



# **MODELLO UNIFICATO DI TRATTAMENTO TRANSDIAGNOSTICO PER **ADHD E DOC****

Una proposta CBT integrata, process-based  
e fondata sulle neuroscienze

**Damiano Pistone | Istituto Tolman | 2° anno - Sede di Catania**

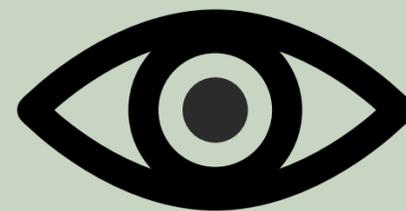
# INTRODUZIONE

## ADHD

Difficoltà a mantenere l'attenzione su dettagli e attività prolungate

Agitazione motoria e difficoltà a restare seduti

Impulsività nelle risposte e difficoltà ad aspettare il turno



Comorbidità frequenti

Alterazioni circuito cortico-striato-talamico (CST)

Deficit di controllo inibitorio

## DOC

Osessioni intrusive e persistenti

Comportamenti compulsivi e ritualistici

Consapevolezza dell'irrazionalità ma incapacità di interrompere i rituali

**Potenzialità di un intervento transdiagnostico che agisca su continuum impulsività-compulsività**

# ADHD E DOC: SOVRAPPOSIZIONI E DIFFERENZE

## Alterazioni neurobiologiche

### Alterazioni strutturali

#### ADHD

Anomalie iPFC;  
Riduzione volume BG;  
Aumentata ecogenicità s.n.;

#### DOC

Anomalie OFC;  
Incremento volume BG;  
Aumentata ecogenicità n.c.;

#### In comune

Riduzione GM prefrontale  
Presenza GMA

### Alterazioni funzionali

#### ADHD

Ipoattivazione vPFC e AI;  
Ipoattivazione connessioni  
striato-cerebellari;  
Sottoattivazione generale PFC;

#### DOC

Iperattivazione circuiti  
orbito-fronto-striatali;  
Ipoattivazione r/d ACC e MPFC;  
Iperattivazione striatale;

#### In comune

Alterazioni circuito CSTC  
Ipoattivazione s.v. ricompense  
Riduzione SICI

### Alterazioni neurotrasmettitoriali e genetiche

#### ADHD

Dopamina e Noradrenalina;  
Stimolanti e atomoxetina;  
Geni dopaminergici (D1, DAT1);

#### DOC

Serotonina e Glutammato;  
SSRI;  
Geni SLC6A4 e SLC1A1;

#### In comune

Alterazioni proteina SliTrk5  
Serotonina regolatore DA/GLU  
Base genetica forte

# Funzioni neuropsicologiche

## ADHD

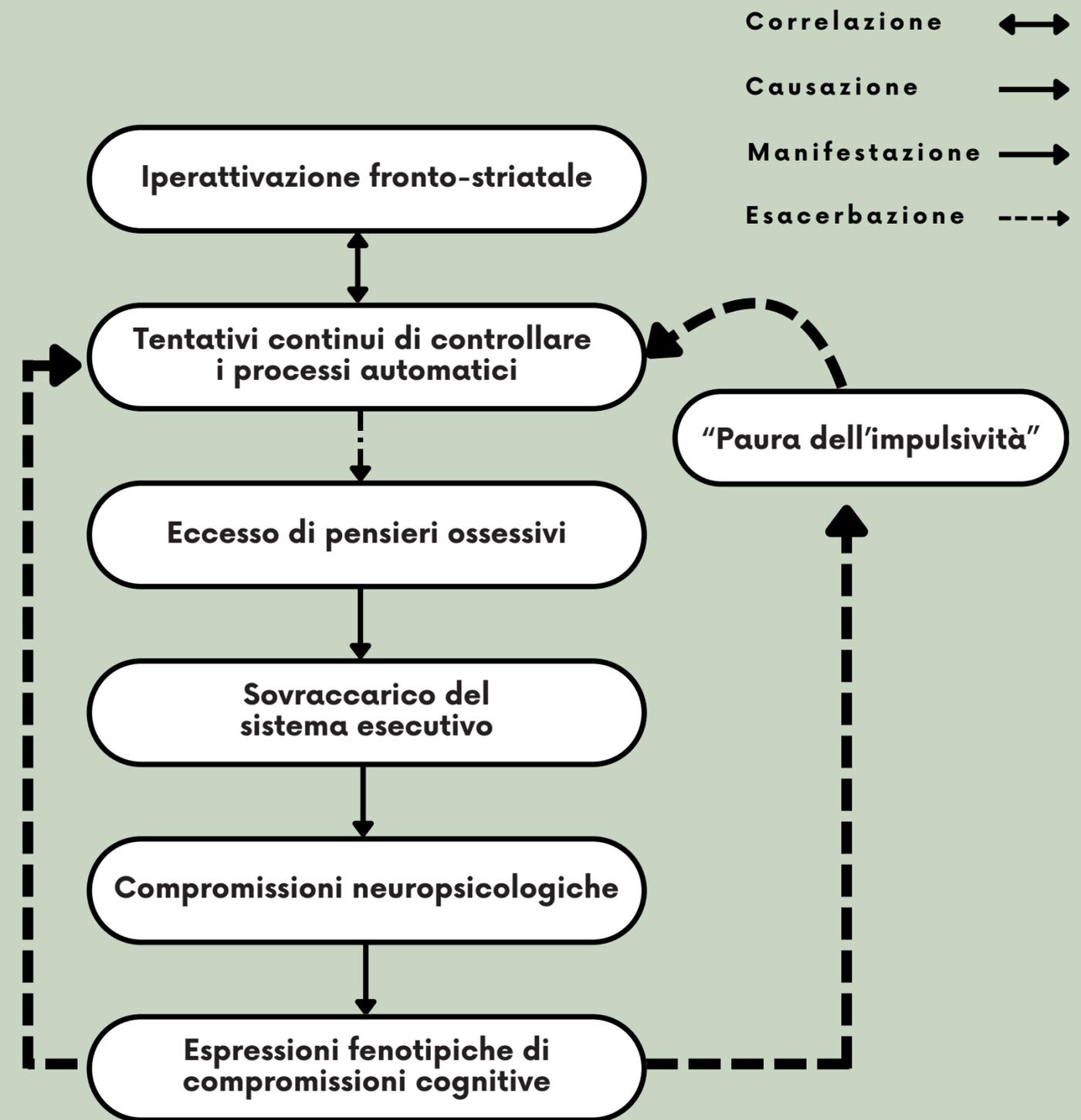
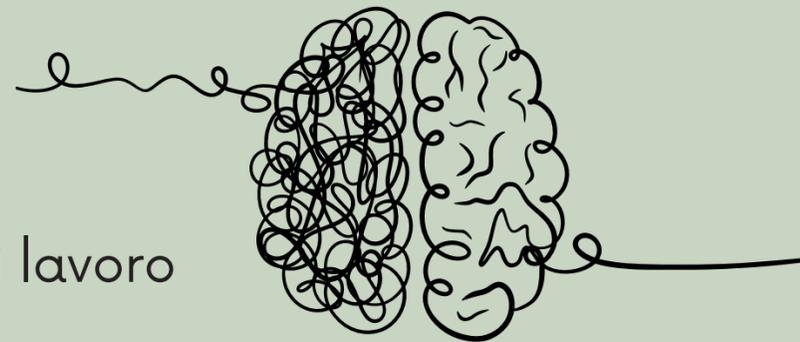
- Deficit controllo inibitorio reattivo
- Positive Illusory Bias
- Avversione al ritardo
- Fluenza verbale
- Vigilanza

## In comune

- Deficit controllo inibitorio
- Pianificazione e memoria di lavoro
- Attenzione
- Decision-making
- Flessibilità cognitiva
- Autoregolazione emotiva e comportamentale
- Prospettiva temporale
- Deficit valutazione della ricompensa

## DOC

- Deficit controllo inibitorio reattivo e proattivo
- Dubbi prestazionali
- Memoria visuo-spaziale
- Apprendimento implicito



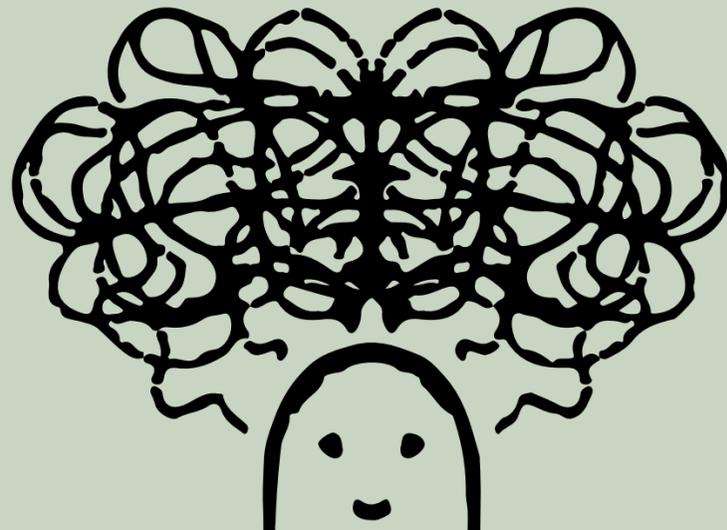
• Executive Overload Model (adattato da Abramovitch et al., 2011)

# Modelli di comorbidità e fenotipi clinici

I tassi di comorbidità in popolazioni cliniche adulte variano dal 5,5% al 55% nel caso di ADHD in soggetti DOC e dal 3% al 44% nel caso di DOC in soggetti ADHD.

Le comorbidità influiscono sul decorso clinico e l'insorgenza di disturbi psichiatrici aggiuntivi.

