



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

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

Corso di laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche

Elaborato Finale

Il ruolo del dubbio nel disturbo ossessivo compulsivo

The role of doubt in obsessive compulsive disorder

Relatrice:

Prof.ssa Caterina Novara

Laureando: Lino Barillari

Matricola: 2014052

Anno Accademico 2022-2023

Indice

Introduzione	1
Capitolo 1: Il Disturbo Ossessivo Compulsivo	
1.1 <i>Definizione</i>	2
1.2 <i>Sottotipi</i>	4
1.3 <i>Epidemiologia</i>	6
1.4 <i>Eziopatogenesi</i>	6
1.5 <i>Teorie Cognitive</i>	7
1.6 <i>Teorie Familiari</i>	8
Capitolo 2: Il dubbio	
2.1 <i>Aspetti Mnestici e l'importanza della ricerca nel DOC, Rachman e Radomsky, 2004</i>	11
2.2 <i>Il processo decisionale in condizioni di incertezza nel disturbo ossessivo compulsivo. Pushkarskaya et al., 2015</i>	13
2.3 <i>Come posso sapere cosa sto provando? Tendenze ossessivo compulsive e il dubbio indotto sono correlati al ridotto accesso agli stati emotivi. Dar et al., 2016</i>	16
2.4 <i>Uno studio sul dubbio nel disturbo ossessivo compulsivo. Chiang e Purdon, 2023</i>	20
Capitolo 3: discussione	25
Bibliografia	27

Introduzione

Chi di noi non si è fatto attanagliare dal dubbio?

Il dubbio è presente ovunque sia nella letteratura che nel mito. Orfeo ha il dono di ricondurre i morti dall'Ade ma la versione più nota, quando cerca di riprendersi la sua Euridice, è segnata dallo scacco. Euridice potrà essere liberata ma egli non dovrà mai voltarsi a guardarla finché non saranno usciti dal regno della morte. Ma Orfeo cede al proprio desiderio, alla propria paura, al dubbio.

Vuole essere sicuro che ella lo segua, che sia proprio lei. Orfeo vinto nell'animo, si volse a guardare Euridice. “Allora tutta quella fatica andò distrutta ed ella si dissolse come fumo leggero nell'aria” (Virgilio, Georgiche 4, 485-500).

Orfeo è vinto da sé stesso, non si domina e non si controlla: la *dementia* lo offusca e lo fa vacillare. Occorre una volontà pura, lucida ed esente da ogni turbamento della passione. Nessun dubbio, nessuna esitazione deve intorpidire il bersaglio. Solo così nella compiuta padronanza del sé l'atto non diventa fumo inconsistente. Il pericolo viene dallo smarrimento, perché per poter dominare le forze della natura, occorre prima aver dominato se stessi.

Il dubbio fa parte della debolezza umana, è così permeato nel sé che per conoscerlo meglio, per intervenire con successo nel trattamento del disturbo ossessivo compulsivo, Chang e Purdon sottolineano la centralità e la natura pervasiva del dubbio. I risultati dello studio hanno provato che nel gruppo subclinico il dubbio era presente in oltre il 70% dei casi. E' vissuto come una convinzione interna, parte del sé, un sé negativo che fa vacillare.

Gli autori auspicano che un importante trattamento per le persone con il disturbo ossessivo compulsivo sia poterle aiutare a tollerare il dubbio, a tollerare una parte di sé.

Capitolo 1.

1.1 Definizione del Disturbo Ossessivo Compulsivo

Il disturbo ossessivo compulsivo (DOC) rappresenta un complesso disturbo psichiatrico; la sua complessità è dovuta alla natura composita e differenziata, ed alla sua eziologia multifattoriale; tanto da essere attualmente ancora molto dibattuto ed argomentato.

La caratteristica principale del disturbo ossessivo compulsivo è che questa patologia è costituita dalla presenza di ossessioni e di compulsioni: le ossessioni sono pensieri, impulsi o immagini mentali che vengono percepite come sgradevoli o intrusive dalla persona, che si sente così costretta a mettere in atto delle compulsioni, ovvero comportamenti ripetitivi o azioni mentali che permettono di alleviare momentaneamente il disagio provocato dalle ossessioni.

Nel DSM-IV (APA, 1994), il disturbo ossessivo compulsivo era incluso nella categoria dei Disturbi D'Ansia, ma nel DSM-V (APA, 2013) questa inclusione viene meno, guadagnandosi così un'entità nosografica autonoma, insieme ad altri disturbi da esso correlati (Obsessive-Compulsive and Related Disorders). Il dubbio è molto diffuso nel DOC e si manifesta come una forma di ossessione, incertezza sul fatto che un compito fosse fatto correttamente e/o mancanza di fiducia nella memoria e nelle percezioni (Purdon e Chiang, 2022) tanto da definire il DOC come la “malattia del dubbio”.

Il disturbo ossessivo compulsivo, è generalmente caratterizzato dalla presenza sia di ossessioni che di compulsioni, anche se però in alcuni casi, possono essere presenti solamente le ossessioni (Bogetto & Maina, 2006). Le ossessioni come accennato in precedenza, sono pensieri, impulsi o immagini mentali che la persona percepisce come intrusive e sgradevoli; il contenuto delle ossessioni dipende dal soggetto, infatti può variare da persona a persona.

Alcuni temi ricorrenti possono riguardare impulsi aggressivi verso le altre persone, il timore di essere contaminati o altri pensieri di natura sessuale o soprannaturale; tra le ossessioni però, c'è un elemento in comune: sono intrusive, non sono volute, e producono emozioni di paura, di disgusto o senso di colpa. Queste emozioni creano un disagio talmente marcato ed intenso che gli individui sono costretti a mettere in atto una serie di comportamenti, che poi risulteranno rituali, o una serie di azioni mentali, per neutralizzare le ossessioni, oppure per tentare di eliminarle dalla mente: questi comportamenti vengono definiti compulsioni.

Le compulsioni sono comportamenti ripetitivi, come il lavarsi le mani ripetendo più volte la stessa azione, o azioni mentali, come contare, o ripetere formule superstiziose, che permettono di alleviare momentaneamente il disagio della persona provocato dalle ossessioni; infatti, attraverso le compulsioni, la persona riesce a ridurre la sgradevole sensazione che qualcosa non vada o che potrebbe succedere qualcosa di brutto.

Tuttavia, le compulsioni non eliminano le ossessioni, che possono aumentare o ripresentarsi nel tempo; inoltre, le compulsioni diventano sempre più debilitanti per la persona; perché quest'ultima si ritrova col dedicare gran parte del suo tempo a metterle in atto, costituendo così un problema.

Inizialmente la persona che soffre di disturbo ossessivo compulsivo, evita tutte quelle situazioni che sono associabili alle ossessioni, limitando anche notevolmente la propria vita sociale.

L'esordio del disturbo ossessivo compulsivo è prevalentemente precoce, infatti, le evidenze scientifiche dimostrano che segni e sintomi di questo tipo di disturbo, iniziano nell'infanzia nel 30-50% dei pazienti; ma possono presentarsi anche esordi in età adulta e perfino tardiva.

Il disturbo ossessivo-compulsivo è una delle principali cause di disabilità tra le persone di età compresa tra 15 e 44 anni (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2008), nonostante il suo tasso di prevalenza dell'1-2% (Kessler et al., 2005). La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) è il trattamento più efficace per il disturbo ossessivo compulsivo (Eddy et al., 2004; McKay et al., 2015), ma le percentuali di successo lo sono tra il 50-60% includendo anche coloro che abbandonano e rifiutano il trattamento (Fisher & Wells, 2005; Ost et al., 2015), e il trattamento "riuscito" è associato solo a una riduzione del 40% sintomi (McKay et al., 2015).

Un'area che è stata studiata poco è il dubbio che si verifica nel contesto del disturbo ossessivo compulsivo. Sebbene ci sia una notevole eterogeneità nella presentazione e nel contenuto dei sintomi del disturbo ossessivo compulsivo (Ball et al., 1996; Mataix-Cols, et al., 2002) l'esperienza del dubbio è comune tra i sottotipi, e il disturbo ossessivo compulsivo è stato a lungo definito la "malattia del dubbio" (vedi Berrios, 1989; ad esempio, "folie du doute" secondo Falret nel 1866, e "la folie du doute avec delire de toucher" di duSaulle nel 1875). Inoltre il dubbio patologico sembra essere collegato alla difficoltà di tollerare l'ambiguità o situazioni incerte soprattutto per i pazienti che soffrono di compulsioni di controllo (Tolin e Foa, 2003). Il dubbio inoltre si può basare su errori di giudizio o distorsione della memoria, aspetti mnestici che solo di recente (Rachmann, 2002) sono stati presi in considerazione.

Il DOC produce un profondo stato patologico dovuto alla difficoltà di prendere una decisione, l'intolleranza all'incertezza è una caratteristica clinica primaria in molti pazienti (Pushkarskaya et al., 2015) che evitano opzioni quando le probabilità non sono specificate in modo chiaro.

In un lavoro che aveva l'obiettivo di valutare il processo decisionale in condizioni di incertezza, Tolin conclude che i pazienti DOC non avevano atteggiamenti diversi verso il rischio rispetto al gruppo di controllo ma evitavano di più l'ambiguità. L'idea a cui arriva l'autore è che si tratti di evitamento dell'ambiguità piuttosto che del rischio.

1.2 Sottotipi nel Disturbo Ossessivo Compulsivo

Il Disturbo Ossessivo Compulsivo, è costituito da un eterogeneo gruppo di disturbi; questi, grazie alle osservazioni sperimentali e cliniche, sono stati inclusi all'interno di alcuni sottotipi.

Ogni sottotipo è caratterizzato da particolari caratteristiche fenomeniche e processuali, comprendendo quindi gli aspetti psicopatologici, biologici ed il trattamento.

Lo strumento che ha potuto individuare i cluster di sintomi del Disturbo Ossessivo Compulsivo, è rappresentato dalla "Yale Obsessive Compulsive Scale" (Y-BOCS Goodman et al., 1989); questo strumento è un questionario che associa i cluster di sintomi agli aspetti neurobiologici ed esplicativi del trattamento; nonostante la precisione di questo test, la classificazione risulta ancora molto semplificata. Altri autori, invece, come Abramowitz et al., 2008 hanno ricercato i meccanismi funzionali e motivazionali cioè gli aspetti eziologici nelle ossessioni e nelle compulsioni; questa prospettiva si basa sull'interpretazione dei sintomi in termini di motivazione e quindi di significato sottostante, in modo tale da poter sviluppare teorie psicopatologiche di tipo processuale e multifattoriale e di tener conto della possibilità che i disturbi si collochino secondo un piano dimensionale.

I pazienti vengono così studiati in termini quantitativi, in riferimento alla diversa intensità con cui dimostrano di possedere alcuni sintomi caratteristici del Disturbo Ossessivo Compulsivo.

