

Letters to the Editor

Qualità di vita in familiari di pazienti con Disturbo Ossessivo-Compulsivo: relazione con il coinvolgimento familiare e altre caratteristiche socio-demografiche e cliniche

Quality of life of relatives of patients with Obsessive-Compulsive Disorder: relation to family accommodation and other socio-demographic and clinical characteristics

Dear Editor:

Numerosi studi hanno confermato che la qualità di vita dei pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) è compromessa rispetto alla popolazione generale in numerose dimensioni (Moritz *et al.*, 2005; Eisen *et al.*, 2006; Stengler-Wenzke *et al.*, 2006a; Didie *et al.*, 2007; Norberg *et al.*, 2008).

La vita del paziente non è tuttavia l'unica a subire l'impatto del disturbo. Diversi studi hanno analizzato la particolare situazione dei familiari dei soggetti con DOC individuando le aree di funzionamento maggiormente compromesse dal vivere quotidianamente e prendersi cura di tale tipo di pazienti (Magliano *et al.*, 1996; Black *et al.*, 1998; Gururaj *et al.*, 2008), ma solo due di essi hanno utilizzato strumenti specifici per la valutazione della qualità di vita (Stengler-Wenzke *et al.*, 2006b; Albert *et al.*, 2007). Entrambi gli studi hanno concluso che la qualità di vita dei familiari sani di pazienti con DOC è maggiormente compromessa; tra i fattori predittivi di maggiore compromissione sono emersi la gravità della sintomatologia ossessivo-compulsiva, l'età avanzata dei familiari, il sesso femminile, l'essere genitore piuttosto che coniuge e il grado di coinvolgimento del familiare nei sintomi O/C del paziente (misurato con la *Family Accommodation Scale*). Entrambi gli studi, tuttavia, soffrono di alcuni limiti metodologici, quali la mancata considerazione di variabili legate al paziente (Stengler-Wenzke *et al.*, 2006b) o l'esiguità del campione indagato (Albert *et al.*, 2007).

Obiettivo del presente studio è:

- 1) verificare, in un campione indipendente e più ampio, se la qualità di vita dei familiari di pazienti con DOC è compromessa rispetto alla popolazione generale italiana;
- 2) individuare le caratteristiche socio-demografiche e cliniche di pazienti e familiari che predicono tale compromissione, con particolare attenzione al coinvolgimento diretto dei familiari nei sintomi.

METODI

Partecipanti

Sono stati reclutati pazienti con diagnosi principale di disturbo ossessivo-compulsivo e con un punteggio totale alla *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS) ≥ 16 . Il protocollo è stato valutato e approvato dal comitato etico locale. Tutti i pazienti hanno dato il loro consenso informato.

Per tutti i pazienti sono stati selezionati uno o più familiari sulla base dei seguenti criteri: ≥ 18 anni, conviventi con il paziente negli ultimi 2 anni, senza anamnesi di malattia mentale, non coinvolti nella cura di altri familiari con disturbi psichiatrici.

Misure

Pazienti con DOC

La valutazione diagnostica e la comorbidità di Asse I e II è stata effettuata con l'utilizzo della *Structured*

Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) e Axis II Disorders (SCID-II). Inoltre, attraverso l'utilizzo di un'intervista semistrutturata sviluppata e utilizzata in precedenti studi (Bogetto et al., 1999; Albert et al., 2002; 2004; Maina et al., 2004), per tutti i pazienti sono state rilevate le seguenti caratteristiche:

Socio-demografiche: età, sesso, stato civile, anni di scolarità;

Esordio del disturbo: considerato il primo mese in cui i sintomi hanno causato un disagio marcato, o sono stati presenti per almeno un'ora al giorno o hanno interferito con il funzionamento sociale e lavorativo del soggetto. L'esordio dei sintomi è stato, invece, definito dall'età alla quale i primi sintomi O/C sono stati notati dal soggetto.

Sintomatologia: la gravità dei sintomi O/C è stata misurata attraverso la Y-BOCS. È stata, inoltre, condotta l'analisi della tipologia di sintomatologia sia presente che passata attraverso l'ausilio della *Symptom Checklist*.

