

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**  
**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione**  
**Corso di Laurea in Scienze Psicologiche dello Sviluppo,**  
**della Personalità e delle Relazioni interpersonali**

**Elaborato Finale**

**Evitare il sé temuto:**  
**il ruolo del concetto di sé nel disturbo ossessivo-compulsivo**

**Avoiding Feared Self:**  
**the role of self-concept in Obsessive-Compulsive disorder**

*Relatrice:*

**Prof.ssa Gioia Bottesi**

*Laureanda:* **Vania Espinosa**

*Matricola n.* **1222501**

**Anno Accademico 2021-2022**



## INDICE

Introduzione.....	3
Capitolo 1: Disturbo ossessivo-compulsivo: .....	5
1.1 Criteri diagnostici .....	5
1.2 Caratteristiche fenomenologiche e principali sottotipi .....	6
1.3 Epidemiologia .....	7
1.4 Modelli eziologici .....	7
1.4.1 Il modello cognitivo delle ossessioni .....	7
1.4.2 Il modello comportamentale delle compulsioni .....	10
Capitolo 2: <i>Fear of the self</i> : .....	11
2.1 <i>Fear of the self</i> e <i>Self-discrepancy theory</i> .....	11
2.2 <i>Fear of the self</i> e <i>Cognitive dissonance theory</i> .....	12
2.3 <i>Fear of the self</i> : <i>excursus</i> storico .....	13
2.3.1 <i>Fear of Self Questionnaire</i> .....	15
2.4 Costrutti legati al <i>Fear of the self</i> : <i>Inferential confusion</i> e <i>Self-ambivalence</i> .....	15
2.4.1 <i>Inferential confusion</i> .....	15
2.4.2 <i>Self-ambivalence</i> .....	17
Capitolo 3: <i>Fear of the self</i> e disturbo ossessivo-compulsivo: .....	20
3.1 <i>Fear of the self</i> e sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo .....	20
3.2 <i>Fear of the self</i> e <i>inferential confusion</i> .....	23
3.3 <i>Fear of the self</i> e compulsioni di tipo <i>washing</i> .....	25
Capitolo 4: Discussione e conclusioni .....	29
Bibliografia .....	35



## INTRODUZIONE

Il presente lavoro è stato realizzato allo scopo di illustrare quanto finora emerso dalla ricerca condotta per quanto riguarda il ruolo rivestito, nell'ambito della sintomatologia ossessivo-compulsiva, dal *fear of the self* –costrutto definito dalle caratteristiche che l'individuo teme di possedere o di poter acquisire-. I risultati di tali studi risultano di fondamentale importanza, in quanto permettono una migliore comprensione dei processi cognitivi disfunzionali implicati nelle manifestazioni cliniche del disturbo ossessivo-compulsivo e dei vissuti di colpa spesso riscontrati nei pazienti che rientrano in questo quadro clinico.

Il primo capitolo si incentrerà sulla descrizione del disturbo ossessivo-compulsivo. Verranno, in particolare, presi in esame i criteri diagnostici che definiscono questo quadro clinico, le principali manifestazioni sintomatologiche in cui può presentarsi, aspetti legati all'epidemiologia e i principali processi di natura cognitiva e comportamentale coinvolti nella sua eziologia.

Nel secondo capitolo verrà invece affrontata la tematica del *fear of the self*. Tale costrutto sarà trattato innanzitutto facendo riferimento alla *Self-discrepancy theory*, la cornice teorica all'interno della quale è stato originariamente formulato, per poi essere inserito anche nell'ambito di un secondo modello teorico, ossia la *Cognitive dissonance theory*. Dopo un breve excursus storico riguardante l'evoluzione del *fear of the self* nella storia, sarà presentato il *Fear of Self Questionnaire*, che costituisce il principale strumento di *assessment* di questo costrutto. Il capitolo si concluderà con la descrizione di alcuni costrutti legati al *fear of the self*, in particolare l'*inferential confusion* e la *self-ambivalence*.

Il terzo capitolo sarà incentrato sull'esposizione dei principali risultati di ricerca emersi nell'ambito della relazione esistente fra *fear of the self* e disturbo ossessivo-compulsivo. Tali dati, oltre a suggerire l'esistenza di una relazione di causa-effetto fra questi fenomeni, permettono di comprendere come il *fear of the self* interagisca con l'*inferential confusion*. Il capitolo prenderà, infine, in esame il ruolo rivestito dal *feared of the self* nell'ambito della sintomatologia ossessivo-compulsiva di tipo *washing*.

Il capitolo conclusivo metterà infine in evidenza i principali limiti degli studi presi in considerazione, e offrirà dei suggerimenti riguardanti il modo in cui quanto emerso dai dati di ricerca possa risultare utile dal punto di vista clinico terapeutico.



## CAPITOLO 1: DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO

### 1.1 Criteri diagnostici

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC), secondo la quinta edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5; *American Psychiatric Association* [APA, 2013]), si colloca all'interno della categoria denominata "Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati". I sintomi caratteristici di questo disturbo sono le ossessioni e le compulsioni.

Il termine "ossessione" si riferisce a un pensiero, un impulso o un'immagine che si presenta alla mente dell'individuo come intrusivo e indesiderato, e che si accompagna a vissuti di forte ansia e *distress*. Gli individui che sperimentano pensieri di natura ossessiva tendono solitamente a mettere in atto dei tentativi di soppressione o neutralizzazione nei loro confronti (APA, 2013).

Il termine "compulsione" si riferisce invece a comportamenti messi in atto ripetitivamente allo scopo di far fronte alle ossessioni (attenuando il vissuto di ansia da esse provocato o allontanando la possibilità che eventuali eventi temuti abbiano luogo) o allo scopo di aderire a rigide regole soggettive (APA, 2013). Le compulsioni possono essere distinte in due categorie: le compulsioni *overt* e le compulsioni *covert*. Le prime si manifestano come veri e propri gesti osservabili dall'esterno (per esempio lavarsi le mani, riordinare o controllare), mentre le seconde si presentano come azioni mentali (per esempio pregare o contare mentalmente).

A seconda dei casi, un paziente può sperimentare uno solo fra questi due sintomi o entrambi.

Per poter emettere una diagnosi di DOC, oltre alla presenza di ossessioni e compulsioni, è necessario che siano soddisfatti anche altri criteri diagnostici: i sintomi devono essere *time-consuming* (devono cioè sottrarre all'individuo una grande quantità di tempo), devono provocare disagio clinicamente significativo e compromettere il funzionamento del paziente nella sua vita quotidiana. Sono inoltre presenti dei criteri differenziali: bisogna cioè assicurarsi che i sintomi del paziente non siano imputabili all'uso di sostanze, alla presenza di altri disturbi mentali o di altre condizioni mediche (APA, 2013).

Al momento della diagnosi, occorre inoltre specificare quale sia il livello di *insight* dell'individuo. Nonostante, infatti, il DOC sia un disturbo egodistonico, diversi pazienti con questa diagnosi possono presentare diversi livelli di consapevolezza rispetto all'irrazionalità dei propri pensieri e dei propri comportamenti. Il livello di *insight* si definisce quindi buono o sufficiente (nei casi di egodistonia completa, in cui il paziente riconosce il contenuto delle proprie ossessioni come implausibile), scarso (quando il paziente attribuisce alle proprie ossessioni un certo grado di credibilità) o assente (quando le ossessioni sono assimilabili a convinzioni deliranti).

È infine necessario specificare l'eventuale presenza, nella storia del paziente, di un disturbo da *tic*. (APA, 2013).

## 1.2 Caratteristiche fenomenologiche e principali sottotipi

Le manifestazioni cliniche del DOC possono differire molto da paziente a paziente. È comunque possibile individuare quattro diversi sottotipi principali, distinti in base alla tematica su cui si focalizzano le ossessioni e le compulsioni: pulizia, simmetria, pensieri proibiti o tabù e controllo (APA, 2013).

Il primo sottotipo (*washing*) si caratterizza per la presenza di ossessioni e/o compulsioni incentrate sulla tematica della pulizia. Comportamenti compulsivi che rientrano in questa categoria sono per esempio il lavaggio prolungato delle mani o l'igienizzazione eccessivamente frequente degli oggetti e delle superfici. La tipologia di contaminazione che il paziente tenta di evitare può essere, a seconda dei casi, una contaminazione da contatto o una contaminazione mentale (Krause *et al.*, 2020). I comportamenti dell'individuo sono mossi, nel primo caso, dal timore di entrare in contatto con germi o batteri nocivi, nel secondo caso da un tentativo di purificazione spirituale, ricercata allo scopo di cancellare un qualche tipo di colpa morale (Krause *et al.*, 2020).

Il secondo sottotipo (*ordering*) è definito dalla presenza di pensieri ossessivi legati alla tematica della simmetria e di successivi comportamenti di riordinamento compulsivo. I pazienti la cui sintomatologia rientra all'interno di questa categoria percepiscono quindi l'eccessiva necessità di assicurarsi che la disposizione degli oggetti rispetti determinati criteri soggettivi di ordine e simmetria (APA, 2013).

Il terzo sottotipo, indicato con l'espressione *forbidden thoughts* (FT), include pensieri di natura ossessiva incentrati prevalentemente su tre diversi ambiti: l'aggressività, la sessualità e la religione (Bramante *et al.*, 2021). Ossessioni che rientrano in questa categoria potrebbero consistere, per esempio, nell'impulso di pugnalarne una persona cara (aggressività), nell'immaginare di avere rapporti incestuosi (sessualità) o nel concepire pensieri di natura blasfema (religione). Questo genere di ossessioni, presentando contenuti fortemente contrastanti con i valori più radicati dell'individuo, tendono a suscitare emozioni di intenso disgusto, e sono generalmente seguite da compulsioni di tipo *covert* (Brakoulias *et al.*, 2013).

L'ultimo sottotipo (*checking*) si manifesta attraverso la messa in atto di ripetitivi comportamenti di controllo e ricontrollo. In questo caso l'individuo è angosciato dal dubbio di non aver portato a



termine determinati compiti (per esempio spegnere il gas o chiudere la porta di casa), e percepisce un eccessivo senso di responsabilità per le eventuali conseguenze catastrofiche della propria negligenza (Radomsky *et al.*, 2020).

### **1.3 Epidemiologia**

La prevalenza del DOC si aggira fra 1,1% e 1,8%. L'esordio si presenta solitamente attorno ai 19,5 anni, ma tende ad essere più precoce per gli individui di sesso maschile. In assenza di trattamento, il disturbo presenta un decorso cronico, soprattutto per i pazienti interessati da un esordio precoce. Il DOC è spesso presente in comorbidità con altre psicopatologie, come disturbi d'ansia (76%), disturbo depressivo o bipolare (63%), DOC di personalità (23%-32%) e disturbo da *tic* (30%) (APA, 2013).

