

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

SEDE DI CATANIA

ELABORATO FINALE DI 2° ANNO

DOC E AUTISMO IN ETÀ EVOLUTIVA: COME SI ADATTA LA CBT?

ADATTAMENTI DELLA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE PER IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO NEI BAMBINI E NEGLI ADOLESCENTI CON AUTISMO: UNA REVIEW NARRATIVA.

Dott.ssa Arianna Amoruso

Anno 2026

DOC E AUTISMO IN ETÀ EVOLUTIVA: COME SI ADATTA LA CBT?

ADATTAMENTI DELLA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE PER IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO NEI BAMBINI E NEGLI ADOLESCENTI CON AUTISMO: UNA REVIEW NARRATIVA.

Arianna Amoruso

ABSTRACT

Obiettivi.
Il disturbo dello spettro autistico è un disturbo del neurosviluppo caratterizzato da deficit persistenti nella comunicazione e nell'interazione sociale e da interessi o attività ristretti e ripetitivi. Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) è caratterizzato da: ossessioni, cioè pensieri, immagini o impulsi ricorrenti e intrusivi; e da compulsioni, cioè comportamenti messi in atto per ridurre l'ansia associata all'ossessione. Il DOC si associa spesso all'autismo e la compromissione sembra maggiore quando i due disturbi coesistono, determinando un maggiore impatto sul funzionamento quotidiano e sulla qualità di vita. Nei giovani con entrambi i disturbi, la CBT standard sembra funzionare meno e per questo può essere necessario adattarla. La presente review narrativa descrive come viene adattata la CBT per il DOC nei bambini e negli adolescenti con autismo e riassume gli esiti riportati.

Metodo.
È stata condotta una ricerca su PubMed. Sono stati inclusi 12 studi primari, pubblicati dal 2003 al 2022, comprendenti studi controllati, studi in aperto, serie di casi e case report. Quattro revisioni della letteratura sono state utilizzate come fonti di confronto teorico. I risultati sono stati sintetizzati in forma narrativa e tematica.

Risultati.
Tra gli adattamenti riportati, i più frequenti sono stati la psicoeducazione estesa, i supporti visivi, un'esposizione con prevenzione della risposta (ERP) graduale e il coinvolgimento dei genitori. Gli studi riportano una riduzione dei sintomi: i responder sono stati il 51,5% nello studio di Jassi et al., il 61% in quello di Wickberg et al. e il 78% in quello di Iniesta-Sepúlveda et al. Nello studio caso-controllo di Murray et al., in cui non erano previsti adattamenti, i giovani con autismo hanno risposto peggio alla CBT standard a 6 mesi. La CBT via internet ha mostrato un effetto inferiore rispetto a un gruppo di riferimento in presenza, non randomizzato. Il coinvolgimento dei genitori potrebbe essere rilevante, perché l'accomodamento familiare è risultato associato a un esito peggiore.

Implicazioni pratiche.
La CBT adattata sembra promettente per i giovani con autismo e DOC, ma i dati sono preliminari e sono necessari RCT con campioni più ampi che la confrontino con la CBT standard.

KEYWORDS: *Disturbo ossessivo-compulsivo, Autismo, Bambini, Adolescenti, Terapia cognitivo-comportamentale, Esposizione con prevenzione della risposta, Adattamento*

1 | INTRODUZIONE

Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) è caratterizzato da ossessioni, cioè pensieri, immagini o impulsi ricorrenti, intrusivi e indesiderati, e da compulsioni, cioè rituali o comportamenti messi in atto per alleviare e ridurre l'ansia associata all'ossessione. Nel DOC ossessioni e compulsioni sono in genere egodistoniche. Oltre a generare disagio, interferiscono in modo significativo con la qualità di vita, la routine quotidiana, le attività sociali e le relazioni interpersonali. Circa due terzi delle persone con DOC presentano i primi sintomi prima dei 25 anni, e il disturbo può esordire in adolescenza o in infanzia (Sadock et al., 2018). Il DOC colpisce tra l'1% e il 3% di bambini e adolescenti, con un forte impatto su scuola, relazioni sociali e famiglia (Zalpuri et al., 2024).

Molti autori considerano la terapia comportamentale il trattamento di elezione, e la CBT con esposizione e prevenzione della risposta (ERP) è considerata la forma di psicoterapia più efficace e il trattamento di prima linea. L'ERP consiste nell'esporre il bambino alla situazione che induce ansia, guidandolo ad astenersi dai comportamenti compulsivi (Sadock et al., 2018; Zalpuri et al., 2024).