Da qui, i sottotipi individuati da Abramowitz et al., 2008 sono:

- **Contaminazione e Rituali di Decontaminazione:** si riferisce al timore di venire contaminato e di diffondere la contaminazione; questo timore può essere più o meno realistico o esse possono assumere la forma di una sensazione di "sporizia interna", con connotazioni più morali;

- **Dubbio e Controllo Compulsivo:** il controllo compulsivo è la seconda forma (dopo la contaminazione e i rituali di decontaminazione), di Disturbo Ossessivo Compulsivo con maggior prevalenza; infatti, appare spesso in concomitanza con altre forme di ossessioni e compulsioni presenti nel Disturbo Ossessivo Compulsivo, come la paura di contaminazione o l'ossessione per l'ordine e la simmetria;

- **Simmetria e Ordine:** le ossessioni e le compulsioni riferite alla simmetria e all'ordine sono molto diffuse all'interno della patologia, anche tra i bambini e gli adolescenti; le emozioni che il paziente sperimenta però, vengono considerate peculiari rispetto alle emozioni delle altre tipologie, infatti simmetria e ordine portano sensazioni di ansia e di paura, in cui il soggetto è spinto dal desiderio di far andare bene le cose;

- **Ossessioni Pure:** sono ossessioni intense e frequenti, in assenza di compulsioni chiaramente rilevabili;

- **Ossessioni Autogene e Reattive:** le "ossessioni autogene" sono pensieri che causano ansia e stress a se stessi, perché sono percepite come minacciose, mentre le "ossessioni reattive" sono pensieri o preoccupazioni con contenuto realistico che vengono temute per le conseguenze che esse comportano; ciò che cambia nelle due manifestazioni è quindi l'origine della minaccia (interna o esterna), e conseguentemente gli aspetti cognitivi e motivazionali ad essa associati;

- Hoarding Compulsivo: definito da Frost et al., 1993 come “l’acquisizione e l’impossibilità di abbandonare proprietà inutili o di valore limitato”; in cui il comportamento deve creare un distress significativo o un limite al normale funzionamento di vita del soggetto, non consentendogli dunque di svolgere le normali attività quotidiane;

- Disturbi da TIC: è stata individuata una correlazione tra il Disturbo Ossessivo Compulsivo e la Sindrome di Tourette o il Disturbo Cronico da Tic.

In termini più generali, sono stati individuati quattro sottotipi relativi alla patologia ossessivo compulsiva (Summerfeldt et al.,1999) legati alle manifestazioni delle compulsioni più frequenti:

- Washers/Cleaners: le ossessioni riguardano la contaminazione, sono associate a rituali di pulizia e di evitamento; le compulsioni di lavaggio e pulizia sono legate alla paura di un contagio con germi portatori di malattie o alla contaminazione con escrementi umani, sostanze pericolose o altro; il timore di questi soggetti è che, venendo in contatto con queste sostanze, possano ammalarsi gravemente, morire o contagiare qualcun altro;

- Checkers: le ossessioni sono rappresentate dal dubbio di aver fatto o non fatto qualcosa che causi un grave danno alla propria reputazione, e i rituali sono anche qui di controllo e di evitamento, le compulsioni di questo tipo generalmente riguardano comportamenti preventivi come il controllo di elettrodomestici (timore dei danni all’abitazione), oppure di porte e finestre (paura dei furti), oppure possono essere rappresentate dall’impulso a verificare di non aver causato un danno; delle volte, invece, i rituali di controllo avvengono esclusivamente a livello cognitivo (ripercorrere mentalmente la sequenza di un’azione);

- Ordering: le compulsioni “di ordine” sono espressione dell’impulso a organizzare simmetricamente oggetti personali, arredamento o vestiti, spesso si tratta di pure coazioni all’azione: gli individui affetti non sanno di fatto riferire le paure o le conseguenze ad esse connesse, tranne la sensazione disagiata e ansiogena che qualcosa non sia al posto giusto.

- Compulsioni di Ripetizione e Conteggio: possono riferirsi ad una qualsiasi azione, oggetto o rappresentazione mentale (contare gli oggetti, pensare a serie di numeri o schemi), e sono spesso accompagnati da una forma di pensiero magico (il timore che se non si mette in atto la compulsione, possa accadere una disgrazia ad una persona cara).

1.3 Epidemiologia

L'epidemiologia del disturbo ossessivo compulsivo, può essere suddivisa nei seguenti punti (Mancini, 2005):

- Prevalenza Lifetime: è compresa tra il 2,2 ed il 5% con uguale distribuzione tra i sessi;
- Prevalenza Puntuale: 1,5% circa;
- Popolazione Giovanile (15 – 18 anni): prevalenza puntuale fino al 3%;
- Incidenza Massima: intorno ai 15 anni e intorno ai 25 anni

Dagli studi sui famigliari emerge che il 10% dei pazienti con Disturbo Ossessivo Compulsivo ha almeno un parente di I grado con lo stesso disturbo; tale percentuale tende ad aumentare nelle forme ad esordio precoce. Per quanto riguarda il decorso, il Disturbo Ossessivo Compulsivo tende a cronicizzarsi e a diventare invalidante; mentre in percentuale variabile tra il 5 ed il 10% il decorso è ingravescente, cioè aumenta di gravità (Mancini, 2005).

Gli effetti della cronicizzazione comprendono innanzitutto un impatto negativo sul funzionamento sociale, lavorativo e sulla qualità di vita con una compromissione a livello di relazioni sociali, e di ruoli coniugali o genitoriali; determina discontinuità lavorativa che porta dunque a disoccupazione o pensionamenti precoci, e riduce la possibilità di raggiungere obiettivi educativi ed occupazionali adeguati (Bogetto & Maina, 2006).

1.4 Eziopatogenesi del Disturbo

Il DSM-5 fa riferimento a un'eziologia basata sulla causalità multipla, individuando fattori di rischio piuttosto che cause specifiche, per cui il DOC si manifesterebbe in presenza di elementi di matrice temperamentale, ambientale e genetica - fisiologica; questo implica anche un'analisi multidisciplinare dei diversi approcci. Il Disturbo Ossessivo Compulsivo è una patologia legata ad una disfunzione nella trasmissione serotoninergica tra i neuroni cerebrali; ciò può avere una causa esclusivamente biologica oppure essere anche accentuata da comportamenti acquisiti in persone geneticamente predisposte. Studi classici della genetica effettuati sulle famiglie e sui gemelli hanno evidenziato una componente genetica del disturbo, con indici di concordanza molto maggiori fra gemelli monozigotici rispetto a quelli dizigotici (Arnold e Richter, 2007). Negli studi familiari, si è sempre osservata una più alta incidenza di DOC fra parenti di primo grado dei pazienti, che fra parenti di primo grado di individui sani (Pauls et al., 1995).

Non vi è quindi una causa nota e specifica per l'insorgenza del disturbo ossessivo compulsivo, ciò che sembra poter contribuire allo sviluppo della patologia, sono la storia familiare e gli squilibri neurotrasmettitoriali; come sopra detto le persone che hanno parenti con questo tipo di patologia, sono soggette ad un rischio maggiore di sviluppare la malattia (anche se la maggior parte delle persone con la malattia non ha una storia familiare simile).

Anche i fattori stressanti legati ad eventi di vita come l'abuso sessuale da bambino, aumentano la probabilità di sviluppo della patologia (Bogetto & Maina, 2006).

1.5 Teorie Cognitive

I modelli cognitivi ipotizzano che gli individui affetti da disturbo ossessivo compulsivo, abbiano credenze errate o disfunzionali relative al significato attribuito ai contenuti mentali che trasformerebbero normali pensieri in ossessioni e compulsioni; infatti, il modello cognitivista sottolinea che nonostante tutti gli esseri umani siano in grado di sperimentare pensieri intrusivi e bizzarri, non vengono considerati patologici, perché la patologia dipende dal significato che si attribuisce ai contenuti mentali: se si attribuisce a questi contenuti il giusto significato, si facilita la transizione degli stessi così che essi verranno sostituiti da altri contenuti mentali nel giro di pochissimo tempo (Mancini, 2001).

Le persone che sviluppano il disturbo ossessivo compulsivo, non si differenziano dunque dalla natura dei contenuti mentali ma dall'eccessiva importanza che attribuiscono agli stessi; per un paziente affetto da DOC, pensare a qualcosa di osceno, come un impulso sessuale legato alla pedofilia, lo fa sentire come se lo fosse davvero.

Numerosi studi (Salkovskis e Forrester, 2002) sostengono come l'eccessivo senso di responsabilità e di colpa hanno un ruolo chiave negli individui che manifestano il disturbo ossessivo compulsivo e come queste caratteristiche hanno un valore predittivo.

Altre caratteristiche cognitive che concorrono a causare il DOC sono riportate da Abramowitz (2010): l'intolleranza per il dubbio, il pensiero magico, la sovrastima della minaccia, la sovrastima della propria responsabilità, l'eccessivo significato attribuito ai pensieri, il bisogno di sopprimere i pensieri negativi, l'intolleranza all'ansia.

1.6 Teorie Familiari

Per quanto riguarda il ruolo della famiglia tra le cause che concorrono all'esordio e al mantenimento del disturbo ossessivo compulsivo, diverse correnti psicologiche attribuiscono allo stile educativo ed al clima affettivo dei familiari un ruolo di primo piano (Hoover & Insel, 1984).

In realtà sarebbe più logico pensare che non è tanto la responsabilità che la famiglia ha nell'esordio del disturbo, bensì il ruolo che ha nel mantenimento della patologia in termini di atteggiamento che i genitori hanno nei confronti del bambino e di come questi atteggiamenti contribuiscono a determinare il circolo vizioso che alimenta le ossessioni e le compulsioni.

Il coinvolgimento dei familiari nelle ossessioni e nelle compulsioni in casi di disturbo ossessivo compulsivo nei bambini viene definito in letteratura come "family accommodation": esso fa riferimento al modo in cui i genitori, aiutano i figli nei rituali compulsivi, fornendo rassicurazione o modificando le loro abitudini. (Momo, 2017) Il disturbo ossessivo compulsivo ha una prevalenza del 2-3% nei bambini, con implicazioni in numerosi ambiti (Mullick et al., 2005; Valleni-Basile et al. 1995). Inoltre hanno scoperto che la FA non era correlata con alcuna variabile sociodemografica. La mancanza di associazioni di età e genere con l'FA è coerente con la letteratura precedente sul DOC pediatrico, indicando che i livelli di accommodation potrebbero non essere commisurati all'età o al sesso del bambino e che altri fattori sono rilevanti (Wu et al., 2019).

La diagnosi di disturbo ossessivo compulsivo nei bambini può risultare difficoltosa in questa fascia d'età in quanto i sintomi possono non essere riconosciuti come tali dalla famiglia, dagli insegnanti e dai pari.

Spesso le ossessioni e compulsioni possono venire interpretate come oppositività, inosservanza delle regole o preoccupazioni prive di senso. Inoltre i bambini tendono a nascondere i loro sintomi, soprattutto a scuola. I genitori a casa, invece, possono osservare solo il risultato del disturbo: ore trascorse in bagno o soli nella propria camera, capricci per azioni che non possono attuare a modo loro.

La sintomatologia ossessiva nel disturbo ossessivo compulsivo nei bambini si manifesta con tematiche che riguardano la contaminazione, le aggressioni sia lesive che morali, la simmetria e l'esattezza. Durante l'adolescenza le ossessioni possono evolversi e riguardare prevalentemente tematiche religiose o sessuali (Geller et al., 2001). Le compulsioni più frequenti invece, riscontrate nell'età evolutiva includono il lavarsi e pulirsi le mani, contare, pregare e controllare (Deacon et al., 2004). In letteratura molte ricerche hanno indagato quali siano i fattori legati allo sviluppo e al mantenimento del disturbo ossessivo compulsivo. Tra i fattori individuati sembrano avere un ruolo importante quelli legati alla famiglia (Waters e Barrett, 2000). Dato che bambini e adolescenti trascorrono numerose ore al giorno a contatto con la famiglia spesso questa viene attivamente coinvolta nei sintomi. La costante ricerca di rassicurazioni alle loro indecisioni e ai loro dubbi e l'evitamento di situazioni ansiogene portano i bambini affetti da disturbo ossessivo compulsivo a diventare estremamente dipendenti dai familiari, i quali sono spesso portati a sostituirsi nei compiti e nelle responsabilità ai propri figli (Laidlaw et al., 1999).

Il coinvolgimento dei familiari nelle ossessioni e nelle compulsioni in casi di disturbo ossessivo compulsivo nei bambini viene definito in letteratura come “family accomodation” (Lebowitz et al., 2012). Un concetto che fa riferimento al modo in cui i familiari, solitamente i genitori, aiutano i figli nei rituali compulsivi, fornendo rassicurazione o modificando le loro abitudini allo scopo di allievare o di permettergli di evitare l’ansia. La famiglia può intervenire nel disturbo sia direttamente, inserendosi nei rituali, che indirettamente, modellando ad esempio la routine quotidiana attorno al sintomo. Si è visto che alti livelli di family accomodation sono associati ad una compromissione funzionale più grave nei bambini e a maggiori sintomi internalizzati ed esternalizzati (Storch et al., 2007).