### **1.4 Modelli eziologici**

#### **1.4.1 Il modello cognitivo delle ossessioni**

Per quanto riguarda l'eziologia del DOC, di particolare rilievo sono i modelli teorici che si sono focalizzati sul ruolo dei fattori di natura cognitiva. Alla base delle manifestazioni sintomatologiche di questo disturbo vi sarebbe infatti la tendenza a interpretare erroneamente i propri pensieri intrusivi. Tali valutazioni erranee darebbero luogo a successivi tentativi di neutralizzazione nei confronti dei pensieri disturbanti (*Obsessive Compulsive Cognitions Working Group* [OCCWG], 2003).

I fattori di natura cognitiva coinvolti nell'eziologia del DOC sono stati presi in esame dall'OCCWG (1997). Per prima cosa, è stata proposta una distinzione fra tre concetti: intrusioni, valutazioni e supposizioni. Con il termine "intrusione" (*intrusion*) ci si riferisce a pensieri, immagini o impulsi indesiderati, che costituiscono il sintomo centrale del disturbo. Il termine "valutazione" (*appraisal*) indica invece il modo in cui l'individuo interpreta i propri fenomeni mentali, e comprende il senso di responsabilità nei confronti dei propri pensieri, la probabilità di accadimento percepita dell'evento temuto e la necessità di prevenirlo. Le supposizioni hanno infine a che fare con convinzioni irrazionali da parte dell'individuo.

Successivamente, sono state individuate sei distorsioni cognitive implicate nel DOC: l'eccessivo senso di responsabilità nei confronti dei propri pensieri, la fusione pensiero-azione, l'eccessiva importanza attribuita al controllo sui propri pensieri, la sovrastima della minaccia, l'intolleranza all'incertezza (IU) e il perfezionismo.

In particolare, la prima di queste convinzioni disfunzionali consiste nella tendenza da parte dell'individuo ad attribuirsi il potere e la responsabilità di prevenire eventuali eventi catastrofici.

L'espressione "fusione pensiero-azione" (*thought-action fusion*, TAF) si riferisce, da un lato, all'idea che immaginare di compiere un'azione immorale sia colpevole tanto quanto metterla effettivamente in atto (*Moral TAF*); dall'altro alla convinzione che immaginare uno scenario catastrofico ne aumenti le probabilità di accadimento (*Likelihood TAF*).

Tali distorsioni cognitive portano il paziente a ritenere indispensabile il raggiungimento di un totale controllo sui propri pensieri. L'individuo è quindi spinto a un monitoraggio costante della propria attività mentale, alla preoccupazione per le conseguenze morali, psicologiche e comportamentali di un'eventuale perdita di controllo e per l'efficacia percepita di quest'ultimo.

La sovrastima della minaccia si riferisce invece alla lettura eccessivamente catastrofica delle ossessioni: tale distorsione cognitiva amplifica la stima della probabilità che gli eventi temuti abbiano luogo e la gravità delle loro eventuali conseguenze.

L'IU si riferisce alla tendenza da parte del paziente a percepirsi incapace di gestire adeguatamente le situazioni dall'esito incerto. L'IU potrebbe spiegare le difficoltà di *decision-making* spesso manifestate dai pazienti con DOC.

L'ultima convinzione disfunzionale, il perfezionismo, consiste nell'incapacità di tollerare la possibilità di commettere errori, e nella convinzione che per portare a termine un determinato compito sia possibile e necessario svolgerlo in maniera perfetta. Il perfezionismo sembra rivestire un ruolo di particolare rilievo per quanto riguarda i sottotipi *checking* e *washing*.

Il gruppo di ricerca si è occupato inoltre della costruzione e validazione di strumenti di *assessment* in grado di rilevare tali distorsioni cognitive (OCCWG, 2001). In particolare, l'*Obsessive Beliefs Questionnaire* (OBQ), composto da 87 *item*, prende in considerazione tutti i sei domini cognitivi sopra elencati. L'*Interpretation of Intrusions Inventory* (III), composto da 31 *item*, comprende invece solo il controllo e il senso di responsabilità nei confronti dei propri pensieri e l'importanza a essi attribuita.

Successivamente, a causa degli elevati livelli di correlazione rilevati fra i diversi domini cognitivi, è emersa la necessità di ridurre il numero. Il gruppo di ricerca ha quindi individuato tre fattori: Valutazione di Responsabilità/Minaccia (*Responsibility/Threat Estimation*), Perfezionismo/Certezza (*Perfectionism/Certainty*) e Importanza/Controllo dei pensieri (*Importance/Control of Thoughts*). In particolare, la Valutazione di Responsabilità/Minaccia sembra essere maggiormente legata a

ossessioni di danno e di contaminazione, mentre la dimensione Perfezionismo/Certezza a ossessioni riguardanti la simmetria e il controllo ripetitivo (OCCWG, 2005).

Il primo dei domini cognitivi individuati dall'OCCWG, l'eccessivo senso di responsabilità, è stato esaminato più nel dettaglio da Salkovskis e collaboratori (1999). Oggetto di preoccupazione da parte dei pazienti con DOC è il senso di responsabilità derivante sia da eventuali omissioni sia dalla possibilità di perdere il controllo sul proprio comportamento. Gli autori hanno indagato le possibili origini di tale eccessivo senso di responsabilità. I fattori di rischio individuati riguardano le esperienze vissute dai pazienti nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza, e sono: eccessivo incoraggiamento all'assunzione di responsabilità da parte di figure significative, regole di condotta eccessivamente rigide, iperprotettività e avvenimenti traumatici (Salkovskis *et al.*, 1999).

Per quanto riguarda il primo fattore, ci si riferisce in particolare a individui costretti ad assumersi delle gravose responsabilità molto precocemente, per via della necessità di prendersi cura di fratelli e genitori o perché usati come capri espiatori da parte di questi ultimi. Gli autori hanno proposto a questo proposito l'esempio di una paziente costretta fin dall'infanzia ad assumere il ruolo di *caregiver* nei confronti dei propri fratelli, in sostituzione di una madre assente (Salkovskis *et al.*, 1999).

Per quanto riguarda invece le rigide regole di comportamento, queste possono essere promosse da istituzioni scolastiche o religiose, le quali spesso fanno ricorso ai concetti di "colpa" e "punizione" (Salkovskis *et al.*, 1999). Influenze educative di questo tipo possono alimentare un eccessivo senso di responsabilità nell'individuo, e portare alla formazione di distorsioni cognitive come la fusione pensiero-azione. Gli autori, a titolo esemplificativo, hanno fatto riferimento al caso di una paziente di religione cattolica la quale, credendo fermamente nella transustanziazione, temeva che si sarebbe potuto verificare un fenomeno analogo se avesse concepito pensieri legati alla figura del diavolo durante i pasti. Ossessioni incentrate su tematiche religiose sono individuabili nell'ambito della cultura cristiana, islamica ed ebraica (Salkovskis *et al.*, 1999).

Il terzo fattore si riferisce alla presenza di figure genitoriali eccessivamente ansiose, le quali possono alimentare nell'individuo una bassa autoefficacia per quanto riguarda i pericoli del mondo esterno. Le persone che crescono in questi contesti presentano spesso grandi difficoltà nel momento dell'allontanamento dal nucleo familiare, e quindi nello sviluppo di una vita autonoma. È questo il caso di una paziente che, essendo cresciuta in un ambiente iperprotettivo, non essendo in grado di sostenere le responsabilità implicate in una vita matrimoniale, era tornata ad abitare con la sua famiglia d'origine solo sei mesi dopo le nozze (Salkovskis *et al.*, 1999).

Un'altra possibile causa di eccessivo senso di responsabilità è l'effettivo accadimento di un evento catastrofico causato in passato dall'individuo, come per esempio un errore di prescrizione da parte di un medico. In questi contesti, anche la percezione di un *near-miss*, cioè un evento catastrofico evitato per puro caso, può dare luogo a un eccessivo senso di responsabilità. Gli autori hanno fatto riferimento, infine, a eventi traumatici in cui il comportamento dell'individuo e l'avvenimento catastrofico non erano realmente legati da un rapporto di causa-effetto. Questo accade, per esempio, quando un bambino immagina che un adulto possa morire, e poco dopo sfortunatamente l'evento si verifica. In tali casi, pur trattandosi di una coincidenza, il bambino tenderebbe a ritenersi responsabile di quanto accaduto (Salkovskis *et al.*, 1999).

#### **1.4.2 Il modello comportamentale delle compulsioni**

I comportamenti compulsivi messi in atto dai pazienti affetti da DOC possono essere spiegati facendo riferimento alle leggi dell'apprendimento individuate in ambito comportamentista, e in particolare al cosiddetto "condizionamento operante".

Il fenomeno del condizionamento operante consiste nel fatto che le probabilità di emissione di un determinato comportamento sono influenzate dalle conseguenze del comportamento stesso: se un comportamento spontaneo (operante) dà luogo a delle conseguenze negative (punizione), le probabilità che tale comportamento venga replicato diminuiscono. Se invece le conseguenze sono gradite all'individuo (rinforzo), le probabilità di ri-emissione aumentano. In quest'ultimo caso, è possibile distinguere due differenti tipologie di rinforzo: il rinforzo positivo (l'individuo riceve in premio uno stimolo per lui gratificante) e il rinforzo negativo (l'individuo ottiene la rimozione di uno stimolo sgradevole) (Kring *et al.*, 2017).

Quando un paziente affetto da DOC sperimenta un pensiero ossessivo, questo dà luogo a vissuti di ansia molto intensi. Il successivo comportamento compulsivo, presentandosi come un tentativo di neutralizzazione nei confronti del pensiero disturbante, provoca un repentino abbassamento dell'ansia, andando a costituire una forma di rinforzo negativo. Le compulsioni divengono quindi una strategia disfunzionale di autoregolazione emozionale (APA, 2013).

## CAPITOLO 2: *FEAR OF THE SELF*

*«The more important something is,  
the worse it seems to have a thought about it  
(Freeston & Ladouceur, 1998, p.141)».*

### **2.1 *Fear of the self e Self-discrepancy theory***

I sintomi caratteristici del DOC sembrano essere fortemente influenzati da fattori di natura cognitiva. Di particolare rilievo in questo ambito risultano essere le convinzioni e le valutazioni che riguardano il concetto di sé (*self-themes*). I pazienti con DOC, infatti, sono particolarmente sensibili ai pensieri intrusivi dal contenuto discrepante con la propria immagine di sé. Ciò è dovuto a una lettura distorta di tali pensieri, erroneamente interpretati come la manifestazione di caratteristiche detestabili, presenti nella propria identità a livello latente (Nikodijevic *et al.*, 2015).

Un costrutto fondamentale legato al concetto di sé è il *feared self*. Secondo la *Self-discrepancy theory* proposta da Higgins (1987), il concetto di sé di un individuo sarebbe un costrutto piuttosto complesso, articolato in tre diverse componenti: il sé reale (*actual self*), il sé ideale (*ideal self*) e il sé imperativo (*ought self*) (Yang *et al.*, 2021).

Il primo di questi concetti, il sé reale, si riferisce alla persona che l'individuo ritiene di essere nel presente, e comprende quindi le caratteristiche che, a suo parere, lo descrivono per come si presenta nella realtà dei fatti (Yang *et al.*, 2021).