- **ADHD** e comorbidità nel corso di vita. (adattato da Taurines et al., 2010)
- **DOC** e comorbidità nel corso di vita (adattato da De Mathis et al., 2013)



## ADHD

## DOC

**PRE**

Fattori temperamentali  
Disturbi del sonno  
Disturbi dello spettro autistico  
Eczema Atopico

**PRE**

Ansia da separazione  
ADHD  
Disturbo da Tic

**DURANTE**

Enuresi  
Encopresi  
Dislessia  
Discalculia

**DURANTE**

Disturbo da Tic  
Disturbo d'ansia

**POST**

Disturbo da Tic  
Disturbo d'ansia  
DOC  
Depressione  
Disturbo oppositivo provocatorio  
Disturbo della condotta  
Disturbo da uso di sostanze  
Disturbi di personalità  
Disturbo bipolare  
Obesità

**POST**

Disturbo d'ansia  
Disturbi dello spettro  
ossessivo-compulsivo  
PTSD  
Disturbi del controllo degli impulsi  
Disturbi alimentari  
Disturbo da uso di sostanze  
Disturbi somatoformi  
Disturbi dell'umore

## Modello di comorbidità casuale

I due disturbi coesistono per pura casualità.  
Basi genetiche e ambientali indipendenti.  
Trattamento separato.

## Modello di comorbidità reale

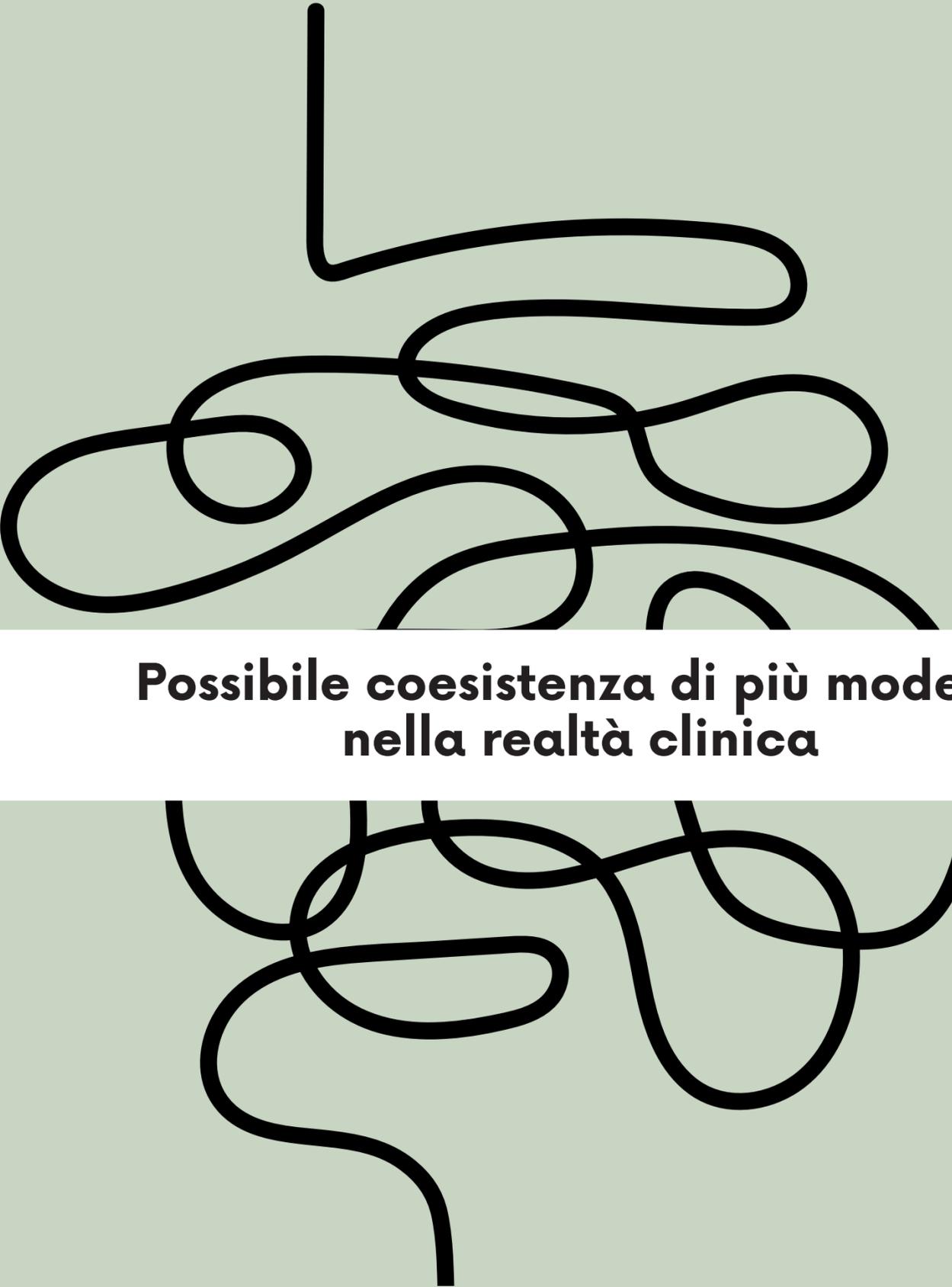
Vulnerabilità genetiche o ambientali condivise  
che aumentano il rischio di entrambi i disturbi.  
Basi neurobiologiche comuni.

## Modello delle forme alternative

Una singola vulnerabilità può manifestarsi  
come un disturbo o l'altro in funzione di  
specifici fattori ambientali.

## Modello del sottotipo

La comorbidità rappresenta un sottotipo  
specifico, distinto dai disturbi isolati,  
richiedendo interventi terapeutici mirati.



**Possibile coesistenza di più modelli  
nella realtà clinica**

## FENOTIPO ADHD - DOC

- Maggiore vulnerabilità familiare
- Prevalenza maschile
- Insorgenza precoce del DOC
- Tassi più elevati di comorbidità con altri disturbi
- Livelli superiori di ansia e sintomi depressivi
- Sintomatologia DOC più severa, resistente al trattamento e persistente in età adulta
- Ossessioni relative a simmetria, sintomi di accumulo
- Maggiore incidenza di sintomi somatici
- Difficoltà scolastiche e sociali
- Livelli più elevati di conflittualità familiare
- Peggior qualità della vita
- Dimensioni di responsabilità, controllo e inaccettabilità dei pensieri

## FENOTIPO ADHD - DOC - DTC

- Insorgenza ADHD precedente al DOC
- Maggiori difficoltà psicosociali
- Livelli più alti di impulsività
- Livelli più alti di attivazione motoria
- Livelli più alti di dipendenza
- Livelli più alti di perfezionismo
- Maggiori difficoltà di autoregolazione
- Elevata sensibilità agli stimoli sensoriali (SOR) come neurobiomarker del fenotipo

Bilanciamento attento della gestione farmacologica  
Approccio terapeutico integrato e intensivo

## Riclassificazione del DOC a esordio precoce come nuovo disturbo del neurosviluppo: una possibilità nel DSM VI?



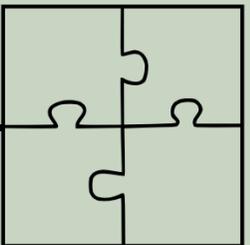
Attualmente i disturbi dello spettro OC non rientrano nei disturbi del neurosviluppo, ma emergono spunti interessanti in relazione al DOC a esordio precoce.

La disfunzione del circuito cortico-striato-talamico-corticale è una caratteristica comune degli NDD, al punto che si comincia a parlare di CSTC Diseases.

Un sottogruppo di pazienti con DOC a esordio precoce e comorbidità con tic, ADHD o autismo mostra maggiori vulnerabilità neurobiologiche rispetto ai pazienti con DOC a esordio tardivo.

Riclassificare il DOC precoce come NDD potrebbe favorire interventi psicoeducativi precoci focalizzati sulla neurobiologia del disturbo e l'integrazione del potenziamento delle funzioni esecutive nel trattamento, a prescindere dal modello terapeutico utilizzato.

La psicoeducazione sulla neurobiologia del DOC può avere potenti effetti normalizzanti, ridurre vergogna, senso di colpa e stigma, promuovere resilienza nei pazienti e maggiore comprensione nei familiari.



# MODELLI DI INTERVENTO CBT PER ADHD E DOC

## Linee guida ADHD (NICE)

Approccio multimodale (psicologico e farmacologico).  
Tre componenti principali:

- Psicoeducazione (paziente e familiari);
- Intervento CBT strutturato:
  - Strategie di organizzazione e pianificazione
  - Gestione del tempo
  - Regolazione emotiva
  - Problem-solving strutturato
- Coaching specifico.

## Linee guida DOC (APA e NICE)

Intervento strutturato di 12-20 sessioni  
(individuale/gruppo). Componenti chiave:

- Psicoeducazione sul modello CBT;
- Assessment iniziale: sintomatologia, analisi funzionale, valutazione insight;
- Esposizione e Prevenzione della Risposta (ERP);
- Ristrutturazione cognitiva;
- Prevenzione delle ricadute;
- Possibile integrazione con SSRI nei casi severi.

## In comune

- Approccio stepped-care
- Monitoraggio standardizzato degli outcome
- Focus sulla qualità di vita
- Gestione delle comorbidità
- Personalizzazione degli interventi
- Formazione specialistica dei terapeuti
- Supervisione clinica regolare
- Aderenza ai protocolli evidence-based

# VERSO UN MODELLO UNIFICATO: RICONCILIARE IL TRATTAMENTO DI IMPULSIVITÀ, COMPULSIVITÀ E VERGOGNA PER UNA VITA DI VALORE

**Necessità di un modello transdiagnostico:** ricche conoscenze su processi psicopatologici comuni non ancora declinati in un modello di intervento valido per il continuum impulsività-compulsività

**Modello integrato e process-based:** approccio flessibile e modulare, target cognitivi, target comportamentali, target emotivi. Adozione di tecniche di intervento di più modelli dell'attuale panorama CBT

**ADHD e DOC:** numerose alterazioni neurobiologiche, elevati tassi di comorbidità, classificazione come CSTC Diseases o ICS Disorders

**Modello fondato sulle neuroscienze:** necessità di affrontare i processi di mantenimento della sofferenza con consapevolezza dei substrati neurobiologici sottostanti

**Fondamenti teorici:** Triple Network Model, continuum impulsività-compulsività, endofenotipi neurocognitivi

# Il Triple Network Model

## ● Central Executive Network (CEN)

Rete frontoparietale che gestisce le funzioni cognitive superiori come memoria di lavoro e decision-making, fondamentale per i compiti che richiedono attenzione focalizzata.