La risposta familiare può essere descritta su un continuum che va dal genitore accomodante (eccessivamente premuroso) a quello antagonista (eccessivamente critico). Naturalmente si possono riscontrare famiglie nelle quali un genitore reagisce più sul versante accomodante e uno all’opposto, su quello antagonista. La risposta accomodante è caratterizzata solitamente da coinvolgimento e supporto dato al rituale dal caregiver, al fine di aiutare il bambino riducendo lo stress. Il genitore antagonista, invece, reagisce in maniera critica e ostile ai sintomi e si rifiuta di partecipare ai rituali. Può arrivare a forzare il bambino a esposizioni traumatiche allo stimolo ansiogeno, pur di interrompere i comportamenti compulsivi. In ogni caso si è dimostrato come entrambe le risposte genitoriali tendano a rinforzare il sintomo, aumentandone la frequenza e l’intensità (Calvocoressi et al., 1995; Lebowitz et al., 2012). Oltre alla specifica risposta comportamentale che i caregiver forniscono ai figli durante i rituali, altre variabili, più legate all’ambiente familiare, sono implicate nello sviluppo del disturbo ossessivo compulsivo nei bambini. Queste possono essere delle caratteristiche dello stile genitoriale. L’espressione manifesta di emozioni connotate da criticismo e ostilità è più frequentemente associata a famiglie con bambini che hanno sviluppato un disturbo ossessivo compulsivo, inoltre è anche correlata alla gravità della sintomatologia (Renshaw et al., 2003; Van Noppen et al., 2009). Altre caratteristiche genitoriali associate possono essere un’eccessiva protezione o controllo, una scarsa fiducia nelle capacità del bambino, la mancanza di rinforzi e di stimolazione all’autonomia, basse abilità di problem solving e un atteggiamento connotato da senso di colpa. Queste caratteristiche favoriscono lo sviluppo nel bambino di comportamenti evitanti, preoccupazione e timore verso il mondo. Inoltre anche eventuali psicopatologie genitoriali, in particolare i disturbi d’ansia, possono esacerbare la sintomatologia del bambino (Kohlmann et al., 1988). Studi condotti su adulti affetti da DOC e le loro famiglie, hanno dimostrato una scarsa correlazione tra la gravità dei sintomi e il livello di coinvolgimento dei familiari nella messa in atto di rituali. La relazione tra le due variabili appare quindi più forte solamente in casi di disturbo ossessivo compulsivo nei bambini, dove il tempo trascorso a casa e la dipendenza dai genitori sono maggiori (Amir et al., 2000; Albert et al., 2010). Le famiglie entrano pertanto in un circolo vizioso che si autoalimenta in questo modo: il disturbo genera un carico di stress considerevole per i parenti del giovane paziente che, per alleggerirlo, si intromettono nel sintomo, cercando così di alleviare l’ansia.

Ma come si è visto l'intervento diretto o indiretto nei rituali non fa che mantenerli, se non aggravarli in intensità e frequenza. Così facendo il carico di stress per la famiglia aumenta ulteriormente.

In sostanza, un atteggiamento eccessivamente rassicurante dei genitori che si prestano a partecipare ai rituali o a dare continue rassicurazioni con lo scopo di calmare il bambino, contribuiscono indirettamente ed involontariamente ad alimentare la patologia ossessiva, per il semplice motivo che questi comportamenti rassicuratori riducono l'ansia solo nel breve periodo mentre, nel medio e lungo periodo, impediscono di sperimentare che le ossessioni non sono profezie ma semplici contenuti mentali. Anche l'atteggiamento eccessivamente critico e sprezzante dei familiari nei confronti del bambino che mette in atto le compulsioni, ha l'effetto di aggravare il problema; poiché riduce ulteriormente l'autostima già compromessa di questi soggetti; inoltre, questo tipo di atteggiamento può favorire un ulteriore isolamento del bambino che può mettere in atto i rituali senza che questi se ne accorgano. È preferibile dunque istruire i genitori o i familiari circa l'atteggiamento più funzionale da adottare nei confronti delle idee fisse e dei rituali del proprio figlio.

In ogni caso, il disturbo ossessivo compulsivo presenta un'eziologia complessa dove diversi fattori possono concorrere nell'esordio e nel mantenimento della sintomatologia, fatta questa precisazione è però opportuno sottolineare come l'esperienza clinica spesso ci mette di fronte a persone che riferiscono un'infanzia difficile, triste, priva di calore umano in cui i bisogni del bambino sono stati frustrati; in alcuni casi i pazienti raccontavano storie di vera e propria trascuratezza, altri di un clima critico e sprezzante in cui il bambino veniva costantemente disprezzato e/o umiliato, addirittura, un numero ridotto di pazienti riportava storie di abuso o episodi di natura traumatica. A fronte di questi pazienti invece, ve ne sono altri che si sono sempre sentiti amati ed accettati e descrivono la loro infanzia come un periodo bellissimo.

Per concludere, si può ipotizzare che il clima familiare può concorrere tra le cause che possono innescare il disturbo ossessivo compulsivo, di certo l'atteggiamento dei familiari nei confronti delle ossessioni e compulsioni del bambino influenza il mantenimento del disturbo.

Capitolo 2.

2.1 Aspetti Mnestici e l'importanza della ricerca nel DOC. Rachman e Radomsky, 2004

In questo articolo Rachman e Radomsky sottolineano l'importanza della ricerca sugli aspetti mnestici e come essa sia rilevante per capire la natura debilitante del DOC.

Diversi studi precedenti (Tolin et al., 2001) supportano l'ipotesi che informazioni importanti e significative sono ricordate meglio di altre informazioni.

E' interessante sapere che questo esperimento nacque per errore da uno studio (Radomsky et al., 2001) dove dovevano trovarsi solo individui con compulsioni di lavaggio e accidentalmente venne inclusa una persona con compulsione di ordine. La compulsione d'ordine è stata di ispirazione per testare distorsioni (*bias*) mnestiche dovute a importanti informazioni minacciose (il disordine) in persone che sentono l'obbligo e l'esigenza di tenere il loro ambiente in ordine e ben organizzato. L'ipotesi è che persone con compulsioni di ordine presentino distorsioni di memoria per oggetti fuori posto, disorganizzati e che sono percepiti dai soggetti come più importanti, significativi e più rilevanti per le loro preoccupazioni.

L'esperimento si basa sul Symmetry, Ordering e Arranging Questionnaire (SOAQ—Radomsky & Rachman, 2004) e si ipotizza che i candidati con un punteggio alto di SOAQ ricordino meglio una lista di 4 gruppi di oggetti. Gli autori si aspettavano infatti che i partecipanti con un punteggio alto ricordassero meglio le informazioni “minacciose” (oggetti disordinati) rispetto ai partecipanti con un basso punteggio di SOAQ e ricordino in modo uguale oggetti ordinati e non.

Ai partecipanti selezionati per l'esperimento è stato somministrato un pacchetto di questionari: il SOAQ, il Beck Depression Inventory, seconda edizione (BDI-Beck, Steer, e Garbin, 1996), il Beck Anxiety Inventory (BAI-Beck e Steer, 1990), il Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI-Thordarson et al., 2004) e il Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI-Turner, Beidel e Dancu, 1996). I partecipanti erano tutti studenti universitari con un'età media di 22 anni e l'80% donne, un gruppo era formato da 24 persone con punteggi alti di SOAQ maggiore dello 0.5 della deviazione standard e un secondo gruppo di 24 persone che aveva un punteggio minore dello 0.5 della deviazione standard. Dopo aver completato tutti i questionari, è stato chiesto loro di preparare una presentazione orale di 5 minuti, su un tema a loro scelta, da presentare a 3 professori dell'Università. Sono stati informati che sarebbero stati giudicati in base sia al contenuto che allo stile della presentazione. Ognuno è stato assegnato in modo randomizzato a uno dei due ambienti di lavoro organizzati in modo diverso, il primo con una scrivania pulita e ordinata, il secondo con una scrivania disorganizzata. Ciascun ambiente aveva 2 gruppi distinti di oggetti vicini alla finestra di fronte alla scrivania, 2 erano organizzati, per esempio c'erano libri in ordine di altezza, pennarelli in una scatola in ordine per colore e 2 erano disorganizzati con libri messi a caso uno sopra l'altro e i pennarelli fuori dalla scatola messi a caso.

Dopo 3 minuti ai partecipanti fu chiesto di scrivere una lista di tutti gli oggetti presenti vicino alla finestra, di fronte alla scrivania dove avevano fatto la presentazione orale. Sono stati dati loro 2 minuti per terminare la lista.

Poiché il risultato non mise in evidenza effetti significativi sulla memoria in nessuno dei due gruppi, l'ipotesi non fu confermata.

Gli autori giustificarono questo risultato per la struttura dell'esperimento in quanto altri studi in passato avevano confermato che stimoli percepiti come minacciosi contribuiscono ad un *bias* di memoria nei pazienti con DOC e questo è facilmente rilevabile. Gli autori concludono che l'attuale esperimento probabilmente ha avuto un effetto maggiore sull'attenzione che sulla memoria per questo il risultato è nullo. La struttura, il paradigma dell'esperimento ha deviato l'attenzione dalle informazioni critiche e personalmente significative (lo stato degli oggetti nella stanza) verso la preparazione del discorso, bloccando così il previsto accesso alle informazioni rilevanti per la minaccia. Questo compito ha provocato uno stato d'ansia, è una provocazione che ha diretto l'attenzione dei partecipanti verso lo stato interno e lontano dal loro ambiente esterno, portando di conseguenza ad una memoria molto scarsa di ciò che li circonda.

E' molto importante per chi fa ricerca sul DOC capire i meccanismi che impattano l'elaborazione sull'informazione in quanto compromissioni e deficit di memoria giocano un ruolo centrale nelle compulsioni e specialmente nelle compulsioni di controllo.

Gli autori sostengono che le connessioni tra idee o concetti variano a seconda dello stato emotivo di una persona. Ovvero, dato uno specifico stato emotivo si ipotizza che le risorse attenzionali, elaborative e mnestiche siano focalizzate preferenzialmente sulle quelle informazioni che sono rilevanti o significative per quello specifico stato emozionale. Quindi ricordiamo più facilmente emozioni tristi se siamo infelici, minacce se siamo impauriti e così via. Questo in riferimento ad altri studi che sottolineano come le informazioni siano autoreferenziali ovvero ciò che è importante per il soggetto è ricordato più facilmente (Rogers et al., 1977).

Questo compito però ha provocato uno stato d'ansia non solo per la richiesta di preparare un discorso ma anche per il fatto di sapere di essere giudicati da professori universitari. Il compito è una provocazione che ha deviato l'attenzione da quelle informazioni percepite come importanti minacce pertinenti.

L'ipotesi non confermata è dovuta al tipo di esperimento in quanto altri studi in passato hanno confermato che stimoli percepiti come minacciosi contribuiscono ad un forte *bias* di memoria nei pazienti DOC. L'attuale esperimento è nullo perché ha avuto un effetto maggiore sull'attenzione che sulla memoria.

La struttura dell'esperimento ha deviato l'attenzione dalle informazioni critiche e personalmente significative (lo stato degli oggetti nella stanza) verso la preparazione del discorso, bloccando così il previsto accesso alle informazioni rilevanti per la minaccia.