Il disturbo dello spettro autistico è definito dal DSM-5 come un disturbo del neurosviluppo caratterizzato da deficit persistenti nella comunicazione e nell'interazione sociale e da interessi o attività ristretti e ripetitivi (American Psychiatric Association, 2013).

Il DOC si associa spesso all'autismo (Postorino et al., 2017), e la compromissione sembra maggiore quando i due disturbi coesistono. Secondo gli studi epidemiologici, fino al 37% delle persone autistiche soddisfa i criteri per il DOC (Jassi et al., 2021).

Pur apparendo simili dall'esterno, i comportamenti ripetitivi tipici dell'autismo e le compulsioni del DOC possono distinguersi per le motivazioni che li generano e per la funzione che svolgono. Nell'autismo i comportamenti ripetitivi servono spesso all'autoregolazione emotiva e tendono a essere ego-sintonici: la persona li vive spesso in armonia con sé. Nel DOC, invece, le compulsioni servono ad abbassare l'ansia generata dal pensiero ossessivo e sono in genere ego-distoniche, cioè vissute come estranee e non ricercate. La distinzione può basarsi sulla forma del comportamento ripetitivo e su variazioni fisiologiche e affettive (Chok & Koesler, 2014); occorre quindi prestare attenzione a distinguere i comportamenti ripetitivi dell'autismo dagli atti ossessivo-compulsivi (Elliott et al., 2021; Postorino et al., 2017).

Nei giovani con DOC e autismo in comorbilità, la CBT standard sembra in genere meno efficace (Murray et al., 2015; Jassi et al., 2021). Una possibile spiegazione è che i protocolli tradizionali non tengano sempre conto delle specificità cognitive e comunicative dell'autismo, che possono influenzare la risposta alla terapia (Elliott et al., 2021). I giovani con autismo possono avere difficoltà nel riconoscere e comunicare le emozioni, e questo può

interferire con le esposizioni, in cui il paziente deve riferire come si sente; per questo alcuni protocolli verificano la comprensione delle emozioni prima dell'ERP (Russell et al., 2013). Per questo motivo può essere necessario adattare il trattamento. Resta quindi da chiarire come la CBT venga adattata per questi giovani e quali evidenze emergano dagli studi sulla sua efficacia.

Per rispondere a queste difficoltà, la CBT per il DOC è stata adattata ai giovani con autismo, prevedendo più sedute di psicoeducazione, un maggiore uso di supporti visivi e il coinvolgimento delle famiglie (Jassi et al., 2021; Russell et al., 2013; Wickberg et al., 2022). Le evidenze disponibili restano però limitate: gli studi individuati sono pochi, hanno campioni ridotti e sono in gran parte case report. Mancano inoltre RCT che confrontino direttamente l'efficacia della CBT adattata con quella della CBT standard.

2 | OBIETTIVI DELLO STUDIO

La presente review narrativa si pone l'obiettivo di descrivere come viene adattata la CBT per il DOC nei bambini e negli adolescenti con diagnosi di autismo. Riassume inoltre gli esiti riportati dagli studi, senza trarre conclusioni definitive sulla loro efficacia. Discute infine i limiti degli studi disponibili e cerca di individuare le direzioni future per la ricerca.

3 | METODI

3.1 | Design di ricerca

La presente rassegna ha un'impostazione narrativa, con strategia di ricerca e criteri di selezione dichiarati. Per formulare la domanda di ricerca è stato utilizzato il format PICO (Tabella 1). Il processo di selezione degli studi è illustrato nel diagramma di flusso semplificato della Figura 1.

3.2 | Strategia di ricerca bibliografica

La ricerca è stata condotta su PubMed, senza limiti di anno, mediante la stringa riportata nella Figura 2, che include bambini e adolescenti. La selezione si è svolta in tre fasi: (1) rimozione dei duplicati; (2) lettura di titoli e abstract; (3) lettura dei full text, quando disponibili, o degli abstract degli studi rimasti. Per il contesto teorico è stata inoltre consultata la bibliografia degli articoli reperiti.

3.3 | Criteri di inclusione e di esclusione

Sono stati inclusi studi primari (RCT, studi in aperto, serie di casi e case report) e revisioni sistematiche o narrative, pubblicati in riviste peer-reviewed in lingua inglese, senza limiti di anno. Il campione doveva essere composto da bambini e adolescenti con diagnosi di autismo e DOC (o includere minorenni), e l'intervento doveva essere una CBT/ERP per il DOC, standard o adattata all'autismo. Sono stati esclusi gli articoli di commento o teorici (usati come sfondo), gli studi su soli adulti o senza autismo o senza partecipanti con DOC, e quelli su soli trattamenti farmacologici o sul trattamento della sola ansia senza DOC. I criteri sono riassunti anche nella Tabella 2.