Per ogni paziente è stata rilevata la familiarità per DOC, altri disturbi d'ansia, disturbi dell'umore e disturbi dello spettro schizofrenico. Sono state inoltre somministrate la *Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A)* e la 17-item *Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D)*.

Familiari

Tutti i familiari sono stati direttamente intervistati con la *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Non-Patient Version (SCID-I/NP)*. Sono state inoltre rilevate età, sesso e grado di parentela con il familiare malato.

La valutazione della qualità di vita è stata effettuata con il *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)*. Per la valutazione degli eventuali predittori di peggior qualità di vita sono stati utilizzati i due indici sintetici di qualità di vita: Indice Fisico Sintetico (IFS) e Indice Mentale Sintetico (IMS). La SF-36 è stata validata in italiano e i punteggi normativi italiani sono reperibili nel lavoro di Apolone et al. (1997).

Il grado di coinvolgimento specifico nei sintomi ossessivo-compulsivi è stato misurato con la *Family Accommodation Scale (FAS)* (Calvocoressi et al., 1995). La scala si compone di 13 item che valutano il coinvolgimento dei familiari nei sintomi considerando molteplici dimensioni del fenomeno. I primi 4 item valutano la partecipazione ai sintomi in termini di rassicurazioni fornite, approvvigionamento di materiali utili per la messa in atto

delle compulsioni, partecipazione diretta dei familiari ai rituali stessi e assistenza nei comportamenti di evitamento. Gli item 5-9 concernono la modificazione del funzionamento personale e familiare dovuta ai sintomi del paziente considerando i cambiamenti nella routine, le assunzioni, da parte dei familiari, di responsabilità normalmente di competenza del paziente e l'eventuale modificazione dell'orario lavorativo dovuta ai sintomi del paziente. L'item 10 valuta lo stress esperito nel coinvolgimento, mentre gli item 11, 12, 13 valutano le conseguenze del non assecondare il paziente.

Analisi statistiche

I punteggi medi ottenuti alla SF-36 dai familiari sono stati comparati con quelli della popolazione generale Italiana con il t test per campioni indipendenti.

Prima di procedere nella ricerca dei predittori di qualità di vita è stata condotta un'analisi delle caratteristiche sintomatologiche dei pazienti, al fine di estrarre dall'eterogeneità dei numerosi sintomi riconducibili al DOC un numero limitato di fattori o dimensioni sintomatologiche. Al fine di aumentare la potenza statistica, l'analisi è stata condotta su un numero più ampio di pazienti DOC (N=329), comprendente i 96 soggetti che compongono il campione oggetto di questo studio. Per ottenere i punteggi delle dimensioni sintomatologiche sono state considerate 7 delle 8 categorie di ossessioni e 6 delle 7 categorie di compulsioni proposte dalla *Symptoms Checklist* secondo un metodo utilizzato in precedenti studi (Baer, 1994; Leckman et al., 1997; Mataix-Cols et al., 2005). I sintomi attuali, o *lifetime*, sono stati codificati con 1, mentre i sintomi che il paziente non ha mai manifestato sono stati codificati con 0. Il numero di sintomi *lifetime* riconducibili ad ognuna delle 13 principali categorie sintomatologiche prese in esame è stato sommato per ottenere un punteggio. I fattori iniziali sono stati estratti utilizzando il metodo dell'analisi delle componenti principali (*principal component analysis*) e poi sottoposti a rotazione ortogonale (Varimax). I criteri utilizzati per ritenere validi i fattori così ottenuti sono stati Eigenvalues > 1 e interpretabilità del fattore. Abbiamo considerato come valore soglia del peso fattoriale ottimale per correlare un singolo item al fattore il valore di 0.40.

Una seconda analisi delle componenti principali con estrazione e rotazione ortogonale (Varimax) è stata condotta per esplorare empiricamente la struttura fattoriale della FAS. I criteri utilizzati per ritenere validi i fattori così ottenuti sono stati Eigenvalues > 1 e interpretabilità del fattore.