## ● Default Mode Network (DMN)

Rete ancorata nelle regioni mediali cerebrali, attiva durante il riposo e responsabile dei processi introspettivi e autobiografici.

## ● Salience Network (SN)

"Direttore d'orchestra" centrato su corteccia cingolata anteriore e fronto-insulare, coordina il passaggio tra modalità esecutiva e introspettiva in base alla rilevanza degli stimoli.

### Alterazioni in ADHD

Interazioni più deboli tra le reti con stati cerebrali più numerosi ma di breve durata, scarsa integrazione SN-CEN e disconnessione SN-DMN, causando deficit attentivi e di controllo.

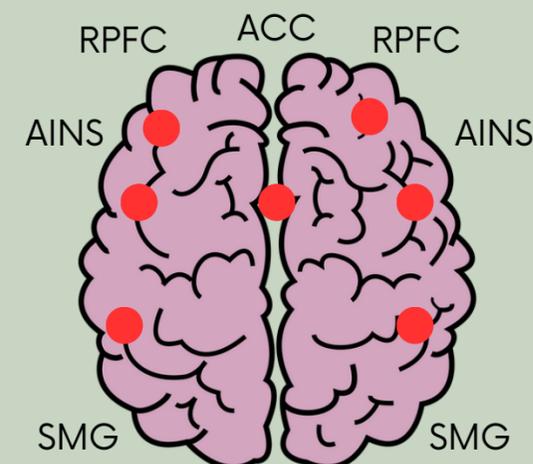
### Alterazioni in DOC

Iperconnettività sia intra-rete che inter-rete, con compromesso switching tra modalità task-negative e task-positive, causando rigidità cognitiva e difficoltà nel distogliere l'attenzione dalle ossessioni.

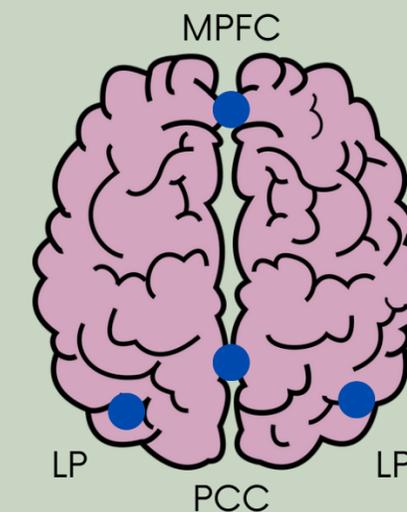
### Obiettivi di trattamento secondo RDoC

Sviluppare una "medicina di precisione" basata su biomarcatori per ottimizzare i trattamenti, superando le diagnosi categoriali a favore di un approccio dimensionale basato sui network cerebrali.

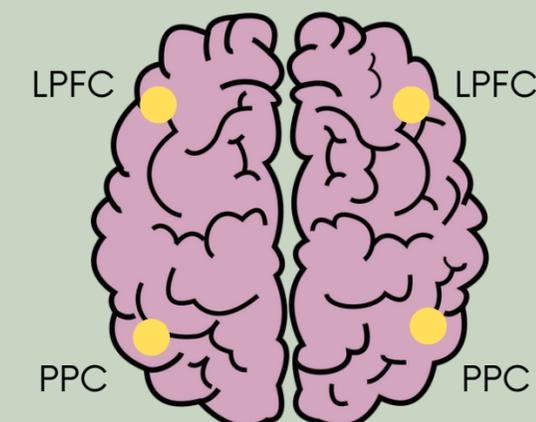
## Salience Network (SN)



## Default Mode Network (DMN)



## Central Executive Network (CEN)



• Rappresentazione del Triple Network Model (adattato da Krönke et al., 2020)

# Il continuum impulsività-compulsività

**Impulsività:** tendenza a risposte rapide e non pianificate a stimoli interni o esterni senza considerazione delle conseguenze negative.

## Composta da:

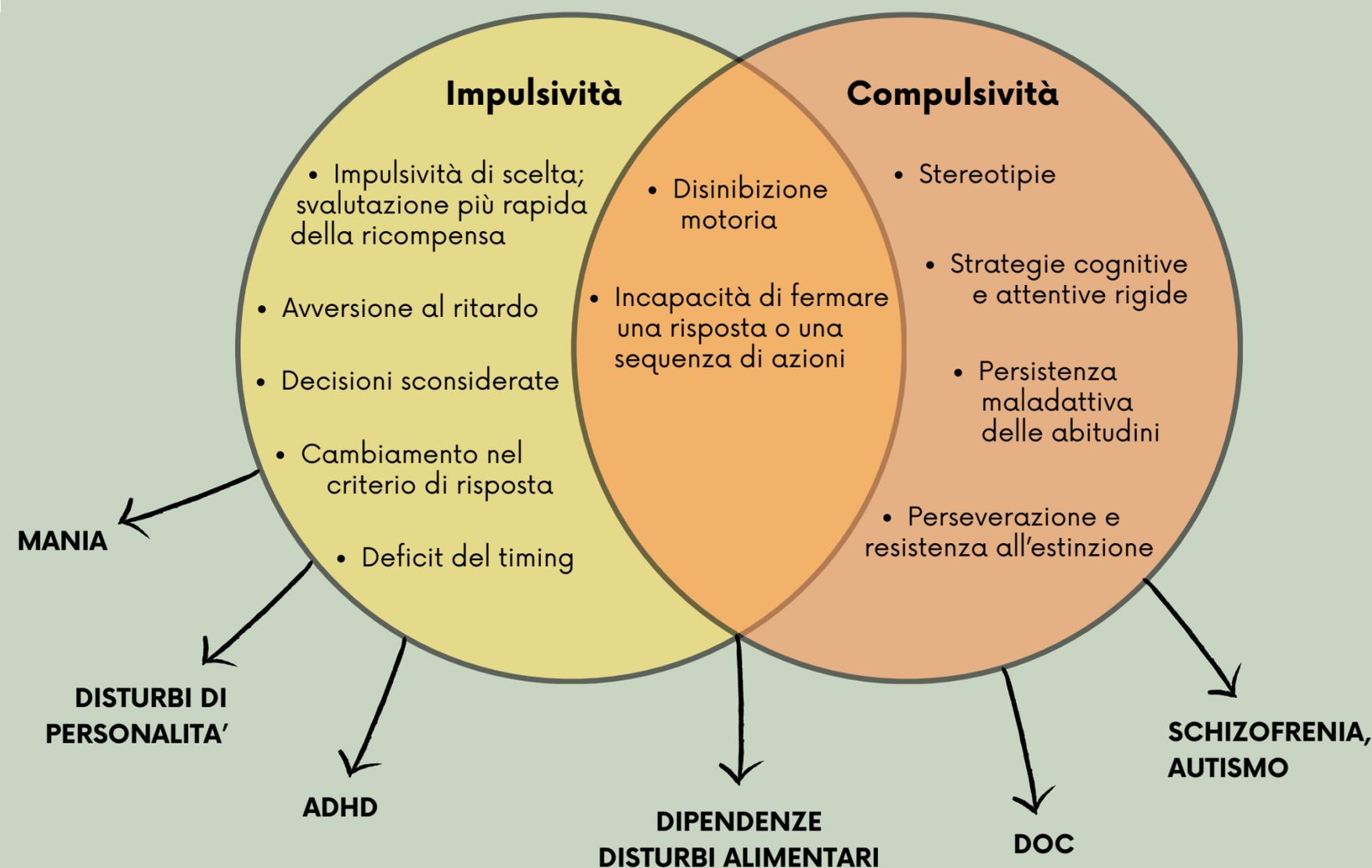
- Impulsività motoria
- Decisioni svantaggiose
- Impulsività di scelta

**Compulsività:** atti ripetitivi caratterizzati dalla sensazione che sia necessario compierli, anche se non in linea con i propri obiettivi.

## Composta da:

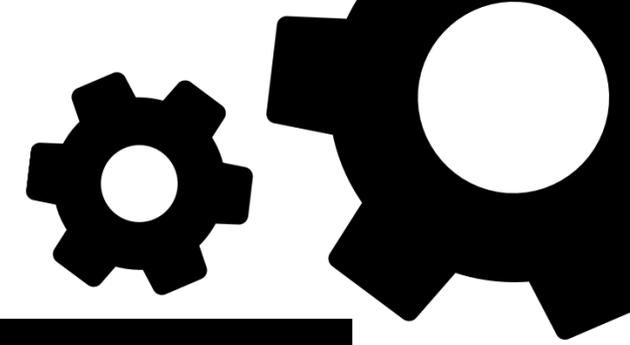
- Inflessibilità cognitiva legata alle contingenze
- Rigidità cognitiva nel task-shifting
- Bias attentivo e difficoltà di disimpegno
- Compromissione habit learning

## Modello diatesi impulsività-compulsività



- Il continuum impulsività-compulsività (adattato da Robbins et al., 2012)

# Processi target



## Target comportamentali

- Controllo inibitorio motorio:  
Inibizione reattiva  
Inibizione proattiva
- Habit learning  
Automatismi S-R
- Segnali di stop
- Flessibilità comport.