3.4 | Selezione degli studi

Mediante la stringa di ricerca sono stati individuati 71 record su PubMed; un record compariva due volte, quindi i record valutati sono stati 70. Ne sono stati esclusi 54, principalmente per i seguenti motivi: focus solo su ansia senza DOC; popolazione diversa (adulti, studenti universitari, sindrome di Down, disabilità intellettiva grave); assenza di diagnosi di autismo o di DOC; studi non incentrati sul trattamento; caso clinico fittizio; argomento non pertinente. Gli articoli di commento sono stati usati come sfondo per l'introduzione e la discussione. Sono stati inclusi 12 studi primari e 4 revisioni utilizzate come fonti di confronto (Figura 1).

3.5 | Caratteristiche degli studi inclusi

Nella review sono stati inclusi 12 studi, pubblicati tra il 2003 e il 2022: 6 case report, 2 RCT, 1 studio caso-controllo, 1 serie di casi, 1 studio naturalistico in aperto e 1 studio di fattibilità in aperto (Tabella 3).

3.6 | Sintesi dei dati

La sintesi è stata effettuata dall'autrice in forma narrativa e tematica. A causa dell'eterogeneità degli studi in termini di campione, disegno e misure di esito non è stato possibile svolgere analisi quantitative. Gli studi sono stati considerati secondo la seguente gerarchia del disegno: maggior peso agli studi randomizzati controllati (RCT), poi agli studi con gruppo di confronto o di riferimento, poi agli studi in aperto e infine che il report è le serie di casi.tale gerarchia riguarda il disegno e non sostituisce una valutazione formale della qualità metodologica, che non è stata effettuata: le conclusioni vanno quindi lette con cautela.

4 | RISULTATI

Gli studi inclusi presentano caratteristiche eterogenee per età dei partecipanti, gravità dei sintomi, modalità di erogazione della CBT e durata del trattamento. Questa variabilità rende difficile confrontare direttamente gli esiti e stabilire quali componenti terapeutiche siano maggiormente associate al miglioramento.

Tra gli adattamenti emersi dagli studi considerati, molti si basano su una psicoeducazione adattata ed estesa, che si concentra in particolare sulla distinzione tra comportamenti ripetitivi del DOC e dell'autismo (Jassi et al., 2021; Wickberg et al., 2022; Krebs et al., 2016; Jones & Jassi, 2020). Vengono inoltre modificati il linguaggio e le modalità di spiegazione (Iniesta-Sepúlveda et al., 2018), con l'uso di supporti visivi, e le sedute risultano più strutturate di quanto previsto dalla CBT standard (Jassi et al., 2021; Jones & Jassi, 2020; Wickberg et al., 2022). In alcuni studi viene aumentato anche il numero di sedute: ad esempio, Jassi et al. (2021) ne prevedono 20 invece di 14. Con la CBT erogata via internet si è osservata una riduzione dei sintomi (d = 1,33 al follow-up a 3 mesi), con un effetto minore rispetto al gruppo di riferimento in presenza (d = 2,69), che richiedeva però molto più tempo di terapeuta (Wickberg et al., 2022). Una risposta favorevole è riportata anche con la CBT intensiva: 7 adolescenti su 9 sono responder (Iniesta-Sepúlveda et al., 2018).

Nella somministrazione della CBT viene considerato anche il ruolo dei genitori: in alcuni studi sono previste sedute parallele su accomodamento familiare e salute mentale genitoriale (Jones & Jassi, 2020), e le famiglie guidano gli esercizi di esposizione per limitare l'accomodamento (Jassi et al., 2021). Per quanto riguarda l'intensità, il luogo e le modalità di erogazione, in alcuni studi le sedute sono più numerose e regolari e talvolta si svolgono anche a domicilio (Krebs et al., 2016; Jassi et al., 2021).

