

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Psicologia Generale e Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e
della Socializzazione**

Corso di Laurea in Scienze Psicologiche Cognitive e Psicobiologiche

Elaborato finale

**Confusione inferenziale: le conseguenze del bias cognitivo nel disturbo
ossessivo compulsivo.**

**Inferential Confusion: the implications of the cognitive bias on the obsessive
compulsive disorder.**

Relatore:

Prof. Caterina Novara

***Laureanda:* Rebecca Maran**

***Matricola:* 1237378**

Anno Accademico: 2022/2023

A tutte le persone con le quali condivido questa battaglia contro i mulini a vento:
il disturbo ossessivo compulsivo,
un mostro interiore.

Indice

1	Introduzione	3
2	Il disturbo ossessivo compulsivo	4
2.1	Le caratteristiche e i sottotipi del DOC	4
2.2	Ossessioni e compulsioni	6
2.3	Incidenza, esordio e decorso	8
2.4	Caratteristiche associate	9
3	Stili di ragionamento disfunzionali	11
3.1	Inferenza primaria	11
3.2	Confusione inferenziale (Inferential Confusion)	11
3.3	Inferenze secondarie e stili di ragionamento disfunzionali	12
4	Modello cognitivo comportamentale	14
4.1	Modello comportamentale	14
4.2	Modello cognitivo	15
4.3	Modello metacognitivo	15
5	La confusione inferenziale nel disturbo ossessivo compulsivo	16
5.1	Fattori implicati nella confusione inferenziale	18

5.2	<i>Inference-Based Approach (IBA)</i>	18
6	Conclusione	20
	Bibliografia	22

1 Introduzione

Il disturbo ossessivo compulsivo (DOC; in inglese OCD) è caratterizzato dalla presenza di ossessioni, che creano disagio nel soggetto, e compulsioni, che alleviano tale disagio. Nonostante le intenzioni della persona, il ripetersi di queste compulsioni porta al mantenimento e all'aggravamento del disturbo stesso, con conseguenze sia in ambito intrapsichico che interpersonale.

Il DOC è caratterizzato da una forte componente d'ansia, la quale può essere correlata alle distorsioni cognitive; una di quest'ultime è la confusione inferenziale.

Questa scorciatoia cognitiva si basa su aspettative, convinzioni ed esperienze precedenti, le quali portano il soggetto a giungere ad una certa conclusione su un evento.

La persona non prende in considerazione le informazioni disponibili, ma interpreta la situazione nonostante possano non essere presenti informazioni a supporto di questa tesi o addirittura ne esistano di contrarie.

Queste scorciatoie fanno leggere il mondo in modo estremo, senza sfumature, attraverso meccanismi automatici che causano, di conseguenza, connotati emotivi negativi, come l'ansia.

In questo elaborato si prenderà quindi in esame come questa *Inferential Confusion* porti alla creazione e al mantenimento di schemi di pensiero disadattivi, per comprendere l'impatto nel DOC.

2 Il disturbo ossessivo compulsivo

2.1 Le caratteristiche e i sottotipi del DOC

Il disturbo ossessivo compulsivo (DOC, o OCD, *Obsessive Compulsive Disorder*), come riporta il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-V, 2014), è caratterizzato dalla presenza di ossessioni o compulsioni o entrambe; questo causa la compromissione della vita sociale, relazionale e psicologica dell'individuo.

Chi soffre di questo disturbo percepisce questi pensieri e comportamenti ripetitivi come incontrollabili, sono degli impulsi ricorrenti; provocano malessere e occupano gran parte del tempo della persona.

La categoria del disturbo ossessivo compulsivo comprende dei disturbi correlati, quali: dismorfismo corporeo, da accumulo, tricotillomania, da escoriazione, disturbo ossessivo compulsivo e disturbi correlati dovuti ad altra condizione medica o con altra specificazione.

La maggior parte degli individui ha sia ossessioni che compulsioni, in percentuale minore (20%) è possibile che siano presenti solo ossessioni o solo compulsioni.

I sintomi sono variabili tra i pazienti, ma sono distinguibili delle tipologie principali, le quali possono essere presenti anche in concomitanza nell'individuo.

Tabella 1.1 Criteri diagnostici del disturbo ossessivo-compulsivo (tratto da APA, 2013).