Il sé ideale, invece, si riferisce alla persona che l'individuo desidererebbe essere, e riguarda quindi le caratteristiche che egli auspicherebbe acquisire. Eventuali discrepanze fra il sé reale e il sé ideale possono, da un lato, motivare la persona al raggiungimento dei propri obiettivi, dall'altro condurre a vissuti depressivi (Yang *et al.*, 2021).

Il sé imperativo, infine, ha a che fare con la persona che l'individuo ritiene di dover essere. Anche il sé imperativo può quindi motivare l'individuo all'acquisizione di determinate caratteristiche personali, al fine di evitare il biasimo degli altri o eventuali punizioni, e può dare luogo a vissuti di forte ansia in caso di marcate discrepanze con il sé reale (Yang *et al.*, 2021).

Oltre alla suddivisione nei tre domini di sé (*domains of self*), Higgins (1986) ha proposto anche una distinzione sulla base del punto di vista sul sé (*standpoints of self*): la valutazione di un individuo può infatti avvenire sulla base del proprio punto di vista o sulla base di quello di un altro significativo. Secondo la *Self-discrepancy theory*, la distanza percepita fra i tre domini di sé può avere delle forti

ripercussioni dal punto di vista emozionale. Una marcata distanza percepita fra il sé ideale e il sé reale, considerati secondo il proprio punto di vista, può infatti portare l'individuo a sentirsi scoraggiato e abbattuto. Se, invece, la discrepanza fra sé ideale e sé reale è valutata secondo il punto di vista altrui, l'individuo tenderà a esperire vissuti di intensa vergogna e imbarazzo. Per quanto riguarda, invece, la distanza fra sé imperativo e sé reale, questa può generare senso di colpa se esaminata in base al punto di vista della persona, e timore nei confronti di un'eventuale punizione se considerata dal punto di vista di altri significativi (Barnett *et al.*, 2017).

In un secondo momento, il contributo di Markus e Nurius (1986) ha portato all'introduzione di un ulteriore costrutto nell'ambito della *Self-discrepancy theory*: il *feared self*, ossia il sé temuto. Il *feared self* riguarda le caratteristiche che la persona teme di acquisire o di possedere e, a differenza del sé ideale e del sé imperativo, tende a suscitare reazioni di avversione e di evitamento. Infatti, la percezione di una forte vicinanza tra il sé reale e il *feared self* è causa di vissuti di forte ansia e senso di colpa.

Le caratteristiche personali incluse nel *feared self* differiscono da individuo a individuo. Nel caso dei pazienti con DOC, in particolare, la persona teme di poter costituire un pericolo per gli altri: il sé temuto si presenta quindi come malvagio, immorale o folle (Yang *et al.*, 2021).

## **2.2 Fear of the self e Cognitive Dissonance Theory**

Il *feared self*, pur essendo un costrutto sviluppatosi nell'ambito della *Self-discrepancy theory*, può essere anche considerato all'interno della *Cognitive dissonance theory* di Festinger (1957). Secondo questo modello teorico, l'essere umano sarebbe portato a mantenere uno stato di coerenza fra le proprie cognizioni. L'emergere di eventuali incongruenze da questo punto di vista darebbe luogo a un aumento nei livelli di *arousal*, facendo emergere quindi la necessità di ripristinare l'iniziale stato di armonia cognitiva (Wright *et al.*, 2021).

Secondo la *Self-affirmation theory*, elaborata da Steele (1988) nell'ambito degli studi sulla dissonanza cognitiva, una persona, posta in una situazione in cui il proprio valore personale è messo in discussione, sarebbe portata a tentare di ristabilire un senso globale di adeguatezza, che le permetterebbe di tollerare più agevolmente eventuali evidenze negative riferite ad aspetti più specifici di sé (Wright *et al.*, 2021).

L'inserimento del *feared self* all'interno di questa cornice teorica permette una migliore comprensione dei sintomi del DOC. La presenza di pensieri intrusivi coerenti con il *feared self*, unita alla percezione di un forte senso di responsabilità personale, può portare l'individuo a uno stato di dissonanza cognitiva. Il paziente con DOC, a causa delle distorsioni cognitive caratteristiche del disturbo, sarebbe così spinto a mettere in atto strategie inadeguate, come auto-punizioni e comportamenti compulsivi. Tali compulsioni, pur presentandosi come un tentativo di attenuare la dissonanza creata dai pensieri intrusivi, sono percepite dalla stessa persona come bizzarre e irragionevoli, e possono quindi dare luogo a un'ulteriore forma di dissonanza cognitiva, rivelandosi controproducenti. È inoltre importante sottolineare come, nei pazienti con DOC, vi siano dei fattori di vulnerabilità nei confronti della dissonanza cognitiva, come il perfezionismo e la *self-ambivalence* (Wright *et al.*, 2021).

### **2.3 Fear of the self: excursus storico**

Al fine di raggiungere una migliore comprensione del *feared self*, può risultare utile fornire un inquadramento storico di questo costrutto. Il timore di poter essere o diventare una persona pericolosa, immorale o comunque degna di biasimo è infatti un vissuto fortemente soggetto a influenze culturali, ed è quindi possibile ricostruirne l'evoluzione nel corso del tempo.

L'idea che nella propria identità possa celarsi la minaccia di un sé immorale o degno di biasimo, da evitare a tutti i costi, è stata storicamente amplificata da rigide convinzioni di tipo religioso. Nel sedicesimo secolo, infatti, il concetto di "peccato originale" ha portato alla convinzione che l'uomo fosse intrinsecamente malvagio, e che il peccato e la colpa fossero dimensioni innate. Vi era quindi la tendenza a pensare che la propria anima fosse in qualche modo caratterizzata da una naturale propensione al male, la quale non poteva in alcun modo essere evitata (Aardema & Wong, 2020).

Per quanto riguarda le influenze culturali provenienti dalle convinzioni religiose, è interessante l'opera autobiografica di John Bunyan, risalente al 1666. In questo testo, intitolato *Grace Abounding to the Chief of Sinners*, l'autore narra le proprie esperienze dal punto di vista spirituale, caratterizzate dalla marcata presenza di quelle che paiono essere ossessioni di natura blasfema. Questa tipologia di pensieri intrusivi, oggi spiegata facendo riferimento a fenomeni di natura cognitiva, era in passato attribuita all'azione di entità sovranaturali esterne all'uomo, come l'abbandono da parte di Dio o la cattiva influenza di presenze demoniache (Aardema & Wong, 2020).

Un'altra testimonianza emblematica per la comprensione del ruolo del *feared self* nelle ossessioni dal contenuto blasfemo, collocabile fra il sesto e il settimo secolo, è quella del monaco cristiano John

Climacus. Egli infatti, descrivendo questo tipo di intrusioni, ne ha fornito una lettura in chiave religiosa. In particolare, John Climacus faceva riferimento al cosiddetto “demone della blasfemia”, ossia un’entità sovranaturale dall’indole malvagia che induceva pensieri peccaminosi nella mente di coloro che erano intenti a pregare. In tal modo, i pensieri disturbanti dell’individuo venivano attribuiti non all’individuo stesso, ma a cause esterne, che agivano indipendentemente dalla sua volontà (Aardema & Wong, 2020).

Il timore di un sé fondamentalmente impuro e corrotto è individuabile anche nell’ambito dell’Età Vittoriana, epoca in cui vigeva la convinzione che fosse necessario mantenersi in uno stato di costante vigilanza nei confronti di se stessi (Aardema & Wong, 2020).

Il *feared self*, nel corso della storia, è stato alimentato non solo da convinzioni di natura religiosa, ma anche da teorizzazioni formulate in ambito psicologico. Sigmund Freud, infatti, ipotizzava che pensieri ossessivi dal contenuto violento potessero essere generati dalla presenza inconscia di una sorta di aggressività repressa. Tale ipotesi chiamava quindi in causa l’idea di un possibile sé inquietante, caratterizzato da desideri di tipo immorale (Aardema & Wong, 2020).

Un concetto strettamente legato al *feared self* è la contaminazione mentale (*mental contamination*). Tale concetto si riferisce alla percezione di essere impuro e contaminato, non a livello fisico, bensì a livello spirituale. Un esempio di questo fenomeno psicologico, tratto dalla letteratura, è il personaggio shakespeariano di Lady Macbeth. La donna, afflitta dal senso di colpa, arrivava infatti a lavarsi le mani in maniera eccessiva e apparentemente immotivata, in un tentativo di purificazione interiore, secondo una modalità molto simile a quella che si osserva nei pazienti con DOC riconducibili al sottotipo *washing*. Tale esempio risulta particolarmente rilevante, perché permette di capire come, nell’ambito della sintomatologia ossessivo-compulsiva, rivesta un ruolo di grande rilievo il senso di colpa, generato dalla paura di un possibile sé pericoloso, corrotto e ripugnante (Aardema & Wong, 2020).

È infine utile specificare che il *feared self* sembra rivestire un ruolo rilevante non solo nell’ambito del DOC, ma anche in altre psicopatologie, come per esempio il disturbo di dismorfismo corporeo (*Body Dysmorphic Disorder*, BDD). Nel caso di questi pazienti il sé temuto non è caratterizzato da immoralità o corruzione interiore, ma da deformità fisiche, e quindi di tipo esteriore. Tale preoccupazione può risultare amplificata dalla convinzione, spesso supportata dai media, che vi sia una stretta relazione fra l’aspetto esteriore di un individuo e la sua interiorità (Aardema & Wong, 2020).



### **2.3.1 *Fear of Self Questionnaire***

Al fine di individuare l'eventuale presenza del *feared self* nei pazienti, è stato messo a punto uno specifico strumento di misura: il *Fear of Self Questionnaire* (FSQ), disponibile in due diverse versioni, costituite rispettivamente da 20 e 8 *item*. Le istruzioni per la compilazione del FSQ prevedono che il partecipante indichi il proprio grado di accordo con le affermazioni presentate nei diversi *item*, su una scala compresa fra 1 (fortemente in disaccordo) e 6 (fortemente d'accordo). Gli studi condotti con l'uso di questo strumento hanno messo in evidenza una marcata associazione fra *fear of the self* e pensieri di natura ossessiva dal contenuto blasfemo, sessuale o violento. È inoltre emersa una forte relazione fra *fear of the self* e altri costrutti legati al DOC, come la sovrastima della minaccia, il perfezionismo, l'importanza attribuita ai propri pensieri, la *self-ambivalence* e l'*inferential confusion*. La *self-ambivalence*, misurata tramite il *Self-Ambivalence Measure* (SAM), si riferisce alla tendenza a manifestare una visione di sé dicotomica; mentre l'espressione *inferential confusion* indica la confusione fra la realtà oggettivamente presente e una realtà possibile solamente immaginata. Tale distorsione cognitiva può quindi indurre la persona a confondere il sé reale, oggettivamente presente, e il *feared self*, costruito puramente ipotetico (Aardema *et al.*, 2013).

