



*Azienda Ospedaliera Nazionale
SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo
Alessandria*

Working Paper of Public Health

Nr. 13/2016



La serie di *Working Paper of Public Health* (WP) dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria è una serie di pubblicazioni *online* ed *Open Access*, *progressiva* e *multi disciplinare* in *Public Health* (ISSN: 2279-9761). Vi rientrano pertanto sia contributi di medicina ed epidemiologia, sia contributi di economia sanitaria e management, etica e diritto. Rientra nella politica aziendale tutto quello che può proteggere e migliorare la salute della comunità attraverso l'educazione e la promozione di stili di vita, così come la prevenzione di malattie ed infezioni, nonché il miglioramento dell'assistenza (sia medica sia infermieristica) e della cura del paziente. Si prefigge quindi l'obiettivo scientifico di migliorare lo stato di salute degli individui e/o pazienti, sia attraverso la prevenzione di quanto potrebbe condizionarla sia mediante l'assistenza medica e/o infermieristica finalizzata al ripristino della stessa.

Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente gli autori, le opinioni espresse non implicano alcuna responsabilità da parte dell'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria.

La pubblicazione è presente in: [Directory of Open Access Journals \(DOAJ\)](#); [Google Scholar](#); [Academic Journals Database](#);

Comitato Scientifico:

Prof. Balduzzi Renato	Dr.ssa Baraldi Giovanna
Prof. Bellomo Giorgio	Dr. Bertetto Oscar
Dr. Cappelletti Mauro	Dr. Casagrande Ivo
Dr. Coccia Mario	Dr.ssa Corbascio Caterina
Dr.ssa Cosimi Maria Flavia	Dr.ssa Costanzo Paola
Dr.ssa Degiovanni Daniela	Dr. D'Incalci Maurizio
Dr.ssa Falavigna Greta	Dr. Ferretti Gabriele
Dr.ssa Franzone Paola	Dr.ssa Gambarini Lorella
Dr. Gazzolo Diego	Dr. Guaschino Roberto
Dr. Ladetto Marco	Dr. Lera Riccardo
Dr. Levis Alessandro	Dr. Musante Francesco
Dr. Numico Gianmauro	Dr. Petrozzino Salvatore
Dr. Spinoglio Giuseppe	

Comitato di Direzione:

Dr. Antonio Maconi
Dr.ssa Federica Grosso
Dr. Ennio Piantato

Responsabile:

Dr. Antonio Maconi
telefono: +39.0131.206818
email: amaconi@ospedale.al.it

Segreteria:

Roberto Ippoliti, Ph.D.
telefono: +39.0131.206819
email: rippoliti@ospedale.al.it

Norme editoriali:

Le pubblicazioni potranno essere sia in lingua italiana sia in lingua inglese, a discrezione dell'autore. Sarà garantita la sottomissione di manoscritti a tutti coloro che desiderano pubblicare un proprio lavoro scientifico nella serie di WP dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria, purché rientrino nelle linee guida editoriali. Il Responsabile Scientifico di redazione verificherà che gli articoli sottomessi rispondano ai criteri editoriali richiesti. Nel caso in cui lo si ritenga necessario, lo stesso Responsabile valuterà l'opportunità o meno di una revisione a studiosi o ad altri esperti, che potrebbero o meno aver già espresso la loro disponibilità ad essere revisori per il WP (i.e. *peer*

review). L'utilizzo del *peer review* costringerà gli autori ad adeguarsi ai migliori *standard* di qualità della loro disciplina, così come ai requisiti specifici del WP. Con questo approccio, si sottopone il lavoro o le idee di un autore allo scrutinio di uno o più esperti del medesimo settore. Ognuno di questi esperti fornirà una propria valutazione, includendo anche suggerimenti per l'eventuale miglioramento, all'autore, così come una raccomandazione esplicita al Responsabile Scientifico su cosa fare del manoscritto (i.e. *accepted* o *rejected*).

Al fine di rispettare criteri di scientificità nel lavoro proposto, la revisione sarà anonima, così come l'articolo revisionato (i.e. *double blinded*).

Diritto di critica:

Eventuali osservazioni e suggerimenti a quanto pubblicato, dopo opportuna valutazione di attinenza, sarà trasmessa agli autori e pubblicata *on line* in apposita sezione ad essa dedicata.