Al fine di rilevare la relazione esistente tra variabili sociodemografiche e cliniche dei pazienti (età, genere, stato civile, anni di scolarizzazione, età d'esordio dei sintomi, età d'esordio del disturbo, tipo d'esordio, tipo di decorso, punteggio totale Y-BOCS, sottopunteggio Y-BOCS ossessioni, sottopunteggio Y-BOCS compulsioni, punteggio totale HAM-D, punteggio totale HAM-A, comorbidità attuale, comorbidità *lifetime*, familiarità per DOC, familiarità per disturbi d'ansia, familiarità per disturbi dell'umore, familiarità per disturbi psicotici, presenza di disturbi d'ansia attuali o *lifetime*, presenza di disturbi dell'umore attuali o *lifetime*) o dei familiari (età, genere, grado di parentela, *Family Accommodation Scale*) e gli indici sintetici di qualità di vita, sono state condotte analisi di regressione univariata e ANOVA.

In ultimo, le variabili risultate significative o prossime alla significatività ($p \leq .10$) sono state introdotte come regressori in due differenti analisi di Regressione Lineare Multipla con metodo backward elimination, considerando rispettivamente i punteggi relativi alla Componente Fisica e alla Componente Mentale della SF-36 come variabili dipendenti.

RISULTATI

Caratteristiche del campione

Le caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti (N=96) inclusi nello studio sono espresse nella Tabella I. Sono stati inclusi 140 familiari, di età media 50.7 ± 13.2 anni, costituiti da 61 maschi (43.6%) e 79 femmine (56.4%); 80 erano genitori (57.1%), 47 coniugi (33.6%), 5 figli (3.6%) e 8 fratelli/sorelle (5.7%). 60 soggetti appartenevano a famiglie con un solo familiare partecipante per paziente, mentre 80 a famiglie con più di un partecipante per paziente. Dal momento che l'inclusione di più membri per famiglia aumenta il rischio di un certo grado di correlazione tra le informazioni, prima di procedere alle analisi dei predittori di qualità di vita abbiamo condotto un'analisi preventiva (ANOVA), per verificare se esistevano differenze significative tra i punteggi medi alle singole dimensioni di qualità di vita o agli indici sintetici tra familiari appartenenti a famiglie con un solo familiare per paziente e appartenenti a famiglie con più di un familiare per paziente; non avendo rilevato alcuna differenza statisticamente significativa abbiamo successivamente considerato come unico campione tutti i familiari.

Tabella I – Caratteristiche socio-demografiche e cliniche di 96 pazienti DOC. *Socio-demographic and clinical characteristics of 96 OCD patients.*

Pazienti DOC (N=96)	Media/N	DS/%
Età, M ± DS	35.5	12.3
Anni di scolarizzazione, M ± DS	11.9	3.2
Sesso		
Maschi	48	50.0
Femmine	48	50.0
Stato civile		
Single	47	48.9
Sposati	45	46.9
Separati	4	4.2
Età d'esordio dei sintomi, M ± DS	16.9	9.2
Età d'esordio del disturbo, M ± DS	23.0	10.5
Tipo d'esordio		
Improvviso	31	32.3
Subdolo	65	67.7
Tipo di decorso		
Cronico stabile	16	16.7
Cronico oscillante	56	58.3
Episodico	15	15.6
Cronico deteriorante	9	9.4
Y-BOCS, M ± DS		
Punteggio totale	25.7	5.3
Sottopunteggio ossessioni	13.1	2.9
Sottopunteggio compulsioni	12.7	3.0
HAM-D, M ± DS	9.7	5.7
HAM-A, M ± DS	12.1	7.1
Comorbidità attuale		
Almeno un Disturbo di Asse I	56	58.3
Disturbi dell'Umore	44	45.8
Disturbi d'Ansia	16	16.7
Comorbidità lifetime, n (%)		
Almeno un disturbo di Asse I	71	74.0
Disturbi dell'Umore	56	58.3
Disturbi d'Ansia	27	28.1
Familiarità		
Per il DOC	24	25.0
Per Disturbi dell'Umore	30	31.3
Per Disturbi d'Ansia	18	18.8

HAM-A = Hamilton Rating for Anxiety

HAM-D = Hamilton Rating Scale for Depression

Y-BOCS = Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

Valutazione della qualità di vita dei familiari (SF-36): confronto con la popolazione generale

Come evidenziato in Tabella II, i familiari hanno mostrato in molteplici dimensioni della qualità di vita (incluso l'indice sintetico mentale) punteggi medi significativamente inferiori rispetto al campione della popolazione generale. (N=2031).

