono efficaci a lungo termine, ma significativamente solo la TCC.	
Gravità dei sintomi	Entrambe non sono efficaci a lungo termine.	È efficace a lungo termine.		
Ansia da evitamento comportamentale	Entrambe non sono efficaci a lungo termine			
Interpretazione delle ossessioni	Entrambe non sono efficaci a lungo termine.	È efficace a lungo termine.	Entrambe sono efficaci a lungo termine.	
Intensità delle convinzioni relative alle ossessioni	Entrambe sono efficaci a lungo termine.		Unicamente la TCC è efficace a lungo termine.	
Frequenza delle ossessioni	Entrambe non sono efficaci a lungo termine.			



Questa pubblicazione, “In che modo può l’integrazione dell’Approccio Cognitivo-Comportamentale, in ergoterapia, con persone affette da Disturbo Ossessivo-Compulsivo, contribuire alla diminuzione delle difficoltà riscontrate sul lavoro”, scritta da Giulia Petruccelli, è rilasciata sotto Creative Commons Attribuzione – Non commerciale 4.0 Unported License.