- A. Presenza di ossessioni, compulsioni, o entrambi:
- Le ossessioni sono definite da 1) e 2):
1. Pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e persistenti, vissuti, in qualche momento nel corso del disturbo, come intrusivi e indesiderati e che nella maggior parte degli individui causano ansia o disagio marcati.
 2. Il soggetto tenta di ignorare o di sopprimere tali pensieri, impulsi o immagini, o di neutralizzarli con altri pensieri o azioni (cioè mettendo in atto una compulsione).
- Le compulsioni sono definite da 1) e 2):
1. Comportamenti ripetitivi (per es., lavarsi le mani, riordinare, controllare) o azioni mentali (per es., pregare, contare, ripetere parole mentalmente) che il soggetto si sente obbligato a mettere in atto in risposta a un'ossessione o secondo regole che devono essere applicate rigidamente.
 2. I comportamenti o le azioni mentali sono volti a prevenire o ridurre l'ansia o il disagio o a prevenire alcuni eventi o situazioni temuti; tuttavia, questi comportamenti o azioni mentali non sono collegati in modo realistico con ciò che sono designati a neutralizzare o a prevenire, oppure sono chiaramente eccessivi.
- Nota:* I bambini piccoli possono non essere in grado di articolare le ragioni di questi comportamenti o azioni mentali.
- B. Le ossessioni o compulsioni fanno consumare tempo (per es., più di 1 ora al giorno) o causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Fig.1: I criteri diagnostici del disturbo ossessivo-compulsivo (tratto dal DSM-5).

Questa la suddivisione in cluster riportata da Christine Lochner & Co (2008):

1. Cluster I "Contaminazione e lavaggio" – Fanno riferimento ad ossessioni e compulsioni relative ad improbabili o irrealistici contagi e contaminazioni; queste ultime possono essere anche di natura sociale o metafisica.
2. Cluster II "Accumulo/accaparramento" – Chi ne soffre accumula e conserva oggetti senza valore, perché il disfarsene provoca loro sentimenti negativi. Diventa patologico quando arriva ad occupare gran parte dello spazio della vita della persona stessa e dei suoi cari.

3. Cluster III “Simmetria, ordine, conteggio, disposizione, ripetizione” – Non vengono tollerati il disordine e l’asimmetria da chi ne soffre; le compulsioni riguardano il riordinare e sistemare oltre ai rituali ripetitivi, come le compulsioni mentali.
4. Cluster IV “Sessuale” – Comprende immagini, impulsi, pensieri proibiti o perversi.
5. Cluster V “Somatico, religioso e diversificato” – Perché comprende sintomi ossessivo-compulsivi variabili in aggiunta a quelli incentrati sul corpo e sulla religione.
6. Cluster VI “Correlato al danno” – Comprende le ossessioni e relative compulsioni legate all’aggressività e relative al danno; come la “paura di fare male a se stessi” e la “paura di fare del male agli altri”.

A causa della smisurata presenza di preoccupazioni, la persona affetta da DOC tende a ricercare rassicurazione dalle persone che lo circondano a proposito dei suoi timori. Questa continua ricerca di conforto diventa una vera e propria compulsione, un ‘comportamento tranquillizzante’ (Melli, 2018).

Oltre a ciò, le persone affette tendono ad evitare completamente di esporsi alle situazioni che creano loro malessere e che innestano i pensieri ossessivi, in modo tale da non compiere rituali: sono definiti come una vera e propria serie di ‘evitamenti’.

2.2 Ossessioni e compulsioni

Prendendo in considerazione le ossessioni, ciò che differenzia una persona sana da una persona affetta da disturbo ossessivo compulsivo, è il lato quantitativo; da un’analisi qualitativa, infatti, non esiste una differenza sostanziale fra i contenuti, ma si tratta di una differente frequenza di occorrenza e di percezione di essi (Mancini, 2016); i pazienti si differenziano dagli altri perché giudicano questi pensieri molto negativamente e come intrusivi, perciò non riescono ad accettarli.

Le ossessioni sono ‘pensieri ricorrenti e persistenti o immagini incontrollabili’ che compaiono nella mente dell’individuo in modo spropositato,

provocando sofferenza. Chi ne soffre si rende conto della loro sconsideratezza e smisuratezza, ciò nonostante, provocano emozioni avverse e malessere.

L'intrusività delle ossessioni è data da tre principali aspetti: in primo luogo, si presentano nella mente del paziente senza un nesso contestuale o comunque non correlato allo stato mentale della persona. Sono inoltre, solitamente, in contrapposizione con i principi dell'individuo. In terzo luogo, divergono dalla visione che la persona ha della realtà (Mancini, 2016)

Le ossessioni possono essere distinte in due categorie: ossessioni endogene e ossessioni reattive (Lee, Kwon, 2003). Le prime fanno riferimento a ciò che l'individuo percepisce come inaccettabile e proibito; pensieri perversi, sessuali o aggressivi. Sono in grande contrapposizione con la percezione che l'individuo ha di sé e dei suoi valori. Sono per questo un problema di per sé, oltre che per il fatto di essere pensati. Il paziente tenta disperatamente di rimuoverli dalla propria mente mettendo in atto delle compulsioni mentali, come preghiere, o sostituendo il pensiero inaccettabile con uno 'giusto'.