## **2.4 Costrutti legati al *Fear of the self*: *Inferential confusion* e *Self-ambivalence***

### **2.4.1 *Inferential confusion***

Un costrutto fortemente legato al *feared self* è l'*inferential confusion*. Si tratta di una distorsione cognitiva basata su una sostanziale sfiducia nei confronti delle informazioni sensoriali. Non potendo fare affidamento sui propri sensi, l'individuo è portato a fondare i propri ragionamenti non sulle caratteristiche della realtà circostante, bensì su quelle di una realtà ritenuta possibile (Yang *et al.*, 2021).

La tematica dell'*inferential confusion* è stata affrontata nell'ambito dell'*Inference-based approach* (IBA). Secondo questo modello teorico, tale distorsione cognitiva riveste un ruolo fondamentale nel determinare i marcati vissuti di dubbio esperiti dai pazienti con DOC (Baraby *et al.*, 2021). Gli individui con questa diagnosi sono infatti caratterizzati da elevati livelli di *inferential confusion*. Si tratta di un costrutto piuttosto complesso e articolato, il quale comprende diverse tipologie di distorsione cognitiva. I processi cognitivi sottostanti all'*inferential confusion* sono riconducibili a tre categorie: ragionamento inverso (*Inverse reasoning*), rifiuto e sfiducia nei confronti delle informazioni di origine sensoriale, della conoscenza di sé e del senso comune (*Active dismissal and distrust of sensory information, self-knowledge and common sense*) e associazioni fuori-contesto

(*Out-of-context associations*) (Baraby *et al.*, 2021). Il primo di questi concetti si riferisce alla tendenza a trarre conclusioni basate su realtà e presupposti puramente ipotetici. Il secondo processo cognitivo riguarda la già citata sfiducia nei confronti delle informazioni sensoriali, causata dalla convinzione che i cinque sensi, essendo talvolta soggetti a errore, costituiscano una fonte d'informazioni inaffidabile e inadeguata. Il terzo costrutto, infine, indica la tendenza ad avvalersi, nel corso dei propri ragionamenti, di informazioni non pertinenti con il contesto. Un paziente, per esempio, sapendo che uno specifico tavolo è sporco, potrebbe fare uso di questa informazione anche in altri contesti, e ipotizzare che tutti i tavoli simili debbano essere altrettanto sporchi, pervenendo quindi a una conclusione errata (Baraby *et al.*, 2021).

Il fenomeno dell'*inferential confusion* può essere rilevato tramite l'*Inferential Confusion Questionnaire* (ICQ), un questionario *self-report* composto da 15 *item*, ai quali è richiesto di rispondere su una scala compresa fra 1 (fortemente in disaccordo) e 5 (fortemente d'accordo). Tale strumento non prende in considerazione tutti gli aspetti dell'*inferential confusion*, ma solo la sfiducia nei confronti dei propri sensi e il ragionamento inverso. Gli studi condotti con questo strumento confermano la presenza di una significativa associazione fra questa distorsione cognitiva e i sintomi caratteristici del DOC. I risultati hanno inoltre evidenziato come tale costrutto sembri rivestire un ruolo rilevante, oltre che nel DOC, anche nel disturbo delirante, ma non nei disturbi d'ansia in senso lato (Aardema *et al.*, 2005).

L'ICQ è inoltre disponibile anche in un'altra versione: l'*Inferential Confusion Questionnaire-Expanded Version* (ICQ-EV; Aardema *et al.*, 2010), composto da 30 *item* da rispondere su una scala *Likert* a 6 punti. Tale questionario permette di rilevare tutte e tre le componenti dell'*inferential confusion*. Vi sono però anche degli strumenti che non richiedono la somministrazione di questionari *self-report*: un esempio è l'*Inverse Reasoning Task* (IRT; Wong & Grisham, 2017), che consiste nella presentazione di diversi scenari. Al partecipante è richiesto di esprimere il proprio grado di accordo rispetto ai ragionamenti condotti dai protagonisti delle vicende narrate. Al fine di superare i limiti di questo strumento, focalizzato esclusivamente sul ragionamento inverso, è stato messo a punto il *Dysfunctional Reasoning Processes Task* (DRPT; Aardema & O'Connor, 2003, 2007; O'Connor *et al.*, 2005). Il DRPT, progettato per valutare tutte e tre le componenti dell'*inferential confusion*, è composto da 30 scenari, ai quali è necessario rispondere su una scala *Likert* compresa fra 1 (fortemente in disaccordo) e 7 (fortemente d'accordo) (Baraby *et al.*, 2021).

#### 2.4.2 *Self-ambivalence*

Quanto precedentemente esposto nell'ambito della concettualizzazione sul *feared self* mette in luce l'importanza, nella vita di un individuo, del modo in cui egli si percepisce. I pazienti con DOC, in particolare, risultano essere estremamente vulnerabili a pensieri di natura intrusiva che sembrano fornire credibilità al *feared self*. Tale vulnerabilità da parte di questi pazienti appare però contraddittoria rispetto a quanto osservato nell'ambito della psicologia sociale. Le ricerche condotte in questo settore di studi hanno infatti rilevato la presenza, nella popolazione generale, di una particolare distorsione cognitiva: l'uomo, allo scopo di preservare un'immagine positiva di sé, sarebbe infatti portato a ignorare o a screditare eventuali informazioni negative su di sé (Bhar *et al.*, 2007). Gli individui con DOC, attribuendo un'eccessiva importanza alle intrusioni che mettono in dubbio la propria moralità, sembrano quindi discostarsi da questa tendenza. Alla base di questo comportamento anomalo vi potrebbe essere la cosiddetta *self-ambivalence*, ossia la tendenza ad attribuirsi caratteristiche personali fortemente ambivalenti e contraddittorie (Bhar *et al.*, 2007). Tale ambivalenza riguarda diversi aspetti del sé, come il valore personale, la moralità e l'accettazione sociale (Bhar *et al.*, 2007).

La *self-ambivalence* può essere rilevata tramite un apposito strumento: il *Self-Ambivalence Measure* (SAM; Bhar, 2004). Tale strumento è composto da 21 *item*, ai quali è richiesto di rispondere su una scala a 5 punti. Il SAM permette di indagare questo costrutto tenendo in considerazione tutti e tre i domini che lo costituiscono (Bhar *et al.*, 2007).

Gli studi condotti nell'ambito della *self-ambivalence* avvalorano l'ipotesi di un'associazione positiva fra questo costrutto e le manifestazioni sintomatologiche del DOC. Vi sembra essere inoltre un legame fra la *self-ambivalence* e i domini cognitivi disfunzionali caratteristici del DOC, come il perfezionismo, l'eccessivo senso di responsabilità e la necessità di mantenere un costante controllo sui propri pensieri (Bhar *et al.*, 2007). I risultati di ricerca suggeriscono che la tendenza dei pazienti con DOC ad attribuire credibilità al *feared self* sia in parte legata alla presenza di un concetto di sé ambiguo, e che il fine ultimo dei comportamenti compulsivi messi in atto da questi individui sia proprio quello di alimentare una visione più positiva di sé (Bhar *et al.*, 2007).

È necessario specificare che la *self-ambivalence*, pur rivestendo un ruolo di rilievo nell'ambito del DOC, non riguarda unicamente questo disturbo: i pazienti con DOC, infatti, manifestano livelli di *self-ambivalence* superiori rispetto a quelli degli individui non-clinici, ma non rispetto ai pazienti diagnosticati con altri disturbi d'ansia (Bhar *et al.*, 2007).

Guidano e Liotti (1983), autori della *self-ambivalence theory*, hanno ipotizzato inoltre che l'origine di un concetto di sé ambiguo negli individui con DOC possa essere ricondotta alle esperienze vissute nel corso dell'infanzia a contatto con i *caregiver*. Secondo questa teoria, vissuti di incertezza rispetto al proprio valore personale potrebbero infatti essere legati a *pattern* di attaccamento disfunzionali, caratterizzati da un atteggiamento ambiguo da parte delle figure genitoriali, alternativamente incoraggianti e svalutanti. Ciò spiegherebbe da un lato la tendenza a ricercare l'approvazione altrui, dall'altro l'eccessivo disagio esperito di fronte a pensieri intrusivi riferiti al sé (Seah *et al.*, 2018). Quest'ultimo fenomeno risulta inoltre amplificato dalla disfunzionale tendenza a ricercare e a focalizzare la propria attenzione sulle informazioni che potrebbero confermare i propri timori, e che quindi alimentano un'immagine negativa di sé (Seah *et al.*, 2018).



## CAPITOLO 3: *FEAR OF THE SELF* E DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO

### 3.1 *Fear of the self* e sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo

Il *fear of the self* è un costrutto che riveste un ruolo centrale nell'ambito della sintomatologia ossessivo-compulsiva. Uno studio condotto da Nikodijevic e collaboratori (2015) ha infatti rilevato un'associazione fra il *fear of the self* e i marcati vissuti di dubbio tipici degli individui con DOC. Un gruppo di partecipanti non clinici ha completato l'*Inference Process Task* (IPT; Aardema *et al.*, 2009): si tratta di un compito finalizzato alla rilevazione di eventuali fluttuazioni nei livelli di dubbio esperiti dai partecipanti rispetto alla probabilità di accadimento di un determinato evento, al variare del tipo di informazione disponibile, basata alternativamente sulla realtà oggettiva o su una realtà possibile. La procedura prevista nell'IPT consiste nella presentazione di tre vignette, incentrate rispettivamente sulla tematica della contaminazione, su quella del *checking* e su una tematica non legata alla sintomatologia ossessivo-compulsiva. In una prima fase, volta all'identificazione di un livello baseline di dubbio, al partecipante è richiesto di stimare, su una scala compresa fra 0 e 100, la probabilità che un determinato evento negativo abbia luogo. Successivamente, il partecipante è istruito a stimare nuovamente tale probabilità, alla luce di nuove informazioni presentategli, basate alternativamente sulla realtà oggettiva –associate a un contenuto rassicurante- o su mere possibilità – associate a un contenuto negativo-. Oltre all'IPT, gli autori hanno somministrato anche altri strumenti, tra cui l'*Obsessive Compulsive Inventory Revised* (OCI-R; Foa *et al.*, 2002) e il *Feared Self Questionnaire* (FSQ; Aardema *et al.*, 2013). I risultati hanno messo in evidenza come individui caratterizzati da elevati livelli nella sintomatologia ossessivo-compulsiva tendano, da un lato, a presentare un elevato livello baseline di dubbio; dall'altro, a sperimentare fluttuazioni più ampie nei livelli di dubbio al variare della tipologia di informazioni disponibili. I risultati hanno inoltre confermato il ruolo di rilievo rivestito dal *fear of the self*: elevati livelli in questo costrutto sono infatti emersi come associati a fluttuazioni più marcate e a più intensi vissuti di dubbio. Gli autori hanno ipotizzato che tali marcati vissuti di dubbio possano essere attribuiti alla coerenza percepita dall'individuo fra il pensiero ossessivo esperito e le caratteristiche che definiscono il proprio *fear of the self* (Nikodijevic *et al.*, 2015).