Questa iniziativa assume importanza nel confronto scientifico poiché stimola la dialettica e arricchisce il dibattito su temi d'interesse. Ciascun professionista avrà il diritto di sostenere, con argomentazioni, la validità delle proprie osservazioni rispetto ai lavori pubblicati sui Working Paper of Public Health.

Nel dettaglio, le norme a cui gli autori devono attenersi sono le seguenti:

- I manoscritti devono essere inviati alla Segreteria esclusivamente in formato elettronico all'indirizzo e-mail dedicato (i.e. rippoliti@ospedale.al.it);
- A discrezione degli autori, gli articoli possono essere in lingua italiana o inglese. Nel caso in cui il manoscritto è in lingua italiana, è possibile accompagnare il testo con due riassunti: uno in inglese ed uno in italiano, così come il titolo;
- Ogni articolo deve indicare, se applicabile, i codici di classificazione JEL (scaricabili al sito: http://www.econlit.org/subject_descriptors.html) e le Keywords, nonché il tipo di articolo (i.e. Original Articles, Brief Reports oppure Research Reviews);
- L'abstract è il riassunto dell'articolo proposto, pertanto dovrà indicare chiaramente: Obiettivi; Metodologia; Risultati; Conclusioni;
- Gli articoli dovrebbero rispettare i seguenti formati: *Original Articles* (4000 parole max., abstract 180 parole max., 40 references max.); *Brief Reports* (2000 parole max., abstract 120 parole max., 20 references max., 2 tabelle o figure) oppure *Research Reviews* (3500-5000 parole, fino a 60 references e 6 tabelle e figure);
- I testi vanno inviati in formato Word (Times New Roman, 12, interlinea 1.5). Le note, che vanno battute in apice, non possono contenere esclusivamente riferimenti bibliografici. Inoltre, la numerazione deve essere progressiva;
- I riferimenti bibliografici vanno inseriti nel testo riportando il cognome dell'Autore e l'anno di pubblicazione (e.g. Calabresi, 1969). Nel caso di più Autori, indicare nel testo il cognome del primo aggiungendo *et al*; tutti gli altri Autori verranno citati nei riferimenti bibliografici alla fine del testo.
- I riferimenti bibliografici vanno elencati alla fine del testo in ordine alfabetico (e cronologico per più opere dello stesso Autore).

Nel sottomettere un manoscritto alla segreteria di redazione, l'autore accetta tutte le norme qui indicate.



Titolo: Integrazione di EMDR, TCC e Terapia Farmacologica in un caso di disturbo ossessivo-compulsivo in eta' pediatrica

Autori: Sterpone R.,¹ Dealessi V.,² Cremonte M.³

Tipo: Rapporto breve

Keywords: Ossessioni, Compulsioni, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, psicoterapia Cognitivo Comportamentale, terapia farmacologica.

¹ Azienda Ospedaliera di Alessandria- S.S. Psicologia - Docente AIAMC
E-mail: rsterpone@ospedale.al.it

² Tirocinante Esterno Azienda Ospedaliera di Alessandria –S.S. Psicologia

³ Azienda Ospedaliera di Alessandria-Responsabile S.C. di Neuropsichiatria Infantile



ABSTRACT

Obiettivi: Trattamento integrato tra psicoterapia e terapia farmacologica in un caso di DOC pediatrico.

Metodologia: Riprocessazione tramite EMDR di eventi traumatici pregressi. Ristrutturazione delle principali distorsioni del pensiero e processo di esposizione e prevenzione della risposta per mezzo di terapie cognitive e comportamentali. Supporto farmacologico con graduale riduzione del dosaggio fino alla sospensione.

Risultati : Il paziente ha potuto ridurre e poi estinguere l'ansia connessa ai pensieri ossessivi. A oggi (a 30 mesi dalla diagnosi) non avverte più bisogno di attuare i rituali compulsivi, gestisce con efficacia gli sporadici pensieri ossessivi residui e ha recuperato un livello di funzionamento soddisfacente.

Conclusioni : Efficacia dell'integrazione tra EMDR, TCC e supporto farmacologico.



Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) è una psicopatologia caratterizzata da ossessioni e/o compulsioni. Per ossessioni si intendono pensieri, impulsi e immagini ricorrenti e persistenti, vissuti come intrusivi e indesiderati e che, nella maggior parte degli individui, causano ansia o disagio rilevanti; le compulsioni si riferiscono a comportamenti ripetitivi o azioni mentali che il soggetto sente di dover attuare in risposta a un'ossessione o secondo regole che devono essere applicate rigidamente, comunque volti a ridurre l'ansia o prevenire eventi temuti, senza tuttavia essere collegati in modo realistico con ciò che mirano a neutralizzare (DSM 5 - American Psychiatric Association, 2013). Le ricerche suggeriscono che approssimativamente il 50% di tutti i casi insorge in età infantile e adolescenziale (Pauls et al., 1995; Janowitz et al., 2009); più della metà dei pazienti pediatrici con DOC sviluppa almeno un disturbo psichiatrico in comorbidità (Flament et al., 1989). Tale psicopatologia, sviluppata in età infantile, in assenza di trattamento adeguato può costituire un disturbo grave e disabilitante con decorso cronico ad andamento fluttuante.

Il presente lavoro riporta il caso di un ragazzino di 12 anni, Darian, a cui nel dicembre 2014 venne diagnosticato un disturbo ossessivo-compulsivo con scarso insight. La terapia cognitivo-comportamentale del disturbo ossessivo-compulsivo prevede di norma tecniche di esposizione, prevenzione e/o dilazione della risposta combinate con ristrutturazione cognitiva; il nostro paziente è stato trattato tramite integrazione di Terapia Cognitivo Comportamentale, EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) e supporto farmacologico. (Abel, 1993; Alonso et al., 2001; Dettore, 2003; O'Connor et al., 2006; Krebs, 2015; Wu et al., 2013).

Darian era stato ricoverato in urgenza presso la Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria per un grave quadro ossessivo-compulsivo associato ad importante stato ansioso con minaccia di comportamenti autolesivi.

Iniziava una valutazione psicodiagnostica e una terapia farmacologica con riduzione dell'ansia e dei comportamenti disfunzionali; successivamente si procedeva ad un intervento psicoterapico di tipo cognitivo-comportamentale con EMDR che proseguiva ambulatorialmente.

L'*ossessione* principale del ragazzo riguardava il poter diventare magicamente un'altra persona, in particolare un compagno di classe o della sua squadra di calcio, semplicemente leggendo o udendo pronunciare il numero corrispondente nell'elenco dei compagni a quel particolare ragazzino (il pensiero magico, ovvero la cosiddetta "fusione pensiero-azione"):



Coles, Mennin & Heimberg, 2001). Le *compulsioni* da ciò innescate prevedevano svariati rituali, prevalentemente di conteggio: ogni volta che Darian udiva pronunciare o leggeva qualsiasi genere di numero, nel caso in cui questo (o la somma delle sue cifre) fosse corrisposto a quello di un bambino non studioso oppure senza grandi doti calcistiche, il nostro paziente percepiva l'urgente necessità di cominciare a contare a partire da quel numero fino a raggiungere quello corrispondente ad un bambino studioso oppure con grandi capacità atletiche. Evitava quindi con la massima attenzione di fermarsi su un numero corrispondente a un compagno non studioso o calciatore mediocre, per il terrore di potersi trasformare in lui. I rituali compulsivi prevedevano anche di continuare a deglutire, o tossire, o sbattere le ciglia per il totale di volte necessario a raggiungere il numero di un compagno studioso. Incontrava grande difficoltà a interrompere il rituale di conteggio, che poteva proseguire nella sua mente anche per ore; e quando riusciva a fermarsi, scuotendo più volte la testa o intimandosi uno "stop" nella propria mente, non poteva fare a meno di sentirsi trasformato nel bambino corrispondente al numero su cui si era interrotto. Prevedeva di potersi trasformare in un altro bambino anche nel caso in cui si fosse seduto sulla sua sedia, o se gli avesse toccato i capelli, o se questo bambino avesse calpestato la sua ombra, oppure (nei periodi di maggiore gravità dei sintomi) anche semplicemente guardando nella sua direzione.

Altre ossessioni riguardavano, ad esempio, la convinzione che ogni minimo evento negativo della sua quotidianità fosse direttamente provocato dal Signore per punirlo delle sue malefatte; e la credenza che determinati oggetti avessero la capacità di portare fortuna o sfortuna e quindi di influenzare l'esito di molte delle sue azioni (Foa et al., 2001).