Le ossessioni reattive, invece, sono quelle che il paziente teme, riferite alla possibilità che si verifichino eventi minacciosi. Sono 'pensieri, timori o dubbi' riguardo al contaminarsi, ad asimmetrie, incidenti o errori. Sono viste come relativamente realistiche, per il fatto che vengano sollecitate da eventi esterni identificabili. Hanno inoltre una componente minacciosa: il paziente è preoccupato delle possibili conseguenze negative che potrebbero verificarsi. Il paziente mette in atto compulsioni per correggere quegli eventi contenuti nelle ossessioni; i quali sono anche ciò che fa attivare la compulsione stessa.

Le compulsioni possono essere distinte in *overt* e *covert*: quest'ultime perché azioni mentali, *overt* perché comportamenti osservabili. Hanno come scopo la riduzione dello stress e il far fronte al contenuto delle ossessioni. Le prerogative sono la ripetitività, la ritualità, la motivazione e l'intenzionalità. Quest'ultime due evidenziano la differenza rispetto ai comportamenti ripetitivi, causati invece da danni neurologici.

La differenza rispetto ai disturbi del controllo degli impulsi sta, invece, nel fatto che, in questi, la compulsione porta a gratificazione; nel DOC la compulsione è, viceversa, un tentativo di riduzione del *distress* e di attenuare la negatività delle ossessioni (Détto, 2002).

Altra caratteristica delineabile nei pazienti con disturbo ossessivo compulsivo è il “fallimento della volontà”. Il soggetto non sente di agire liberamente perché, nonostante l’intenzionalità di mettere in atto modalità alternative migliori, compie delle azioni ripetute in modo sistematico (Melli, 2018).

Altri comportamenti comuni che i pazienti affetti da disturbo ossessivo compulsivo mettono in atto sono: ‘evitamenti, richieste di rassicurazione, tentativi di sopprimere i pensieri ossessivi, confessioni, ruminazioni’.

Le ruminazioni possono essere esplicite, sotto forma di ragionamento, o svolgersi nella mente del soggetto. La ruminazione sotto forma di immaginazione si distingue in: retrospettiva e anticipatoria. La ruminazione retrospettiva fa riferimento al ripensare agli eventi e azioni passate; mentre quella anticipatoria consiste nell’immaginare i comportamenti nelle situazioni future (Melli, 2018).

2.3 Incidenza, esordio e decorso

Il disturbo si manifesta generalmente durante l’adolescenza (esordio intorno ai 20 anni) e interessa una percentuale dall’1 al 3% della popolazione.

Non colpisce in modo distinto in base al ceto sociale d’appartenenza.

Ci sono due modalità in base alla quale può presentarsi il disturbo: comparando in modo *acuto*, improvviso e con sintomatologia evidente; oppure *graduale*, subdolo, il quale è più frequente. In questo ultimo caso, è difficile che i pazienti ricordino quando si sono presentati i primi sintomi, ma solo un progressivo peggioramento (DSM-V, 2014).

Si possono tracciare le seguenti tipologie di decorso, nel caso il disturbo non venga curato:

- *Decorso episodico*: solo in alcuni periodi di tempo si presentano i sintomi; può esserci anche un solo episodio in tutta la vita.
- *Decorso cronico fluttuante*: i sintomi sono sempre presenti, si presentano però con miglioramenti e peggioramenti, tendenzialmente connessi al livello di stress.

- *Decorso cronico stabile*: dopo un inizio graduale, i sintomi si stabilizzano nel tempo.
- *Decorso cronico ingravescente*: i sintomi si presentano gradualmente, c'è alternanza fra periodi di peggioramento e stabilità, che sono però seguiti da ulteriori peggioramenti. Quest'ultimo è il più comune ed il più grave.

2.4 Caratteristiche associate

Alcuni individui affetti da disturbo ossessivo compulsivo presentano delle credenze disfunzionali; tuttavia, esse non sono specifiche del DOC (DSM-V, 2014):

1. Aumentato senso della responsabilità e ipercoscienziosità, definita come un fenomeno di tratto molto pervasivo e non riferito unicamente a convinzioni religiose. Si riferisce al senso morale e ha come conseguenza una notevole minuziosità (OCCWG 97, 2005).
2. Tendenza a sovrastimare le minacce
3. Perfezionismo
4. Intolleranza all'incertezza; è strettamente correlata al dubbio, si tende a ricercare modalità con le quali eliminare o neutralizzare quest'ultimo. Questo processo avviene attraverso pensieri, o mettendo in atto rituali, che rassicurano il soggetto prevenendo o eliminando il danno che teme si possa verificare. Il dubbio è una delle caratteristiche più evidenti; i pazienti sembrano 'non sapere di sapere', descrivibile come "difetto della conoscenza", come se avessero perso quella capacità e la fiducia in essa. (J. L. Rapoport, 1989).
5. Importanza eccessiva ai pensieri e necessità di poterli controllare.

Ogni individuo affetto da disturbo ossessivo-compulsivo possiede un grado di *insight* differente, stabilito dalla correttezza riguardante le convinzioni alla base dei loro sintomi ossessivo-compulsivi (DSM-V, 2014).