Struttura fattoriale della Y-BOCS-Symptom Checklist (Y-BOCS-SC)

Dall'analisi fattoriale relativa alle dimensioni sintomatologiche della Y-BOCS condotta su un campione di 329

Tabella II – *Punteggi alla 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) di 140 familiari di pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo, rispetto ai valori normativi italiani: Scores on the 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) for 140 family members of patients with obsessive-compulsive disorder, compared with the general Italian population.*

	Familiari (N=140)		Dati normativi Italiani (N=2031)		p
	M	DS	M	DS	
Dimensioni della SF-36*					
Funzionamento fisico	85.04	18.02	84.46	23.18	0.706
Limitazioni di ruolo dovute a salute fisica	68.75	37.35	78.21	35.93	0.003
Dolore fisico	69.75	24.97	73.67	27.65	0.065
Salute generale	62.91	20.10	65.22	22.18	0.176
Vitalità	50.86	18.32	61.89	20.69	< 0.001
Funzionamento sociale	61.92	23.79	77.43	23.34	< 0.001
Limitazioni di ruolo a problemi emozionali	55.68	41.45	76.16	37.25	< 0.001
Salute mentale	56.37	18.77	66.59	20.89	< 0.001
Indice Fisico Sintetico	50.59	9.21	50.00	10.20	.448
Indice Mentale Sintetico	38.59	11.72	46.60	10.70	<0.001

* Punteggi compresi tra 0, peggiore salute possibile, e 100, migliore salute possibile, per ogni sottoscala.

pazienti (51.4% maschi, età media 34.7 ± 11.8 , punteggio medio totale alla Y-BOCS 24.9 ± 6.4 ; Y-BOCS ossessioni 13.3 ± 3.3 ; Y-BOCS compulsioni 11.8 ± 4.2 ; età esordio sintomi 17.6 ± 9.1 ; età esordio disturbo 22.8 ± 9.3) sono emersi 4 fattori mutualmente indipendenti che spiegano il 58% della varianza totale: fattore 1=ossessioni di simmetria/ precisione e compulsioni di ripetizione, ordinare/rassetare, conteggio e controllo; fattore 2=ossessioni di aggressività, religiose, sessuali e somatiche; fattore 3=ossessioni di contaminazione e compulsioni di lavaggio; fattore 4=ossessioni di accumulo/risparmio e compulsioni di accumulo/collezionare. Il campione di 96 pazienti i cui familiari hanno partecipato allo studio attuale non differiva statisticamente dal campione più ampio di 329 pazienti.

Struttura fattoriale della Family Accommodation Scale (FAS)

L'analisi fattoriale condotta considerando le risposte ai 13 item della *Family Accommodation Scale* fornite dai 140 familiari partecipanti ha restituito una soluzione che spiega il 55.74% della varianza totale e delinea 3 distinti fattori o domini nei quali si espleta il coinvolgimento familiare specifico. Il primo fattore raggruppa gli item 5-9 (*Dimensione o Fattore Modificazione*), il secondo fattore include gli item 10-13 (*Stress & Conseguenze*) e il terzo include gli item 1-4 (*Partecipazione*). I coefficienti α di Cronbach, calcolati per valutare la consistenza interna, sono i seguenti: Partecipazione, $\alpha=.67$; Modificazione, $\alpha=.76$; Stress e Conseguenze, $\alpha=.75$; punteggio totale (13-item), $\alpha=.83$.

Regressione univariata e ANOVA: relazione tra la qualità di vita (SF-36) e le caratteristiche dei pazienti

Dalle analisi di regressione univariate si è riscontrato che la Componente Fisica della qualità di vita dipende dall'età d'esordio dei sintomi (coefficiente standardizzato $\beta=-.18$, $p=.029$) e dal punteggio alla HAM-D (coefficiente standardizzato $\beta=-.17$, $p=.035$). L'indice relativo alla Componente Mentale risulta invece dipendere sia dal punteggio totale alla Y-BOCS (coefficiente standardizzato $\beta=-.22$, $p=.009$) che dai sottopunteggi relativi alle ossessioni (coefficiente standardizzato $\beta=-.18$, $p=.033$) e alle compulsioni (coefficiente standardizzato $\beta=-2.16$, $p=.010$). Nessuna delle 4 dimensioni sintomatologiche estratte dalla Y-BOCS-SC risulta modificare i due indici sintetici considerati.