## Modello terapeutico

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

## Target cognitivi

- Metacredenze
- Attenzione
- Ruminazione e rimuginio (RNT)
- Flessibilità cognitiva
- Decision-making

## Modello terapeutico

Metacognitive Therapy (MCT)

## Target emotivi

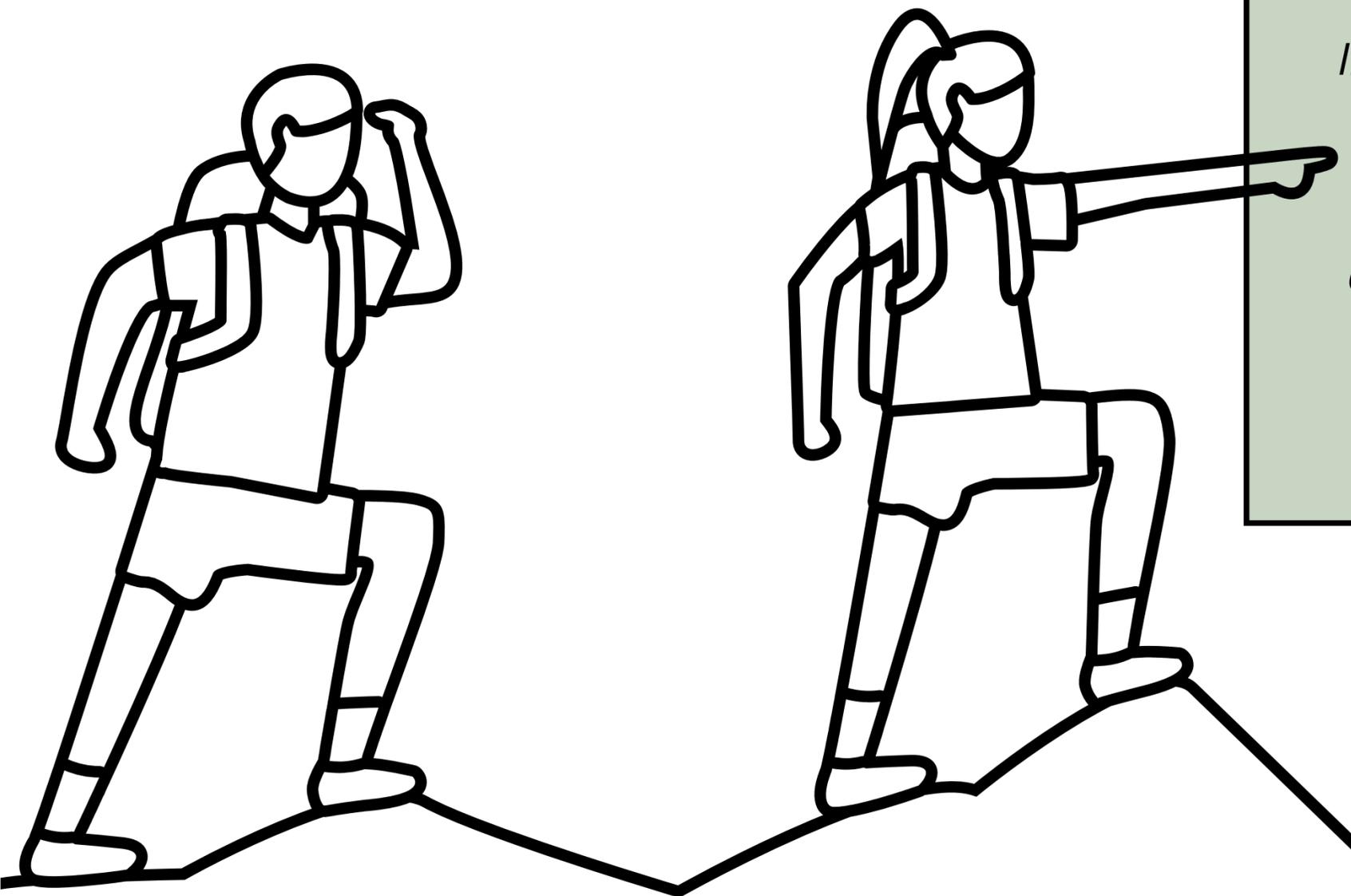
- Vergogna
- Autocritica
- Senso di colpa
- Schemi e credenze di disvalore e inadeguatezza

## Modello terapeutico

Compassion Focused Therapy (CFT)  
Schema Therapy (ST)

Target del trattamento come componenti interconnesse che si influenzano reciprocamente e formano un quadro coeso e dinamico di intervento.





### Il viaggio terapeutico

*Il terapeuta non è un giudice, né un semplice esperto che fornisce risposte, ma un compagno di viaggio, curioso e gentile, che percorre un pezzo di strada insieme al paziente. Questo atteggiamento esperienziale crea una solida alleanza terapeutica e riflette un rispetto profondo per il vissuto di sofferenza.*

**MODULARITÀ**

**FLESSIBILITÀ**

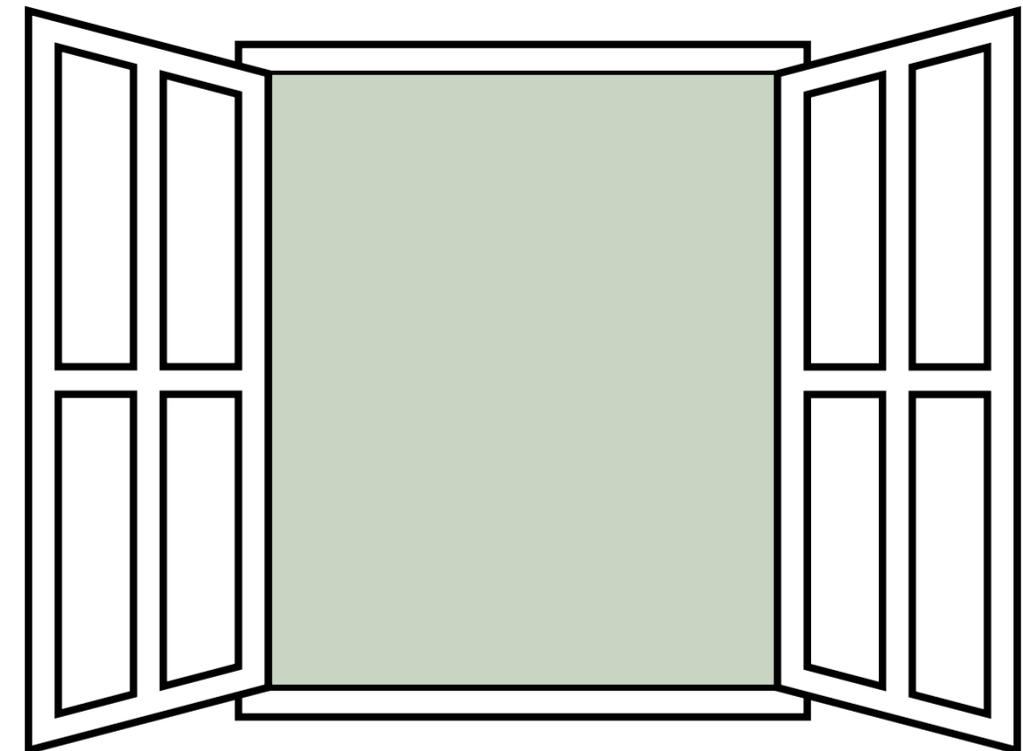
## MODULO 1

# PSICOEDUCAZIONE E AUTOCONSAPEVOLEZZA

## APRIRE UNA **FINESTRA** SULLA COMPRENSIONE DI SÈ

**Obiettivi:** Fornire conoscenze chiare sulle manifestazioni cliniche di ADHD e DOC e relativi fattori di mantenimento. Trasformare la percezione delle difficoltà da "fallimenti" a processi neurobiologici. Spiegare il ruolo dei circuiti fronto-striatali nei comportamenti impulsivi/compulsivi. Promuovere una visione compassionevole di sé.

Modulo introduttivo basato sulla psicoeducazione e gli "esami di realtà" della CFT. Il paziente viene guidato a comprendere la complessità del cervello, riconoscendo che i sintomi non sono "colpe" ma processi neurobiologici non scelti, ma con possibilità di agire sui fattori di mantenimento. Questa consapevolezza pone le basi per un percorso terapeutico libero da vergogna e orientato alla compassione verso sé stessi.



VERSO UN MODELLO UNIFICATO: RICONCILIARE IL TRATTAMENTO DI IMPULSIVITÀ, COMPULSIVITÀ E VERGOGNA PER UNA VITA DI VALORE

# DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI TERAPEUTICI E ANALISI DEI VALORI

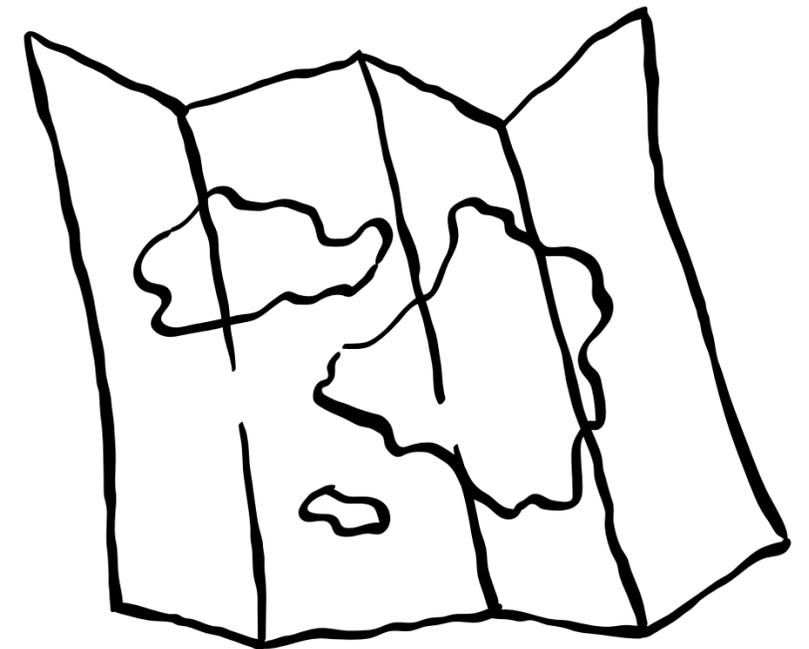
TRACCIARE LA **MAPPA** DEL VIAGGIO E SCOPRIRE COSA CONTA DI PIÙ

**Obiettivi:** Definire chiaramente gli obiettivi terapeutici personali. Identificare i valori fondamentali del paziente. Allineare gli obiettivi di cambiamento con i valori personali. Trasformare i valori in azioni concrete e significative.

Modulo focalizzato sulla creazione di una "mappa del viaggio terapeutico" attraverso l'esplorazione dei valori personali. Seguendo i principi dell'ACT, il paziente viene guidato a scoprire cosa conta davvero nella sua vita, trasformando il percorso terapeutico da semplice riduzione dei sintomi a costruzione di una vita significativa.

### Esempi di tecniche terapeutiche:

- **Bull's-Eye Values Survey** | strumento che valuta congruenza tra valori e azioni in quattro domini vita;
- **Vita e morte** | tecnica esperienziale di proiezione futura per identificare i valori fondamentali;
- **Esplorare il tuo dolore** | tecnica di cambio prospettiva per l'identificazione dei valori ("cosa ti dice questo dolore su ciò che conta davvero per te?")