L'esistenza di una stretta relazione fra il *fear of the self* e i sintomi ossessivo-compulsivi è stata confermata successivamente da uno studio di Sauvageau e collaboratori (2020). Gli autori hanno ipotizzato che mettere in atto una procedura di *priming* in grado di coinvolgere le caratteristiche del *feared self* in pazienti con DOC avrebbe portato a un incremento nelle manifestazioni sintomatologiche del disturbo, dimostrando così l'esistenza di una relazione causale. Il campione

preso in esame in questo studio era composto da individui che presentavano una diagnosi di DOC. Al fine di individuare i tratti che caratterizzavano i diversi *feared self* dei singoli partecipanti, gli autori si sono avvalsi dell'aiuto degli psicologi che li seguivano, in modo da poter mettere a punto una procedura di *priming* personalizzata, che tenesse conto delle caratteristiche specifiche di ogni quadro clinico. Lo scopo dei ricercatori era quindi quello di esaminare l'impatto che l'attivazione del *feared self* avrebbe avuto sulle manifestazioni sintomatologiche del disturbo, in particolare la necessità percepita di mettere in atto comportamenti compulsivi, l'intensità dei pensieri ossessivi e il livello di *distress* esperito. La procedura di *priming* è stata realizzata attraverso la somministrazione di un test di personalità fittizio. Successivamente, i risultati fasulli di tale test sono stati presentati al partecipante in due grafici: il primo confermava la presenza, nella struttura di personalità dell'individuo, dei tratti caratteristici del proprio *feared self*, mentre il secondo era un grafico di controllo. I partecipanti allo studio hanno inoltre compilato alcuni questionari, in particolare la *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS; Goodman *et al.*, 1989), il *Beck Depression Inventory* (BDI-II; Beck *et al.*, 1996) e il *Fear Self Questionnaire* (FSQ-20; Aardema *et al.*, 2013). Al fine di misurare le variabili dipendenti dell'esperimento, cioè l'intensità dei pensieri ossessivi, la necessità di mettere in atto comportamenti compulsivi e il livello di *distress* percepito, gli autori si sono avvalsi rispettivamente dell'*Intensity of Obsession Scale* (IOS; O'Connor & Robillard, 1999; Grenier *et al.*, 2010), della *Urge to Perform Compulsions Scale* (UPCS; O'Connor & Robillard, 1999; Grenier *et al.*, 2010) e dello *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI-Y; Spielberger, 1983). I risultati hanno rilevato un aumento nell'intensità dei pensieri ossessivi e nel bisogno percepito di ricorrere a comportamenti compulsivi in seguito alla procedura di *priming*, confermando così l'ipotesi dei ricercatori. È infine utile specificare che, prendendo in esame un campione piuttosto eterogeneo per quanto riguarda la tematica centrale dei pensieri ossessivi, è stato possibile evidenziare come il *feared self* sia un costrutto che non riguarda solo le ossessioni incentrate su tematiche dal contenuto ripugnante, ma rivesta un ruolo di rilievo in un insieme più ampio di dimensioni sintomatologiche (Sauvageau *et al.*, 2020).

L'ipotesi dell'esistenza di una relazione di causa-effetto fra il *fear of the self* e i sintomi del DOC è inoltre supportata da uno studio condotto da Wong e collaboratori (2020). La ricerca è stata realizzata tramite l'utilizzo di diversi strumenti *self-report*, fra cui il *Selves Questionnaire* (SQ; Higgins, 1987; Carver *et al.*, 1999), il FSQ, l'*Obsessive Beliefs Questionnaire- 44* (OBQ-44; OCCWG, 2001), e il *Vancouver Obsessional Compulsive Inventory* (VOCI; Thordarson *et al.*, 2004). I partecipanti sono stati inoltre sottoposti al *Fear-of-self manipulation via virtual reality* (FOS-VR), una procedura che prevede l'ausilio della realtà virtuale. Il FOS-VR è composto da dodici scenari, presentati in prima persona e incentrati su tematiche rilevanti nell'ambito del DOC: i pensieri ossessivi dal contenuto

ripugnante, quelli legati alla possibilità di arrecare danno a sé o agli altri e quelli riguardanti la contaminazione. In ogni scenario, al partecipante è richiesto di compiere una scelta fra due possibili azioni, una coerente e una discrepante rispetto alle caratteristiche del *feared self*. Ogni alternativa è associata a un determinato punteggio che, nel caso della condizione sperimentale, è maggiore per la scelta coerente con il *feared self*. In seguito, al partecipante viene fornita una falsa informazione: gli viene infatti comunicato che le azioni da lui scelte nel corso della procedura sono rivelatrici dei suoi desideri latenti, e potrebbero quindi essere da lui agite anche nella vita reale. In una fase successiva dello studio, i partecipanti sono stati sottoposti alla procedura del *Charity Task*. Le istruzioni di questo compito prevedono che il partecipante investa dieci gettoni in quattro possibili contenitori: tre di questi sono destinati a delle associazioni di beneficenza, mentre la quarta è finalizzata al guadagno personale da parte dell'individuo. Le scelte del partecipante in questa fase dell'esperimento sono state prese in considerazione per misurare il bisogno percepito di distanziarsi dal *feared self*. I risultati dello studio hanno confermato la presenza di una relazione causale fra il *fear of the self* e i sintomi del DOC (Wong *et al.*, 2020).

Anche Fernandez e collaboratori (2021) si sono proposti di esaminare la relazione esistente fra il *fear of the self* e i sintomi del DOC, prendendo però in considerazione due classi di sintomi molto specifiche, caratterizzate dalla presenza di ossessioni riguardanti rispettivamente le relazioni e l'orientamento sessuale. Nel caso del DOC focalizzato sulla tematica delle relazioni (*Relationship-related Obsessive-Compulsive Disorder*, ROCD), l'individuo sperimenta pensieri intrusivi riguardanti la stabilità e l'adeguatezza di una relazione significativa. I pazienti che rientrano all'interno di questo sottotipo tendono a controllare ripetitivamente i propri sentimenti nei confronti della persona amata, e a focalizzare la propria attenzione sui suoi difetti. Nel caso invece del DOC focalizzato sulla tematica dell'orientamento sessuale (*Sexual-Orientation Obsessive-Compulsive Disorder*, SO-OCD), l'individuo è turbato da pensieri intrusivi il cui contenuto è percepito come incongruente rispetto al proprio orientamento sessuale. Tale condizione non può essere ricondotta a fenomeni come vissuti di incertezza rispetto alla propria identità sessuale o l'omofobia. Gli autori dello studio si sono avvalsi di un campione non-clinico, a cui sono stati somministrati diversi strumenti di misura: al fine di esaminare i sintomi del DOC incentrato sulle relazioni sono stati utilizzati il *Relationship Obsessive Compulsive Inventory* (ROCI; Doron *et al.*, 2012), il *Partner-focussed Relationship Obsessive Compulsive Inventory* (PROCSI; Doron *et al.*, 2012) e il *Relationship Catastrophisation Scale* (RECATS; Doron *et al.*, 2016); allo scopo di analizzare i sintomi relativi al DOC incentrato sull'orientamento sessuale sono stati utilizzati il *Sexual-Orientation-Obsessive Compulsive Scale* (SO-OCS; Melli, Moulding *et al.*, 2016) e il *Sexual-Orientation-Obsessive Beliefs Scale* (SO-OBS; Melli, Gelli, *et al.*, 2018); e per esaminare il *fear of*



*the self* è stato utilizzato il FSQ. I risultati dello studio hanno confermato l'ipotesi dei ricercatori: il *fear of the self* è associato sia ai sintomi legati all'orientamento sessuale sia a quelli legati alle relazioni (Fernandez *et al.*, 2021).

### **3.2 Fear of the self e inferential confusion**

Uno studio condotto da Yang e collaboratori (2021) su un campione non-clinico ha indagato il ruolo rivestito da *fear of the self* e *inferential confusion* nell'ambito della sintomatologia ossessivo-compulsiva. La procedura sperimentale utilizzata prevedeva, oltre alla somministrazione di alcuni questionari -come l'*Inferential Confusion Questionnaire- Expanded Version* (ICQ-EV; Aardema *et al.*, 2010) e il *Fear of Self Questionnaire-8* (FSQ-8; Aardema *et al.*, 2013) -, anche il ricorso all'IPT. Il disegno sperimentale messo a punto risultava piuttosto articolato. A seconda della condizione a cui i partecipanti erano stati assegnati, è stata esaminata una diversa tipologia di risposta (*Response Type*): o il livello di dubbio esperito o l'impulso ad agire in risposta a tale dubbio. Gli autori hanno inoltre tentato di manipolare il livello di responsabilità personale (*Responsibility*) percepito dal partecipante per cui, a seconda della condizione sperimentale assegnata, lo scenario poteva risultare personalmente rilevante o meno. La manipolazione di tale variabile è stata realizzata tramite il ricorso a due diverse modalità di narrazione, caratterizzate rispettivamente dall'uso della seconda e della terza persona. Sono state infine distinte due ulteriori condizioni sperimentali: la condizione *Inferential Confusion* e la condizione *Prudential Hypothesis*. Nel primo caso era previsto che le informazioni fornite al partecipante fossero rassicuranti quando basate sulla realtà oggettiva, e minacciose quando basate su mere possibilità. Nel secondo caso, al contrario, le informazioni basate sulla realtà oggettiva erano associate a un contenuto minaccioso, mentre quelle fondate su possibilità a un contenuto rassicurante. Da questo studio è emerso come, in contesti che coinvolgono tematiche salienti dal punto di vista del DOC, il *fear of the self* sia associato a più marcati livelli di dubbio e a un più intenso bisogno di agire. I risultati della ricerca, inoltre, hanno confermato il ruolo determinante rivestito dall'*inferential confusion*: l'eccessiva importanza attribuita dai pazienti con DOC al *feared self* può infatti essere ricondotta alla loro tendenza a privilegiare informazioni fondate su mere possibilità piuttosto che sulla realtà oggettiva (Yang *et al.*, 2021).

Uno studio di Audet e collaboratori (2020) ha preso in esame l'ipotesi che il *fear of the self* e l'*inferential confusion* siano in particolare associati ai pensieri intrusivi la cui plausibilità non è avvalorata dal contesto in cui emergono. Al fine di verificare quest'ipotesi, gli autori hanno utilizzato una procedura denominata *Contextual vignettes task* (CVT), che permette di esaminare separatamente i pensieri intrusivi che si presentano in un contesto che ne avvalorata la plausibilità (*in-context*) e quelli

che invece emergono in un contesto che non ne avvalorava la plausibilità (*out-of-context*). Per esempio, il dubbio di aver dimenticato di chiudere la porta di casa costituisce un pensiero intrusivo *in-context* se si verifica in circostanze in cui tale scenario è verosimile, come un momento di gran fretta e confusione, in cui l'individuo si percepisce come sbadato e poco attento. Lo stesso pensiero intrusivo è definito invece *out-of-context* se, nel momento in cui si presenta, non ci sono valide motivazioni per ritenerlo un dubbio ragionevole, come per esempio la notizia che a un conoscente è capitato, in passato, di lasciare accidentalmente aperta la porta di casa. Il CVT prevede la presentazione al partecipante di dieci vignette, incentrate sulle tematiche dell'aggressività, dell'orientamento sessuale, della religione e delle convenzioni sociali, della contaminazione e del controllo, tutti argomenti salienti nell'ambito della sintomatologia ossessivo-compulsiva. In una fase successiva, è presentata una lista di possibili pensieri intrusivi, e al partecipante è richiesto di indicare quali di questi sarebbe portato a sperimentare nelle diverse situazioni proposte, con quale probabilità, con che livello di *distress* e di indesiderabilità. I partecipanti hanno inoltre compilato il *Vancouver Obsessional Compulsive Inventory* (VOCI; Thordarson *et al.*, 2004), il FSQ, l'ICQ-EV e l'*Obsessive Beliefs Questionnaire* (OCCWG, 2005). I risultati dello studio hanno confermato la presenza di un'associazione fra i due costrutti presi in esame – *fear of the self* e *inferential confusion* – e i pensieri intrusivi la cui plausibilità non è supportata dal contesto (Audet *et al.*, 2020).