Dalle ANOVA si rileva, inoltre, che una peggiore qualità di vita dei familiari relativa alla Componente Fisica della salute risulta significativamente associata alla presenza di una storia familiare per disturbi dell'umore (presente IFS= 48.33 ± 9.72 versus assente IFS= 51.82 ± 8.74 ; $p=.032$). Si rileva, inoltre, una differenza significativa per quanto concerne la Componente Fisica rispetto al genere del paziente (Maschi IFS= 48.95 ± 10.18 versus Femmine IFS= 52.29 ± 7.82 ; $p=.032$).

Regressione univariata e ANOVA: relazione tra la qualità di vita (SF-36) e le caratteristiche dei familiari

Dalle analisi di regressione univariate si è riscontrato che la Componente Fisica della qualità di vita dipende dall'età del familiare (coefficiente standardizzato $\beta=-$

.418, $p < .001$) e dall'elevato grado di coinvolgimento familiare nei sintomi O/C misurato alla *Family Accommodation Scale* (punteggio FAS totale-13item) (coefficiente standardizzato $\beta = -.204$, $p = .015$). In particolare, se si considerano i tre fattori o domini nei quali è possibile scomporre la FAS, si rileva che la modificazione del funzionamento familiare e personale (Fattore 1) e lo stress percepito dal familiare quando non soddisfa le richieste del DOC (Fattore 2) influenzano negativamente qualità di vita nella Componente Fisica (IFS) (rispettivamente, coefficiente standardizzato $\beta = -.172$, $p = .042$ e $\beta = -.197$, $p = .020$). Il livello globale di coinvolgimento familiare (punteggio FAS totale-13 item) ($\beta = -.421$, $p < .001$) e le stesse dimensioni della FAS (Fattore 1 - $\beta = -.429$, $p < .001$ - e Fattore 2 - $\beta = -.417$, $p < .001$) risultano altresì condizionare negativamente la qualità di vita nella Componente Mentale (IMS).

Le donne riportano una qualità di vita che è significativamente peggiore rispetto a quella degli uomini sia per quanto riguarda la Componente Fisica (Maschi=53.19±6.66 versus Femmine=48.59±10.38; $p = .003$) che la Componente Mentale (Maschi=41.36±12.19 versus Femmine=36.46±10.94; $p = .014$). Infine, entrambe le componenti risultano significativamente influenzate dal differente grado di parentela con il paziente (IFS, $p = .001$;

IMS, $p = .037$). In particolare, ad una analisi post hoc di Bonferroni si rileva che, per quanto riguarda l'Indice Fisico Sintetico, l'essere genitore risulta significativamente più compromettente, in termini di qualità di vita, sia dell'essere figlio di un paziente con DOC (genitore=48.54±9.07 versus figlio=60.58±7.23, $p = .021$) che dell'essere fratello o sorella (57.51±7.59, $p = .040$).

Regressione Lineare

In Tabella III vengono riportati i risultati dei due modelli di regressione lineare con l'IFS e l'IMS come variabili dipendenti. L'aumentare dell'età e il sesso femminile dei familiari, un elevato coinvolgimento nella sintomatologia O/C del paziente, un elevato punteggio del paziente alla HAM-D, la familiarità per DOC, il sesso maschile del paziente e una modalità d'esordio improvvisa predicono una maggior compromissione della qualità della vita relativamente alla Componente Fisica. Il sesso femminile del familiare e maggiori modificazioni del funzionamento familiare e personale, insieme ad un maggior stress percepito dai familiari, predicono una maggior compromissione della qualità della vita relativamente alla Componente Mentale.