Russell et al. (2013) hanno condotto uno studio controllato randomizzato (RCT) su 46 partecipanti con diagnosi di autismo ad alto funzionamento e DOC, di età compresa tra 14 e 65 anni (media 26,9). La CBT per il DOC è stata confrontata con un trattamento di controllo, la gestione dell'ansia. Per la CBT sono stati previsti adattamenti: la verifica che i partecipanti comprendessero le emozioni, in particolare l'ansia, e il legame tra pensieri, emozioni e comportamenti, l'educazione all'ansia, supporti visivi, analogie legate agli interessi speciali e un'ERP graduale. I genitori sono stati coinvolti nel 47% dei casi. Entrambi i trattamenti, la CBT per il DOC e la gestione dell'ansia, hanno ridotto i sintomi del DOC, senza differenza significativa tra i gruppi. Tuttavia i responder sono stati il 45% con la CBT contro il 20% con la gestione dell'ansia, e la remissione il 25% contro il 15%. Il 55% dei pazienti trattati con la CBT è risultato molto o moltissimo migliorato, contro il 25% del gruppo di controllo. I guadagni della CBT si sono mantenuti a 12 mesi. Un maggiore accomodamento familiare è risultato associato a un esito peggiore.

Vause et al. (2020) hanno condotto un RCT su 37 bambini di 7-13 anni con autismo ad alto funzionamento (QI ≥ 70) e comportamenti ossessivo-compulsivi. Il gruppo sperimentale ha seguito una CBT basata sull'analisi funzionale (Fb-CBT) della durata di 9 settimane, confrontata con il trattamento usuale. Le valutazioni sono state effettuate prima e dopo il trattamento e a 6 mesi di follow-up. Sono emerse differenze significative tra i gruppi su due misure di esito primarie, con effect size ampi (g = 1,00 e 1,15); gli autori riportano inoltre un miglioramento della qualità di vita.

Murray et al. (2015) hanno condotto uno studio caso-controllo su 50 giovani di 7-17 anni con DOC, di cui 25 con autismo e 25 senza (controlli abbinati). Non sono stati previsti adattamenti: tutti i partecipanti hanno ricevuto la CBT standard con ERP, nello stesso servizio specialistico. I giovani con autismo mostravano una maggiore compromissione del funzionamento, più disturbi esternalizzanti e altre comorbilità, maggiore accomodamento familiare e una risposta al trattamento peggiore a 6 mesi.

Jassi et al. (2021) hanno condotto uno studio naturalistico in aperto, con un solo gruppo e senza gruppo di controllo, su 34 adolescenti con diagnosi di autismo e DOC (età media 15,2 anni). Il trattamento è stato adattato: 20 sedute invece di 14, psicoeducazione estesa, ERP più graduale, supporti visivi e coinvolgimento delle famiglie. Dopo il trattamento i sintomi sono passati da 27,7 a 16,5 (CY-BOCS); il 51,5% dei pazienti è risultato responder, cioè ha avuto un miglioramento clinicamente significativo, e il 21,2% è in remissione. I risultati sono rimasti stabili a 3 mesi (responder 52,9%, remissione 35,3%).

Wickberg et al. (2022) hanno condotto uno studio di fattibilità in aperto, della durata di 16 settimane, su 22 giovani con autismo e DOC, di età compresa tra 7 e 17 anni (media 13,9), confrontando i risultati con un gruppo di riferimento di 54 pazienti trattati in presenza. L'intervento è stato erogato via internet in 14 moduli: i primi tre di psicoeducazione, in cui si spiegano DOC e autismo, i moduli dal 4 al 13 dedicati all'ERP e il 14° alla prevenzione delle ricadute. Sono stati utilizzati supporti visivi e, anche in questo caso, c'è stato un forte coinvolgimento delle famiglie. Dopo il trattamento i sintomi sono passati da 21,7 a 12,2 (CY-BOCS), con un effetto ampio dal pre-trattamento al follow-up a 3 mesi (d = 1,33), quando il 61% dei partecipanti era responder e il 50% in remissione. Il gruppo di riferimento in presenza, non randomizzato, mostra un effetto maggiore (d = 2,69 al follow-up), ma richiede almeno 28 ore di terapeuta per paziente.

Reaven e Hepburn (2003) descrivono il caso clinico di una bambina di 7 anni con diagnosi di sindrome di Asperger e DOC. L'intervento, basato sul modello di March e Mulle, è stato adattato alle caratteristiche cognitive, sociali e linguistiche della paziente. Dopo circa 6 mesi si è osservato un marcato miglioramento dei sintomi ossessivo-compulsivi.

Lehmkuhl et al. (2008) descrivono il caso di un ragazzo di 12 anni con autismo ad alto funzionamento e DOC (paura della contaminazione e rituali di lavaggio). Il trattamento, basato sul modello di March e Mulle, è consistito in 10 sedute di 50 minuti in 16 settimane. Rispetto al protocollo standard, l'ERP è stata avviata alla seconda seduta invece che alla quarta; al posto della ristrutturazione cognitiva sono stati usati il riconoscimento del disagio e frasi di coping. Anche in questo caso sono stati coinvolti genitori e insegnanti, per favorire la generalizzazione, ed è stato introdotto uno schema di ricompense per i compiti. Il punteggio alla CY-BOCS è passato da 18 a 3 a fine trattamento, con mantenimento dei risultati a 3 mesi.