L'esperimento sottolinea l'importanza di progettare un paradigma sperimentale che contenga non solo stimoli e contesti rilevanti ma anche una provocazione che sia significativa per il costrutto da valutare. In sostanza, si propone che il significato del compito sia tanto importante quanto il significato degli stimoli. Questo è coerente con gli studi di Matthews e Sabastien, 1993 che trovarono che l'attenzione per una minaccia rilevante è soppressa in un ambiente distraente. A conferma di ciò, fu anche dimostrato che l'ansia induce l'attenzione a focalizzarsi su sé stessi (Mansell et al., 2003).

Gli autori propongono che quando queste condizioni generali saranno soddisfatte, i risultati empirici supporteranno l'ipotesi che le persone con disturbo ossessivo compulsivo tendano a ricordare le informazioni percepite come significative e rilevanti per la minaccia.

Questo studio sottolinea l'importanza di condurre indagini sperimentali che soddisfino questi problemi altrimenti si perpetua lo stato ambiguo della letteratura sulla memoria nel disturbo ossessivo compulsivo in particolare e, più in generale, sulla memoria e sull'attenzione sui disturbi di umore e ansia disturbi.

2.2 Il processo decisionale in condizioni di incertezza nel disturbo ossessivo compulsivo. Pushkarskaya et al., 2015

Le persone con il disturbo ossessivo compulsivo sono spesso indecise, hanno dubbi patologici e cercano di evitare l'ambiguità. La natura di questo deficit è poco compresa e in questo studio è stato utilizzato un compito di scelta ben validato, basato sulla teoria economica comportamentale. Gli studi sul processo decisionale, condotti in psicologia, economia e neurobiologia partono dal presupposto che gli individui mirino a massimizzare in modo soggettivo il valore atteso (Rangel et al., 2008). Gli autori hanno indagato le differenze nella valutazione e nella scelte basate sul valore durante il processo decisionale in condizioni di incertezza anche se il compito, come in questo caso, non è correlato alla loro primaria sintomatologia (Hamilton, 1957).

Gli autori hanno ipotizzato che i pazienti con disturbo ossessivo compulsivo abbiano un'elevata intolleranza all'incertezza paragonata al gruppo di controllo sano e un'alterata formazione del valore delle decisioni e che queste anomalie sarebbero correlate alla gravità dei sintomi.

Le compromissioni, le difficoltà della formazione delle decisioni basate sul valore possono essere trasversali e oltrepassare i limiti diagnostici tradizionali (Insel et al., 2010; Dichter et al., 2012), e ciò richiede misure in grado di rilevare sia una compromissione generale nella formazione delle decisioni basate sul valore sia particolari anomalie in distinti stati patologici. In quest'ottica, gli autori hanno studiato il comportamento di individui con disturbo ossessivo compulsivo in un compito decisionale che consente di caratterizzare diversi aspetti di questo processo.

Per fare ciò gli autori hanno usato il Risk e Ambiguity Task (RAT; Levy et al. 2010) che si basa su scelte che hanno a che fare con guadagni o perdite monetarie incerte. In primo luogo, il compito specifica chiaramente il problema decisionale in ogni prova e non fornisce alcun feedback sui risultati. Le prestazioni del compito quindi riflettono i processi di valutazione e di scelta basati sul valore (es. attenzione e selezione delle azioni), indipendentemente dalla capacità di apprendimento. In secondo luogo, il compito consente di stimare il grado in cui le scelte dei partecipanti sono coerenti con le ipotesi di massimizzazione del valore soggettivo. Ci si aspetta che coloro che prendono una decisione basata sul valore si attengano a pochi principi semplici e intuitivi, come scegliere un'opzione piuttosto che un'altra se ha chiaramente un valore maggiore ed essere ampiamente coerenti con loro scelte, a meno che non ci siano alternative disponibili vicine ai loro valori soggettivi. Il compito degli autori è quello di esaminare direttamente tali questioni, indipendentemente dagli atteggiamenti individuali dei partecipanti nei confronti dell'incertezza. In terzo luogo, il compito distingue tra due forme di incertezza, che hanno dimostrato di essere dissociabili in studi precedenti (Levy et al., 2010; Tymula et al., 2012, 2013; Camerer e Weber, 1992). Una decisione rischiosa è quella in cui l'esito è incerto, ma le probabilità dei vari esiti possibili sono note. Una decisione ambigua invece è tale perché le probabilità di esito sono a loro volta incerte. Ricerche precedenti hanno dimostrato che gli atteggiamenti individuali nei confronti del rischio sono largamente indipendenti dagli atteggiamenti individuali nei confronti dell'ambiguità (Camerer e Weber, 1992; Huettel et al., 2006; Cohen et al., 1987; Tymula et al., 2012), sottolineando l'importanza di esaminarli entrambi nelle popolazioni cliniche.

Gli autori hanno ipotizzato che i pazienti con disturbo ossessivo compulsivo presentino un'elevata intolleranza all'incertezza rispetto al gruppo di controllo sano e una compromissione delle decisioni basata sul valore e che queste anomalie siano correlate alla gravità dei sintomi.

Venti pazienti con disturbo ossessivo compulsivo, non medicati per almeno 8 settimane, sono stati reclutati attraverso la Yale OCD Research Clinic e il Centro per i disturbi d'ansia presso l'Institute of Living, Hartford Hospital. Sono stati reclutati 20 partecipanti della popolazione generale (gruppo di controllo) con le stesse caratteristiche demografiche e cognitive dei partecipanti con DOC.

Durante il compito i partecipanti hanno effettuato 320 scelte sequenziali tra una ricompensa certa e una incerta; 160 ricompense (raggruppati in 4 blocchi di guadagno) sono state positive e 160 (raggruppati in 4 blocchi di perdite) erano negativi. I partecipanti non hanno ricevuto alcun feedback sull'esito delle loro scelte. Ogni prova comportava una scelta tra una vincita certa di \$5 e una scommessa, che offriva una certa possibilità di esito positivo (tra \$5 e \$125) e una certa possibilità di risultato pari a zero. Nelle prove rischiose, la ricompensa della scommessa e la probabilità di esito erano noti. Nelle prove ambigue, la ricompensa era nota, ma la probabilità di esito è stata specificata in modo impreciso.

In alcune prove la scelta era tra una vincita certa e una incerta di \$5. In queste circostanze la vincita certa di \$5 è chiaramente più preziosa, e quindi le persone le cui decisioni sono guidate dalla massimizzazione del valore soggettivo dovrebbero sempre scegliere la vincita certa di \$5. Queste prove hanno quindi permesso di stimare la rispondenza delle scelte di ciascun partecipante alla massimizzazione soggettiva del valore atteso. Ogni coppia di opzioni è stata proposta 4 volte. Gli individui focalizzati sulla massimizzazione del valore soggettivo dovrebbero scegliere la stessa opzione su ogni ripetizione, a meno che i valori soggettivi attesi delle due opzioni siano difficili da distinguere. Prima di iniziare l'esperimento, i partecipanti sono stati informati che alla fine, una prova sarebbe stata selezionata a caso e che la loro decisione avrebbe comportato conseguenze monetarie reali. Se avessero scelto il premio certo avrebbero ricevuto \$5. Se avessero scommesso sulla sorte, avrebbero dovuto scegliere da una borsa piena di fiches rosse e blu da poker; se avessero estratto il colore vincente avrebbero vinto tra \$5 e \$125, a seconda della scommessa.

Il risultato dell'esperimento è coerente con l'ipotesi degli autori, i pazienti con disturbo ossessivo compulsivo sono più intolleranti all'incertezza rispetto al gruppo di controllo.

L'avversione all'ambiguità era normalmente distribuita nel gruppo di controllo ma non negli individui con DOC. Le persone con il disturbo ossessivo compulsivo erano significativamente più avverse all'ambiguità rispetto al gruppo di controllo ma non si differenziavano per la loro attitudine al rischio. Ciò è coerente con le osservazioni cliniche sull'intolleranza all'incertezza nei pazienti con disturbo ossessivo compulsivo (Tolin et al., 2003) ma indica che è fondamentale distinguere tra diversi tipi di incertezza per dimostrare chiaramente questa anomalia. Gli autori hanno anche scoperto che il gruppo con il disturbo ossessivo compulsivo era meno conforme all'ipotesi di massimizzazione del valore soggettivo rispetto al gruppo di controllo il che suggerisce una alterazione della valutazione o della scelta basata sul valore.

L'idea che l'evitamento dell'ambiguità, ma non quello del rischio, possa essere anormale nel disturbo ossessivo compulsivo è stato suggerito in precedenza (Starcke et al., 2010; Zhang et al., 2015). Gli studi precedenti, tuttavia, hanno utilizzato compiti decisionali più complicati, come, per esempio, l'Iowa Gambling Task (IGT; Bechara et al., 1994), questi compiti richiedono un processo decisionale in condizioni di incertezza e la loro complessità solleva sfide interpretative rendendo meno chiaro in questo processo il ruolo dell'ambiguità.

Il Risk e Ambuity Task ha il vantaggio aggiuntivo di fornire tre misure distinte di *compliance* (conformità) rispetto alle ipotesi di massimizzazione del valore soggettivo. Gli autori hanno trovato che le scelte degli individui con DOC sono meno coerenti con la massimizzazione del valore soggettivo rispetto al gruppo di controllo, sia in condizioni di rischio che di ambiguità. Questa ambiguità potrebbe indicare una compromissione di base nella formazione delle decisioni basate sul valore. Per quanto si sappia, nessuna misurazione comportamentale precedente ha colto questa compromissione nel disturbo ossessivo compulsivo. I deficit in questo dominio, tuttavia, sono coerenti con le prove di altre indagini (Figeet et al., 2011).

Ad esempio, i soggetti con disturbo ossessivo compulsivo hanno schemi di attivazione anomali nella rete di valutazione, che include la corteccia orbitofrontale, i gangli della base e il talamo (Cavallaro et al., 2003), coerentemente con le proposte che la valutazione, un processo centrale di formazione delle decisioni basate sul valore, potrebbe essere compromessa nel disturbo ossessivo compulsivo.

L'obiettivo era quello di trarre delle misure basate sul comportamento oggettivo che possono caratterizzare in modo affidabile il disturbo ossessivo compulsivo e potenzialmente essere utilizzate in studi di follow-up su compromissioni di natura neurobiologica.

2.3 Come posso sapere cosa sto provando? Tendenze ossessivo compulsive e il dubbio indotto sono correlati al ridotto accesso agli stati emotivi. Dar et al., 2016

Non tutte le persone accedono facilmente ai loro sentimenti. Cosa provi quando guardi il cielo in un giorno di tempesta? Quanto sei sicuro del tuo amore per il tuo partner? Per alcune persone, rispondere a queste domande è facile. I propri sentimenti sembrano essere accessibili all'introspezione in modo chiaro, immediato e senza sforzo. Per altri, queste domande rappresentano una sfida. Ci sono persone che non conoscono subito la risposta e potrebbero soffermarsi nel dubbio o cercare risposte in fonti esterne a loro stessi. Ad esempio, potrebbero cercare di ricordare i titoli di immagini che ritraggono cieli tempestosi, oppure il ruolo che tipicamente i cieli tempestosi hanno nelle scene di film emozionanti. Potrebbero provare a ricordare quante volte al giorno chiamano il loro partner o se si sono ricordati del loro compleanno per capire il proprio sentimento d'amore per loro.

La capacità di introspezione delle proprie emozioni è una disposizione individuale stabile e una componente importante dell'Intelligenza Emotiva (EI; Mayer et al., 2002, 2004). Ma quali possono essere le caratteristiche della personalità di coloro che ne sono privi, di coloro che non riescono a dire quello che provano? Quali sono le condizioni situazionali che potrebbero ostacolare la capacità di rispondere alle domande sui propri sentimenti?