Tabella III – Regressioni lineare multiple secondo il metodo backward per i punteggi IFS e IMS della SF-36: Backward regressions predicting SF-36 composite factors scores

	Componente Fisica (IFS)		Componente Mentale (IMS)	
	Coefficiente standardizzato (β)	p	Coefficiente standardizzato (β)	p
Età del familiare	-.364	<.001		
Sesso familiare	-.181	.021	-.179	.016
Punteggio HAM-D	.162	.027		
FAS totale (13 item)	-.180	.014		
Familiarità per DOC	.161	.029		
Modalità esordio	.179	.016		
Sesso del paziente	.166	.045		
FAS - Modificazione (item 5-9)			-.290	.001
FAS - Stress & Conseguenze (item 10-13)			-.224	.010

DISCUSSIONE

Obiettivo dello studio è verificare, in un campione indipendente e più ampio, la maggiore compromissione della qualità di vita nei familiari di pazienti con DOC rispetto alla popolazione generale rilevata in precedenti lavori, e, in secondo luogo, individuare le caratteristiche socio-demografiche e cliniche di pazienti e familiari predittive di tale compromissione; particolare attenzione è stata rivolta alla possibile relazione intercorrente tra qualità di vita e coinvolgimento diretto dei familiari nei sin-

tomi. L'identificazione di predittori di maggior compromissione della qualità di vita può risultare utile ad identificare e selezionare i familiari che potrebbero trarre maggior beneficio da interventi specifici mirati alle famiglie; tali interventi, al momento in via di sperimentazione (Albert *et al.*, 2006), potrebbero rivelarsi altresì utili per aumentare la risposta alle strategie terapeutiche per i pazienti o, nel lungo termine, ridurre i tassi di ricadute.

Come atteso, la qualità di vita dei familiari è risultata, rispetto ai valori normativi Italiani, significativamente più compromessa in varie dimensioni sia fisiche che

mentali. Tali risultati sono in linea con gli studi di letteratura sul carico assistenziale percepito (Shafran *et al.*, 1995; Amir *et al.*, 2000; Magliano *et al.*, 1996; Black *et al.*, 1998), ed in particolar modo con i due studi sulla qualità di vita già pubblicati in letteratura, di cui uno condotto con la stessa metodologia in un campione indipendente e di dimensioni inferiori (Stengler-Wenzke *et al.*, 2006b; Albert *et al.*, 2007).

Alcune variabili sono risultate predire, indipendentemente da altri fattori, una maggior compromissione della qualità di vita dei familiari: per quanto concerne dimensioni di qualità di vita fisica, l'età avanzata e il sesso femminile del familiare, la familiarità per DOC, la modalità improvvisa d'esordio e il sesso femminile del paziente oltre ad un maggior grado di coinvolgimento del familiare nella sintomatologia; per quanto concerne la qualità di vita nelle sue dimensioni mentali, il sesso femminile e, nuovamente, l'entità del coinvolgimento nei sintomi.

Mentre alcuni predittori (età avanzata e sesso femminile) risultano comunemente associati ad una percezione di maggior compromissione della qualità di vita nelle sue componenti fisiche anche nella popolazione generale, il dato, a nostro giudizio, più rilevante è che, quanto più i familiari sono direttamente coinvolti nella sintomatologia ossessivo-compulsiva, tanto più percepiscono la qualità di vita come compromessa, sia nelle sue dimensioni fisiche che mentali. In particolare, dal nostro studio sembra emergere che quello che maggiormente compromette la qualità di vita non è tanto la partecipazione diretta alle compulsioni (ad esempio, comportamenti quali fornire rassicurazioni ai dubbi ossessivi, aiutare il paziente a portare a termine i rituali o procurargli il materiale – ad esempio, il disinfettante – per portare a termine le compulsioni), quanto le modificazioni della propria vita familiare, lavorativa o relazionale dovute direttamente alle ossessioni e compulsioni del paziente (ad esempio dovute all'impossibilità per un familiare di un paziente con sintomi tipo *washer* di invitare un estraneo in casa). Altro aspetto che profondamente incide sulla qualità di vita dei familiari sembra essere il disagio esperito o anticipato dal familiare quando tenta di sottrarsi al coinvolgimento, come misurato dagli item della FAS che risultano all'analisi fattoriale partecipare alla dimensione chiamata Stress & Conseguenze. Vale la pena di sottolineare che la scala FAS misura come il familiare/caregiver sano percepisce la sua situazione di vita con il paziente; quindi, nello specifico di quest'ultima dimensione, misura cosa il familiare pensa che succederebbe se non assecondasse le richieste del DOC. È da sottolineare tuttavia, che questa dimensione della FAS potrebbe misurare alcuni aspetti soggettivi di *burden* che vengono altresì misurati dalla SF-36 nella sua componente mentale.