Elliott e Fitzsimons (2014) descrivono il caso di un bambino di 7 anni con autismo e DOC, trattato con una CBT modificata. L'abstract riferisce che le modifiche sono risultate utili, ma non ne descrive il dettaglio né l'esito.

Krebs et al. (2016) descrivono il caso di un adolescente di sesso maschile con autismo e DOC grave, resistente al trattamento. Gli adattamenti hanno riguardato una psicoeducazione estesa sull'ansia, sedute regolari a domicilio e un maggiore coinvolgimento della famiglia e della scuola. Si è osservato un miglioramento significativo dei sintomi del DOC, valutato da più informatori e mantenuto a 12 mesi.

Merricks et al. (2017) descrivono il caso di un adolescente di sesso maschile con DOC grave in comorbilità con autismo, ADHD, disturbo d'ansia generalizzata e disturbo da tic cronico. È stata utilizzata una CBT con ERP in formato intensivo. L'abstract non riporta l'esito; gli autori concludono con raccomandazioni per la ricerca sul trattamento dei pazienti che non rispondono agli approcci standard.

Iniesta-Sepúlveda et al. (2018) hanno condotto una serie di casi, uno studio preliminare senza gruppo di controllo, su 9 adolescenti di 11-17 anni con autismo e DOC. L'intervento è stato una CBT intensiva e individualizzata con ERP, da 24 a 80 sedute giornaliere, con materiali, linguaggio e tecniche modificati. Sette pazienti su nove (78%) sono risultati responder, con effetti ampi sui sintomi del DOC (d = 1,35-2,58).

Jones e Jassi (2020) descrivono il caso di un adolescente con autismo e DOC grave, resistente al trattamento. Gli adattamenti hanno incluso una psicoeducazione estesa, materiali visivi, mini-gerarchie di ERP e sedute parallele con i genitori, dedicate all'accomodamento familiare e alla salute mentale genitoriale. Si sono osservati un miglioramento dei sintomi e del funzionamento del ragazzo, un miglioramento della salute mentale della madre e una riduzione dell'accomodamento familiare; i risultati si sono mantenuti a 12 mesi.

Nello studio di Jassi et al. (2021), circa la metà degli adolescenti risponde al trattamento (51,5% a fine trattamento, 52,9% a 3 mesi) e la remissione è del 21,2% a fine trattamento e del 35,3% a 3 mesi. I casi clinici di Krebs et al. (2016) e Jones & Jassi (2020) riportano mi-

glioramenti mantenuti a 12 mesi, e nell'RCT di Russell et al. (2013) i guadagni della CBT persistono fino al follow-up a 12 mesi.

5 | DISCUSSIONE

La CBT adattata per il DOC in bambini e adolescenti con autismo sembra promettente: Jassi et al. (2021), Wickberg et al. (2022) e Iniesta-Sepúlveda et al. (2018) riportano una riduzione dei sintomi, con percentuali di responder rispettivamente del 51,5%, del 61% e del 78%. L'evidenza resta tuttavia limitata: gli studi inclusi sono pochi e, su 12, solo due sono RCT, mentre sei sono case report. Inoltre nessuno confronta direttamente la CBT adattata con la CBT standard.

Murray et al. (2015) hanno confrontato 50 giovani di 7-17 anni con DOC, 25 con autismo e 25 senza, tutti trattati con CBT standard. I giovani con autismo hanno mostrato una risposta peggiore al trattamento a 6 mesi e una maggiore compromissione. Questi risultati, che provengono da un solo studio osservazionale, potrebbero indicare che la CBT standard non sia sufficiente per questo gruppo e che possa essere utile adattarla.

Gli adattamenti più frequenti sono stati la psicoeducazione estesa, l'uso di supporti visivi, un'ERP graduale e un maggiore coinvolgimento dei genitori (Jassi et al., 2021; Russell et al., 2013; Wickberg et al., 2022). Il coinvolgimento dei genitori potrebbe essere rilevante, perché l'accomodamento familiare è risultato associato a un esito peggiore (Russell et al., 2013) ed è risultato maggiore nei giovani con autismo (Murray et al., 2015).

Wickberg et al. (2022) hanno proposto una CBT via internet in 14 moduli, con un effetto inferiore rispetto al trattamento in presenza (d = 1,33 contro 2,69 al follow-up a 3 mesi), pur rimanendo ampio. Il confronto è tuttavia solo indicativo, perché il gruppo di riferimento non era randomizzato.