Il ruolo rivestito dal *fear of the self* e dall'*inferential confusion* nell'ambito della sintomatologia ossessivo-compulsiva è stato inoltre preso in esame in uno studio di Baraby e collaboratori (2021). L'ipotesi formulata dai ricercatori prevedeva che il *fear of the self* agisse come fattore di mediazione fra l'*inferential confusion* e i sintomi caratteristici del disturbo. Lo studio è stato condotto tramite la somministrazione, a un campione non-clinico di partecipanti, di diversi strumenti, fra cui il *Dysfunctional Reasoning Processes Task* (DRPT), il VOCI, il FSQ, l'ICQ-EV e l'OBQ. I risultati hanno evidenziato la presenza di un'associazione fra il *fear of the self* e la sintomatologia ossessivo-compulsiva, e hanno confermato l'ipotesi che il *fear of the self* mediasse la relazione esistente fra l'*inferential confusion* e i sintomi del disturbo. Sembra quindi che la tendenza a basare i propri ragionamenti su mere possibilità, a discapito delle informazioni di carattere oggettivo, predisponga l'individuo ad attribuire credibilità e plausibilità a un possibile sé temuto puramente ipotetico, non basato sulle reali caratteristiche della persona, ma solo immaginato. Tale percezione distorta di sé condurrebbe infine all'emergere dei sintomi caratteristici del DOC (Baraby *et al.*, 2021).

### 3.3 *Fear of the self* e compulsioni di tipo *washing*

Il ruolo rivestito dal *fear of the self* nella sintomatologia ossessivo-compulsiva è stato preso in esame in particolare nell'ambito delle manifestazioni cliniche che rientrano nel sottotipo *washing*. Gli individui che presentano tale quadro clinico riportano pensieri intrusivi legati alla tematica della contaminazione e manifestano comportamenti compulsivi legati al lavaggio prolungato e ripetitivo delle mani.

Questa tematica è stata affrontata in una ricerca condotta da Krause e collaboratori (2020). Innanzitutto, prima di procedere nell'esposizione della procedura utilizzata nel corso dello studio, gli autori hanno sottolineato la distinzione, a livello concettuale, fra due diversi costrutti: la *contact contamination* e la *mental contamination*. Quando si parla di *contact contamination* ci si riferisce a una sensazione di sporcizia o contaminazione a livello fisico che può derivare dal contatto diretto con oggetti ritenuti scarsamente igienici. Quando si parla di *mental contamination*, invece, ci si riferisce a quelle circostanze in cui l'individuo, pur non essendo entrato in contatto con agenti contaminanti, esperisce ugualmente una sensazione di sporcizia e il conseguente bisogno di lavarsi le mani a scopo di decontaminazione. In questi casi si ritiene che i comportamenti compulsivi di tipo *washing* non siano finalizzati al raggiungimento di una condizione ottimale di igiene fisica, ma che consistano piuttosto in un tentativo di purificazione spirituale, in risposta a un senso di corruzione interiore, riconducibile al *fear of the self*. Gli autori hanno ipotizzato che la relazione esistente fra il *fear of the self* e la *contact contamination* sia mediata dalla *mental contamination*. La ricerca è stata condotta su un campione non-clinico, attraverso la somministrazione ai partecipanti di una serie di questionari *self-report*. In particolare, il *fear of the self* è stato misurato tramite il FSQ. Oltre a questo strumento, sono stati utilizzati anche il *Vancouver Obsessional Compulsive Inventory* (VOCI; Thordarson *et al.*, 2004), di cui è stata presa in esame solo la sotto-scala relativa alla contaminazione (VOCI-CTN), il *Vancouver Obsessional Compulsive Inventory – Mental Contamination Scale* (VOCI-MC; Radomsky *et al.*, 2014) e l'*Obsessive Beliefs Questionnaire -44 Item Version* (OBQ-44; OCCWG, 2001). I risultati emersi hanno confermato il ruolo di mediazione rivestito dalla *mental contamination* nell'ambito della relazione fra *fear of the self* e *contact contamination*. Non è invece stata rilevata alcun'azione di mediazione da parte della sovrastima della minaccia e del senso di responsabilità per eventuali danni. Tale dato conferma l'ipotesi che, nell'ambito della sintomatologia ossessivo-compulsiva di tipo *washing*, non vi sia unicamente e necessariamente la percezione di un possibile contagio fisico nei confronti degli altri, ma anche il timore di un sé corrotto e impuro, il quale non può essere oggetto di trasmissione da una persona all'altra (Krause *et al.*, 2020).

L'associazione esistente fra i comportamenti compulsivi di tipo *cleaning* e il timore nei confronti di un sé colpevole, moralmente ripugnante, è stata esaminata anche in uno studio di Ottaviani e collaboratori (2019). La procedura sperimentale messa a punto dagli autori si basava, dal punto di vista teorico, sulla distinzione concettuale fra senso di colpa altruistico (*altruistic guilt*) e senso di colpa deontologico (*deontological guilt*). Il senso di colpa altruistico presuppone la presenza di un danno o un torto subito da un'altra persona, verso la quale l'individuo esperisce sentimenti di empatia e compassione, indipendentemente dal fatto che vi sia stata o meno la violazione di una qualche norma di carattere morale. Un valido esempio di questo fenomeno potrebbe essere il senso di colpa del sopravvissuto, in cui l'individuo avverte sensi di colpa a causa del danno subito da altri, pur non essendo in alcun modo responsabile di tale sventura. Il senso di colpa deontologico, invece, è motivato dalla violazione di una norma di carattere morale, indipendentemente dal fatto che vi sia stato o meno un danno nei confronti di un'altra persona. Tale vissuto di colpa può essere attenuato confessando la propria trasgressione. Un esempio di senso di colpa deontologico potrebbe essere quello sperimentato nei casi in cui, in ambito medico, si sia costretti, per il bene del paziente, a ricorrere all'eutanasia: tale scelta prevede, infatti, che l'individuo si metta nelle condizioni di decidere della vita e della morte di un altro essere umano, il che può entrare in conflitto con il proprio sistema di valori. Tale distinzione formulata a livello teorico è stata confermata dalla rilevazione, dal punto di vista neurobiologico, di due differenti *pattern* di attivazione cerebrale: da una parte, infatti, i vissuti di colpa deontologica possono essere ricondotti all'attività dell'insula e della corteccia cingolata anteriore; dall'altra, i vissuti di colpa altruistica sembrano legati al coinvolgimento delle regioni prefrontali mediali (Basile *et al.*, 2011). Nell'ambito, in particolare, della letteratura esistente sulla sintomatologia ossessivo-compulsiva, è stata rilevata una forte associazione fra il senso di colpa e il disgusto: il fenomeno del *Lady Macbeth effect*, infatti, sembra associato a forti vissuti di colpa deontologica, e sono stati riscontrati dei *pattern* di attivazione cerebrale simili nelle emozioni di colpa deontologica e di disgusto. Tali dati sembrano quindi suggerire che, nell'ambito della sintomatologia ossessivo-compulsiva, il senso di colpa deontologico rivesta un ruolo di maggiore rilievo rispetto a quello altruistico (Basile *et al.*, 2011). Nel loro studio, Ottaviani e collaboratori (2019) hanno sottoposto i partecipanti all'ascolto di una storia che, a seconda della condizione sperimentale assegnata, aveva lo scopo di indurre senso di colpa altruistico o deontologico. Successivamente, i partecipanti sono stati sottoposti a un *Cleaning Task*, consistente nel pulire un cubo di plexiglas. La procedura sperimentale messa a punto dagli autori prevedeva inoltre la somministrazione di alcuni questionari, fra cui la *Self-Report Altruism Scale* (SRA; Rushton *et al.*, 1981), il *Penn Inventory of Scrupulosity-Revised* (PIOS-R; Olatunji *et al.*, 2007), la *Disgust Scale-Revised* (DS-R; Olatunji & Williams, 2007) e il *Guilt Inventory* (GI; Kugler & Jones, 1992). I risultati dello studio si sono rivelati

in accordo con le ipotesi di ricerca, confermando l'idea che l'induzione di un senso di colpa deontologico possa portare ad esperire un senso di disgusto a livello fisiologico, e che tale tipologia di colpa sia associata a un più intenso comportamento di *cleaning* (Ottaviani *et al.*, 2019).



## CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il DOC è un disturbo caratterizzato dalla presenza di pensieri ossessivi e comportamenti compulsivi (APA, 2013). Presenta un'elevata comorbidità con altre psicopatologie, in particolare i disturbi d'ansia, e la sua prevalenza si colloca fra 1,1% e 1,8% (APA, 2013). Gli studi finora condotti sul DOC hanno messo in evidenza il ruolo di rilievo rivestito, nell'ambito di questo disturbo, dai fattori di natura cognitiva: alla base dei pensieri di natura ossessiva esperiti dai pazienti con DOC vi sarebbe infatti la tendenza a interpretare erroneamente i propri pensieri intrusivi, che si presentano quindi come salienti e minacciosi (OCCWG, 2003). I dati di ricerca hanno permesso di individuare in particolare sei distorsioni cognitive: l'eccessivo senso di responsabilità nei confronti dei propri pensieri –la cui origine sarebbe riconducibile a esperienze disfunzionali risalenti all'infanzia e all'adolescenza (Salkovskis *et al.*, 1999)-, la *thought-action fusion* –distinta in *moral thought-action fusion* e *likelihood thought-action fusion*-, la necessità percepita di esercitare un totale controllo sui propri pensieri, la sovrastima della minaccia, l'intolleranza all'incertezza e il perfezionismo (OCCWG, 1997).

Per quanto riguarda i fattori di natura cognitiva implicati nella sintomatologia ossessivo-compulsiva, gli studi hanno evidenziato il ruolo di rilievo rivestito dal *fear of the self*. Tale costrutto è stato originariamente formulato nell'ambito della *Self-discrepancy theory*. La concettualizzazione iniziale di questo modello teorico, sviluppata da Higgins (1987), prevedeva la distinzione, nel concetto di sé, di tre componenti: il sé reale (*actual self*), il sé ideale (*ideal self*) e il sé imperativo (*ought self*) (Yang *et al.*, 2021). Successivamente, tale teorizzazione è stata ampliata da Markus e Nurius (1986) con l'aggiunta del *feared self*: si tratta di un costrutto che comprende le caratteristiche che l'individuo teme di possedere o di poter acquisire. Nonostante tali caratteristiche varino notevolmente da individuo a individuo, i pazienti con DOC tendono a manifestare un *feared self* simile, descritto come malvagio, immorale o folle (Yang *et al.*, 2021).