Il tono dell'*umore* di Darian era profondamente influenzato dalla pervasività dei sintomi, inducendogli sensazioni marcate di tristezza, angoscia e irritabilità che a loro volta provocavano *comportamenti disfunzionali*: ad esempio la minaccia di gesti autolesivi e di fughe, comportamenti disinibiti, aggressività nei confronti della madre.

Dall'*assessment* emersero doverizzazioni relative all'"essere sempre all'altezza" e la presenza di pregressi eventi critici, ovvero situazioni percepite come fallimentari che il ragazzo aveva interpretato in chiave identitaria come "non sono amabile", "non vado bene". L'antecedente remoto, risalente alla Scuola Primaria, consisteva nell'aver riportato un voto molto basso in seguito al quale aveva percepito la perdita dell'affetto da parte della maestra dell'epoca; l'antecedente prossimo era stato un insieme di due voti appena sufficienti conseguiti al termine del primo trimestre della Seconda Media, ciò che lo aveva gettato nel terrore di perdere l'affetto dei genitori. Per gestire l'ansia conseguente agli eventi fallimentari



erano insorte svariate ossessioni, tutte riconducibili al pensiero magico di "rischiare di diventare un'altra persona", ossia appunto "un ragazzino che non studia": eventualità da scongiurare tramite i rituali compulsivi.

Il livello cognitivo del ragazzino, verificato tramite somministrazione di WISC-III, era medio-alto (Wechsler, 1987). Darian durante le terapie si è sempre dimostrato collaborativo, gentile e partecipe.

Per quanto riguarda il trattamento, innanzitutto tramite *EMDR* (Eye-Movement Desensitization and Reprocessing; Shapiro, 2000; Davidson, 2001; Nazari et al., 2011) il paziente ha riprocessato gli eventi traumatici attribuendovi un nuovo significato, non più di fallimento dell'identità. Ha raggiunto e consolidato, infatti, la convinzione positiva: "Io sono amabile" a prescindere dai voti riportati a scuola, attribuendo ai genitori stessi modalità, talvolta, poco efficaci nel manifestargli il loro affetto indipendentemente dalle sue prestazioni. Ha raggiunto inoltre la convinzione positiva "Io vado bene", sviluppando il pensiero secondo cui era stata la maestra della Scuola Primaria ad attuare un comportamento poco utile togliendogli l'affetto a causa del voto basso, anziché limitarsi a un rimprovero focalizzato su quella singola prestazione.

Tramite *tecniche cognitive* (Dettore, 2003; Crino, 2015; Wu et al., 2016) si sono identificati e modificati i principali pensieri automatici negativi e ristrutturato le principali distorsioni cognitive. Innanzitutto si sono affrontate le *doverizzazioni*, che costituivano le distorsioni prevalenti nel pensiero del paziente: Darian nutriva fermamente la credenza secondo cui "doveva sempre dare il massimo" (forza della credenza: 100%). Si è quindi attuata l'analisi dei costi e dei benefici nel continuare a comportarsi assecondando questa convinzione; si sono inoltre analizzate le prove a favore e contro questa credenza; si sono prese in considerazione esempi di persone concrete, come il campione di MotoGp Marc Marquez, suo idolo, capace di lottare con tenacia per grandi obiettivi senza farsi intimorire o paralizzare dai propri errori. Al termine della ristrutturazione la forza della credenza era scesa al 10%; questa era stata sostituita dal pensiero "voglio provare a dare il massimo, ma se anche non ci riesco sempre non succede niente di terribile, resterò comunque una persona di valore". Altre distorsioni cognitive che sono state oggetto di ristrutturazione sono: - la *lettura del pensiero*: il ragazzo aveva spesso la convinzione di poter intuire quello che gli altri stavano pensando, senza concedersi di prevedere altre possibilità, in realtà anche più probabili. Ad esempio nutriva la certezza che i suoi genitori, in seguito ad alcune sue menzogne, mentre lo guardavano pensassero dentro di sé che era un ipocrita bugiardo; dopo alcuni voti meno

brillanti del solito era certo che i professori pensassero che a scuola stesse andando decisamente male, e che c'era bisogno che recuperasse; - la *catastrofizzazione*: Darian ha sempre avuto la tendenza a fare previsioni catastrofiche per i propri stessi comportamenti, e in particolare per gli atteggiamenti scarsamente rispettosi che spesso teneva nei confronti della madre, considerandoli un danno irreparabile fatto alla loro relazione (ciò che, però, non preveniva il loro ripetersi di lì a poco); - *l'inferenza arbitraria* secondo cui ogni evento spiacevole, anche di lievissima entità, della sua quotidianità fosse voluto e provocato direttamente dal Signore per punirlo delle sue malefatte.