- *Insight buono o sufficiente*

- *Insight scarso*
- *Insight assente/convinzioni deliranti*

3 Stili di ragionamento disfunzionali

3.1 Inferenza primaria

Si ipotizza che gli individui con disturbo ossessivo compulsivo non utilizzino solamente le informazioni derivanti dai sensi ma facciano un'inferenza su un possibile stato di cose sulla base di una narrazione interna (O'Connor et al., 2005). Questa narrazione interna è prodotta dall'immaginazione, lontana dal "qui ed ora", e con un contenuto emotivamente significativo, che rende credibile la narrazione. Da questo pensiero prende forma il dubbio ossessivo (l'ossessione): la deduzione primaria (O'Connor e Robillard, 1999). Oltre ai dubbi ossessivi (inferenze primarie), queste narrazioni basate su ragionamento induttivo e inerenti a tematiche personali vulnerabili, possono portare un individuo a confondere una possibilità con la realtà (confusione inferenziale) con conseguenze previste (inferenze secondarie), ansia e compulsioni.

3.2 Confusione inferenziale (Inferential Confusion)

Nonostante solitamente ci si focalizzi nei meccanismi cognitivi o metacognitivi, negli ultimi anni ci si è concentrati a svolgere ricerche anche riguardanti la presenza di deficit nell'elaborazione delle informazioni e nelle principali funzioni esecutive nei disturbi mentali.

Uno fra questi deficit è la confusione inferenziale, la quale può essere definita come la difficoltà nel saper distinguere ciò che è reale e percepito dai nostri sensi, da ciò che la mente produce; questo deficit specifico nell'elaborazione delle informazioni, si basa sul fatto che la persona dà poca importanza alle percezioni derivanti dall'esterno, facendo invece affidamento ai propri pensieri e alle proprie immagini mentali autocate.

A causa di questa diffidenza sui dati obiettivi a disposizione, il soggetto può arrivare a considerare queste narrazioni soggettive come effettivamente plausibili; quando ciò avviene, il quadro diventa patologico, ed il paziente non è più in grado di percepire e comprendere correttamente la realtà.

La confusione inferenziale può essere definita, quindi, anche come una distorsione cognitiva che provoca ansia, grazie alla quale si traggono conclusioni nonostante non siano presenti pensieri a favore di questa ipotesi (Aardema & O'Connor, 2006).

Questo deficit può presentarsi in più disturbi ma è riscontrabile in modo specifico nel Disturbo Ossessivo Compulsivo, come esaminato da Aardema e O'Connor (2006); questi spiegano perché il paziente non si fida di ciò che egli stesso percepisce, dubitando e facendo invece affidamento ai propri pensieri e alla propria immaginazione.

O'Connor (2003) distingue due fattori:

1. Spesso i pazienti affetti da disturbo ossessivo compulsivo diffidano delle proprie sensazioni e confondono, quindi, la realtà da ciò che è possibile. Non sono in grado, perciò, di riconoscere ciò che è reale da ciò che immaginano.

2. Per loro è inoltre più credibile qualcosa di fittizio rispetto a ciò che percepiscono i sensi.

La conclusione a cui si giunge attraverso quest'inferenza può anche rivelarsi corretta, ma non per questo derivante da dati a disposizione del soggetto. È molto comune come scorciatoia cognitiva, in quanto fa risparmiare tempo ed energie nell'elaborazione.

La confusione inferenziale è valutabile attraverso l'*Inferential Confusion Questionnaire* (ICQ). Questo è stato sviluppato da Aardema e collaboratori (2005), i quali hanno studiato il costrutto svolgendo studi su persone affette da disturbo ossessivo compulsivo.

Dal risultato dei punteggi si evince una forte correlazione tra sintomi del disturbo ossessivo compulsivo e il costrutto della confusione inferenziale: la confusione inferenziale fa, perciò, parte delle caratteristiche del disturbo ossessivo compulsivo.

3.3 Inferenze secondarie e stili di ragionamento disfunzionali

Le inferenze secondarie sono quelle che potrebbero verificarsi nel caso l'evento temuto dal paziente si avverasse, nonostante sia una possibilità improbabile e non corrispondente alla realtà.

Queste conseguenze vengono prese in considerazione dall'individuo che soffre di disturbo ossessivo compulsivo, il quale cerca di anticiparle.

A causa dell'ansia provocata dall'anticipazione di queste conseguenze, il soggetto attua comportamenti mirati alla diminuzione dello stato di disagio.

Questo fenomeno (errore di ragionamento) avviene solamente nel ragionamento che interessa le ossessioni del paziente che soffre di disturbo ossessivo compulsivo. (O'Connor, 2003)

4 Modello cognitivo comportamentale

4.1 Modello comportamentale

Il modello comportamentale si basa sulle condotte stereotipate, “risposte fissate”; ossia quando possono essere indotte.