In questo studio gli autori cercano di rispondere alle domande sulle caratteristiche di personalità e le condizioni situazionali che potrebbero ostacolare la capacità delle persone di rispondere a domande sui propri sentimenti. Gli autori presentano una teoria socio-cognitiva generale del disturbo ossessivo compulsivo che collega questa condizione con una compromissione della capacità di accedere a una vasta gamma di stati interni, comprendendo i sentimenti, preferenze e stati corporei. Gli autori hanno previsto che anche all'interno di una popolazione non clinica, una minore capacità di introspezione sulle proprie emozioni sarebbe associata a più elevate tendenze ossessivo-compulsive. Inoltre nelle persone con DOC, lo scarso accesso agli stati interni può derivare o essere esacerbato dal dubbio su quegli stati.

Gli autori quindi ipotizzano che le tendenze ossessivo compulsive e il dubbio indotto dalla situazione sarebbero state associate a un ridotto accesso alle proprie emozioni e questo spingerebbe i pazienti DOC a cercare dei sostituti indicatori esterni (*proxy*) facilmente discernibili.

Gli autori verificano tre principali previsioni che derivano da questa linea di teorizzazione: (1) tendenze OC disposizionali, (2) una tendenza disposizionale ad affidarsi a *proxy* per gli stati interni e (3) che il dubbio indotto sperimentalmente sulle emozioni sarebbe associato a una minore capacità di introspezione sulle proprie emozioni.

Il primo studio coinvolge 221 studenti di psicologia (165 donne, 56 uomini) che hanno completato l'Obsessive Compulsive Inventory - Revised (OCI-R; Foa et al., 2002) così come la misurazione della depressione e dell'ansia. Gli studenti che hanno ottenuto i punteggi più alti e più bassi della distribuzione dell'OCI-R sono stati invitati a partecipare a questo studio. Il campione finale è composto da 60 studenti di età media 23.17 anni, 30 studenti, 25 donne e 5 uomini, con alte tendenze di ossessioni e compulsioni e altri 30, 20 donne e 10 uomini, con basse tendenze di ossessioni e compulsioni. Le tendenze ossessivo compulsive furono misurate con l'OCI-R che elenca 18 sintomi caratteristici del disturbo ossessivo compulsivo, suddiviso in 6 categorie che si trovano comunemente nel disturbo ossessivo compulsivo (lavaggio, ossessione, accumulo, ordine, controllo e neutralizzazione). L'intelligenza emotiva è stata misurata dal MSCEIT V2.0 (Mayer et al., 2002, 2004). Il MSCEIT valuta quattro sezioni riguardanti le capacità e le abilità dell'Intelligenza Emotiva: percepire le emozioni, usare le emozioni, comprendere le emozioni e gestire le emozioni (Mayer & Salovey, 1997; Mayer et al., 2004). La prima sezione riflette la capacità di percepire e riconoscere le emozioni correttamente in sé stessi e negli altri. La seconda sezione riflette la capacità di creare, utilizzare e integrare le emozioni per facilitare il pensiero in vari compiti cognitivi come il ragionamento, il processo decisionale, la risoluzione di problemi e la creatività. La terza sezione riflette la capacità di analizzare correttamente le emozioni, per comprenderne le cause, lo sviluppo e la progressione nel tempo e i loro probabili esiti. Infine la quarta sezione riflette la capacità di gestire le emozioni in modo adattivo. La gestione adattiva delle emozioni rappresenta la capacità di creare strategie efficaci che utilizzano le emozioni dell'individuo per aiutarlo a raggiungere gli obiettivi personali, piuttosto che essere influenzato dalle emozioni in modo imprevedibile. Queste quattro sezioni (percezione, uso, comprensione e gestione delle emozioni) costituiscono le due aree dell'IE: l'Intelligenza Emotiva Esperienziale (sezioni 1 e 2 insieme) e l'Intelligenza Emotiva Strategica (sezioni 3 e 4 insieme).

L'ansia è stata misurata dallo State-Trait Anxiety Inventory-Trait (STAI-T; Spielberger et al., 1983).

La depressione è stata misurata dal Patient Health Questionnaire -9 (PHQ-9; Kroenke et al., 2001; Spitzer et al., 1999). I partecipanti sono stati testati individualmente o in gruppi di massimo quattro persone in una saletta piccola e silenziosa. All'arrivo hanno ricevuto una breve spiegazione sull'esperimento e hanno quindi completato il MSCEIT e poi le restanti scale.

Gli autori hanno riportato che si verifica una differenza significativa tra i partecipanti ad alto punteggio di OC e partecipanti con punteggio basso di OC. I partecipanti con un alto livello di OC hanno ottenuto risultati peggiori rispetto ai partecipanti con un basso livello di OC nella parte Esperienziale ma non nella parte Strategica di un test di Intelligenza Emotiva basato sulle prestazioni. Poiché l'accurata percezione delle emozioni è necessaria per ottenere buoni risultati in un test di IE esperienziale, le prestazioni più scarse dei partecipanti con OC elevata sono coerenti con una carenza nella percezione e nell'esperienza degli stati affettivi. Questo è in linea con le previsioni degli autori.

Gli autori avevano due obiettivi nel secondo studio. In primo luogo, volevano replicare i risultati dello Studio 1 all'interno di una gamma completa di tendenze OC. In secondo luogo, hanno cercato di sostenere l'idea che la relazione tra OC e la compromessa IE esperienziale è specificamente correlata alla tendenza di persone con un alto livello di OC a fare affidamento su *proxies* per i loro stati interni. A tal fine, un ampio campione di 120 partecipanti, 92 donne, 28 uomini, età media 23.63, hanno completato il MCSEIT e l'OCI-R e un nuovo test per misurare la tendenza ad utilizzare *proxies* per valutare un'ampia gamma di stati interni dalla fame alla vicinanza emotiva e l'ansia. Depressione, ansia e i sintomi di stress sono stati misurati utilizzando la Depression, Anxiety e Stress Scales-21 (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995a). I partecipanti hanno risposto a 15 domande che valutavano la loro tendenza ad affidarsi a *proxies* per i vari stati interni. Questi elementi costituiscono un modello che mira a misurare le differenze individuali su queste tendenze, Seeking Proxies for Internal State nel DOC (SPIS, Lazarov et al., 2010, Liberman e Dar, 2009). Si basano su criteri chiari piuttosto che sull'intuito, per esempio: "Per sapere quanto sono affamato, considero cosa e quando ho mangiato".

I risultati dello Studio 2 replicano e integrano i risultati dello Studio 1. In un ampio campione di 120 partecipanti non selezionati, i sintomi di OC erano correlati negativamente con l'IE esperienziale ma non con IE strategica. Come gli autori si aspettavano, i sintomi di ansia e depressione, che sono associati ai sintomi di OC sia nelle popolazioni cliniche e non (Abramowitz & Jacoby, 2015), hanno prodotto modelli simili di correlazioni con le aree MSCEIT. Tuttavia, le correlazioni dei sintomi di OC con l'IE esperienziale sono rimaste statisticamente significative dopo aver controllato l'associazione per ansia e depressione. Come nello Studio 1 partecipanti con OC elevate hanno ottenuto punteggi inferiori nell'area esperienziale del MSCEIT rispetto ai partecipanti con OC basse, ma non differivano da loro nei punteggi delle aree strategiche. In questo studio, gli autori hanno introdotto un nuovo modello progettato per misurare la dipendenza da indicatori per gli stati interni (SPIS). Il modello ha evidenziato delle correlazioni similmente a quello dell'OCI-R, suggerendo che l'IE esperienziale compromessa tra le persone ad alte tendenze OC è legata alla loro difficoltà generale ad accedere agli stati interni.

Studio 3. Che cosa si verifica nelle tendenze OC che potrebbe causare l'attenuazione osservata dell'accesso alle emozioni vissute? Un sospetto chiave è il dubbio ossessivo, che è un sintomo che definisce il disturbo ossessivo compulsivo. Gli autori hanno esaminato la possibilità che la relazione tra tendenze OC e bassa intelligenza emotiva esperienziale possa essere attribuita anche al dubbio. I partecipanti di questo studio erano 51 donne e 9 uomini, età media 23,16, studenti universitari di psicologia ed era stato detto loro che sarebbero stati testati nel campo delle emozioni. I partecipanti sono stati assegnati in modo casuale al gruppo in cui si minaccia la fiducia e ad un gruppo di controllo. Ai partecipanti del gruppo di fiducia minacciata è stato detto che nel questionario verrà chiesto loro di rispondere a una serie di domande riguardanti i diversi aspetti delle emozioni. Alcune di queste domande mettono alla prova la loro capacità di riconoscere le emozioni in modo accurato. Inoltre, sono stati informati che diversi studi nel campo delle emozioni dimostrano che sebbene le persone spesso si sentono abbastanza sicure quando viene chiesto loro di identificare le emozioni, in realtà le loro risposte sono spesso imprecise. Pertanto, ai partecipanti viene chiesto di controllarsi e di assicurarsi delle risposte che stanno dando. Ai partecipanti del gruppo di controllo non furono date ulteriori informazioni o istruzioni prima di procedere con il MSCEIT. Inoltre ai due gruppi furono dati anche fogli di risposte diverse. Mentre il gruppo di controllo ha ricevuto fogli di risposte standard, i fogli di risposta del gruppo di fiducia minacciata comprendeva la seguente frase scritta in cima al foglio: “Ricorda, le persone spesso si sentono fuorviate dalla fiducia nella loro capacità di riconoscere le emozioni in modo accurato. Pertanto, prova a controllare te stesso e di accertarti di essere sicuro delle risposte che stai dando”. Infine, si è chiesto ai partecipanti di entrambi i gruppi di valutare quanto erano sicuri della loro prestazione nel test su una scala da 0 a 100%. I risultati dimostrano che minacciare la fiducia dei partecipanti nella loro capacità di valutare i propri sentimenti sembra aver attenuato il loro accesso a tali sentimenti. Questi risultati assomigliano molto a quelli dello Studio 1 e dello Studio 2, il gruppo di fiducia minacciata infatti ha una reazione molto simile a quella dei partecipanti con alti livelli di OC, una semplice manipolazione ha minacciato la fiducia di partecipanti sani. In accordo con le precedenti scoperte degli autori sulla tensione muscolare (Lazarov et al., 2012b, 2015), i risultati dello Studio 3 suggeriscono che il dubbio potrebbe essere un fattore importante che causa e/o aggrava l'indebolimento dell'accesso agli stati interni nel DOC.

In conclusione, gli autori confermano l'ipotesi iniziale, hanno dimostrato che i partecipanti con alti livelli di OC avevano un'intelligenza emotiva esperienziale inferiore rispetto ai partecipanti con bassi livelli di OC, ma non dimostravano di avere un'intelligenza emotiva strategica inferiore (Studio 1). Inoltre, hanno riscontrato che sia i sintomi delle OC che la tendenza a fare affidamento sui *proxy* per accedere agli stati interni erano similmente correlati ad una inferiore IE esperienziale ma non alla IE strategica (Studio 2). Infine, gli autori hanno dimostrato che questo schema di risultati poteva essere imitato inducendo sperimentalmente il dubbio sulle proprie emozioni nei partecipanti non selezionati (Studio 3).

E' sorprendente che una singola manipolazione della fiducia abbia compromesso le prestazioni in un test che si presume misuri una disposizione stabile, l'Intelligenza Emotiva. Questa scoperta, tuttavia, è meno sorprendente in considerazione degli approcci psicologici sociali, secondo i quali le capacità intellettuali non dovrebbero essere considerate solo come disposizioni stabili, ma possono variare considerevolmente in funzione delle caratteristiche situazionali (Cohen et al., 2006; Steele & Aronson, 1995).