Si è quindi affrontata la *credenza magica* di Darian secondo cui il semplice pensare di diventare un altro bambino potesse far avverare questo evento, credenza connessa all'ipervalutazione del proprio senso di responsabilità: tramite prove comportamentali si è contribuito a modificare questa cognizione, dimostrando anche che si trattava di un'estremizzazione della credenza nel potere del pensiero tipica della maggior parte delle persone.

Per quanto riguarda le *tecniche comportamentali* (Bolton, 1995; Dettore, 2003; Crino, 2015; Wu et al., 2016) si è attuato un processo di esposizione graduata in vivo accoppiata a prevenzione della risposta. Inizialmente erano state pianificate svariate gerarchie di esposizione, una per ogni categoria di stimolo ansiogeno e relativo cerimoniale (per esempio toccare un compagno non studioso o usare un sapone che "portava sfortuna"). Per gli impulsi ossessivi il cui rituale doveva essere emesso immediatamente dopo la situazione ansiogena (per esempio il deglutire un certo numero di volte) si è attuata anche la dilazione della risposta.

Tuttavia man mano che procedevamo con la terapia si constatava come, estinta l'ansia per uno stimolo ansiogeno e soppresso il relativo cerimoniale, il paziente riferiva costantemente l'insorgenza di nuovi impulsi ossessivi e conseguentemente nuovi cerimoniali. Si è quindi deciso, concordemente con il ragazzino, di procedere a "riunire" tutti i singoli impulsi ossessivi in un'unica entità immaginaria, identificata anche graficamente dal paziente in un mostro, il "mostro del DOC". In relazione a questa entità si è pianificata un'esposizione graduata in immaginazione attuata durante le sedute; il paziente ha inoltre messo in atto un processo di esposizione globale in vivo agli impulsi ossessivi, in un'ottica di "sfida" al disturbo ossessivo-compulsivo nella sua totalità in ogni situazione in cui si veniva quotidianamente a trovare. Dopo alcune settimane si è finalmente assistito ad un calo drastico dell'ansia conseguente agli stimoli ansiogeni; Darian non percepiva più la necessità di attuare



i cerimoniali, e ha riferito con grande sollievo un rilevante miglioramento anche in altri ambiti di vita (tono dell'umore, rendimento scolastico, prestazioni e divertimento durante le partite di calcio).

Per quanto riguarda il *trattamento farmacologico*, Darian ha assunto regolarmente una terapia con inibitori del reuptake della serotonina, neurolettici e benzodiazepine per i primi sei mesi, al termine dei quali su prescrizione del neuropsichiatra ha iniziato a ridurre il dosaggio, fino a sospendere del tutto i farmaci alla fine della primavera del 2016 (Abel, 1993; Alonso et al., 2001; Cook et al., 2001; Ivarsson et al., 2013).

Con i *genitori* sono stati condotti molteplici incontri: si è attuata la psicoeducazione sia in merito alle loro modalità comunicative, talvolta poco efficaci, sia circa la fenomenologia, l'eziologia e il trattamento del DOC, per normalizzare il problema del figlio e promuovere la loro compliance; si sono identificate e corrette le attribuzioni familiari erranee circa i comportamenti disfunzionali di Darian, che spesso provocavano reazioni di ostilità e tristezza soprattutto nella madre; e si è lavorato per ridurre i sentimenti di vergogna, colpa e rabbia che spesso aleggiavano fra i vari membri della famiglia. I genitori sono anche stati coinvolti nella prevenzione delle ricadute, incoraggiando una loro azione di supporto verso il figlio e di monitoraggio continuo dei progressi e degli eventuali scivoloni nel percorso verso la guarigione.