Metzner (1963) individua delle procedure che producono risposte condizionate compulsive; sono definite tali perché, al posto di estinguersi, si fissano.

Il rituale ossessivo viene quindi visto come un comportamento di “elusione”, cioè che diminuisce l’ansia e il disagio che l’individuo sta provando, i quali sono verificabili tramite indici psicofisiologici e dai resoconti verbali della persona stessa (Hodgson e Rachman, 1972; Roper e Rachman, 1976). Questo disagio provato dal paziente, causato dagli impulsi ossessivi, ha solitamente un decadimento dopo un’ora:

Questo a conferma dell’ipotesi comportamentale di Rachman (1976) riguardante rituali e neutralizzazioni: “qualunque atto compiuto dal soggetto dopo l’impulso attivante può essere considerato responsabile del graduale e reale sollievo della tensione e del disagio, che invece è frutto di un processo spontaneo autonomo”. Questo rafforza però il comportamento messo in atto dopo l’impulso attivante aumentandone la probabilità che venga attuato. Questo processo è valido sia per le neutralizzazioni effettuate tramite pensiero, *covert*, sia per quelle manifeste, *overt*.

Beech e Perigault (1974) dimostrano che idee e ruminazioni ossessive sono spiegabili dal fatto che non si sia verificata abituaione; questo a causa di un arousal elevato, che rallenta il processo di abituaione, e da una carenza dei processi di assuefazione evidenziata nei pazienti con disturbo ossessivo compulsivo tramite il riflesso psicogalvanico.

La teoria comportamentale più importante è quella di Rachman (1978); quest’ultimo riconosce dei fattori predisponenti per i quali dei pensieri di tipo ossessivo comuni ad individui anche non clinici, possano divenire invece intrusivi, frequenti e causanti malessere. Tali fattori predisponenti sono: la vulnerabilità alla nevrosi e livelli di autocritica elevati causati da standard rigidi e severi in famiglia.

Quando il pensiero viene giudicato inaccettabile dall’individuo si verifica un’alterazione fisiologica che porta ad una sensazione di incontrollabilità che aumenta quindi la sensibilità verso i pensieri intrusivi creando un circolo che si automantiene.

Per quanto riguarda le compulsioni, invece, si mantengono per rinforzo negativo. Esse si mettono in atto per eludere il disagio che l’individuo sta provando, cercando una sensazione di controllo e provocando una momentanea sensazione di sollievo.

4.2 Modello cognitivo

I concetti fondamentali della terapia cognitiva fanno riferimento principalmente alle teorizzazioni della “Teoria cognitiva” di Beck (1976; 1979).

La terapia si basa su tre livelli di pensiero del paziente:

- I. I pensieri automatici: riferiti allo svolgersi di un comportamento interno in cui l’individuo si impegna in una specifica situazione.
- II. Le credenze o convinzioni (*beliefs*): le quali possono essere definite come “regole tacite” che fanno scaturire i pensieri automatici.
- III. Gli schemi cognitivi sottostanti: sono il livello più profondo. Sono riconosciuti come un modello, “schema”, che regola l’elaborazione delle informazioni, e come credenze latenti del nucleo centrale dell’individuo. Questo perché sono assoluti e non condizionali, ed originano convinzioni di livello superiore, alle quali è difficile avere accesso. Lo schema di per sé non ha connotazione positiva o negativa ma va valutato in base alla capacità di adattamento alle esperienze di vita.

Tutte le persone, sia pazienti ossessivi che non affetti, utilizzano bias cognitivi per interpretare gli eventi; questi bias sono definiti distorsioni cognitive o euristiche cognitive. A partire da uno stimolo si ha l’attivazione di uno schema disfunzionale, attraverso il quale si interpreta la situazione con queste distorsioni e si producono i pensieri automatici.

Lo scopo della terapia cognitiva è di individuare questa sequenza di processi di pensiero e gli schemi sottostanti utilizzati per poter modificare i pensieri negativi e i disturbi delle persone affette.

4.3 Modello metacognitivo

Il termine “Metacognizione” fa riferimento al “pensare sul pensare”, è quindi l’autoconsapevolezza dei propri processi cognitivi. Wells (1994) sostiene che una metacognizione disfunzionale può influire sul distress associato ai pensieri intrusivi. Per esempio, i pazienti possono ritenere che i pensieri siano completamente incontrollabili nonostante non sia effettivamente così.

I soggetti affetti da disturbo ossessivo compulsivo per far fronte alle ossessioni utilizzano punizione e preoccupazione; c’è, quindi, la necessità di sviluppare un atteggiamento più permissivo e adattivo rispetto ai pensieri intrusivi.

5 La confusione inferenziale nel disturbo ossessivo compulsivo

La confusione inferenziale comporta il confondere una possibilità che è solo immaginaria con la realtà. Il soggetto agisce, quindi, come se questa possibilità fosse effettivamente realizzabile attuando comportamenti inerenti, senza ottenere successo.