Un altro aspetto a nostro giudizio meritevole di discussione è il rilievo che la gravità del disturbo, misurata con la Y-BOCS, sembra predire una maggior compromissione della qualità della vita, ma tale effetto scompare ad una analisi di regressione lineare multipla. Questo potrebbe significare che la gravità del disturbo non incide direttamente sulla qualità della vita dei familiari, ma piuttosto che l'effetto finale è mediato da quanto il familiare è coinvolto nei sintomi. Alcuni familiari di pazienti con DOC molto grave, infatti, potrebbero, in virtù di proprie caratteristiche personali, non essere direttamente coinvolti nella sintomatologia specifica del disturbo e, quindi, non presentare una significativa compromissione della qualità di vita. Altra possibilità è che risulti rilevante ai fini della compromissione della qualità di vita la durata di tempo che il familiare passa a diretto contatto con il paziente, indipendentemente dalla gravità del disturbo. Allo stesso modo non abbiamo rilevato una specifica e diretta influenza del tipo di sintomatologia ossessivo-compulsiva (espresso con una analisi multidimensionale) sulla qualità di vita; nuovamente, il tipo di sintomatologia potrebbe invece influenzare l'entità del coinvolgimento nei sintomi (ad esempio, un paziente con sintomatologia tipo *washer* potrebbe tendere a coinvolgere maggiormente i propri familiari nella sintomatologia, soprattutto nelle dimensioni di Modificazione del funzionamento) e questo a sua volta, come dimostrato dal presente lavoro, potrebbe tradursi in una maggiore compromissione della qualità di vita.

Il presente studio soffre di alcuni limiti metodologici; innanzitutto sono stati arruolati più familiari per singolo paziente con DOC. Questo potrebbe portare teoricamente ad un errore di sovrastima dell'impatto del disturbo sulla famiglia (in termini di compromissione della qualità di vita), nel caso in cui siano stati inseriti più familiari di singoli nuclei particolarmente problematici; in realtà il confronto tra i punteggi della SF-36 (singole dimensioni o indici sintetici) ottenuto dalle famiglie 1/1 (un solo familiare per paziente) e quello delle famiglie 1/2-x (due o più familiari per singolo paziente) non ha mostrato differenze statisticamente significative. Questo ci ha consentito di esaminare successivamente i predittori, utilizzando tutti i familiari come unico gruppo. Un altro limite potenziale dello studio consiste nell'utilizzo della SCID-I per la valutazione della eventuale presenza di disturbi di Asse I nei familiari: mentre ciò ha permesso di escludere dal campione familiari con disturbi di Asse I sopra soglia, non è stata indagata la presenza (e l'effetto quindi sulla qualità di vita) di sindromi sottosoglia (tra cui quindi anche sintomi ossessivo-compulsivi di gravità tale da non determinare un significativo disagio o una alterazione del

funzionamento). Questo limite vale anche per il mancato rilievo di eventuali sintomi depressivi sottosoglia, che potrebbero spiegare, almeno in parte, la compromissione della qualità di vita dei familiari, così come ampiamente dimostrato in letteratura in altri ambiti.