I risultati di questi tre studi confermano la teoria degli autori Seeking Proxies For Internal States nel disturbo ossessivo compulsivo (Lazarov et al., 2010; Liberman & Dar, 2009), secondo la quale una caratteristica centrale del disturbo ossessivo compulsivo è la compromissione dell'accesso agli stati interni. Inoltre in linea con l'ipotesi SPIS, secondo Doron et al., 2014, i pensieri ossessivi rappresentano un importante indicatore esterno per i sentimenti nelle persone con RDOC. Per esempio, preoccupazioni ossessive per i piccoli difetti fisici del partner potrebbero essere interpretate come una prova che i propri sentimenti nei confronti del partner non sono abbastanza forti. Sfortunatamente, tentare di sopprimere tali pensieri ossessivi serve solo a perpetuare il ciclo ossessivo (Liberman & Foerster, 2000; Purdon & Clark, 2002) portando l'individuo ad allontanarsi ulteriormente dall'esperienza emotiva immediata. Questo è una dimostrazione di come la difficoltà di identificare le proprie emozioni abbia effetti particolarmente dannosi sulle relazioni personali.

Questi risultati sono coerenti con il modello Seeking Proxy for Internal States nel DOC, secondo cui le tendenze OC sono caratterizzati da un accesso compromesso ai propri sentimenti il quale potrebbe essere sia la causa che il risultato di una ridotta fiducia nei propri sentimenti. Questi risultati confermano il modello SPIS nel disturbo ossessivo compulsivo e sottolineano l'importanza dell'Intelligenza Emotiva esperienziale in psicopatologia.

2.4 Uno studio sul dubbio nel disturbo ossessivo compulsivo. Chiang e Purdon, 2023

Il disturbo ossessivo compulsivo è stato definito la "malattia del dubbio", eppure c'è stata poca ricerca sulla sua fenomenologia e caratteristiche. Tuttavia, c'è poca coerenza nel modo in cui il dubbio viene concettualizzato e valutato ed esso non è direttamente preso in considerazione nei principali modelli di trattamento. Quando studiamo il dubbio, non sappiamo cosa sia importante nel contesto del disturbo ossessivo compulsivo in quanto è stato interpretato in una varietà di modi.

Per esempio, come abbiamo visto, Lazarov, Dar e colleghi (Dar et al., 2016; Lazarov et al., 2012) hanno proposto che gli individui affetti da disturbo ossessivo compulsivo abbiano un accesso ridotto ai loro stati interni, il che porta a dubitare di sé stessi e ad affidarsi in modo compensatorio a *proxy* per prendere decisioni, come i rituali compulsivi.

Nonostante l'evidenza che il dubbio può essere un importante fattore di mantenimento nel disturbo ossessivo compulsivo e che influenza la risposta al trattamento, al momento non ci sono stati studi su come il dubbio sia vissuto da persone con disturbo ossessivo compulsivo. Non abbiamo una buona comprensione della sua prevalenza quando le persone con disturbo ossessivo compulsivo lo identificano, come e quando nel ciclo

del disturbo ossessivo compulsivo il dubbio si manifesta, la sua gravità e il suo impatto, quali comportamenti suscita e come viene valutato. Tuttavia, tale ricerca è fondamentale per sviluppare misure di valutazione valide e affidabili e per ulteriori indagini empiriche. In altre parole, finché non comprendiamo la fenomenologia del dubbio, non sappiamo cosa studiare empiricamente, né come farlo.

Questo studio è stato progettato per esaminare la fenomenologia del dubbio nel DOC e determinare se ci sono aspetti del dubbio che sono unici per i pazienti con un DOC clinicamente significativo. A tal fine, gli autori hanno somministrato un'intervista semi strutturata a persone con disturbo ossessivo compulsivo e a persone con una diagnosi di disturbi mentali (principalmente disturbi d'ansia) che hanno riportato anche sintomi subclinici di disturbo ossessivo compulsivo. Quest'ultimo gruppo di controllo clinico era interessante da studiare perché hanno sperimentato pensieri ossessivi e azioni compulsive con frequenza sufficiente per riferire della loro esperienza di dubbio, ma senza soddisfare tutti i criteri per il disturbo ossessivo compulsivo. Confrontando la loro esperienza di dubbio rispetto a quella delle persone con disturbo ossessivo compulsivo, possiamo identificare le caratteristiche distintive del dubbio, tra cui ciò che potrebbe trasformare sintomi subclinici in sintomi clinicamente significativi e quindi sono importanti da studiare in un paradigma sperimentale. Basato sul modello cognitivo comportamentale (CBT) del disturbo ossessivo compulsivo, che prevede che le ossessioni e le compulsioni si collochino su un continuum, gli autori si aspettavano che il campione subclinico riportasse un dubbio meno severo. Tuttavia, gli autori non avevano alcuna ipotesi a priori in merito poiché non c'è nessuna teoria o ricerca che possa aiutare a fare previsioni.

I partecipanti sono stati reclutati dalla Anxiety Studies Division (ASD) del Centro per la ricerca sulla salute mentale dell'Università di Waterloo. Valutazioni di gravità clinica (CSR; range da 1 a 8) provenienti dal Anxiety Disorders Interview Schedule 5 (ADIS-5; Brown & Barlow, 2014) sono state assegnate alle diagnosi cliniche e subcliniche dei partecipanti. Partecipanti che hanno riferito di aver sperimentato ossessioni e/o compulsioni sono stati reclutati da un database. Il campione DOC comprendeva 44 partecipanti di età media di 32 anni, 79.5% donne, 18.2% uomini, 2.3 transgender, mentre il campione subclinico DOC comprendeva 21 partecipanti con età media di 30 anni, 85.7% donne, 9.5 uomini, 4.8% transgender.

L'intervista è stata sviluppata per questo studio sul modello degli studi fenomenologici sulle immagini intrusive (es. Lipton et al., [2010]) e consisteva in cinque moduli. I primi tre sono stati somministrati a tutti i partecipanti mentre gli ultimi due sono stati somministrati solo a coloro che hanno riferito di aver avuto dubbi e immagini intrusive durante il loro ciclo di OC. Nel primo modulo, ai partecipanti è stata fornita una descrizione dei pensieri ossessivi sulla base dei criteri diagnostici del DSM-5 e di esempi di ossessioni e compulsioni tratti dall'ADIS-5.

I partecipanti hanno poi descritto un episodio recente in cui hanno sperimentato un pensiero ossessivo angosciante. Nel secondo modulo, i partecipanti hanno descritto come il contenuto ossessivo è stato sperimentato: (a) dichiarazione verbale; b) narrazione o conversazione mentale; (c) immagine; (d) dubbio;

(e) impulso o spinta; e/o (f) sensazione fisica. Queste categorie sono basate sul DSM-5 e sulla ricerca di forme di ossessioni (Ferrao et al., 2012; Hallam & O'Connor, 2002).

I partecipanti hanno identificato la forma più importante e l'hanno classificata dalla più alla meno angosciante. Nel terzo modulo, i partecipanti hanno fornito una descrizione dettagliata dell'intero episodio. A tutti i partecipanti che hanno riferito di avere dei dubbi è stato somministrato il quarto modulo. In questa sezione, sono state poste domande aperte su come hanno vissuto il dubbio, su cosa hanno dubitato, le emozioni più fortemente legate al dubbio e la percentuale dei loro episodi di OC che comportavano dubbi. Per valutare la gravità del dubbio, i partecipanti hanno utilizzato una scala Likert a 11 punti (0-10) per valutare gli indici di gravità della convinzione del dubbio, eccessività, difficoltà ad allontanarlo e capacità di resistere al dubbio, l'angoscia, la credibilità dei dubbi e la compromissione. Ai partecipanti è stato anche chiesto come hanno risposto al dubbio e gli indici di gravità di tali risposte (frequenza, compromissione, capacità di resistere, successo dei comportamenti).

Infine, per valutare il modo in cui è stato valutato il dubbio, i partecipanti hanno identificato la loro peggiore paura nel caso in cui il dubbio si avverasse e valutare la probabilità e la gravità percepite di questo scenario, utilizzando la scala Likert a 11 punti (0-10). L'intervistatore ha quindi utilizzato la tecnica della freccia discendente (cfr Purdon, 2021) per identificare le idee fondamentali alla base del dubbio, chiedendo ai partecipanti cosa significherebbe per loro, per le altre persone e/o per il mondo se il dubbio fosse vero. Il quinto modulo ha esplorato la loro esperienza di immagini se avvallate, confermate.

I risultati dello studio mostrano che tutti i partecipanti tranne uno nel gruppo DOC hanno sperimentato dubbi durante i loro episodi di OC e il dubbio si è verificato in media nell'80% degli episodi tra coloro che l'hanno provato. Nel gruppo subclinico, tutti tranne quattro hanno sperimentato dubbi durante i loro episodi di OC, e il dubbio era presente nel 72% dei casi. Ciò suggerisce che le ricerche precedenti potrebbero aver sottostimato la prevalenza del dubbio. I risultati sono in linea con quelli di Akhtar et al., 1975 che ha riscontrato che il 75% dei partecipanti ha sperimentato dubbi, suggerendo che esso è altamente prevalente, coerente con l'identificazione del DOC come la "malattia del dubbio". I partecipanti hanno sperimentato un dubbio ossessivo (ad esempio, "mi ammalerò?"), dubbi sul fatto che una compulsione sia stata eseguita correttamente (ad esempio, "l'ho fatto nella giusta tempistica?") e dubbi sulla memoria, sui sensi, o sul processo cognitivo. Queste aree di contenuto sono state identificate in ricerche precedenti ma non collettivamente e possono spiegare perché le stime sulla prevalenza del dubbio è stata così varia. Tre categorie di dubbi sono state individuate: i) dubbio sulla propria sicurezza o sullo stato delle cose (cioè contenuto ossessivo); ii) dubbi sul fatto che le compulsioni siano state eseguite correttamente o sufficientemente per evitare danni; e iii) dubbio sui sensi, la memoria o la capacità cognitiva. La prima categoria di dubbi riguardava l'esistenza o meno di una qualsiasi minaccia (ad esempio, i fornelli sono accesi o spenti, sono contaminato o meno, ecc.), indipendentemente da qualsiasi compulsione compiuta e/o di una sfiducia nelle compulsioni. Al contrario, le altre due categorie riguardavano compulsioni completate, in cui la seconda categoria di dubbio si concentrava sul fatto che le compulsioni fossero fatte abbastanza bene, e la

terza categoria di dubbi è concentrata sul fatto se ci si poteva fidare della propria memoria o delle proprie sensazioni durante la compulsione. Ogni concettualizzazione precedente sembra essere valida ma nessuna includeva tutti e tre gli aspetti del dubbio che gli autori hanno identificato. Sebbene il dubbio sia spesso considerato un dominio di contenuto delle ossessioni (ad esempio, come nel YBOCS), questi risultati supportano l'argomentazione di Abramowitz e di Jacoby, 2015 secondo cui il dubbio potrebbe essere più appropriatamente considerato come una forma di ossessione trasversale ai domini di contenuto del disturbo ossessivo compulsivo, ad esempio, nelle paure di contaminazione ("c'erano feci su quella maniglia della porta?"), idee ripugnanti ("mi sono eccitato sessualmente quando ho visto quel bambino?"), danno ("forse i fuochi sono accesi e ho provocato un incendio"), e simmetria/esattezza ("sono perfettamente ad angolo tra loro?").

Il dubbio sul fatto che una compulsione sia stata eseguita correttamente potrebbe suscitare la ripetizione di una compulsione, e la ripetizione potrebbe generare dubbi di carattere cognitivo, sensoriali e di memoria in loco, che a loro volta potrebbero portare a un dubbio generale e stabile su questi fattori. Pertanto, le tre aree del dubbio potrebbero essere correlate e avere fattori causali comuni, come l'intolleranza all'incertezza in ambiti sensibili e la mancanza di fiducia nei propri sensi quando la posta in gioco è alta. La ricerca sulla prevalenza e l'impatto del dubbio nel disturbo ossessivo compulsivo dovrebbero pertanto valutare o includere tutti e tre i domini del dubbio.