Il *feared self* può essere anche esaminato facendo riferimento alla *Cognitive dissonance theory* di Festinger (1957). Tale teorizzazione si basa sull'idea che sia necessario, per il benessere di una persona, che vi sia armonia fra le sue cognizioni. Delle incongruenze in questo ambito darebbero luogo invece a un aumento nei livelli di *arousal*, spingendo quindi l'individuo a tentare di ripristinare l'iniziale stato di armonia cognitiva (Wright *et al.*, 2021). Nel caso dei pazienti con DOC, in particolare, l'emergere di pensieri intrusivi il cui contenuto richiama il *feared self* porterebbe a uno stato di dissonanza cognitiva, a cui l'individuo tenterebbe di rimediare con la messa in atto di strategie

disfunzionali e controproducenti, come auto-punizioni e comportamenti compulsivi (Wright *et al.*, 2021).

Nel corso della storia, la paura nei confronti di un possibile sé immorale o corrotto è stata spesso amplificata da rigide convinzioni di natura religiosa: si tendeva infatti a ritenere che all'origine dei pensieri intrusivi dal contenuto blasfemo vi fosse l'opera di forze sovranaturali, ad esempio la cattiva influenza di presenze demoniache. Il *feared self* ha inoltre trovato supporto nelle teorizzazioni formulate da Sigmund Freud, il quale ipotizzava che all'origine dei pensieri intrusivi dal contenuto violento potessero esserci degli impulsi aggressivi presenti a livello inconscio (Aardema & Wong, 2020).

Il *fear of the self* presenta un forte legame con altri costrutti, in particolare l'*inferential confusion* e la *self-ambivalence*. L'*inferential confusion* è una distorsione cognitiva che consiste nella tendenza a condurre i propri ragionamenti sulla base di un'ipotetica realtà ritenuta possibile, a discapito delle caratteristiche della realtà oggettiva (Yang *et al.*, 2021). All'interno di questo costrutto possono essere individuate tre dimensioni, ossia il ragionamento inverso, il rifiuto e la sfiducia nelle informazioni di origine sensoriale, nella conoscenza di sé e nel senso comune, e le associazioni fuori-contesto (Baraby *et al.*, 2021). La *self-ambivalence*, invece, si riferisce alla tendenza ad attribuirsi caratteristiche personali ambivalenti e contraddittorie (Bhar *et al.*, 2007), sviluppatasi a seguito di esperienze di attaccamento disfunzionali, a contatto con *caregiver* dal comportamento ambiguo e incostante (Seah *et al.*, 2018). La propensione ad attribuire credibilità ai pensieri legati al *feared self*, riscontrata nei pazienti con DOC, sarebbe quindi dovuta alla presenza di un concetto di sé ambiguo (Bhar *et al.*, 2007).

I dati di ricerca disponibili sembrano confermare l'ipotesi di un legame fra il *fear of the self* e la sintomatologia ossessivo-compulsiva. La somministrazione dell'IPT a un campione non clinico ha permesso infatti di rilevare un'associazione fra il *feared self* e i marcatori vissuti di dubbio tipicamente osservati nei pazienti con DOC (Nikodijevic *et al.*, 2015). L'esistenza di una relazione causale fra il *feared self* e le manifestazioni sintomatologiche del DOC, in particolare l'intensità dei pensieri ossessivi e la necessità percepita di mettere in atto comportamenti compulsivi, è stata inoltre dimostrata sottoponendo dei pazienti che presentavano questa diagnosi a una procedura di *priming* personalizzata, focalizzata sulle specifiche caratteristiche dei diversi *feared self* di ogni quadro clinico (Sauvageau *et al.*, 2020). Tale relazione di causa-effetto ha trovato ulteriore supporto in uno studio condotto con l'ausilio della realtà virtuale, che ha permesso in particolare di esaminare l'associazione esistente fra *feared self* e tre tipologie di ossessioni: quelle legate a un contenuto ripugnante, quelle riguardanti la possibilità di danneggiare se stessi o gli altri e quelle incentrate sulla tematica della



contaminazione (Wong *et al.*, 2020). Nell'ambito della ricerca condotta sul rapporto fra *fear of the self* e DOC sono stati inoltre presi in esame i pensieri ossessivi legati alla tematica delle relazioni e a quella dell'orientamento sessuale, evidenziando come anche questo tipo di manifestazioni sintomatologiche risulti associato al *feared self* (Fernandez *et al.*, 2021).

Nell'ambito della ricerca sul DOC sono stati inoltre condotti degli studi che hanno preso in esame congiuntamente il ruolo del *feared self* e dell'*inferential confusion*. La somministrazione dell'IPT a un campione non-clinico ha infatti permesso di comprendere come la tendenza dei pazienti con DOC ad attribuire credibilità al *feared self* possa essere spiegata dal ricorso a informazioni basate su mere possibilità a discapito della realtà oggettiva (Yang *et al.*, 2021). Prendendo in considerazione un'ulteriore variabile, ossia il contesto in cui un determinato pensiero intrusivo può emergere, è inoltre stato evidenziato come il *fear of the self* e l'*inferential confusion* risultino associati in particolare alle intrusioni *out-of-context* (Audet *et al.*, 2020). La somministrazione a un campione non-clinico del DRPT ha inoltre messo in luce il ruolo di mediazione esercitato dal *feared self* nella relazione esistente fra l'*inferential confusion* e la sintomatologia ossessivo-compulsiva (Baraby *et al.*, 2021).

Per quanto riguarda in particolare il ruolo rivestito dal *feared self* nelle manifestazioni cliniche del DOC legate al sottotipo *washing*, la *mental contamination* si è rivelata essere un fattore di mediazione fra il *feared self* e la *contact contamination*. Tali risultati suggeriscono che la sintomatologia di tipo *washing* non sia legata unicamente al timore di un possibile contagio fisico, ma anche al *feared self* (Krause *et al.*, 2020). In particolare, i comportamenti di *cleaning* osservati nei pazienti con DOC sarebbero legati a vissuti di colpa deontologica piuttosto che altruistica (Ottaviani *et al.*, 2019).

Gli studi finora citati presentano alcune limitazioni. Molte delle ricerche prese in esame sono state infatti condotte su campioni non-clinici (Nikodijevic *et al.*, 2015; Wong *et al.*, 2020; Fernandez *et al.*, 2021; Yang *et al.*, 2021; Audet *et al.*, 2020; Baraby *et al.*, 2021; Krause *et al.*, 2020; Ottaviani *et al.*, 2019): al fine di poter generalizzare i risultati emersi, è quindi necessario replicare tali studi su individui che presentino una diagnosi di DOC. Per quanto riguarda in particolare la ricerca condotta da Nikodijevic e collaboratori (2015), realizzata tramite la somministrazione dell'IPT, sarebbe opportuno riproporre la procedura provvedendo alla randomizzazione dell'ordine di presentazione degli scenari proposti (Nikodijevic *et al.*, 2015). Anche nella ricerca condotta da Sauvageau e collaboratori (2020) si evidenziano delle criticità: il campione preso in esame, infatti, pur essendo composto da individui che presentavano una diagnosi di DOC, risultava piuttosto ristretto. Nonostante inoltre tale studio presenti il vantaggio di aver tenuto conto, nel corso della procedura di *priming*, delle specifiche caratteristiche dei diversi quadri clinici, non tutti i *feared selves* individuati

dai ricercatori sono stati riconosciuti come adeguati dai partecipanti. La procedura sperimentale messa a punto sollevava inoltre alcune problematiche di natura etica, in quanto eseguire un'operazione di *priming* sui *feared selves* di pazienti con DOC avrebbe potuto rivelarsi dannoso per la loro salute mentale. Gli autori sono dunque stati costretti, al fine di salvaguardare il benessere dei partecipanti, a utilizzare una terminologia che non rischiasse di suscitare in loro un eccessivo turbamento (Sauvageau *et al.*, 2020). Gli autori dello studio condotto tramite la somministrazione del FOS-VR suggeriscono, nel corso delle ricerche future, di prendere in considerazione anche altri fattori, come il periodo di vita che il partecipante sta attraversando, in quanto vi sono determinate fasi della vita -per esempio la gravidanza- che possono rendere più fragile il concetto di sé (Wong *et al.*, 2020). Per quanto riguarda invece lo studio condotto dal gruppo di ricerca di Fernandez (2021), i risultati emersi, ottenuti tramite la somministrazione di strumenti di misura *self-report*, non permettono di ipotizzare la presenza di relazioni di causa-effetto fra i costrutti esaminati. Per quanto riguarda in particolare il DOC incentrato sulla tematica dell'orientamento sessuale, gli autori suggeriscono l'uso, nel corso delle ricerche future, del *Sexual Orientation Obsessions and Reactions Test* (SORT; Williams *et al.*, 2018) (Fernandez *et al.*, 2021). I limiti dello studio realizzato dal gruppo di ricerca di Audet (2020), invece, riguardano l'uso di una procedura sperimentale basata sulla somministrazione di scenari presentati per iscritto, i cui risultati sono difficilmente generalizzabili a un contesto più naturalistico. Inoltre, la procedura utilizzata non ha preso in esame né le manifestazioni sintomatologiche incentrate sulla tematica della simmetria e sulle cosiddette *not just right experiences* (NJRE), né aspetti legati alla neutralizzazione dei pensieri di natura intrusiva (Audet *et al.*, 2020). I risultati dello studio condotto da Baraby e collaboratori (2021), realizzato con l'uso di strumenti *self-report*, potrebbero essere stati influenzati da fenomeni legati alla desiderabilità sociale (Baraby *et al.*, 2021). Per quanto riguarda infine lo studio condotto da Krause e collaboratori (2020), focalizzato nello specifico sulla sintomatologia ossessivo-compulsiva di tipo *washing*, non è possibile trarre conclusioni su eventuali relazioni di causa-effetto fra le variabili considerate, trattandosi di uno studio non-sperimentale (Krause *et al.*, 2020).

Nonostante le diverse limitazioni evidenziate, tali studi presentano interessanti implicazioni cliniche, e risultano pertanto molto utili dal punto di vista terapeutico. Le ricerche esaminate suggeriscono infatti la necessità, allo scopo di pervenire a modalità di trattamento più efficaci, di considerare il ruolo di rilievo rivestito, nell'ambito della sintomatologia ossessivo-compulsiva, dalle convinzioni disfunzionali che riguardano il concetto di sé (Fernandez *et al.*, 2021). I pazienti con DOC potrebbero quindi beneficiare di programmi di intervento incentrati sul *feared self*, che prevedano un *assessment* delle caratteristiche specifiche che esso assume nel quadro clinico preso in esame e interventi psicoeducativi focalizzati su tale costrutto (Sauvageau *et al.*, 2020). I dati di ricerca suggeriscono

inoltre l'importanza, nell'ambito del DOC incentrato sulla tematica della contaminazione, di mettere in atto delle modalità di intervento focalizzate, oltre che sul *fear of the self*, anche sugli aspetti della *mental contamination* (Krause *et al.*, 2020) e del senso di colpa deontologico (Ottaviani *et al.*, 2019).