# ANALISI FUNZIONALE ATTRAVERSO LA MATRICE ACT

## OSSERVARE E OSSERVARSI CON CURIOSITÀ E COMPASSIONE

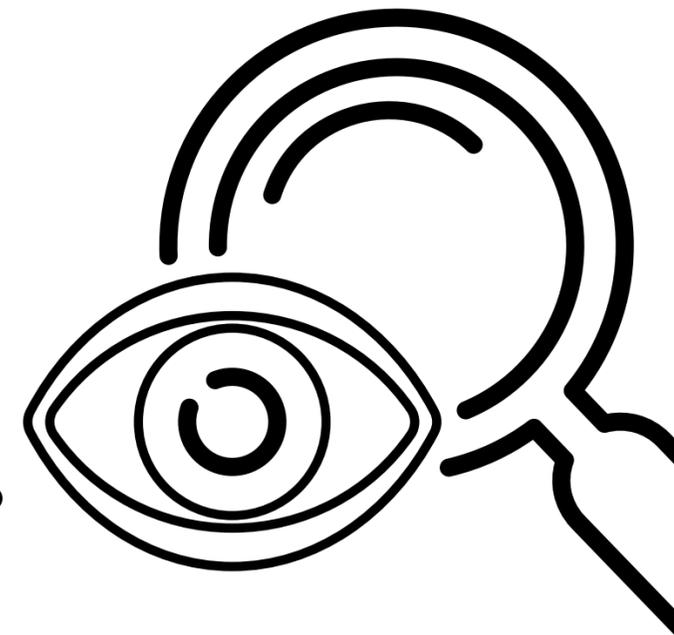
**Obiettivi:** Esplorare le dinamiche e i fattori di mantenimento dei comportamenti maladattivi. Sviluppare consapevolezza dei pattern di evitamento. Costruire una prospettiva del "sé che osserva". Promuovere un atteggiamento di osservazione non giudicante. Favorire la flessibilità psicologica



Il modulo utilizza l'analisi funzionale attraverso la Matrice ACT per esplorare pattern ricorrenti del paziente. Si focalizza sulla distinzione tra comportamenti di evitamento e azioni basate sui valori, introducendo il concetto del "sé che osserva" come prospettiva distaccata e compassionevole verso l'esperienza interna.

### Esempi di tecniche terapeutiche:

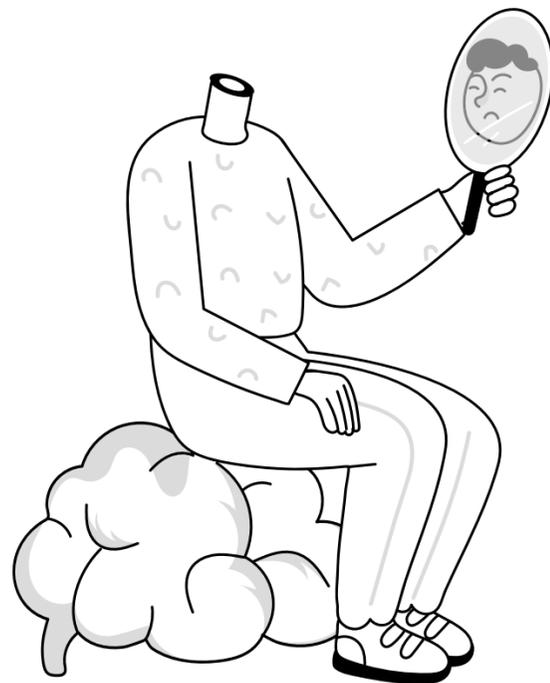
- **Matrice ACT** | strumento per l'analisi funzionale;
- **Metafora della scacchiera** | metafora per il riconoscimento dei contenuti interni come separati dal sé;
- **Esercizio dell'osservatore** | pratica per il riconoscimento della propria prospettiva costante e immutabile rispetto ai contenuti mutevoli dell'esperienza;
- **Sé Compassionevole come Testimone** | visualizzazione di una versione saggia e compassionevole di sé che osserva con cura e accettazione le proprie esperienze interne.



# RISTRUTTURAZIONE DELLE METACREDENZE

## PENSARE DIVERSAMENTE IL **PENSIERO**

**Obiettivi:** Sviluppare una distanza compassionevole dai pensieri. Modificare le credenze metacognitive maladattive. Costruire un rapporto flessibile con i propri pensieri. Potenziare il controllo attentivo e metacognitivo. Promuovere un atteggiamento di accettazione verso gli stati mentali.



Modulo dedicato alla ristrutturazione delle metacredenze attraverso un approccio che combina terapia metacognitiva e compassione. Il paziente apprende a trattare i pensieri come semplici eventi mentali, sviluppando un nuovo modo di rispondere agli stati interni basato sull'osservazione non giudicante e l'accettazione.

### Esempi di tecniche terapeutiche:

- **Attention Training Technique (ATT)** | esercizi di attenzione selettiva, divisa e di switching, per sviluppare flessibilità e controllo attentivo;
- **Detached Mindfulness** | pratica per osservare i pensieri con distacco, senza impegnarsi in analisi o tentativi di controllo;
- **Riattribuzione verbale** | dialogo socratico gentile e curioso per mettere in discussione le convinzioni sui processi di RNT;
- **Esposizione metacognitiva con prevenzione della risposta (MERP)** | esercizi di esposizione ai pensieri senza mettere in atto evitamento;
- **Dilazione del rimuginio** | tecnica per posticipare volontariamente il pensiero ripetitivo, dimostrando la possibilità di controllarlo.

## MODULO 5

# COMPASSIONATE MINDFULNESS E INTERVENTI BASATI SULL'ACCETTAZIONE

## ACCOGLIERE LA TEMPESTA SENZA COMBATTERLA

**Obiettivi:** Sviluppare accettazione verso le esperienze interne difficili. Ridurre i comportamenti di evitamento e controllo. Promuovere l'accettazione compassionevole delle esperienze.

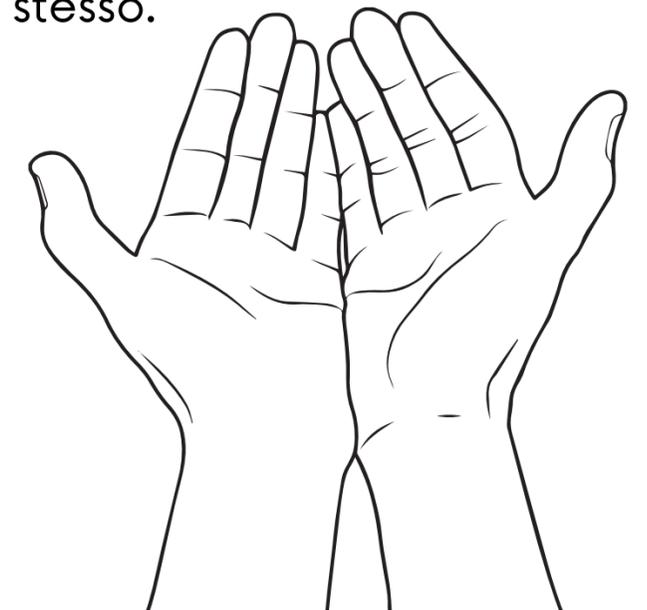
Potenziare la capacità di auto-compassione.

Distinguere tra dolore "pulito" e "sporco".

Modulo incentrato sull'integrazione tra mindfulness, compassione e disponibilità all'accoglienza delle esperienze interne difficili. Attraverso il concetto chiave di "dolore pulito" e "dolore sporco" il paziente apprende a osservare pensieri ed emozioni senza giudizio, riducendo i comportamenti di evitamento e sviluppando maggiore accettazione e compassione verso sé stesso.

### Esempi di tecniche terapeutiche:

- **Mindfulness per l'accettazione** | processo strutturato di accettazione in otto passi (osservare, respirare, espandersi, consentire, oggettivare, normalizzare, manifestare auto-compassione)
- **Visualizzazione del luogo sicuro** | tecnica per sviluppare calma e sicurezza interiore;
- **Riformulazione linguistica "Sì, e" invece di "Sì, ma"** | per promuovere accettazione;
- **Metafora della barca nella tempesta** | metafora che vede il paziente come una barca stabile che può attraversare le tempeste emotive.



# ESPOSIZIONE E PREVENZIONE DELLA RISPOSTA (ERP) INTEGRATA ALLA MINDFULNESS

## ACCETTARE LA **SCOMODITÀ** E AFFRONTARE LA PAURA

**Obiettivi:** favorire l'esposizione a stimoli che generano disagio con supporto della mindfulness. Sviluppare accettazione verso il disagio emotivo, riducendo comportamenti impulsivi e compulsivi di evitamento. Favorire l'auto-accettazione e l'auto-compassione.

Modulo che integra l'Esposizione e Prevenzione della Risposta (ERP) con i principi di mindfulness. L'approccio viene adattato sia per il DOC che per l'ADHD, guidando il paziente ad affrontare situazioni di disagio senza ricorrere a rituali compulsivi o risposte impulsive. L'enfasi è posta sull'accettazione del disagio come esperienza transitoria, sostenuta da un atteggiamento compassionevole.

### Esempi di tecniche terapeutiche:

- **ERP integrata con mindfulness** | esposizione graduale con consapevolezza;
- **"CFT-Enhanced ERP"** | integrazione del Sé Compassionevole durante l'esposizione;
- **"Values-Based ERP"** | tecnica che collega esplicitamente ogni esposizione ad un valore;
- **Affermazioni di accoglienza** | es. "Accolgo ciò che viene";
- **Gettare l'ancora** | il paziente impara a "gettare l'ancora" nei momenti di disagio attraverso tre passi (riconoscimento, ritorno al corpo, connessione con l'ambiente e azione impegnata).