Il dubbio è stato vissuto dai partecipanti come un flusso verbale di pensieri ma il gruppo DOC lo ha descritto in modo univoco come conoscenza percepita (convinzione interna). Questo può spiegare perché alcune persone trovano il dubbio così difficile da eliminare; non è un prodotto del ragionamento verbale ma una convinzione interna, implicita e fattuale come la consapevolezza del sentir la sete. Quasi tutti i partecipanti hanno riferito che l'emozione associata all'esperienza del dubbio era ansia e/o paura. Altre emozioni includevano senso di colpa, vergogna, tristezza e rabbia, provate da un terzo alla metà dei partecipanti in ciascun gruppo. L'esperienza della vergogna e del senso di colpa suggerisce che il dubbio ha un significato importante per il sé, una scoperta che è coerente con i risultati degli autori sulla valutazione del dubbio.

Entrambi i gruppi hanno valutato il loro dubbio come eccessivo, indicando una buona intuizione, ma allo stesso tempo lo hanno valutato come molto credibile, difficile da eliminare. Contrariamente alle ipotesi, non ci sono state differenze tra i gruppi per quanto riguarda la gravità dell'esperienza del dubbio stesso. Tutti i partecipanti hanno reagito al dubbio con strategie reattive, come il controllo, il lavaggio, la ricerca di rassicurazione o con il tentativo di bloccarlo o sopprimerlo. Questo dimostra la potenza intrinsecamente distruttiva del dubbio anche nelle persone con DOC subclinico. Inoltre molti partecipanti hanno agito in modo proattivo per prevenire l'insorgere del dubbio o per ridurne l'intensità e questo è coerente con la ricerca precedente di Bucarelli e Purdon, 2016 che hanno riscontrato che durante l'utilizzo di fornelli persone con disturbo ossessivo compulsivo guardavano meno gli oggetti infiammabili (fiammiferi, carta, asciugamani, ecc.) vicino ai fornelli rispetto al gruppo di controllo di ansiosi, così non avrebbero dovuto codificare la posizione degli elementi in relazione al fornello, oltre allo stato del fornello.

Entrambi i gruppi hanno riferito che il loro dubbio era associato a paura, ansia, vergogna e senso di colpa. Alla domanda sul significato del dubbio relativo a sé stessi, se fosse vero (es. “se avessi lasciato la stufa accesa”, “se non mi fossi lavato le mani correttamente”), quasi tutti hanno riferito che ciò significa qualcosa di loro stessi. La relazione identificata tra il dubbio e la visione negativa di sé ci aiuta a capire perché il dubbio sia stato vissuto in modo così negativo da entrambi i gruppi, anche se avevano chiaramente intuito l'eccessiva e/o irrazionale natura del loro dubbio. In altre parole, le persone affette da disturbo ossessivo compulsivo non dubitano qualunque cosa; il dubbio può sorgere solo quando vengono attivate specifiche convinzioni di base del sé. Inoltre, le azioni intraprese per prevenire, ridurre o risolvere dubbi possono avere interessi al di là della sicurezza o protezione temporanea, esse riflettono ulteriormente le convinzioni fondamentali del proprio carattere e del proprio valore. Questo suggerisce che identificare e affrontare le convinzioni fondamentali negative può essere importante per il trattamento e l'aiuto di persone con disturbo ossessivo compulsivo a tollerare il dubbio che potrebbe verificarsi prima, durante e dopo il completamento di una compulsione. I gruppi subclinici e DOC non differivano in ciò di cui dubitavano, il dubbio quindi potrebbe essere costante attraverso i diversi livelli di sintomi DOC.

La compromissione delle risposte reattive al dubbio è risultata maggiore nel gruppo DOC e hanno riferito di avere una minore capacità di resistere alla loro azione. La maggior gravità dei sintomi è stata associata a una gamma più ampia di reazioni reattive (ma non proattive) e a un minor successo di strategie proattive (ma non reattive).

Questo studio suggerisce che è importante aiutare le persone ad identificare la loro interpretazione del significato e dell'importanza del dubbio in quanto si può porre rimedio all'angoscia che i comportamenti proattivi e reattivi intendono attenuare. Le misure del dubbio così come viene vissuto nel contesto del DOC dovrebbe quindi valutare tutti e tre i domini del dubbio: la memoria, le compulsioni fatte bene e i processi cognitivi e sensoriali al fine di stabilire correttamente la prevalenza e le teorie del dubbio li dovrebbero includere tutti in quanto potrebbero essere interdipendenti e dovrebbero vedere il dubbio come una forma di ossessione, come un'immagine o un impulso, piuttosto che un dominio di contenuto.

In definitiva questo studio getta le basi per lo sviluppo di una misura quantitativa valida del dubbio, nonché di paradigmi sperimentali affidabili ed ecologicamente validi per studiare il dubbio, la persistenza delle compulsioni e il disturbo ossessivo compulsivo.

Capitolo 3.

Discussione

Questo elaborato prende in esame quattro studi sul dubbio. E' stato dato un ordine cronologico per mettere in evidenza l'evoluzione di come parte della ricerca abbia affrontato la fenomenologia e le caratteristiche di questo importante fattore del disturbo ossessivo compulsivo tanto da definire questa patologia come la malattia del dubbio.

Nel 2004 Rachman e Radomsky sottolineano l'importanza della struttura dell'esperimento che deve essere scevra da emozioni, come l'ansia, che possono diventare provocazioni che causano distrazioni dalle informazioni significative e compromettere il processo mnestico bloccando l'accesso alle informazioni rilevanti.

Nel 2015 Pushkarskaya et al. prendono in esame il dubbio nel processo decisionale in condizioni di incertezza e dimostrano che i pazienti DOC sono più intolleranti all'incertezza dovuta all'ambiguità piuttosto che al rischio. La compromissione quindi, il dubbio, riguarda la formazione delle decisioni basate sul valore e questo implica una compromissione di natura neurobiologica.

Nel 2016 Dar et al. affrontano il dubbio in relazione al ridotto accesso agli stati emotivi e ciò spinge i pazienti DOC a cercare degli indicatori esterni come sostituti. Un dubbio che nasce dalla carenza di percezione degli stati interni. Tale carenza può essere sia la causa che il risultato di una ridotta Intelligenza Emotiva esperienziale che produce una scarsa fiducia nei propri sentimenti.

Sono Chiang e Purdon nel 2023 che sottolineano l'importanza del dubbio come fattore di mantenimento del DOC decidendo di studiare come il dubbio è vissuto dai pazienti con lo scopo per meglio rispondere al trattamento. Gli autori esaminano la fenomenologia del dubbio nel DOC per studiarne gli aspetti che sono unici per i pazienti e hanno individuato tre categorie: il dubbio sulla propria sicurezza, dubbi sul fatto che le compulsioni siano state eseguite correttamente e il dubbio sui sensi, la memoria o la capacità cognitiva.

Il dubbio è pervasivo e vissuto con convinzione, come il sentir la sete e questo spiega perché è così difficile da eliminare, ha un significato importante per il sé e si attiva solo in relazione a specifiche convinzioni di base. Per questo è fondamentale aiutare le persone ad identificare la loro interpretazione del significato e dell'importanza del dubbio per attenuare l'angoscia che comportamenti reattivi e proattivi intendono alleviare. Gli autori auspicano di valutare tutti e tre i domini allo stesso tempo al fine di stabilire correttamente la prevalenza. Quest'ultimo studio non solo sottolinea la centralità del dubbio nel DOC ma ne fornisce una visione più ampia come una forma di ossessione piuttosto che un dominio di contenuto gettando le basi per lo sviluppo di approcci più ampi e paradigmi sperimentali affidabili. Le strategie proattive non sono state studiate

fino ad oggi e gli autori affermano che potrebbe essere importante iniziare ad includerle nelle misure di gravità dei sintomi. Per meglio comprendere la persistenza delle compulsioni, Chang e Purdon suggeriscono che studi di laboratorio futuri potrebbero analizzare l'impatto delle strategie proattive sul dubbio che può essere manipolato anche introducendo l'incertezza. Inoltre, gli autori suggeriscono studi riguardanti il dubbio in interventi basati sull'esposizione. Per esempio, si potrebbe far eseguire una compulsione ma interromperla prima di stabilire che si sia conclusa lasciando irrisolto il dubbio e quindi rimanere in contatto con il senso di incertezza. Si potrebbe anche incoraggiare le persone a tollerare una ragionevole quantità di dubbio nei loro processi sensoriali, di memoria e cognitivi. Infine, auspicano di poter valutare se affrontare le convinzioni di base negative riduce l'intensità emotiva del dubbio. In sintesi, nonostante sia riconosciuto come una caratteristica del disturbo ossessivo compulsivo, il dubbio è stato poco studiato fino ad ora e i risultati degli autori gettano le basi per lo sviluppo di una misura quantitativa valida del dubbio.

Per concludere, se gli altri autori hanno studiato il dubbio secondo un punto di vista eziologico, Chiang e Purdon studiano il dubbio come parte integrante, pervasiva, del disturbo stesso. Questo è un grande punto d'arrivo che può essere un grande punto di partenza.

Bibliografia

- Abramowitz, J.S., (2010). *Disturbo Ossessivo-Compulsivo. Sviluppi in Psicoterapia*. Firenze: Giunti Organizzazioni Speciali.
- Abramowitz, J. S., & Jacoby, R. J. (2015). Obsessive-compulsive and related disorders: A critical review of the new diagnostic class. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11,165–186.
- Abramowitz, J.S., McKay, D., & Taylor, S. (2008). *Obsessive-Compulsive Disorder, Subtypes and Spectrum Conditions*. Amsterdam: Elsevier.
- Akhtar, S., Wig, N. N., Varma, V. K., Pershad, D., & Verma, S. K. (1975). A phenomenological analysis of symptoms in obsessive compulsive neurosis. *The British Journal of Psychiatry*, 127 (4), 342–348.
- Albert, U., Bogetto, F., Maina, G., Saracco, P., Brunatto, C., Mataix-Cols, D. (2010). Family accommodation in OCD disorder: Relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. *Psychiatry Research*, 179 (2), 204–211.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *DSM IV Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Milano: Masson.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *DSM-5 Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Milano: Raffaello Cortina.
- Amir, N., Freshman, M., Foa, E. B. (2000). Family distress and involvement in relatives of obsessive compulsive disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 14 (3), 209–217.
- Arnold, P.D., Richter, M.A., (2007). *Handbook of Child and Adolescent Obsessive-compulsive Disorder: Genetics of Obsessive-Compulsive Disorder Evidence from Pediatric and Adults Studies*. Routledge.
- Ball, S. G., Baer, L., & Otto, M. W. (1996). Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder in behavioral treatment studies: A quantitative review. *Behaviour Research and Therapy*, 34 (1), 47–51.
- Bechara, A., Damasio, A.R., Damasio, H., Anderson, S.W., 1994. Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, 50, 7-15.
- Berrios, G. E. (1989). Obsessive-compulsive disorder: Its conceptual history in France during the 19th century. *Comprehensive Psychiatry*, 30 (4), 283–295.
- Bogetto, F., & Maina, G. (2006). *Elementi di Psichiatria*. Torino: Minerva Medica.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2014). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-5: Client interview schedule*. Oxford University Press.
- Bucarelli, B., & Purdon, C. (2016). Stove checking behaviour in OCD vs. anxious controls. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 53, 17–24.
- Camerer, C., Weber, M., 1992. Recent developments in modeling preferences: uncertainty and ambiguity. Kluwer Academic Publishers *Journal of risk and uncertainty* 5, 325-370.