Le revisioni disponibili riportano dati promettenti ma ancora limitati (Kose et al., 2018; Wichers et al., 2023) e Bedford et al. (2020) sottolineano la necessità di ulteriori RCT. Sono necessari ulteriori studi, in particolare RCT, che confrontino direttamente la CBT standard con la CBT adattata.

Gli studi inclusi sono molto diversi tra loro per disegno, età dei campioni e misure di esito, e questo rende difficile confrontare gli esiti o capire se una tecnica funzioni meglio di un'altra. Gli adattamenti sono simili tra gli studi, ma non è stato verificato quale contribuisca di più all'esito. Gran parte degli studi sono case report o hanno campioni piccoli, molti non hanno un gruppo di controllo e i follow-up arrivano al massimo a 12 mesi: gli esiti positivi vanno quindi letti con cautela.

6 | CONCLUSIONI

Dagli studi individuati emerge che la CBT per il DOC nei giovani con autismo viene in genere adattata con più psicoeducazione, supporti visivi, un'ERP graduale e un maggiore coinvolgimento della famiglia. Gli esiti riportati sono promettenti, ma l'evidenza è limitata e va interpretata con cautela. Sono necessari ulteriori RCT che confrontino la CBT adattata con la CBT standard, in campioni più ampi.

7 | LIMITI E FUTURA RICERCA

Una prima limitazione riguarda il numero esiguo di studi individuati, che potrebbe dipendere dalla ricerca (un solo database) e non necessariamente da una reale scarsità di studi: molti di quelli trovati sono case report e non prevedono un gruppo di controllo. Un'altra limitazione è l'eterogeneità degli studi, per disegno, campione ed età, che rende difficile confrontarli.

Inoltre, la presente review presenta alcune limitazioni: ha un disegno narrativo e non sistematico, la ricerca è stata condotta su un solo database (PubMed) e la selezione e l'estrazione dei dati sono state svolte da un solo revisore, senza verifica indipendente.

8 | TABELLE

TABELLA 1 | PICO

Categoria	Descrizione
P Popolazione	Bambini e adolescenti (fino a 18 anni) con diagnosi di autismo e disturbo ossessivo-compulsivo (o comportamenti ossessivo-compulsivi)
I Intervento	Terapia cognitivo-comportamentale (CBT/ERP), standard o adattata all'autismo
C Confronto	CBT standard, gruppo di controllo o nessun confronto (a seconda dello studio)
O Risultati	Sintomi del DOC (risposta, remissione), funzionamento, accomodamento familiare

TABELLA 2 | CRITERI DI INCLUSIONE E DI ESCLUSIONE

Criterio	Inclusione	Esclusione
Periodo di tempo	Nessun limite di anno	—
Lingua	Inglese	Altre lingue
Tipo di elaborato	Studi primari (RCT, studi aperti, serie di casi, case report) e revisioni sistematiche o narrative, in riviste peer-reviewed	Articoli di commento o teorici (usati come sfondo), letteratura grigia, casi clinici fittizi
Popolazione	Bambini e adolescenti con diagnosi di autismo e DOC (o campione che include minorenni)	Solo adulti, assenza di autismo, nessun partecipante con DOC
Intervento	CBT/ERP per il DOC, standard o adattata all'autismo	Solo trattamenti farmacologici; trattamento della sola ansia senza DOC