# POTENZIAMENTO DELLE FUNZIONI ESECUTIVE

TROVARE **L'EQUILIBRIO** ATTRAVERSO IL CONTROLLO CONSAPEVOLE

**Obiettivi:** Sviluppare la capacità di gestire pensieri, emozioni e comportamenti con maggiore consapevolezza. Potenziare il controllo inibitorio, la pianificazione, la memoria di lavoro, l'attenzione, la flessibilità cognitiva e l'autoregolazione emotiva. Promuovere il senso di auto-efficacia.



Modulo dedicato alla scoperta di strategie evidence-based per il potenziamento delle funzioni esecutive. Si concentra sul consolidamento delle abilità già sviluppate, guidando il paziente verso una sperimentazione attiva di strumenti pratici per gestire la quotidianità. Il modulo si integra con le competenze sviluppate precedentemente, traducendole in applicazioni concrete per una vita più funzionale.

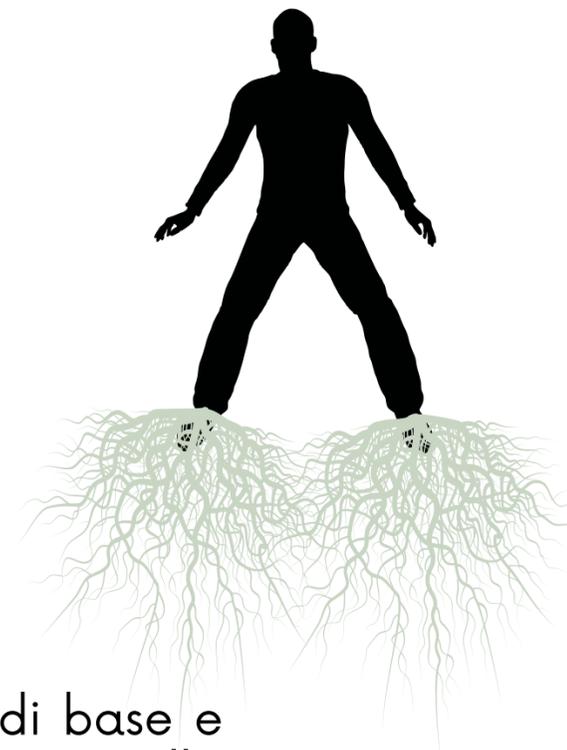
### Esempi di tecniche terapeutiche:

- **Controllo inibitorio** | rivalutazione cognitiva, pausa prima della risposta a trigger, distrazione attiva;
- **Pianificazione e memoria di lavoro** | prova coperta, ordine del giorno, promemoria, check-list, piani strutturati, chunking;
- **Attenzione** | ATT, multi-tasking, mindfulness
- **Flessibilità cognitiva** | problem-solving strutturato, brainstorming, esercizi di perspective-taking, lista pro e contro
- **Autoregolazione emotiva** | rivalutazione cognitiva, grounding, mindfulness, mappa di regolazione emotiva, accettazione



## MODULO 8

# ESPLORAZIONE DELLE CREDENZE DI BASE E SCHEMI MALADATTIVI PRECOCI (SMP)



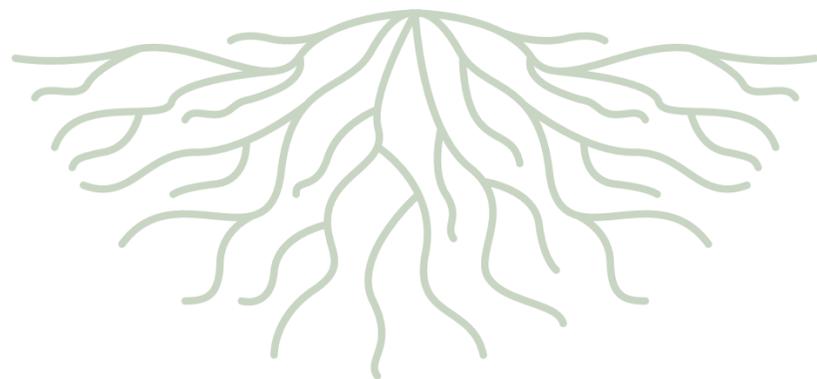
RISCRIVERE LE **RADICI DELLA SOFFERENZA** ATTRAVERSO IL SÉ COMPASSIONEVOLE

**Obiettivi:** esplorare e identificare le credenze di base e gli schemi maladattivi precoci. Facilitare la riconciliazione con le parti vulnerabili del Sé attraverso il Sé compassionevole. Costruire una narrazione più integrata e sana di sé stessi.

Modulo dedicato all'esplorazione profonda delle credenze di base e degli schemi maladattivi attraverso un approccio basato sulla compassione. Il focus è sulla comprensione e accettazione piuttosto che sulla modifica immediata delle credenze. Il paziente viene guidato nella scoperta e nello sviluppo di un Sé compassionevole, una presenza interna che funge da mentore e guida per le parti più vulnerabili di sé.

### Esempi di tecniche terapeutiche:

- **Laddering** per l'esplorazione delle credenze profonde;
- **Dialogo tra i Mode e il Sé compassionevole** | ogni Mode può esprimersi e interagire con gli altri, mentre il Sé compassionevole osserva e media questi scambi;
- **Mantra compassionevole** | il paziente sviluppa una frase personale di auto-supporto, attingendo alla saggezza del Sé compassionevole;
- **Esercizio del perdono compassionevole** | attraverso visualizzazioni guidate, il paziente coltiva il perdono verso se stesso, le figure significative della sua vita e le proprie parti vulnerabili;
- **Visualizzazioni guidate** per dare forma al Sé compassionevole;

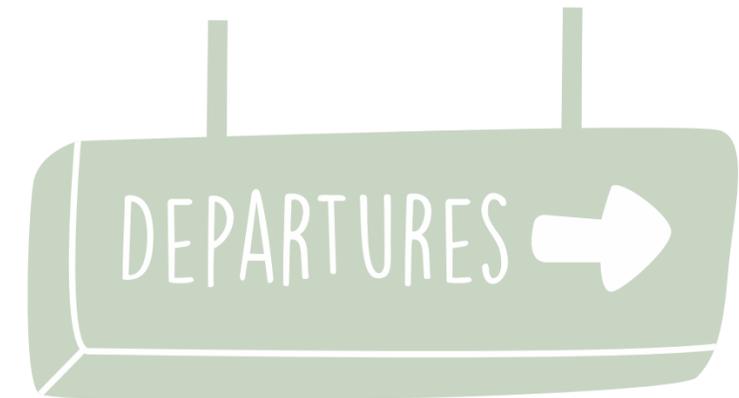


VERSO UN MODELLO UNIFICATO: RICONCILIARE IL TRATTAMENTO DI IMPULSIVITÀ, COMPULSIVITÀ E VERGOGNA PER UNA VITA DI VALORE

# ANALISI E PREVENZIONE DELLE RICADUTE

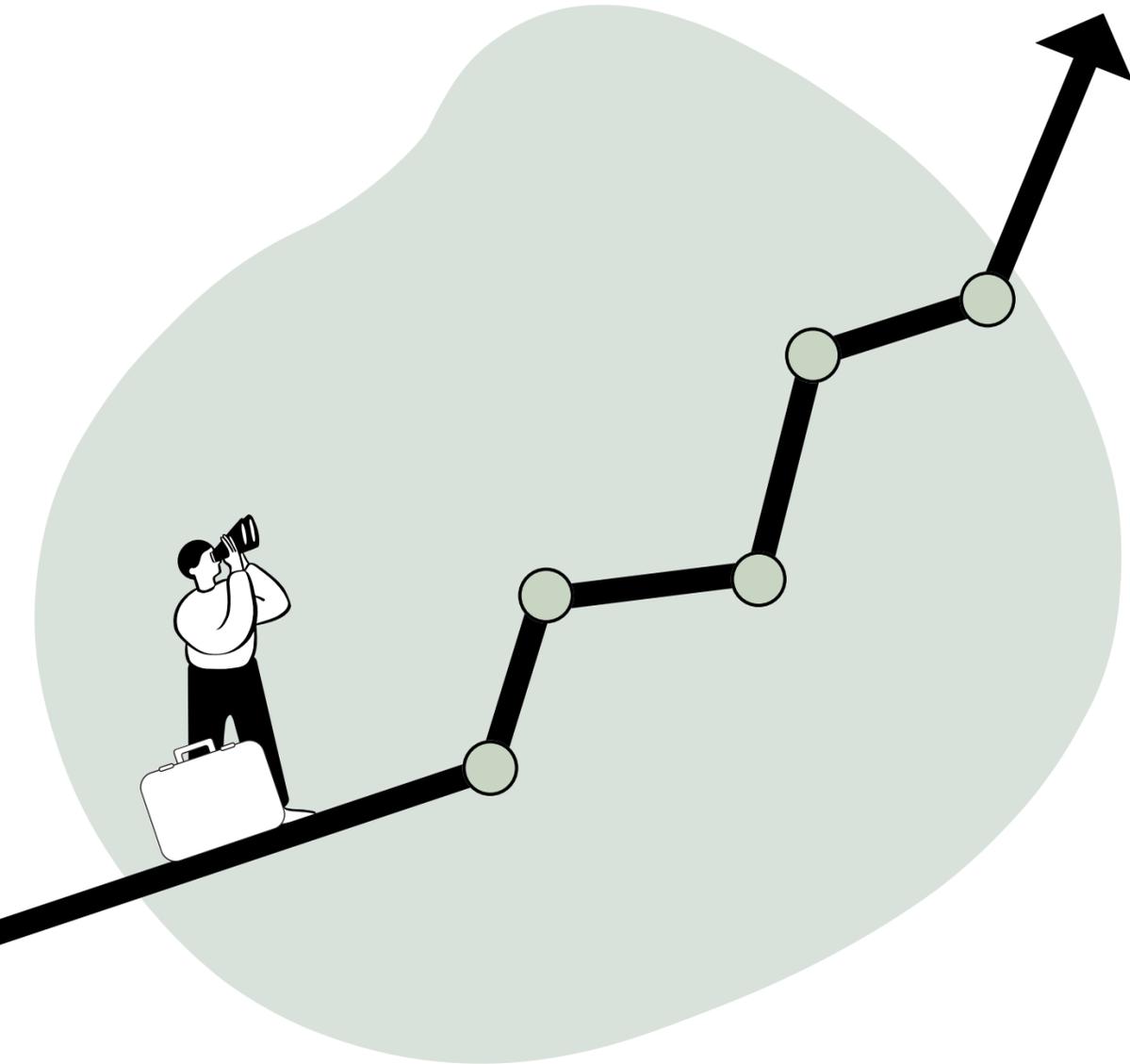
SALUTARE CON GENTILEZZA IL PASSATO E GUARDARE AL **FUTURO**

**Obiettivi:** consolidare e integrare gli apprendimenti del percorso terapeutico. Identificare potenziali ostacoli e sviluppare strategie preventive. Rafforzare il ruolo del Sé compassionevole come guida stabile. Preparare il paziente alla gestione autonoma delle sfide future. Facilitare una conclusione consapevole del percorso terapeutico.