Le ultime sedute di terapia sono state dedicate alla *prevenzione delle ricadute*, con generalizzazione dei risultati raggiunti e prosecuzione regolare delle esposizioni in ogni contesto di vita del paziente (Hiss et al., 1994).

Attualmente (a 30 mesi dall'inizio della terapia) Darian viene seguito tramite incontri di follow-up; non avverte più bisogno di attuare i rituali compulsivi, gestisce con efficacia gli sporadici pensieri ossessivi residui, ha recuperato un tono dell'umore buono e un livello di funzionamento soddisfacente.



BIBLIOGRAFIA

- Abel, J.L. (1993). Exposure with response prevention and serotonergic antidepressants in the treatment of obsessive compulsive disorder: a review and implications for interdisciplinary treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 463-478
- Alonso, P., Menchon, J.M., Pifarre, J., Mataix-Cols, D., Torres, L., Salgado, P., & Vallejo, J. (2001). Long-term follow-up and predictors of clinical outcome in obsessive-compulsive patients treated with serotonin reuptake inhibitors and behavioural therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 535-540
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. Edizione italiana: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina, 2014.
- Benazon, N.R., Ager, J., Rosenberg D.R. (2002). Cognitive-Behavior Therapy in treatment-naive children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: an open trial. *Behaviour Research and Therapy*, 40:529
- Bolton, D., Luckie, M., & Steinberg, D. (1995). Long-term course of obsessive-compulsive disorder treated in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1441-1450
- Coles, M.E., Mennin, D.S., & Heimberg, R.G. (2001). Distinguishing obsessive features and worries: the role of thought-action fusion. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 947-959
- Cook, E.H., Wagner, K.D., March, J.S., Biederman, J., Landau, P., Wolkow, R. (2001). Long-term sertraline treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1175-1181
- Crino, R.D. (2015). Psychological treatment of obsessive compulsive disorder: an update. *Australasian Psychiatry*, 23(4): 347-349
- Davidson, P.R., & Parker, K. (2001). EMDR: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 305-316
- Dettore, D. (2003). Il disturbo ossessivo-compulsivo. Caratteristiche cliniche e tecniche di intervento. Milano: McGraw-Hill



- Flament, M., Whitaker, A., Rapoport, J., et al. An epidemiological study of obsessive-compulsive disorder in adolescence. In: *Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adolescents*, Rapoport J. (Ed), American Psychiatric Press, Washington, DC 1989. p.253.
- Foa, E.B., Amir, N., Bogert, K.V., Molnar, C., & Przeworski, A. (2001). Inflated perception of responsibility for harm in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 259-275
- Hiss, H., Foa, E.B., & Kozak, M.J. (1994). Relapse prevention program for treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 801-808.
- Ivarsson, T, Skarphedinsson, G., Kornør, H., Axelsdottir, B., Biedilæ, S., Heyman, I., Asbahr, F., Thomsen, P.H., Fineberg, N., March J. (2013). The place of and evidence for serotonin reuptake inhibitors (SRIs) for obsessive compulsive disorder (OCD) in children and adolescents: Views based on a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 227, 93-103
- Janowitz, D., Grabe, H.J., Ruhrmann, S. et al. (2009). Early onset of obsessive-compulsive disorder and associated comorbidity, *Depression and Anxiety*, 26:1012
- Krebs, G., Heyman, I. (2015). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Archives of disease in childhood*, 100, 495-499
- Nazari, H., Momeni. N., Jariani, M., Tarrahi, M.J. (2011). Comparison of eye movement desensitization and reprocessing with citalopram in treatment of obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 15, 270-274
- O'Connor, K.P., Aardema, F., Robillard, S., Guay, S., Pélissier, M.C., Todorov, C., Borgeat, F., Leblanc, V., Grenier, S., Doucet, P. (2006). Cognitive behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113 (5): 408-419
- Pauls, D.L., Alsobrook, J.P., Goodman, W. et al. (1995). A family study of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152:76
- Shapiro, F. (2000). *EMDR*. Milano: McGraw-Hill Italia
- Wechsler, D. (1987). *Scala d'intelligenza Wechsler per bambini*. Firenze: *Organizzazioni Speciali*
- Wu, Y., Lang, Z., Zhang, H. (2016). Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Meta-Analysis. *Medical Science Monitor*, 22, 1646-53.