TABELLA 3 | PRINCIPALI CARATTERISTICHE DEGLI STUDI INCLUSI

Autori	Tipo di studio	Campione	Età del campione	Tipo di intervento	Risultati
Reaven & Hepburn (2003)	Case report	1 (bambina con Asperger e DOC)	7 anni	Modello di March e Mulle adattato	Miglioramento marcato dei sintomi a circa 6 mesi
Lehmkuhl et al. (2008)	Case report	1 (ragazzo con autismo e DOC)	12 anni	10 sedute; ERP anticipata; genitori e insegnanti coinvolti; ricompense	CY-BOCS 18 → 3; stabile a 3 mesi
Russell et al. (2013)	RCT	46 con autismo e DOC	14-65 anni (media 26,9)	CBT per il DOC (supporti visivi, interessi speciali, ERP graduale) vs gestione dell'ansia	Nessuna differenza significativa; responder 45% vs 20%; remissione 25% vs 15%; stabile a 12 mesi
Elliott & Fitzsimons (2014)	Case report	1 (bambino con autismo e DOC)	7 anni	CBT modificata (non descritta nell'abstract)	Non riportati nell'abstract
Murray et al. (2015)	Caso-controllo	50 con DOC (25 con autismo, 25 senza)	7-17 anni	CBT standard con ERP (nessun adattamento)	Con autismo: più compromissione, più accomodamento familiare, risposta peggiore a 6 mesi
Krebs et al. (2016)	Case report	1 (adolescente con autismo e DOC resistente)	Adolescente	Psicoeducazione estesa; sedute a domicilio; famiglia e scuola coinvolte	DOC migliorato; stabile a 12 mesi
Merricks et al. (2017)	Case report	1 (adolescente con DOC grave e comorbilità)	Adolescente	CBT con ERP intensiva	Non riportati nell'abstract
Iniesta-Sepúlveda et al. (2018)	Serie di casi	9 con autismo e DOC	11-17 anni	CBT intensiva (24-80 sedute giornaliere); materiali e linguaggio modificati	Responder 78%; d = 1,35-2,58
Vause et al. (2020)	RCT	37 con autismo e comportamenti ossessivo-compulsivi	7-13 anni	CBT basata sull'analisi funzionale (9 settimane) vs trattamento usuale	Differenze significative (g = 1,00 e 1,15); follow-up a 6 mesi
Jones & Jassi (2020)	Case report	1 (adolescente con autismo e DOC resistente)	Adolescente	Psicoeducazione estesa; mini-gerarchie ERP; sedute parallele con i genitori	Miglioramento del ragazzo e della salute mentale della madre; meno accomodamento; stabile a 12 mesi
Jassi et al. (2021)	Naturalistico in aperto	34 con autismo e DOC	11-17 anni (media 15,2)	20 sedute; psicoeducazione estesa; ERP graduale; supporti visivi; famiglie coinvolte	CY-BOCS 27,7 → 16,5; responder 51,5%; remissione 21,2%
Wickberg et al. (2022)	Fattibilità in aperto, con riferimento in presenza	22 con autismo e DOC	7-17 anni (media 13,9)	CBT via internet in 14 moduli; supporti visivi; genitori coinvolti	CY-BOCS 21,7 → 12,2; a 3 mesi d = 1,33 e responder 61%

9 | FIGURE

FIGURA 1 | DIAGRAMMA DI FLUSSO DELLA SELEZIONE DEGLI STUDI (VERSIONE SEMPLIFICATA)

IDENTIFICAZIONE	Record identificati su PubMed (n = 71) Altri record da ricerca manuale (n = 0) Duplicati rimossi (n = 1)
SCREENING	Record valutati (n = 70) Record esclusi (n = 54): solo ansia o nessun partecipante con DOC; popolazione diversa (adulti, studenti, sindrome di Down, disabilità intellettiva grave); assenza di diagnosi di autismo o DOC; non incentrati sul trattamento; caso clinico fittizio; argomento non pertinente
INCLUSIONE	**Studi inclusi nella review (n = 12 studi primari + 4 revisioni)**

FIGURA 2 | STRINGA DI RICERCA

("obsessive-compulsive disorder" OR OCD) AND (autism OR autistic OR ASD) AND (child OR children OR pediatric OR adolescent OR adolescents OR youth OR "young people") AND ("cognitive behavioral therapy" OR "cognitive behavioural therapy" OR CBT OR "exposure and response prevention")

Data della ricerca: 06/10/2026. Banca dati: PubMed, nessun limite di anno.

10 | BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Bedford, S. A., Hunsche, M. C., & Kerns, C. M. (2020). Co-occurrence, assessment and treatment of obsessive compulsive disorder in children and adults with autism spectrum disorder. *Current Psychiatry Reports*, *22*(10), Article 53. https://doi.org/10.1007/s11920-020-01176-x

Chok, J. T., & Koesler, B. (2014). Distinguishing obsessive-compulsive behavior from stereotypy: A preliminary investigation. *Behavior Modification*, *38*(3), 344–373. https://doi.org/10.1177/0145445513509475

Elliott, S. J., & Fitzsimons, L. (2014). Modified CBT for treatment of OCD in a 7-year-old boy with ASD: A case report. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, *27*(3), 156–159. https://doi.org/10.1111/jcap.12081

Elliott, S. J., Marshall, D., Morley, K., Uphoff, E., Kumar, M., & Meader, N. (2021). Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder (OCD) in individuals with autism spectrum disorder (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2021*(9), Article CD013173. https://doi.org/10.1002/14651858.CD013173.pub2