- Calvocoressi, L., B. Lewis, M. Harris, S. J. Trufan, W. K. Goodman, C. J. McDougle, L. H. Price, 1995. Family accommodation in obsessive compulsive disorder, *American Journal of Psychiatry*, 152 (3), 441–443.
- Cavallaro, R., Cavedini, P., Mistretta, P., Bassi T., Angelone S., Ubbiali A., Bellodi L., 2003. Basal-corticofrontal circuits in schizophrenia and obsessive-compulsive disorder: a controlled, double dissociation study. *Biological Psychiatry*, Vol. 54, 437-443.
- Chiang, B., & Purdon, C. (2023) A study of doubt in obsessive-compulsive disorder, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* www.elsevier.com/locate/jbtep Vol.80, 101753-101753, Article 101753
- Cohen, G. L., Garcia, J., Apfel, N., & Master, A. (2006). Reducing the racial achievement gap: a social-psychological intervention. *American Association for the Advancement of Science*, 313, 1307-1310.
- Cohen, M., Jaffray, J.-Y., Said, T. (1987). Experimental comparison of individual behavior under risk and under uncertainty for gains and for losses. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 39, 1-22.
- Dar, R., Lazarov, A., & Liberman, N. (2016). How can I know what I'm feeling? Obsessive-compulsive tendencies and induced doubt are related to reduced access to emotional states. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 52, 128–137.
- Deacon, B. J. & Abramowitz, J. S. (2004). Cognitive and behavioural treatments for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. *Journal of Clinical Psychology*, 60 (4), 429–41.
- Dichter, G.S., Sikich, L., Song, A., Voyvodic, J., Bodfish, J.W. 2012. Functional neuroimaging of treatment effects in psychiatry: methodological challenges and recommendations. *International journal of neuroscience*, Vol. 122, 483-493.
- Doron, G., Derby, D. S., & Szepsenwol, O. (2014). Relationship obsessive compulsive disorder (ROCD): a conceptual framework. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 169-180.
- Eddy, K. T., Dutra, L., Bradley, R., & Westen, D. (2004). A multidimensional meta analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 24 (8), 1011–1030.
- Ferrao, Y. A., Shavitt, R. G., Prado, H., Fontenelle, L. F., Malavazzi, D. M., de Mathis, M. A., ... do Rosario, M. C. (2012). Sensory phenomena associated with repetitive behaviors in obsessive compulsive disorder: An exploratory study of 1001 patients. *Psychiatry Research*, 197 (3), 253–258.
- Figeé, M., Vink, M., de Geus, F., et al., 2011. Dysfunctional reward circuitry in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 69, 867-874.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43 (12), 1543–1558.
- Frost, RO., & Gross, R.C. (1993). The Hoarding of Possessions. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 367-381.

- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., et al. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, Vol. 14, 485-495.
- Geller, D., Biederman, J., Faraone S., Agranat, A., Craddock, K., Hagermoser, L., Kim, G., Frazier, J., Coffey, B. J. (2001). Developmental aspects of obsessive-compulsive disorder: Findings in children, adolescents, and adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 189, 471-477.
- Hallam, R. S., & O'Connor, K. P. (2002). A dialogical approach to obsessions. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75 (3), 333-348.
- Hamilton, V., 1957. Perceptual and personality dynamics in reactions to ambiguity. *The British journal of psychology*, Vol. 48, 200-215.
- Hoover, C., Insel, T. (1984) Families of Origin in OCD, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 172 (4), 207-15
- Huettel, S.A., Stowe, C.J., Gordon, E.M., Warner, B.T., Platt, M.L. (2006). Neural signatures of economic preferences for risk and ambiguity. *Neuron*, (Cambridge, Mass.) Vol. 49, 765-775.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D.S., Quinn, K., Sanislow, C., Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *The American journal of psychiatry*, Vol. 167, 748-751.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62 (6), 617-627.
- Kohlmann, C. W., Schumacher, A., Streit, R. (1988). Trait anxiety and parental child-rearing behavior: Support as a moderator variable. *Anxiety Research*, 1(1), 53-64.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606-613
- Laidlaw, T. M., Fallon, I. R. H., Barnfather, D., Coverdale, J. D. (1999). The stress of caring for people with obsessive compulsive disorders. *Community Mental Health Journal*, 35, 443-449.
- Lazarov, A., Cohen, T., Liberman, N., & Dar, R. (2015). Can doubt attenuate access to internal states? Implications for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 49, 150-156.
- Lazarov, A., Dar, R., Oded, Y., & Liberman, N. (2010). Are obsessive-compulsive tendencies related to reliance on external proxies for internal states? Evidence from biofeedback-aided relaxation studies. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 516-523.
- Lazarov, A., Dar, R., Liberman, N., & Oded, Y. (2012). Obsessive-compulsive tendencies and undermined confidence are related to reliance on proxies for internal states in a false feedback paradigm. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43 (1), 556-564.
- Lazarov, A., Dar, R., Liberman, N., & Oded, Y. (2012b). Obsessive-compulsive tendencies may be associated with attenuated access to internal states: evidence from a biofeedback-aided muscle tensing task. *Consciousness and Cognition*, 21, 1401-1409.

- Lebowitz, E. R., Panza, K. E., Su, J., Bloch, J. M. (2012). Family accommodation in pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *Expert Review Neurotherapeutic*, 12(2), 229-238.
- Levy, Ifat ; Snell, Jason ; Nelson, Amy J; Rustichini, Aldo ; Glimcher, Paul W (2010). Neural representation of subjective value under risk and ambiguity. *Journal of Neurophysiology*, Vol. 103, 1036-1047.
- Liberman, N., & Dar, R. (2009). Normal and pathological consequences of encountering difficulties in monitoring progress toward goals. In G. Moskowitz, & H. Grant (Eds.), *The psychology of goals* 227-303. New York: Guilford Press
- Liberman, N., & Foerster, J. (2000). Expression after suppression: a motivational explanation of postsuppressional rebound. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 190-203.
- Lipton, M. G., Brewin, C. R., Linke, S., & Halperin, J. (2010). Distinguishing features of intrusive images in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 816-822.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, Vol.33 (3), 335-343
- Mancini, F. (2001). *Un Modello Cognitivo del Disturbo Ossessivo-Compulsivo*. *Psicoterapia*,1, 23-24.
- Mancini, F. (2005). *Il Disturbo Ossessivo Compulsivo. Nuovo Manuale di Psicoterapia Cognitiva*, Torino: Bollati Boringhieri Editore.
- Mansell, W., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2003). Internal versus external attention in social anxiety: An investigation using a novel paradigm. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 555-572.
- Mataix-Cols, D., Marks, I. M., Greist, J. H., Kobak, K. A., & Baer, L. (2002). Obsessive compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: Results from a controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 255-262.
- Mathews, A. M., & Sebastian, S. (1993). Suppression of emotional Stroop effects by fear-arousal. *Cognition and Emotion*, 7, 517-530.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey, & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* 3-31. New York, NY: Basic Books.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2002). *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) user's manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2004). Emotional intelligence: theory, findings, and implications. *Psychological Inquiry*, 15, 197-215.
- McKay, D., Sookmanb, D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Stein, D. J., Kyrios, M., Matthews, K., Veale, D. (2015). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, Vol. 225, 236-246.
- Momo E., (2007) Open School studi cognitivi Milano, Il ruolo della famiglia nel disturbo ossessivo compulsivo nei bambini: evoluzione, mantenimento dei sintomi ed opzioni terapeutiche <https://www.stateofmind.it/2017/01/disturbo-ossessivo-compulsivo-nei-bambini-famiglia/>

- Mullick, M. & Goodman, R. (2005). The prevalence of psychiatric disorders in 5–10 year olds in rural, urban and slum areas in Bangladesh. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 663–671.
- Ost, L. G., Havnen, A., Hansen, B., & Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive–compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014. *Clinical Psychology Review*, 40, 156–169.
- Pauls, DL., Rosario-Campos, MC., Leckman JF., Curi M., Quatrano S., Katsovitch, L., Miguel, EC., (1995). A Family Study of Early-Onset Obsessive-Compulsive Disorder, *American Journal of Medical Genetics*
- Purdon, C. (2021). Cognitive restructuring. In A. Wenzel (Ed.), *Handbook of cognitive behavior therapy*, Vol. I, 207–234. New York: American Psychological Association.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (2002). The need to control thoughts. In R. O. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment*, 29-43.
- Pushkarskaya H., Tolin D., Ruderman L., Kirshenbaum A., MacLaren K., Pittenger C., Levy I. (2015), *Journal of Psychiatric Research* www.elsevier.com/locate/psychires
- Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 40(6), 625–639.
- Radomsky, A. S., Rachman, S., & Hammond, D. (2001). Memory bias, confidence and responsibility in compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 813–822.
- Rangel, A., Camerer, C., Montague, P. Read, 2008. A framework for studying the neurobiology of value-based decision making. *Nature reviews Neuroscience*, Vol. 9, 545-556.
- Renshaw, K. D., Chambless, D. L., Steketee, G. (2003). Perceived criticism predicts severity of anxiety symptoms after behavioural treatment in patients with obsessive–compulsive disorder and panic disorder with agoraphobia, *Journal of Clinical Psychology*, 59, 411–421.
- Rogers, T. B., Kuiper, N. A., & Kirker, W. S. (1977). Self-reference and the encoding of personal information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 677–688.
- Salkovskis, PM., Forrester, E., (2002). Responsibility. In R. O. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment*, 45-61.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). Manual for the state-trait anxiety inventory (Form Y). Palo Alto, CA: *Consulting Psychologists Press*.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. (1999). Patient health questionnaire primary care study group. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Journal of the American Medical Association*, 282, 1734-1744.
- Starcke, Katrin; Tuschen-Caffier, Brunna; Markowitsch, Hans Joachim; Brand, Matthias, (2010). Dissociation of decisions in ambiguous and risky situations in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, Vol. 175, 114-120.
- Steele, C. M., & Aronson, J. (1995). Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 797.

Storch, Eric A.; Geffken, Gary R.; Merlo, Lisa J.; Jacob, Marni L.; Murphy, Tanya K.; Goodman, Wayne K.; Larson, Michael J.; Fernandez, Melanie; Grabill, Kristen (2007). Family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36 (2), 207–216.

Summerfeldt, L.J., Richter, M.A., Antony, M.M., & Swinson R.P. (1999). Symptom Structure in Obsessive-Compulsive Disorder: A Confirmatory Factor-Analytic Study. *Behaviour Research Therapy*, 37, 297-311.

Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D., Amir, N. P., Street, G. P., & Foa, E. B. (2001). Memory and memory confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 913–927.

Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D., & Foa, E. B. (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(2), 233–242.

Tymula, A., Belmaker, L.A.R., Roy, A.K., Ruderman, L., Manson, K., Glimcher, P.W., Levy, I. (2012). Adolescents' risk-taking behavior is driven by tolerance to ambiguity. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, Vol.109 (42), p.17135-17140.

Tymula, A., Belmaker, L.A.R., Ruderman, L., Glimcher, P.W., Levy, I. (2013). Like cognitive function, decision making across the life span shows profound age-related changes. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, Vol. 110, 17143-17148.

Valleni-Basile, L., Carol, Z., Jackson, K. (1995). Family and psychosocial predictors of obsessive compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 4, 193–206.

Van Noppen, B. & Steketee, G. (2009). Testing a conceptual model of patient and family predictors of obsessive compulsive disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 18–25.

Virgilio, *Georgiche* libro 4, 485-500

Waters, T. L. & Barrett, P. M. (2000). The Role of the Family in Childhood Obsessive–Compulsive Disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3(3), 173- 184.

World Health Organisation. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva: World Health Organisation.

Wu, M.S., Geller, D.A., Schneider, S.C., Small, B.J., Murphy, T.K., Wilhelm, S., Storch, E.A. (2019). Comorbid Psychopathology and the Clinical Profile of Family Accommodation in Pediatric OCD. *Child Psychiatric and Human Development*, Vol. 50 (5), 717-726

Zhang, Long; Dong, Yi; Ji, Yifu; Zhu, Chunyan; Yu, Fengqiong; Ma, Huijuan; Chen, Xingui; Wang, Kai, 2015. Dissociation of decision making under ambiguity and decision making under risk: a neurocognitive endophenotype candidate for obsessive compulsive disorder. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, Vol. 57, 60-68.