Modulo conclusivo che rappresenta il punto di arrivo del percorso di trasformazione. Si focalizza sulla prevenzione delle ricadute attraverso un'analisi retrospettiva del cammino fatto e una pianificazione proattiva delle strategie future. Il paziente viene guidato in una revisione del percorso terapeutico, nell'identificazione di potenziali situazioni critiche e nello sviluppo di strategie di coping personalizzate. Il Sé compassionevole viene consolidato come risorsa stabile e guida interiore per il futuro. Particolare attenzione viene data all'integrazione delle pratiche apprese (mindfulness, accettazione, regolazione emotiva) nella vita quotidiana. Il modulo si conclude con un momento significativo di congedo terapeutico, segnando il passaggio verso un'autonomia consapevole del paziente.

# CONCLUSIONI E DIREZIONI FUTURE



**Sviluppare metodologie di assessment e concettualizzazione del caso** coerenti con il modello;

**Approfondire le basi neurobiologiche comuni** (sistema dopaminergico, PFC, circuito CSTC), integrare con il TNM e identificare unità terapeutiche di base specifiche;

**Validare empiricamente il modello** attraverso studi clinici controllati, confrontando:

- Efficacia vs protocolli disturbo-specifici
- Efficacia quadri puri vs comorbidi
- Efficacia vs protocolli disturbo-specifici combinati (ADHD + DOC)

**Identificare i moduli "core" e quelli opzionali** per differenti sottogruppi clinici.

**Estendere e adattare il modello ad altri ICSD** disturbi dello spettro impulsivo-compulsivo (disturbi alimentari, dipendenze) e confrontarne l'efficacia con i protocolli terapeutici standard;

# RINGRAZIAMENTI

Mi sta venendo da piangere vedendo come sia tutto collegato, è come se questa immagine parlasse di me... questa storia della NJRE è pazzesca!

**A.**, 30 anni, durante la network analysis del suo rimuginio e dei suoi tic.



Ahhhh, ecco perché mi chiedo sempre il perché di qualunque cosa...

**A.**, 23 anni, durante la psicoeducazione sui circoli viziosi del DOC e sui circuiti fronto-striatali



Questa settimana è andata meglio, oggi sento silenzio nella testa.

**G.**, 24 anni, la settimana dopo aver introdotto tecniche di accettazione e mindfulness per i suoi "pensieri veloci" e la sua ansia.



Ho paura che se inizio a farlo poi devo fare tutto perfetto...

**D.**, 26 anni, durante l'utilizzo della Matrice ACT e l'identificazione delle azioni impegnate.



Non te l'ho mai detto, ma è da anni che mi sento un peccatore... già mi vergogno a parlarne...

**G.**, 21 anni, poco prima di approcciarsi al dialogo autocompassionevole





**Damiano Pistone | Istituto Tolman | 2° anno - Sede di Catania**

# BIBLIOGRAFIA

- Abramovitch, A., Dar, R., Hermesh, H., & Schweiger, A. (2011). Comparative neuropsychology of adult obsessive-compulsive disorder and attention deficit/hyperactivity disorder: Implications for a novel executive overload model of OCD. *Journal of Neuropsychology*, 6(2), 161–191. <https://doi.org/10.1111/j.1748-6653.2011.02021.x>
- Abramovitch, A., Dar, R., Mittelman, A., & Wilhelm, S. (2015). Comorbidity between attention deficit/hyperactivity disorder and obsessive-compulsive disorder across the lifespan: A systematic and critical review. *Harvard Review of Psychiatry*, 23(4), 245–262. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000050>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., Text Revision)*. American Psychiatric Publishing.
- Anam, S., & Coffey, B. J. (2013). Exacerbation of obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder, and chronic motor tics during treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: Medication management in an older adolescent. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 23(8), 577–582. <https://doi.org/10.1089/cap.2013.2382>
- Andreassen, C. S., Billieux, J., Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Demetrovics, Z., Mazzoni, E., & Pallesen, S. (2016). The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(2), 252–262. <https://doi.org/10.1037/adb0000160>
- Arnsten, A. F., & Rubia, K. (2012). Neurobiological circuits regulating attention, cognitive control, motivation, and emotion: Disruptions in neurodevelopmental psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(4), 356–367. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.01.008>
- Beck, J. (2022). *La Terapia cognitivo-comportamentale*. Casa Editrice Astrolabio.
- Belin, D., Robbins, T. W., Hollander, E., & Moreno, M. (Eds.). (2020). *Impulsive compulsive spectrum disorders*. Frontiers Media SA. <https://doi.org/10.3389/978-2-88963-991-5>
- Berlin, G. S., & Hollander, E. (2014). Compulsivity, impulsivity, and the DSM-5 process. *CNS Spectrums*, 19(1), 62–68. <https://doi.org/10.1017/S1092852913000722>
- Brem, S., Grunblatt, E., Drechsler, R., Riederer, P., & Walitza, S. (2014). The neurobiological link between OCD and ADHD. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 6(3), 175–202. <https://doi.org/10.1007/s12402-014-0146-x>
- Bunse, T., Wobrock, T., Strube, W., Padberg, F., Palm, U., Falkai, P., & Hasan, A. (2014). Motor cortical excitability assessed by transcranial magnetic stimulation in psychiatric disorders: A systematic review. *Brain Stimulation: Basic, Translational, and Clinical Research in Neuromodulation*, 7(2), 158–169. <https://doi.org/10.1016/j.brs.2013.08.009>
- Cabarkapa, S., King, J. A., Dowling, N., & Ng, C. H. (2019). Co-morbid obsessive-compulsive disorder and attention deficit hyperactivity disorder: Neurobiological commonalities and treatment implications. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 557. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00557>
- Cai, W., Chen, T., Szegletes, L., Supekar, K., & Menon, V. (2018). Aberrant time-varying cross-network interactions in children with attention-deficit/hyperactivity disorder and the relation to attention deficits. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 3(3), 263–273. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2017.10.005>
- De Mathis, M. A., Diniz, J. B., Hounie, A. G., Shavitt, R. G., Fossaluza, V., Ferrão, Y., Leckman, J. F., Pereira, C. B., do Rosario, M. C., & Miguel, E. C. (2013). Trajectory in obsessive-compulsive disorder comorbidities. *European Neuropsychopharmacology*, 23(8), 594–601. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2012.08.006>
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135–168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Drepper, C., Geißler, J., Pastura, G., Yilmaz, R., Berg, D., Romanos, M., & Gerlach, M. (2017). Transcranial sonography in psychiatry as a potential tool in diagnosis and research. *The World Journal of Biological Psychiatry*. <https://doi.org/10.1080/15622975.2017.1386325>
- Efe, A., Kaba, D., Canlı, M., & Temeltürk, R. D. (2022). Impact of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Comorbidity on Phenomenology and Treatment Outcomes of Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 32(6), 337–348. <https://doi.org/10.1089/cap.2022.0007>
- Fan, J., Zhong, M., Gan, J., Liu, W., Niu, C., Liao, H., Zhang, H., Yi, J., Chan, R. C. K., Tan, C., & Zhu, X. (2017). Altered connectivity within and between the default mode, central executive, and salience networks in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 223, 106–114. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.041>
- Farrell, L. J., Lavell, C., Baras, E., Zimmer-Gembeck, M. J., & Waters, A. M. (2020). Clinical expression and treatment response among children with comorbid obsessive-compulsive disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Affective Disorders*, 266, 585–594. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.144>
- Fineberg, N. A., Chamberlain, S. R., Goudriaan, A. E., Stein, D. J., Vanderschuren, L. J., Gillan, C. M., Shekar, S., Gorwood, P. A., Voon, V., Morein-Zamir, S., Denys, D., Sahakian, B. J., Moeller, F. G., Robbins, T. W., & Potenza, M. N. (2014). New developments in human neurocognition: Clinical, genetic, and brain imaging correlates of impulsivity and compulsivity. *CNS Spectrums*, 19(1), 69–89. <https://doi.org/10.1017/S1092852913000801>

- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (2004). *Mastery of obsessive-compulsive disorder: A cognitive behavioral approach*. Oxford University Press.
- Frost, R. O., & Shows, D. L. (1993). The nature and measurement of compulsive indecisiveness. *Behaviour Research and Therapy*, 31(7), 683-692. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(93\)90121-A](https://doi.org/10.1016/0005-7967(93)90121-A)
- Gilbert, P. (2010). *The Compassionate Mind: A New Approach to Facing Anxiety, Depression and Shame*. London: Constable & Robinson.
- Goodman, S. J., Burton, C. L., Butcher, D. T., Siu, M. T., Lemire, M., Chater-Diehl, E., & Weksberg, R. (2020). OCD and ADHD: Distinct associations with DNA methylation and genetic variation. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 12(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s11689-020-09324-3>
- Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2023). Attentional problems occur across multiple psychiatric disorders and are not specific for ADHD. *CNS Spectrums*, 28(3), 357-360. <https://doi.org/10.1017/S1092852922000785>
- Grassi, G., Moradei, C., Cecchelli, C., & van Ameringen, M. (2023). Who really hoards? Hoarding symptoms in adults with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD), obsessive-compulsive disorder (OCD) and healthy controls. *Journal of Psychiatric Research*, 166, 74-79. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.09.006>
- Gürsel, D. A., Reinholz, L., Bremer, B., Schmitz-Koep, B., Franzmeier, N., Avram, M., & Koch, K. (2020). Frontoparietal and salience network alterations in obsessive-compulsive disorder: Insights from independent component and sliding time window analyses. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 45(3), 214-221. <https://doi.org/10.1503/jpn.190038>
- Harris, R. (2011). *Fare ACT: Una guida pratica per professionisti all'Acceptance and Commitment Therapy*. Milano: Franco Angeli.
- Harris, R. (2016). *La trappola della felicità: Come smettere di tormentarsi e iniziare a vivere*. Trento: Edizioni Erickson.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2020). *Process-Based CBT: The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapy*. New Harbinger Publications.
- Hirjak, D., Meyer-Lindenberg, A., Fritze, S., Sambataro, F., Kubera, K. M., & Wolf, R. C. (2019). Motor dysfunction as research domain across bipolar, obsessive-compulsive and neurodevelopmental disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 98, 231-240. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.09.009>
- Hofmann, S. G., Hayes, S. C., & Lorscheid, D. N. (2021). *Learning Process-Based Therapy: A Skills Training Manual for Targeting the Core Processes of Psychological Change in Clinical Practice*. Context Press.
- Hollander, E. (Ed.). (1993). *Obsessive-compulsive related disorders*. American Psychiatric Press.
- Hook, R. W., Grant, J. E., Ioannidis, K., Tiego, J., Yücel, M., Wilkinson, P., & Chamberlain, S. R. (2021). Trans-diagnostic measurement of impulsivity and compulsivity: A review of self-report tools. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 120, 455-469. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.10.007>
- Huisman-van Dijk, H. M., Schoot, R. v., Rijkeboer, M. M., Mathews, C. A., & Cath, D. C. (2016). The relationship between tics, OC, ADHD and autism symptoms: A cross-disorder symptom analysis in Gilles de la Tourette syndrome patients and family-members. *Psychiatry Research*, 237, 138-146. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.051>
- Isaacs, D., Key, A. P., Cascio, C. J., Conley, A. C., Riordan, H., Walker, H. C., Wallace, M. T., & Claassen, D. O. (2022). Cross-disorder comparison of sensory over-responsivity in chronic tic disorders and obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 113, 152291. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152291>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York: Delacorte Press.
- Kiraz, S., & Sertçelik, S. (2021). Adult attention deficit hyperactivity disorder and early maladaptive schemas. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(5), 1055-1064. <https://doi.org/10.1002/cpp.2569>
- Kooij, J. J. S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., Thome, J., Dom, G., Kasper, S., Nunes Filipe, C., Stes, S., Mohr, P., Leppämäki, S., Casas, M., Bobes, J., McCarthy, J. M., Richarte, V., Kjemps Philipsen, A., Pehlivanidis, A., Niemela, A., Styr, B., ... Garcia-Portilla, M. P. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry*, 56, 14-34. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001>
- Lanier, J., Noyes, E., & Biederman, J. (2021). Mind wandering (internal distractibility) in ADHD: A literature review. *Journal of Attention Disorders*, 25(6), 885-890. <https://doi.org/10.1177/1087054719865781>
- Laving, M., Foroni, F., Ferrari, M., Turner, C., & Yap, K. (2023). The association between OCD and shame: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 28-52. <https://doi.org/10.1111/bjc.12392>
- Lee, S. W., Kim, E., Jang, T. Y., Choi, H., Kim, S., Song, H., Hwang, M. J., Chang, Y., & Lee, S. J. (2022). Alterations of power spectral density in salience network during thought-action fusion induction paradigm in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 20(3), 415-426. <https://doi.org/10.9758/cpn.2022.20.3.415>
- Linehan, M. M. (2020). *Building a Life Worth Living: A Memoir*. Random House.
- Luigjes, J., Lorenzetti, V., de Haan, S., Youssef, G. J., Murawski, C., Sjoerds, Z., van den Brink, W., Denys, D., Fontenelle, L. F., & Yücel, M. (2019). Defining compulsive behavior. *Neuropsychological Review*, 29 (1), 4-13. <https://doi.org/10.1007/s11065-019-09404-9>
- Lundgren, T., Luoma, J. B., Dahl, J., Strosahl, K., & Melin, L. (2012). The Bull's-Eye Values Survey: A psychometric evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 518-526. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.01.004>
- Menon, V. (2011). Large-scale brain networks and psychopathology: A unifying triple network model. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(10), 483-506. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2011.08.003>

- Mersin Kilic, S., Dondu, A., Memis, C. O., Ozdemiroglu, F., & Sevincok, L. (2016). The clinical characteristics of ADHD and obsessive-compulsive disorder comorbidity. *Journal of Attention Disorders*, 1-7. <https://doi.org/10.1177/1087054716669226>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Miyahuchi, M., Matsuura, N., Mukai, K., Hashimoto, T., Ogino, S., Yamanishi, K., Yamada, H., Hayashida, K., & Matsunaga, H. (2023). Impacts of comorbid ADHD on clinical features and long-term treatment response in adult patients with OCD. *Comprehensive Psychiatry*, 125, 152401. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2023.152401>
- Mirabella, G. (2020). Inhibitory control and impulsive responses in neurodevelopmental disorders. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 63(5), 520-526. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14778>
- Munawar, K., Choudhry, F. R., Lee, S. H., Siau, C. S., Kadri, N. B. M., & Binti Sulong, R. M. (2021). Acceptance and commitment therapy for individuals having attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A scoping review. *Heliyon*, 7(8), e07842. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e07842>
- Norman, L. J., Carlisi, C., Lukito, S., Hart, H., Mataix-Cols, D., Radua, J., & Rubia, K. (2016). Structural and functional brain abnormalities in attention-deficit/hyperactivity disorder and obsessive-compulsive disorder: A comparative meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 73(8), 815-825. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0700>
- Norman, L. J., Carlisi, C. O., Christakou, A., Chantiluke, K., Murphy, C., Simmons, A., Giampietro, V., Brammer, M., Mataix-Cols, D., & Rubia, K. (2017). Neural dysfunction during temporal discounting in paediatric Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 269, 97-105. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.008>
- Norman, L. J., Carlisi, C. O., Christakou, A., Murphy, C. M., Chantiluke, K., Giampietro, V., Simmons, A., Brammer, M., Mataix-Cols, D., & Rubia, K. (2018). Frontostriatal dysfunction during decision making in attention-deficit/hyperactivity disorder and obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 3(8), 694-703. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2018.03.009>
- Pallanti, S., & Grassi, G. (2014). Pharmacologic treatment of obsessive-compulsive disorder comorbidity. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 15(17), 2543-2552. <https://doi.org/10.1517/14656566.2014.964208>
- Philipsen, A., Lam, A. P., Breit, S., et al. (2017). Early maladaptive schemas in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorder*, 9, 101-111. <https://doi.org/10.1007/s12402-016-0211-8>
- Polk, K. L., Schoendorff, B., Webster, M., & Olaz, F. O. (2017). *La matrice ACT: Guida all'utilizzo nella pratica clinica*. Milano: Franco Angeli.
- Rapport, M. D. (2001). Bridging theory and practice: Conceptual understanding of treatments for children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), obsessive-compulsive disorder (OCD), autism, and depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 30(1), 3-7. [https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3001\\_2](https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3001_2)
- Robbins, T. W., Gillan, C. M., Smith, D. G., de Wit, S., & Ersche, K. D. (2012). Neurocognitive endophenotypes of impulsivity and compulsivity: Towards dimensional psychiatry. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(1), 81-91. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2011.11.009>
- Sabé, M., Hyde, J., Cramer, C., Eberhard, A. L., Crippa, A., Brunoni, A. R., Aleman, A., Kaiser, S., Baldwin, D. S., Garner, M., Sentissi, O., Fiedorowicz, J. G., Brandt, V., Cortese, S., & Solmi, M. (2024). Transcranial magnetic stimulation and transcranial direct current stimulation across mental disorders: A systematic review and dose-response meta-analysis. *JAMA Network Open*, 7(5), e2412616. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.12616>
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 37(Suppl 1), S29-S52
- Solem, S., Håland, Å. T., Vogel, P. A., Hansen, B., & Wells, A. (2009). Change in metacognitions predicts outcome in obsessive-compulsive disorder patients undergoing treatment with exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 47(4), 301-307. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.003>
- Taurines, R., Schmitt, J., Renner, T., Conner, A. C., Warnke, A., & Romanos, M. (2010). Developmental comorbidity in attention-deficit/hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2(4), 267-289. <https://doi.org/10.1007/s12402-010-0040-0>
- Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., Smith, B. M., Fabricant, L. E., Jacoby, R. J., Morrison, K. L., Bluett, E. J., Reuman, L., Blakey, S. M., & Ledermann, T. (2018). Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 108, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.06.005>
- Weibel, S., Menard, O., Ionita, A., Boumendjel, M., Cabelguen, C., Kraemer, C., Micoulaud-Franchi, J. A., Bioulac, S., Perroud, N., Sauvaget, A., Carton, L., Gachet, M., & Lopez, R. (2020). Practical considerations for the evaluation and management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in adults. *Encephale*, 46(1), 30-40. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.06.005>
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford Press.
- Wilson, K. G., & DuFrene, T. (2009). *Mindfulness for two: An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. New Harbinger Publications.
- Yan, L., Zhang, L., Mei, R., Ai, M., Pang, R., Xia, D., Chen, L., & Zhong, L. (2022). The Role of SliTrk5 in Central Nervous System. *BioMed Research International*, 2022, Article 4678026. <https://doi.org/10.1155/2022/4678026>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Yücens, B., Kart, A., & Tümkaya, S. (2021). Obsessive beliefs and clinical features in patients with comorbid obsessive-compulsive disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 31(4), 408-416. <https://doi.org/10.5152/pcp.2021.21200>

# SITOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2007). Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. Arlington, VA: American Psychiatric Association. Disponibile online presso [https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/ocd.pdf](https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/ocd.pdf)
- National Institute for Health and Care Excellence. (2005, updated 2024). Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: Treatment (NICE Guideline No. 31). National Institute for Health and Care Excellence. Disponibile online presso <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018, updated 2019). Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management (NICE Guideline No. 87). National Institute for Health and Care Excellence. Disponibile online presso <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>