Iniesta-Sepúlveda, M., Nadeau, J. M., Ramos, A., Kay, B., Riemann, B. C., & Storch, E. A. (2018). An initial case series of intensive cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder in adolescents with autism spectrum disorder. *Child Psychiatry & Human Development*, *49*(1), 9–19. https://doi.org/10.1007/s10578-017-0724-1

Jassi, A., Fernández de la Cruz, L., Russell, A., & Krebs, G. (2021). An evaluation of a new autism-adapted cognitive behaviour therapy manual for adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Child Psychiatry & Human Development*, *52*(5), 916–927. https://doi.org/10.1007/s10578-020-01066-6

Jones, G., & Jassi, A. (2020). Modified cognitive behavior therapy for severe, treatment resistant obsessive-compulsive disorder in an adolescent with autism spectrum disorder: The importance of parental involvement. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *34*(4), 319–335. https://doi.org/10.1891/JCPSY-D-20-00019

Kose, L. K., Fox, L., & Storch, E. A. (2018). Effectiveness of cognitive behavioral therapy for individuals with autism spectrum disorders and comorbid obsessive-compulsive

disorder: A review of the research. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, *30*(1), 69–87. https://doi.org/10.1007/s10882-017-9559-8

Krebs, G., Murray, K., & Jassi, A. (2016). Modified cognitive behavior therapy for severe, treatment-resistant obsessive-compulsive disorder in an adolescent with autism spectrum disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *72*(11), 1162–1173. https://doi.org/10.1002/jclp.22396

Lehmkuhl, H. D., Storch, E. A., Bodfish, J. W., & Geffken, G. R. (2008). Brief report: Exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder in a 12-year-old with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *38*(5), 977–981. https://doi.org/10.1007/s10803-007-0457-2

Merricks, K. L., Nadeau, J. M., Ramos, A., & Storch, E. A. (2017). A case report of intensive exposure-based cognitive behavioral therapy for a child with comorbid autism spectrum disorder and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *31*(2), 118–123. https://doi.org/10.1891/0889-8391.31.2.118

Murray, K., Jassi, A., Mataix-Cols, D., Barrow, F., & Krebs, G. (2015). Outcomes of cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder in young people with and without autism spectrum disorders: A case controlled study. *Psychiatry Research*, *228*(1), 8–13. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.03.012

Postorino, V., Kerns, C. M., Vivanti, G., Bradshaw, J., Siracusano, M., & Mazzone, L. (2017). Anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder in individuals with autism spectrum disorder. *Current Psychiatry Reports*, *19*(12), Article 92. https://doi.org/10.1007/s11920-017-0846-y

Reaven, J., & Hepburn, S. (2003). Cognitive-behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder in a child with Asperger syndrome: A case report. *Autism*, *7*(2), 145–164. https://doi.org/10.1177/1362361303007002003

Russell, A. J., Jassi, A., Fullana, M. A., Mack, H., Johnston, K., Heyman, I., Murphy, D. G., & Mataix-Cols, D. (2013). Cognitive behavior therapy for comorbid obsessive-compulsive disorder in high-functioning autism spectrum disorders: A randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*, *30*(8), 697–708. https://doi.org/10.1002/da.22053

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2018). *Kaplan & Sadock: Sinossi di psichiatria* (11ª ed.). Piccin.

Vause, T., Jaksic, H., Neil, N., Frijters, J. C., Jackiewicz, G., & Feldman, M. (2020). Functional behavior-based cognitive-behavioral therapy for obsessive compulsive behavior in children with autism spectrum disorder: A randomized controlled trial.

Journal of Autism and Developmental Disorders, *50*(7), 2375–2388. https://doi.org/10.1007/s10803-018-3772-x

Wichers, R. H., van der Wouw, L. C., Brouwer, M. E., Lok, A., & Bockting, C. L. H. (2023). Psychotherapy for co-occurring symptoms of depression, anxiety and obsessive-compulsive disorder in children and adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *53*(1), 17–33. https://doi.org/10.1017/S0033291722003415

Wickberg, F., Lenhard, F., Aspvall, K., Serlachius, E., Andrén, P., Johansson, F., Silverberg-Mörse, M., & Mataix-Cols, D. (2022). Feasibility of internet-delivered cognitive-behavior therapy for obsessive-compulsive disorder in youth with autism spectrum disorder: A clinical benchmark study. *Internet Interventions*, *28*, Article 100520. https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100520

Zalpuri, I., Matzke, M., & Joshi, S. V. (2024). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Early detection in primary care settings. *Pediatrics*. Advance online publication. https://doi.org/10.1542/peds.2024-069121