La persona percepisce una condizione di ambiguità, la sua immaginazione può superare la percezione.

La confusione inferenziale si definisce patologica quando il soggetto passa dalla realtà all'immaginazione, comportandosi come se le possibilità che ha immaginato fossero reali (Aardema & O'Connor, 2006).

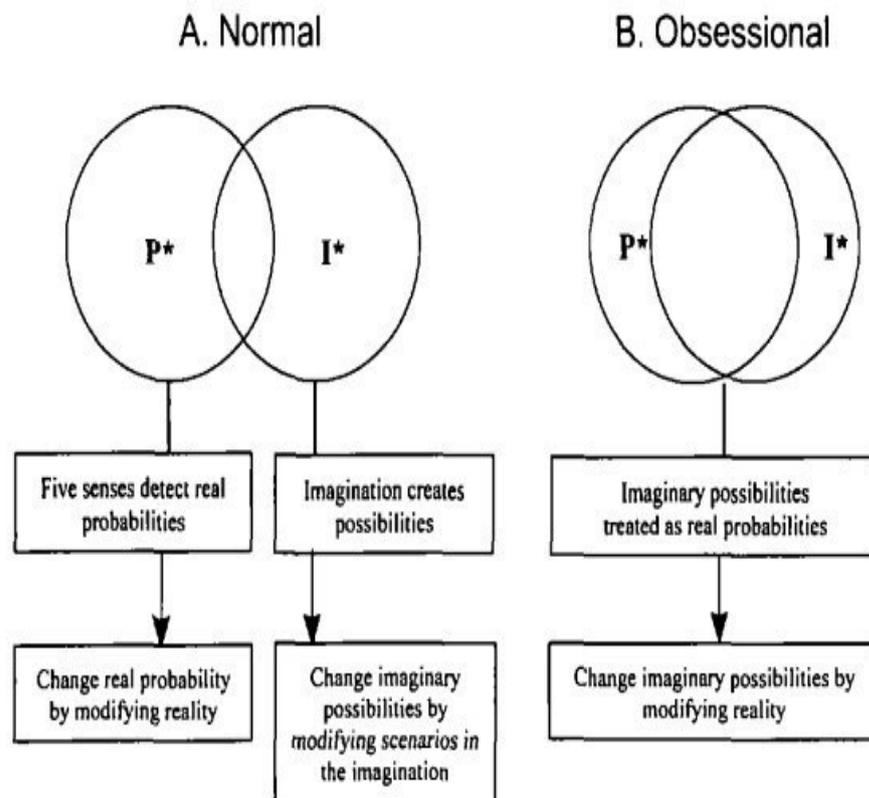


Figura 2: Nella raffigurazione di sinistra si evidenzia una normale relazione tra percezione (P) e immaginazione (I); mentre, nell'immagine a destra, la sovrapposizione tra le due.

L'immagine a destra rappresenta, infatti, il processo di 'fusione', caratteristico della confusione inferenziale, in una persona affetta da disturbo ossessivo compulsivo.

In questo caso, il paziente affetto da DOC modifica la realtà maggiormente rispetto all'immaginazione, in quanto crede di dover agire 'come se' fosse così (Aardema & O'Connor, 2006).

Il processo della confusione inferenziale (*Inferential Confusion Process*) ha inizio desumendo un possibile stato di cose, il quale non è attuale, ma la persona si comporta come se stesse per accadere.

C'è un punto nel quale si stabilisce questo passaggio da mondo reale ad immaginario. Secondo il modello sulla confusione inferenziale (Aardema et al., 2003, 2007; O'Connor & Robillard, 1995, 1999), questo punto critico, nella persona che soffre di disturbo ossessivo compulsivo, è identificabile; i pazienti lo descrivono come uno 'stato di transizione' dalla realtà alla non realtà.

Da qui ha inizio il processo ossessivo, poiché, l'ansia ossessiva scaturisce da questa confusione metacognitiva: il credere che un pensiero abbia valore reale.

Il soggetto mette in atto compulsioni, rituali o strategie di *coping* grazie ai quali crede di poter cambiare il corso degli eventi immaginato.

L'immaginazione di questi eventi è pressoché illimitata, a differenza degli scenari nella realtà che sono limitati; una persona, perciò, che agisce in base al suo immaginario scambiandolo per realtà, si ritrova in un turbine di dubbi: avendo l'immaginazione preso il posto della realtà, il paziente non avrà riscontri veritieri.

I pazienti con disturbo ossessivo compulsivo attuano comportamenti 'come se' avessero prodotto effetti non voluti, quando, nella maggior parte dei casi, stanno solo immaginando queste possibilità; le ossessioni sono quindi egodistoniche.