Umberto Albert*
Cinthia Brunatto
Andrea Aguglia
Giuseppe Maina
Giuseppe Rocca
Filippo Bogetto

*Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia,
Dipartimento di Neuroscienze,
Università degli Studi di Torino.
Via Cherasco 11,
10126 Torino (Italy)
Fax: +39-011-673473
E-mail: umberto.albert@unito.it

Received 17.12.2008

Revised version received 08.03.2009

Accepted 14.03.2009

BIBLIOGRAFIA

- Albert U., Maina G., Ravizza L. & Bogetto F. (2002). An exploratory study on obsessive-compulsive disorder with and without a familial component: are there any phenomenological differences? *Psychopathology* 35, 8-16.
- Albert U., Maina G., Forner F. & Bogetto F. (2004). DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: prevalence in patients with anxiety disorders and in healthy comparison subjects. *Comprehensive Psychiatry* 45, 325-332.
- Albert U., Maina G., Saracco P. & Bogetto F. (2006). Multifamily psychoeducational intervention (MPI) for obsessive-compulsive disorder: a pilot study (in Italian). *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 15, 71-76.
- Albert U., Salvi V., Saracco P., Bogetto F. & Maina G. (2007). Health-related quality of life among first-degree relatives of patients with obsessive-compulsive disorder in Italy. *Psychiatric Services* 58, 970-976.
- Amir N., Freshman M. & Foa E.B. (2000). Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders* 14, 209-217.
- Apolone G., Mosconi P. & Ware J.E. Jr (1997). *Questionario sullo Stato di Salute SF-36. Manuale d'Uso e Guida all'Interpretazione dei Risultati*. Guerini & Associati: Milano.
- Baer L. (1994). Factor Analysis of symptoms subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relation to personality and tic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 55, 18-23.
- Black D.W., Gaffney G., Schlosser S. & Gabel J. (1998). The impact of obsessive-compulsive disorder on the family: preliminary findings. *Journal of Nervous and Mental Disease* 186, 440-442.
- Bogetto F., Venturello S., Maina G. & Ravizza L. (1999). Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry* 14, 434-441.
- Calvocoressi L., Lewis B., Harris M., Trufan S.J., Goodman W.K., McDougle C.J. & Price L.H. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 152, 441-443.
- Didie E.R., Walters M.M., Pinto A., Menard W., Eisen J.L., Mancebo M., Rasmussen S.A. & Phillips K.A. (2007). A comparison of quality of life and psychosocial functioning in obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Annals of Clinical Psychiatry* 19, 181-186.
- 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, 270-275.
- Gururaj G.P., Bada Math S., Reddy J.Y.C. & Chandrashekar C.R. (2008). Family burden, quality of life and disability in obsessive compulsive disorder: an Indian perspective. *Journal of Postgraduate Medicine* 54, 91-97.
- Leckman J.F., Grice D.E., Boardman J., Zhang H., Vitale A., Bondi C., Alsobrook J., Peterson B.S., Cohen D.J., Rasmussen S.A., Goodman W.K., McDougle C.J. & Pauls D.L. (1997). Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 154, 911-917.
- Magliano L., Tosini P., Guarneri M., Marasco C. & Catapano F. (1996). Burden on the families with obsessive compulsive disorder: a pilot study. *European Psychiatry* 11, 192-197.
- Maina G., Albert U., Salvi V. & Bogetto F. (2004). Weight gain during long-term treatment of obsessive-compulsive disorder: a prospective comparison of serotonin reuptake inhibitors. *Journal of Clinical Psychiatry* 65, 1365-1371.
- Mataix-Cols D., do Rosario-Campos M.C. & Leckman J.F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 162, 228-238.
- Moritz S., Rufner M., Fricke S., Karow A., Morfeld M., Jelinek L. & Jacobsen D. (2005). Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment. *Comprehensive Psychiatry* 46, 453-459.
- Norberg M.M., Calamari J.E., Cohen R.J. & Riemann B.C. (2008). Quality of life in Obsessive-Compulsive Disorder: an evaluation of impairment and a preliminary analysis of the ameliorating effect of treatment. *Depression and Anxiety* 25, 248-259.
- Shafran R., Ralph J. & Tallis F. (1995). Obsessive-compulsive symptoms and the family. *Bulletin of the Menninger Clinic* 59, 472-479.
- Stengler-Wenzke K., Kroll M., Matschinger H. & Angermeyer M.C. (2006a). Subjective quality of life of patients with obsessive-compulsive disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 41, 662-668.
- Stengler-Wenzke K., Kroll M., Matschinger H. & Angermeyer M.C. (2006b). Quality of life of relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry* 47, 523-527.