Gli autori degli studi presi in esame suggeriscono quindi di mettere a punto delle tecniche di intervento volte a rendere i pazienti con DOC consapevoli dei propri processi di ragionamento disfunzionali. Tali modalità di intervento potrebbero aiutare i pazienti a operare una chiara distinzione fra il proprio sé reale e il proprio *feared self*, in modo da pervenire alla costruzione di un concetto di sé che rispecchi le loro reali caratteristiche (Baraby *et al.*, 2021). Wong e collaboratori propongono inoltre la possibilità di avvalersi, nel corso del trattamento, dell'ausilio della realtà virtuale. Tale tecnologia ha già trovato delle applicazioni nell'ambito di interventi incentrati su costrutti legati al concetto di sé, in particolare l'autocompassione (*self-compassion*) e l'autocritica (*self-criticism*). L'utilizzo della realtà virtuale potrebbe quindi essere esteso anche al trattamento del *feared self* nell'ambito della sintomatologia ossessivo-compulsiva (Wong *et al.*, 2020).



## BIBLIOGRAFIA

- Aardema, F., & O'Connor, K. (2003). Seeing white bears that are not there: Inference processes in obsessions. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 17*(1), 23.
- Aardema, F., & O'Connor, K. (2007). The menace within: Obsessions and the self. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 21*(3), 182-197.
- Aardema, F., O'Connor, K.P., Emmelkamp, P.M.G., Marchand, A., & Todorov, C. (2005). Inferential confusion in obsessive-compulsive disorder: the inferential confusion questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 293-308.
- Aardema, F., O'Connor, K.P., Pelissier, M., & Lavoie, M.E. (2009). The quantification of doubt in obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Cognitive Therapy, 2*(2), 188-205.
- Aardema, F., Wu, K.D., Careau, Y., O'Connor, K., Julien, D., & Dennie, S. (2010). The expanded version of the inferential confusion questionnaire: Further development and validation in clinical and non-clinical samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 32*(3), 448-462.
- Aardema, F., Moulding, R., Radomsky, A.S., Doron, G., Allamby, J., & Souki, E. (2013). Fear of self and obsessionality: Development and validation of the Fear of Self Questionnaire. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 2*, 306-315.
- Aardema, F., & Wong, S.F. (2020). Feared possible selves in cognitive-behavioral theory: An analysis of its historical and empirical context, and introduction of a working model. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 24*, 100479.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition (DSM-5)*, 271-280. Arlington, VA: American Psychiatric Press.
- Audet, J., Wong, S.F., Radomsky, A.S., & Aardema, F. (2020). Not all intrusions are created equal: The role of context, feared-self perceptions and inferential confusion in the occurrence of abnormal intrusions. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 26*, 100537.
- Baraby, L., Wong, S.F., Radomsky, A.S., & Aardema, F. (2021). Dysfunctional reasoning processes and their relationship with feared self-perceptions and obsessive-compulsive symptoms: An investigation with a new task-based measure of inferential confusion. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 28*, 100593.

- Barnett, M.D., Moore, J.M., & Harp, A.R. (2017). Who we are and how we feel: Self-discrepancy theory and specific affective states. *Personality and Individual Differences, 111*, 232-237.
- Basile, B., Mancini, F., Macaluso, E., Caltagirone, C., Frackowiack, R., & Bozzali, M. (2011). Deontological and altruistic guilt: Evidence for distinct neurobiological substrates. *Human Brain Mapping, 229-232*.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Beck depression inventory* (2nd ed.). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bhar. (2004). *Self-ambivalence in obsessive-compulsive disorder*. Unpublished Ph.D. thesis, University of Melbourne, Melbourne, Australia.
- Bhar, S.S., & Kyrios, M. (2007). An investigation of self-ambivalence in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 1845-1857.
- Brakoulias, V., Starcevic, V., Berle, D., Milicevic, D., Moses, K., Hannan, A., Sammut, P., & Martin, A. (2013). The characteristics of unacceptable/taboo thoughts in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry, 54*, 750-757.
- Bramante, S., Quarato, F., Mehanovic, E., Rigardetto, S., & Maina, G. (2021). The forbidden thoughts dimension and psychiatric comorbidities in a large sample of OCD patients: A possible link to bipolar I comorbid disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 29*, 100642.
- Carver, C.S., Lawrence, J.W., & Scheier, M.F. (1999). Self-discrepancies and affect: Incorporating the role of feared selves. *Personality and Social Psychology Bulletin, 25*, 783-792.
- Doron, G., Derby, D.S., Szepsenwol, O., & Talmor, D. (2012). Tainted love: Exploring relationship-centered obsessive compulsive symptoms in two non-clinical cohorts. *Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorders, 1(1)*, 16-24.
- Doron, G., Derby, D., Szepsenwol, O., Nahaloni, E., & Moulding, R. (2016). Relationship obsessive-compulsive disorder: Interference, symptoms, and maladaptive beliefs. *Frontiers in Psychiatry, 7*, 58-67.
- Fernandez, S., Sevil, C., & Moulding, R. (2021). Feared self and dimensions of obsessive compulsive symptoms: Sexual orientation-obsessions, relationship obsessions, and general OCD symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 28*, 100608.

- 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, 14*, 485-495.
- Freeston, M.H., & Ladouceur, R. (1998). The cognitive-behavioral treatment of obsessions. In V.E. Cabello (Ed.). *International handbook of cognitive and behavioral treatments for psychological disorders* (pp. 129-160). New York: Pergamon Press.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G.R., et al. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale. II. Validity. *Archives of General Psychiatry, 46(11)*, 1012-1016.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischmann, R.L., Hill, C.L., et al. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry, 46(11)*, 1006-1011.
- Grenier, S., O' Connor, K.P., & Bélanger, C. (2010). Belief in the obsessional doubt as a real probability and its relation to other obsessive-compulsive beliefs and to the severity of symptomatology. *British Journal of Clinical Psychology, 49(1)*, 67-85.
- Higgins, E.T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review, 94*, 319-340.
- Krause, S., Wong, S., Giraldo O' Meara, M., Aardema, F., & Radomsky, A.S. (2020). It's not so much about what you touch: Mental contamination mediates the relationship between feared self-perceptions and contact contamination. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 25*, 100507.
- Kring, A.M., Johnson, S.L., Davison, G.C., Neale, J.M. (2017). *Psicologia clinica*, p. 24. Bologna: Zanichelli.
- Kugler, K., & Jones, W.H. (1992). On conceptualizing and assessing guilt. *Journal of personality and Social Psychology, 62*, 318-327.
- Melli, G., Moulding, R., Gelli, S., Chiorri, C., & Pinto, A. (2016). Assessing sexual orientation-related obsessions and compulsions in Italian heterosexual individuals: Development and validation of the sexual orientation obsessive-compulsive scale (SO-OCS). *The Behavior Therapist, 47*, 431-433.

- Melli, G., Gelli, S., Moulding, R., Stopani, E., & Pinto, A. (2018). Specific and general cognitive predictors of sexual orientation-obsessive compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *16*, 104-111.
- Nikodijevic, A., Moulding, R., Anglim, J., Aardema, F., & Nedeljkovic, M. (2015). Fear of self, doubt and obsessive compulsive symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *49*, 164-172.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 667-681.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2001). Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 987-1006.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2003). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part I. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 863-878.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2005). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory- Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 1527-1542.
- O' Connor, K., Aardema, F., & Pelissier, M.C. (2005). Beyond reasonable doubt: Reasoning processes in obsessive-compulsive disorder and related disorders. Etobicoke, Ontario: John Wiley & Sons Canada.
- O' Connor, K.P. & Robillard, S. (1999). A cognitive approach to the treatment of primary inferences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy: International Quarterly*, *13*, 359-375.
- Olatunji, B.O., Abramowitz, J.S., Williams, N.L., Connolly, K.M., & Lohr, J.M. (2007). Scrupolosity and obsessive-compulsive symptoms: Confirmatory factor analysis and validity of the Penn Inventory of Scrupolosity. *Journal of Anxiety Disorders*, *21*, 771-787.
- Olatunji, B.O., Williams, N.L., Tolin, D.F., Abramowitz, J.S., Sawchuk, C.N., Lohr, J.M., & Elwood, L.S. (2007). The Disgust Scale: Item analysis, factor structure, and suggestions for refinement. *Psychological Assessment*, *19*, 281-297.



- Ottaviani, C., Collazzoni, A., D' Olimpio, F., Moretta, T., & Mancini, F. (2019). I obsessively clean because deontological guilt makes me feel physiologically disgusted! *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 20, 21-29.
- Radomsky, A.S., Rachman, S., Shafran, R., Coughtrey, A.E., Barber, K.C., et al. (2014). The nature and assessment of mental contamination: A psychometric analysis. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 181-187.
- Radomsky, A.S., Giraldo-O' Meara, M., Wong, S.F., Dugas, M.J., Gelfand, L.A., Rachman, S., Schell, S., Senn, J.M., Shafran, R., & Whittal, M.L. (2020). Cognitive therapy for compulsive checking in obsessive-compulsive disorder: A pilot trial. *Psychiatry Research*, 286, 112850.
- Rushton, J.P., Chrisjohn, R.D., & Fekken, G.C. (1981). The altruistic personality and the self-report altruism scale. *Personality and Individual Differences*, 2, 293-302.
- Salkovskis, P., Shafran, R., Rachman, S., & Freeston, M.H. (1999). Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implications for therapy and research. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1055-1072.
- Sauvageau, J., O' Connor, K., Dupuis, G., & Aardema, F. (2020). Experimental priming of feared self-perceptions increases obsessive-compulsive symptoms in a clinical OCD sample. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 27, 100577.
- Seah, R., Fassnacht, D., & Kyrios, M. (2018). Attachment anxiety and self-ambivalence as vulnerabilities toward Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 18, 40-46.
- Spielberger, C.D. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory (from Y)*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Thordarson, D.S., Radomsky, A.S., Rachman, S., Shafran, R., Sawchuk, C.N., & Hakstian, A.R. (2004). The vancouver obsessional compulsive inventory (VOCI). *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1289-1314.
- Wong, S.F., & Grisham, J.R. (2017). Inverse reasoning processes in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 47, 75-82.
- Wong, S.F., Aardema, F., Mendel, B., Trespalacios, F., & Radomsky, A.S. (2020). Manipulating feared self-perceptions in an analogue sample using virtual reality and its impact on harm-related

intrusions and urges to neutralise. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 27, 100585.

Wright, E.C., & Riskind, J.H. (2021). A cognitive dissonance perspective on threats to self-concept in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 28, 100619.

Yang, Y.H., Moulding, R., Wynton, S.K.A., Jaeger, T., & Anglim, J. (2021). The role of feared self and inferential confusion in obsessive compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 28, 100607.