A causa di questa confusione meta-cognitiva, la persona affetta da DOC è costretta ad agire seguendo questi pensieri immaginati come se fossero realtà.

I rituali e le compulsioni messe in atto sono quindi spiegati dalla confusione inferenziale, in quanto, la persona affetta da disturbo ossessivo compulsivo cerca disperatamente di cambiare la realtà attraverso ciò che ha immaginato.

Questi rituali nella realtà non producono alcun risultato, e ciò porta solo ad incrementare le possibilità immaginate e i dubbi ad esse correlati.

Il paziente pensa ad una possibilità, si comporta come se questa possibilità fosse plausibile e inizia a vivere in una storia immaginaria che reputa reale.

5.1 Fattori implicati nella confusione inferenziale

Nel disturbo ossessivo compulsivo la confusione inferenziale potrebbe essere il prodotto di una perdita del controllo rispetto ai contenuti dell'immaginazione.

Un altro fattore da prendere in considerazione è l'eccessivo affidamento al ragionamento induttivo. I pazienti con disturbo ossessivo compulsivo, infatti, sono più propensi a modificare l'intensità delle loro convinzioni stando alle possibilità autogenerate nel loro immaginario (Pelisier & O'Connor, 2002).

La credenza del soggetto del "potrei veramente fare o pensare X" o "potrebbe succedere X" nasce da una narrazione induttiva; quest'ultima ha origine da un'inferenza iniziale.

Con la narrazione solitamente si confondono associazioni, eventi irrilevanti, categorie distinte di ricordi o addirittura se ne creano di immaginari. Questo comporta una presa in considerazione di una realtà ipotetica a discapito di prove effettive, si rifiuta la realtà e l'evidenza sensoriale (O'Connor & Robillard, 1995, 1999).

5.2 *Inference-Based Approach (IBA)*

L'approccio basato sull'inferenza (IBA) nel trattamento del disturbo ossessivo compulsivo si basa sulla considerazione che nella maggior parte dei

casi è un dubbio iniziale a dare inizio al processo ossessivo (es. forse il forno non era spento). Questo dubbio, inoltre, è creato da un ragionamento che si rivela non valido.

Il processo cognitivo che dà inizio a tutto è la confusione inferenziale: a partire da questo ragionamento si insedia un dubbio inferenziale che causa una catena di ossessioni; questo a prescindere dalla tipologia di disturbo ossessivo compulsivo (O'Connor, Aardema & Pelissier, 2005).

Le componenti che formano la confusione inferenziale sono:

- Il preferire possibilità immaginarie e remote rispetto alle reali
- La sfiducia nel buonsenso e nei propri sensi

Una persona affetta da disturbo ossessivo compulsivo, a causa di queste due componenti della confusione inferenziale, nonostante non ci siano valide basi a sostegno, ritiene valido il dubbio.

La terapia basata sull'inferenza (*Inference-based therapy, IBT*) ha come scopo quello di modificare il ragionamento che ha prodotto l'inferenza primaria, ossia il dubbio, in modo tale da invalidarlo. In questo modo, la persona torna a percepire i propri sensi; il soggetto smette di non credere e di diffidare di questi e abbandona i ragionamenti non validi che si erano creati (O'Connor, Aardema, 2009).

6 Conclusione

Diversi sono gli studi che hanno dimostrato la relazione tra confusione inferenziale e i sintomi del disturbo ossessivo compulsivo (Aardema, O'Connor, Emmelkamp Marchand, & Todorov, 2004).

Essendo il DOC concettualizzato come disturbo delle credenze, secondo l'approccio basato sull'inferenza, si enfatizzano gli elementi non fobici per quanto riguarda lo sviluppo e il mantenimento del disturbo (O'Connor & Robillard, 1995).

L'origine delle ossessioni viene quindi localizzata come inferenza primaria, non come intrusione, ed è il risultato di un ragionamento precedente; un esempio può essere "il fornello potrebbe essere rimasto acceso".

Il modello IBA, quindi, esclude la presenza delle intrusioni come fenomeno scatenante. Riconosce, al contrario, un'inferenza correlata ad uno stato di cose, la quale è stata prodotta dalla percezione iniziale di un oggetto o un evento.

Da questa inferenza iniziale si forma una premessa condizionata: "se X, allora..." con una serie di deduzioni secondarie riguardanti le conseguenze, il modo di valutarle ed interpretarle.

La confusione inferenziale ha inizio con l'inferenza primaria: l'immaginazione crea una possibilità che viene poi concepita come una reale probabilità (O'Connor & Robillard, 1999).

Il dubbio iniziale, mantenuto da un ragionamento inusuale, si sviluppa in un turbine di conseguenze secondarie avverse (inferenza secondaria).

Quest'ultime condizionano le valutazioni dei pensieri ossessivi ("è terribile fare questi pensieri") e portano ad ulteriori valutazioni di *coping* ("sono fuori controllo") (Aardema et al., 2003).

La confusione inferenziale pone il suo focus sul come si interpretano le ossessioni, e non sul contenuto delle ossessioni immaginative; è quindi un predittore dei sintomi del disturbo ossessivo compulsivo.

Questa teoria della confusione inferenziale (Aardema et al., 2003, 2007; O'Connor & Robillard, 1995, 1999) si basa quindi sulla disfunzione cognitiva.

Secondo quest'ultima, la persona affetta da disturbo ossessivo compulsivo continua a sospettare che il fornello sia rimasto acceso, nonostante veda e tocchi con mano che è spento; si affida più a delle possibilità immaginate che alle informazioni provenienti dalla realtà, dai sensi.

Essendo basata su disfunzioni cognitive e metacognitive, è una teoria funzionalista: non tiene in considerazione le credenze del paziente ed ha ricevuto conferma sperimentale.

Questa teoria si differenzia dalle *Appraisal Theories*: quest'ultime sono basate sugli scopi e sulle credenze del paziente; sostengono che le reazioni e le emozioni di ognuno sono differenti in base alla valutazione che l'individuo fa rispetto all'evento.

Bibliografia

- Aardema, F., & O'Connor, K. (2003) White bears that are not there: inference processes in obsession. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17, 23 - 37.
- Aardema, F., O'Connor, K., Emmelkamp, P. M. G. (2006). Inferential confusion and obsessive beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35(3),138-47.
- American Psychiatric Association* (2014). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione. DSM-5. Tr.it.Raffaello Cortina, Milano, 2015.
- Bebbington, P. (1998). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173(suppl 35), 2-6.
- Costants, J. I. Foa, E. B., Franklin, M. E., & Mathews, A. (1995) Memory for actual and imagined events in OC checkers. *Behavtour Research and Therapy*, 33, 665-671.
- Dell'Osso, L., Cassano, G. B., Sarno, N., Millanfranchi, A., Pfanner, C., Gemignani, A., ... & Frank, E. (2000). Validity and reliability of the Structured Clinical Interview for Obsessive-Compulsive Spectrum (SCI-OBS) and of the Structured Clinical Interview for Social Phobia Spectrum (SCI-SHY). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 9(1), 11-24.
- Dèttore, D. (2002). Il disturbo ossessivo-compulsivo. *Caratteristiche cliniche e tecniche di intervento*. Milano: McGraw Hill
- Emmelkamp, P. M. G., & Aardema, F. (1999) Metacognition, specific obsessive-compulsive beliefs and obsessive-compulsive behaviour. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 139- 145.

Guidano, V. F., & Liotti, G. (1983) *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford.

Kaplan, A., & Hollander, E. (2003). A review of pharmacologic treatments for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Services*, 54(8), 1111-1118.

Leckman, J. F., Grice, D. E., Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., Bondi, C., ... & Pauls, D. L. (1997). Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 911-917.

Lochner, C. et al. (2008) *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* (Vol 45 No. 3, 164–176)

Mancini F., *La mente ossessiva Curare il disturbo ossessivo compulsivo*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2016.

Mancini, F., & Perdighe, C. (2005). Il disturbo ossessivo-compulsivo. *Manuale di Psicoterapia Cognitiva (Seconda Edizione)*. Bollati Boringhieri Editore, Torino.

Melli G., *Vincere le ossessioni Capire e affrontare il disturbo ossessivo compulsivo*, Edizioni Centro Studi Erikson S.p.A., Trento, 2018.

O'Connor, K., & Robillard, S. (1995) Inference processes in obsessive-compulsive disorder: some clinical observations. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 887-896.

O'Connor, K., & Robillard, S. (1999) A cognitive approach to the treatment of primary inferences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13, 359-375.

Ontario Obsessive-Compulsive Disorder Network: www.ooc-dn.org

Pellisier, M-C. & O'Connor, K. P. (2002) Deductive and inductive inference in obsessive compulsive disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 15-27.

Rachman, S., & Shafran, R. (1999) Cognitive distortions: thought action fusion. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 80-65.

Radomsky, A. S., De Silva, P., Todd, G., Treasure, J., & Murphy, T. (2002) Thought-shape fusion in anorexia nervosa: an experimental investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1169-1177.

Shafran, R., Teachman, B. A., Kerry, S., & Rachman, S. (1999) A cognitive distortion associated with eating disorders: thought-shape fusion. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 167-179.

Sito italiano sul Disturbo Ossessivo-Compulsivo, a cura dell'Associazione

Italiana Disturbo Ossessivo-Compulsivo: www.aidoc.it

Thodarson, D. S., & Shafran, R. (2002) Importance of thoughts. In R. O. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: theory, assessment, and treatment*. Boston, MA: Pergamon. Pp. 15-28.

Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H. G., Lee, C. K., et al. (1994). The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 5-10.

Wells, A. (1997) *Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley.

Wells, A. (2000) *Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley.