

LA DISSOCIAZIONE NEL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO: UNA RASSEGNA CRITICA

Giovanni Liotti¹ e Manuela Costantini²

¹ Scuola di Psicoterapia Cognitiva – Associazione di Psicologia Cognitiva, Roma, ²Università Campus Biomedico – Area di Medicina Interna, Roma

Riassunto

L'articolo presenta una rassegna di contributi teorici, clinici e di ricerca sul tema della comparsa, in un sottogruppo di disturbi ossessivo-compulsivi (DOC), di sintomi di dissociazione patologica (disgregazione delle funzioni, solitamente integrate, di coscienza, memoria, identità e percezione). La coesistenza in alcuni quadri clinici di sintomi dissociativi e ossessivo-compulsivi è una realtà clinica relativamente frequente, che sembra responsabile di una risposta insoddisfacente alla terapia cognitivo-comportamentale (TCC) del DOC. L'obiettivo della rassegna è di chiarificare le diverse manifestazioni che la dissociazione può assumere nel DOC, la relazione di alcune di esse con l'assorbimento nelle risposte compulsive, e il ruolo dei traumi psicologici nell'associazione fra sintomi dissociativi e ossessivo-compulsivi. Una tale chiarificazione è premessa necessaria per implementare modificazioni delle tecniche di TCC usualmente efficaci nel DOC, affinché anche le forme di questo disturbo complicate da sintomi dissociativi possano essere trattate con successo.

Parole chiave: Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC), dissociazione, memoria per le azioni, depersonalizzazione, trauma, confusione inferenziale

DISSOCIATION IN OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: A REVIEW

Abstract

This paper reviews theoretical, clinical and research studies on the appearance, in a subgroup of obsessive compulsive disorders (OCD), of symptoms related to the disruption of the usually integrated functions of consciousness, memory, identity and perception (pathological dissociation). The coexistence of dissociative and obsessive-compulsive symptoms is a relatively frequent clinical occurrence, that seems to be responsible for unsatisfactory response to the cognitive-behavioral therapy (CBT) of OCD. The aim of the review is to clarify the different types of dissociative symptoms and processes that may appear in OCD, their relation to absorption in compulsive responses, and the role played by traumatic experiences in the association between dissociative and obsessive-compulsive symptoms. Such a clarification is a necessary premise to the implementation of modified types of CBT interventions able to yield satisfactory outcomes in cases of OCD complicated by dissociative symptoms.

Key words: Obsessive Compulsive Disorder (OCD), dissociation, memory for actions, depersonalization, trauma, inferential confusion

Alcuni dati di ricerca (Gershuny et al. 2008; Rufer et al. 2006a) indicano che la presenza di sintomi dissociativi nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC), e l'associazione fra DOC e disturbi post-traumatici (che implicano di regola dissociazione), predicono risposte insoddisfacenti sia alla terapia cognitivo-comportamentale (TCC), sia alla cura farmacologica con inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (ISRS). Poiché la frequenza con la quale sintomi dissociativi e ossessivo-compulsivi si presentano insieme nel quadro clinico è stimabile intorno al 15-20% delle diagnosi di DOC (Goff et al. 1992; Lochner et al. 2004), il problema di estendere a questa popolazione di pazienti l'efficacia delle cure attualmente disponibili non è trascurabile.

Comprendere gli itinerari psicopatologici che possono condurre alla comparsa di processi e sintomi dissociativi nel DOC è premessa necessaria per mettere a punto protocolli di trattamento idonei alla cura di questa forma complicata del disturbo. Questo articolo si propone di passare in rassegna le attuali conoscenze sulla comparsa di processi dissociativi in un significativo sottogruppo di pazienti che ricevono la diagnosi di DOC, e di riflettere criticamente su di esse. Inizieremo la nostra rassegna con un breve esame della letteratura riguardante le osservazioni cliniche di sintomi dissociativi nel DOC. Presenteremo successivamente una sintesi delle ricerche pertinenti all'argomento, e infine discuteremo le ipotesi esplicative che potrebbero dare ragione di questa associazione di sintomi.

Resoconti di casi clinici

La presenza di sintomi dissociativi nel DOC è stata rilevata da Pierre Janet già all'inizio del secolo passato (Pitman 1987), ed è stata poi descritta in una serie di casi clinici nel corso dei primi sessant'anni del secolo. In particolare, queste serie di casi clinici, studiati fra il 1903 e il 1963, sottolineavano soprattutto la presenza di depersonalizzazione e derealizzazione fra i sintomi che talora potevano accompagnare le ossessioni (Mayer-Gross 1935; Roth 1959; Sedman e Reed 1963; Shorvon 1946). Nonostante queste casistiche illustrassero convincentemente come depersonalizzazione e derealizzazione possano coesistere con sintomi ossessivo-compulsivi, e alcuni degli articoli ad esse dedicati fossero considerati dei classici della psichiatria, la possibile presenza della dissociazione nel DOC non divenne oggetto di insegnamento sistematico fra gli psichiatri e gli psicologi clinici che si occupavano di questo disturbo. Bartlett e Drummond (1990), per esempio, ritennero meritevole di descrizione il caso di una paziente che, nel corso di una TCC per un DOC, sviluppò sintomi di derealizzazione talmente gravi da costringere all'interruzione del trattamento. Il caso meritava descrizione dettagliata, secondo le Autrici, perché né la prospettiva cognitivo-comportamentale né quella psicoanalitica contemplavano la presenza simultanea di sintomi ossessivi e di sintomi "isterici" come la depersonalizzazione. In ambito psicoanalitico si riteneva che l'ossessività dipendesse da un assetto di difese intrapsichiche opposto e incompatibile con la conversione isterica (di cui la dissociazione era considerata una variante). In ambito comportamentista l'influente teoria di Hans Jurgen Eysenck (1969) sosteneva che isteria e depersonalizzazione fossero con-causate da estrema estroversione, mentre l'ossessività dipendeva necessariamente da estrema introversione: dunque, depersonalizzazione e ossessività non avrebbero potuto, teoricamente e logicamente, coesistere.

Nonostante l'ostacolo allo studio sistematico della dissociazione in un sottogruppo di DOC frapposto dalle due più influenti teorie psicopatologiche dell'epoca, sporadiche osservazioni continuarono a mostrare l'esistenza di complessi quadri clinici in cui coesistevano sintomi ossessivi e dissociativi, e anzi a estendere la descrizione delle tipologie cliniche di DOC complicato da dissociazione, fino a includere sintomi dissociativi diversi dalla depersonalizzazione-

derealizzazione. Ad esempio, Ross e Anderson (1988) descrissero tre casi clinici nei quali i sintomi del DOC coesistevano con un disturbo da personalità multipla (oggi noto come disturbo dissociativo dell'identità, DID). In anni più recenti, Shusta (1999) illustrò come proprio la considerazione attenta dell'aspetto dissociativo e l'impostazione della psicoterapia in modo da indirizzarsi primariamente all'integrazione delle funzioni mentali dissociate avesse permesso di trattare con successo un caso di DOC refrattario alla TCC standard perché sovrapposto a un DID. I sintomi dissociativi sono definiti dal DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) come disgregazione delle funzioni usualmente integrate della memoria, della coscienza, dell'identità e della percezione. Rientrano dunque nella sindrome clinica che ci interessa anche i casi di DOC nei quali compaiono significativi disturbi della memoria – ad esempio, quelli in cui i pazienti sembrano mostrare amnesia dissociativa per le azioni che compiono compulsivamente nel tentativo di neutralizzare le ossessioni – oppure disturbi nella capacità metacognitiva di discriminazione fra immagini mentali e percezioni. Casi clinici di queste forme che la dissociazione sembra poter talora assumere nel DOC sono stati descritti da Liotti (1993, 1995, 2001) e da Liotti e Monticelli (2001). In un caso, ad esempio, la paziente non riusciva a discriminare fra la percezione dell'ambiente in cui si trovava al momento e l'immagine mnestica, estremamente vivida, dell'ambiente in cui si era venuta a trovare in un momento precedente. L'incapacità di discriminare fra immagine percettiva e immagine del ricordo era così inquietante per la paziente da spingerla e compulsivamente ad azioni dolorose associate a preghiere ripetute, nello sforzo di comprendere con certezza dove veramente si trovasse (Liotti 2001, p. 257). Il disturbo delle funzioni integratrici della memoria e della percezione, in questo caso, non conseguiva, come in tanti altri, all'assorbimento in azioni compulsive e ripetitive. Al contrario, lo stato dissociativo costituiva l'aspetto intrusivo dell'ossessione, e attraverso le compulsioni la paziente tentava di annullare gli effetti della perdita di discriminazione fra memoria e percepito. In un altro caso (Liotti e Monticelli 2001, p. 122-123) la paziente dimenticava, a distanza di pochi minuti, tutto quel che aveva detto e fatto nel corso di una seduta di TCC, durante l'esposizione alle situazioni temute e il blocco dei rituali: osservazione interessante, perché in questo caso non veniva distorta o inibita la memoria dell'*esecuzione* del rituale, ma quella dello stato mentale (l'emersione di memorie traumatiche) conseguente alla *rinuncia a eseguirlo*.

Per molti casi clinici di questo tipo, il DSM suggerirebbe diagnosi di comorbidità fra DOC e un disturbo di personalità (borderline o schizotipico, per esempio) al fine di dar ragione dei coesistenti sintomi dissociativi e della mancata risposta ai trattamenti disponibili per il DOC. L'artificio diagnostico, tuttavia, non aiuta il clinico, e specialmente lo psicoterapeuta, nel comprendere il rapporto fra sintomi del DOC e sintomi dissociativi *all'interno dell'esperienza del paziente*, né nelle connessioni fra le due classi di sintomi che possono divenire oggetto di interventi specifici del terapeuta. Per questo motivo nel resto dell'articolo trascureremo l'esplorazione delle possibili comorbidità fra DOC e disturbi di Asse II.

La tipologia dei sintomi dissociativi nel DOC: rassegna delle ricerche empiriche

I dati di ricerca disponibili in letteratura riguardano soprattutto due funzioni integratrici – memoria, e percezione di sé e della realtà esterna – e il tipo di comportamento compulsivo al quale possono essere più spesso associati deficit di queste due funzioni: compulsioni di lavaggio/disinfezione (*washing*), di conteggio, di controllo dell'ordine e della sequenza delle azioni (*checking*), o di accumulazione (*hoarding*).

Diversi studi controllati concordano nel rilevare processi e sintomi dissociativi soprattutto

fra i *checkers* (Ecker ed Engelkamp 1995; Grabe et al. 1999; Rufer et al. 2006b; Watson et al. 2004). Questi studi inoltre concordano nel ritenere che l'amnesia dissociativa (vedi, ad esempio, Rufer et al. 2006b) e la depersonalizzazione/ derealizzazione (Grabe et al. 1999) siano i tipi di sintomi dissociativi più frequentemente presenti nel DOC. I *checkers*, in altre parole, più degli altri pazienti con diagnosi di DOC: (1) ricordano meno bene i comportamenti ritualistici ripetitivi e compulsivi con i quali tentano di neutralizzare le intrusioni ossessive (Ecker ed Engelkamp 1995; Tallis et al. 1999); (2) tendono a confondere l'azione ritualistica eseguita con quella immaginata, e (3) descrivono esperienze di depersonalizzazione.

La distorsione delle funzioni integratrici della memoria connessa alle condotte compulsive è stata oggetto di successive indagini dettagliate, volte a vagliare la proposta teorica che un deficit della memoria per le azioni possa essere responsabile della ripetitività delle compulsioni in tutti o quasi i casi di DOC, anche laddove essa non si presenti con le caratteristiche dell'amnesia dissociativa (Ecker ed Engelkamp 1995; Merckelbach e Wessel 2000; Tallis 1995; Tallis et al. 1999). I risultati degli studi più recenti sul deficit della memoria per le azioni nel DOC suggeriscono che le distorsioni mnestiche rilevate in precedenti studi sono la conseguenza dell'abnorme assorbimento dell'attenzione nell'esecuzione dei rituali di controllo, piuttosto che la causa del bisogno di controllare ripetutamente e compulsivamente, tipico dei *checkers*. Ad esempio, van den Hout e Kindt (2003) dimostrarono, in un campione non-clinico, che l'esecuzione ripetuta di azioni di controllo causa sfiducia nell'efficienza della propria memoria circa tali azioni. Ne trassero la conclusione che, per quanto i comportamenti di *checking* nei pazienti ossessivo-compulsivi possano essere motivati dal desiderio di ridurre l'incertezza, essi hanno l'effetto contrario e paradossale di aumentarla inducendo appunto dubbi sul ricordo delle azioni di controllo compiute.

Lo studio di van den Hout e Kindt (2003) è stato replicato, sempre su campioni non clinici, con risultati concordi nel confermare gli effetti del *checking* sulla memoria (Radomsky et al. 2006; van den Hout e Kindt 2004). L'atto di controllare ripetutamente un qualsiasi aspetto del mondo su cui si sia agito, al fine di raggiungere la sicurezza sul buon esito della propria azione, è dunque causa, in campioni non-clinici, di riduzione nella vivacità e nella ricchezza di dettagli del ricordo, e anche nella fiducia riposta nell'efficienza della propria memoria. Questo risultato di ricerca è confermato da uno studio su un campione clinico di 15 casi di DOC, nel quale i pazienti impegnati in azioni di *checking* andavano incontro a un'ancora più marcata riduzione di fiducia nell'efficienza della propria memoria rispetto ai controlli non-clinici, in funzione del proprio senso ipertrofico di responsabilità (Boschen e Vuksanovic 2007). La ridotta fiducia nell'efficienza della memoria, in tutti questi studi, non corrispondeva inoltre ad alcun deficit mnastico generalizzato: il disturbo causato dai comportamenti compulsivi di *checking* è dunque limitato allo stato mentale delimitato dalla presenza dell'intrusione ossessiva. Nei casi in cui la sfiducia nell'efficienza della propria memoria si estende alla valutazione dell'intera funzione del ricordo, essa si configura quindi come un disturbo della meta-memoria, non della memoria in quanto tale (Hermans et al. 2003; Radomsky et al. 2006).

Gli studi sulle distorsioni della memoria causati dalla perseverazione abnorme in azioni ripetitive di controllo sono stati recentemente estesi all'attenzione e alla percezione. Van den Hout et al. (2008, 2009), hanno dimostrato in campioni non-clinici come l'attenzione concentrata su stimoli vaghi, minuscoli o particolarmente lucenti – condizione simile a quella che molti pazienti DOC incontrano quando si impegnano in compulsioni di controllo – induce sentimenti di incertezza sulla percezione, simili ai sintomi dissociativi del tipo della derealizzazione rilevati nel sottogruppo di pazienti ossessivi oggetto di questa rassegna. Queste osservazioni sono suffragate da due ricerche sulle capacità metacognitive nel DOC, condotte su campioni clinici

(Hermans et al. 2003, 2008).

Si può dunque concludere che almeno un aspetto della sintomatologia dissociativa presente in un sottogruppo del DOC è spiegabile come una conseguenza, anziché come una causa, dell'assorbimento nei rituali ripetitivi di neutralizzazione, ed è riconducibile a un deficit della metacognizione e della metamemoria. Metacognizione e metamemoria sono aspetti delle funzioni integratrici superiori della mente, i cui deficit funzionali definiscono, secondo il DSM-IV, l'ambito della dissociazione (per una discussione sull'equivalenza logica di alcuni aspetti dei concetti di dissociazione e metacognizione – o mentalizzazione – si veda Fonagy et al. 2002, trad. it., p. 180-187). L'assorbimento abnorme dell'attenzione su uno stimolo ripetitivo (*absorption*: Tellegen e Atkinson 1974), d'altro canto, costituisce una modalità fondamentale di induzione di stati mentali dissociativi, in quanto è correlata a una deliberata (come nell'induzione ipnotica) o inconsapevole (come nella perseverazione del *checker*) destrutturazione dei processi normali di organizzazione percettiva e cognitiva (Kremen e Block 2002). Nel DOC, dunque, e in particolare nella forma *checking*, si creerebbero occasioni per la comparsa di sintomi dissociativi conseguenti all'assorbimento. Quanto alla modalità più comune con cui si manifestano i sintomi dissociativi secondari all'assorbimento nei rituali, essa consiste in dubbi, spesso *vissuti in uno stato mentale di estraniamento* (derealizzazione o depersonalizzazione), circa la continuità dell'esperienza: *“Potrei averlo fatto senza ricordarlo?”* o *“Potrei essere sonnambula senza saperlo?”* (Capo 2005, p.65). Restano comunque da identificare i fattori aggiuntivi di rischio, responsabili della comparsa di tali sintomi dissociativi secondari in alcuni *checkers*, ovvero i fattori protettivi grazie ai quali altri *checkers* non sviluppano sintomi dissociativi secondari.

Anche se i deficit della memoria per le azioni rilevati nel DOC possono essere spiegati come conseguenze piuttosto che come cause della perseverazione in condotte di *checking*, il problema del funzionamento mnestico generale nel DOC presenta aspetti contraddittori, che suggeriscono la necessità di ulteriori indagini sui deficit delle funzioni integratrici della memoria, specialmente nei casi di coesistenza di sintomi dissociativi e ossessivo-compulsivi. Per esempio, Exner et al. (2009) hanno recentemente dimostrato che pazienti con DOC hanno prestazioni di memoria episodica e semantica inferiori ai controlli, mentre i loro risultati non evidenziavano differenze di prestazioni fra pazienti e controlli per quanto riguarda la memoria operativa. Al contrario, Nakao et al. (2009), usando tecniche di *neuroimaging*, hanno ottenuto risultati che suggeriscono una disfunzione della memoria operativa nel DOC.

È infine da sottolineare che, se la perseverazione abnorme in condotte ritualistiche di controllo può causare deficit della meta-memoria (e della meta-cognizione riguardante la distinzione fra percetti e immagini mentali), ciò non spiega i casi in cui esperienze francamente dissociative (specialmente depersonalizzazione-derealizzazione) *precedono* la comparsa di sintomi ossessivo-compulsivi, o quelli in cui esse conseguono all'*interruzione* terapeutica del comportamento compulsivo (Bartlett e Drummond 1990; Liotti e Monticelli 2001, p. 123). Neppure possono essere spiegati in termini di deficit della meta-memoria conseguenti alla perseverazione nel *checking* i casi sopra ricordati nei quali la struttura sintomatica del DOC si sovrappone a un DID.

In generale, la relazione dinamica fra sintomi dissociativi e sintomi ossessivo-compulsivi nella genesi del disturbo e nel corso del trattamento non può essere catturata dalla maggior parte degli studi controllati sulla dissociazione nel DOC, perché tali studi sono prevalentemente correlazionali. Essi mettono a fuoco le relazioni fra alti punteggi a misure generali di tendenza alla dissociazione, come la *Dissociative Experience Scale* (DES) e aspetti del quadro clinico del DOC (Fontenelle et al. 2007; Grabe et al. 1999; Lochner et al. 2004; Rufer et al. 2006a, 2006b; Watson et al. 2004), non il momento della comparsa di sintomi dissociativi rispetto alla comparsa

di sintomi ossessivo-compulsivi nella storia del disturbo. Per chiarire la possibilità che la dissociazione svolga un ruolo primario nella genesi di alcuni casi di DOC, diversi da quelli in cui la dissociazione è secondaria all'assorbimento nei rituali, sono interessanti i casi in cui il DOC compare successivamente all'esposizione a eventi traumatici. Infatti, la relazione fra memorie traumatiche e dissociazione, pur presentando aspetti complessi che impediscono spiegazioni semplici e univoche (Rassin e van Rootselaar 2005), è da ritenersi assodata (Briere 2006; Ginzburg et al. 2009).

Trauma, dissociazione e DOC

Sono reperibili in letteratura descrizioni di singoli casi clinici, casistiche più ampie, e anche alcuni studi osservazionali che dimostrano la *possibilità* di sviluppare un DOC a seguito dell'esposizione a eventi psicologicamente traumatici, e/o suggeriscono come memorie traumatiche possano avviare lo sviluppo di un DOC (Gershuny et al. 2003, 2008; Liotti e Monticelli 2001; Lochner et al. 2002, 2007; Mathews et al. 2008; Sasson et al. 2005; Scariglia 2003). Va subito sottolineato che gli studi caso-controllo disponibili non dimostrano alcun ruolo particolare delle memorie traumatiche nella *generalità* dei casi di DOC (Grabe et al. 2008), confutando così l'ipotesi di Dinn et al (1999), che la *maggioranza* dei casi di DOC possano essere ricondotti ad esperienze infantili traumatiche. In uno studio controllato, il campione di pazienti con ansia sociale ricordava significativamente più eventi traumatici del campione con DOC (Fontenelle et al. 2007). Poiché solo una minoranza degli esiti psicopatologici di eventi traumatici assume la forma del DOC, altri fattori di rischio devono intervenire nella genesi dei disturbi in cui sintomi ossessivo-compulsivi si associano a sintomi dissociativi post-traumatici. Allo stato attuale delle conoscenze, è probabile che tali fattori debbano essere ricercati in un senso ipertrofico di responsabilità (Mancini 2001; Mathews et al., 2008) e forse in assetti genetici predisponenti all'ossessività (Paul et al. 2002). A questo riguardo, riveste un certo interesse uno dei risultati dello studio di Mathews et al. (2008). In un campione non clinico di 938 studenti universitari furono rilevate tre associazioni statisticamente significative: fra sintomi ossessivo-compulsivi ("probabile DOC") e ricordo di traumi infantili, fra tali sintomi e senso ipertrofico di responsabilità ("coscienziosità"), e fra ricordo di traumi e coscienziosità –il che fa supporre l'esistenza di un fattore comune che lega traumi, sviluppo di un senso di responsabilità ipertrofico e DOC.

L'interesse maggiore delle casistiche sulla comparsa di un DOC in conseguenza a eventi traumatici risiede comunque non nel dimostrare uno specifico ruolo di tali eventi fra le cause generali del DOC, ma nell'illustrare come la dissociazione conseguente a traumi influenzi e plasmi la sintomatologia clinica del DOC, quando il trauma colpisce persone per altre ragioni predisposte a questo disturbo. Un'osservazione particolarmente interessante è riferita da Gershuny et al (2003): nella loro serie di casi in cui il DOC si era manifestato dopo un evento traumatico e chiaramente in relazione ad esso, i sintomi ossessivi e i sintomi post-traumatici (l'intorpidimento o *numbing*, e la tendenza a rivivere l'evento traumatico in uno stato mentale dissociativo) avevano acquisito un andamento a bilancia. Con l'aumento di intensità e frequenza dei sintomi ossessivo-compulsivi, i sintomi dissociativi post-traumatici diminuivano, e viceversa. Ciò suggerisce, con ogni verosimiglianza, che quando le due classi di sintomi si presentano insieme i sintomi ossessivo-compulsivi costituiscano un tentativo di gestire quelli post-traumatici.

Strategie ossessivo-compulsive possono essere avviate o sostenute da almeno tre aspetti dell'esperienza post-traumatica:

- 1) tentativi di evitare il riemergere di memorie traumatiche (vissute di regola in uno stato non solo di allarme, ma anche di alterazione delle funzioni integratrici della coscienza, della memoria e dell'identità), attraverso l'assorbimento in rituali di neutralizzazione;
- 2) tentativi di annullare percezioni corporee abnormi (per esempio, percepire il corpo untuoso o sporco – a causa di un disturbo delle funzioni integratrici dello schema corporeo – talora consegue a ricordi di violenze sessuali subite e può condurre a rituali di lavaggio);
- 3) tentativi di gestire stati mentali perturbanti del tipo della derealizzazione-depersonalizzazione.

Quest'ultima possibilità si accorda con le osservazioni dei clinici e dei ricercatori che hanno studiato longitudinalmente un'ampia coorte di pazienti (204) sofferenti di depersonalizzazione (Baker et al. 2003): nel tentativo di fronteggiare la profonda sofferenza della depersonalizzazione, alcuni di questi pazienti ricorrevano a comportamenti di controllo ripetitivi e compulsivi. Un esempio dei rituali di *checking* che possono essere attuati nel tentativo di fronteggiare la depersonalizzazione è offerto da una paziente con una storia di incesto nell'infanzia, che aveva la ricorrente esperienza di non percepire più il tronco, preceduta dalla sensazione di avere il torace e l'addome untuosi. Quando era in procinto di avvertire nel proprio schema corporeo la perturbante scomparsa del tronco, segnalata dalla sensazione di unto sulla pelle dell'addome o del torace, la paziente estraeva alcuni abiti dall'armadio guardaroba e controllava ripetutamente maniche delle giacche e gambe dei pantaloni (contando ad alta voce: “uno, due, tre, quattro”) – come a cercare sicurezza nell'osservare che le estremità degli abiti, essendo connesse alle parti centrali, provavano l'esistenza del tronco non più percepito (Liotti 2001, p.258). È evidente come la depersonalizzazione detti in questo caso i rituali di *checking* e conteggio, prevalendo sulla sensazione di pelle unta (un rivivere la memoria traumatica dell'incesto) che avrebbe dovuto indurre, piuttosto, rituali di lavaggio.

La ricerca sull'associazione di sintomi ossessivo-compulsivi e sintomi dissociativi dovrebbe occuparsi di quali fattori di rischio, oltre al senso ipertrofico di responsabilità che è presente in tutti i DOC, possano incrementare la probabilità di sviluppare sintomi dissociativi in complicità di quelli ossessivi. L'esposizione a eventi chiaramente traumatici è di certo uno fra tali fattori di rischio, ma probabilmente non è il solo. Allo stato attuale delle conoscenze, possono facilitare risposte dissociative in contesti di vita non francamente traumatici tanto fattori di personalità (ad esempio, la disorganizzazione dell'attaccamento: Liotti 2001, 2006) quanto fattori genetici (probabilmente, alleli dei geni che controllano il ricambio di serotonina e dopamina nel cervello). Un risultato interessante di questo modo di affrontare il problema della dissociazione nel DOC è offerto da uno studio di Lochner et al. (2007), i cui risultati dimostrano che l'interazione fra la trascuratezza (*neglect*) nelle esperienze di attaccamento e il genotipo *S/S* del gene *5-HTT* permette di prevedere, in modo significativo, la comparsa di dissociazione in pazienti con DOC.

L'interazione gene-ambiente nella strutturazione degli stati mentali *relativi all'attaccamento* – interazione dove le variabili ambientali (stili di accudimento) sembrano giocare un ruolo decisamente prevalente rispetto a quelle genetiche (Frigerio et al. 2009) – probabilmente è degna di particolare attenzione per chi voglia comprendere la genesi della dissociazione nel DOC. Uno studio recente ha trovato prove a sostegno dell'ipotesi che gli stati mentali relativi all'attaccamento contribuiscono alla genesi dei sintomi ossessivo-compulsivi attraverso la mediazione delle cognizioni correlate al DOC (Doron et al. 2009). Poiché esistono considerazioni fenomenologiche e alcuni dati di ricerca a sostegno dell'ipotesi che l'attaccamento disorganizzato facilita risposte dissociative agli eventi di vita (Liotti 2006), la dimensione generale dell'attaccamento potrebbe costituire una base comune allo studio tanto degli itinerari di sviluppo che conducono al DOC, quanto di quelli che conducono alla dissociazione. La disorganizzazione dell'attaccamento, quindi,

potrebbe contribuire in modo sostanziale all'identificazione del particolare percorso che può condurre alla combinazione delle due categorie di sintomi, sia attraverso la mediazione del trauma che in assenza di essa. Un caso clinico paradigmatico di coesistenza di DOC e dissociazione, che permette di ipotizzare i passi fondamentali di un percorso di sviluppo che inizia con la disorganizzazione dell'attaccamento, costituisce il filo conduttore di un libro sulle applicazioni cliniche della ricerca sull'attaccamento nell'ambito del cognitivismo (Liotti 2001).

Altre possibili forme di dissociazione nel DOC: la confusione inferenziale

Sebbene non sia concettualizzata chiaramente come un deficit delle funzioni integratrici della coscienza, della memoria, dell'identità e della percezione, la confusione inferenziale (*inferential confusion*) presenta alcuni aspetti in comune con la dissociazione (O'Connor e Aardema 2003, p. 227). La confusione inferenziale consiste nella difficoltà a discriminare fra immagini mentali ed eventi reali percepibili. Essa ha quindi relazioni con il concetto di fusione pensiero-azione ormai classico nei modelli cognitivisti del DOC, e che completa l'ipotesi del ruolo centrale del senso ipertrofico di responsabilità nel DOC (Mancini 2001). L'equivalenza morale percepita dal paziente fra immaginare un'azione dannosa o disdicevole e compierla realmente è uno degli indicatori di un abnorme senso di responsabilità. Tuttavia, il concetto di confusione inferenziale si differenzia da quello di fusione pensiero-azione perché pone l'accento più sui processi metacognitivi di discriminazione fra stati mentali e realtà esterna, e meno su quelli morali di responsabilità (O'Connor e Aardema 2003). Ai livelli meno gravi di confusione inferenziale, il paziente scambia erroneamente una possibilità immaginata per una possibilità reale. Nei gradi estremi di confusione inferenziale, i pazienti confondono immagini mentali ed eventi realmente accaduti, il che è un indicatore di fallimento delle funzioni mentali integratrici, non di ipertrofia del senso morale. I gradi estremi di confusione inferenziale potrebbero dar ragione delle caratteristiche schizotipiche (aberrazioni della percezione, pensiero magico ai limiti del delirio) riscontrate in alcuni casi di DOC, e che come la dissociazione sono associate a esiti negativi tanto della TCC quanto delle cure farmacologiche con ISRS (Aardema et al. 2005). Se si considera la somiglianza fenomenica e definitoria fra i gradi estremi di confusione inferenziale da un lato, e dissociazione e schizotipia dall'altro, gli studi empirici condotti sulla confusione inferenziale nel DOC vengono a collocarsi fra quelli correlabili alle indagini cliniche e sperimentali sulla dissociazione intesa come deficit delle funzioni integratrici della coscienza, della memoria, dell'identità e della percezione.

La confusione inferenziale potrebbe essere spiegata in termini di iper-attivazione emozionale a sua volta conseguente alla sopravvalutazione di una minaccia: a causa dell'intenso stato d'ansia che deriva dal percepire come attuale e imminente un pericolo remoto, il paziente con DOC potrebbe confondere possibilità immaginate con probabilità elevate del concretarsi di una situazione dannosa o catastrofica. Tuttavia, una ricerca tende a escludere questa spiegazione: la confusione inferenziale risultava fattorialmente distinta dalla sovrastima della minaccia in un campione di 85 pazienti con DOC, e il costrutto indipendente di confusione inferenziale rimaneva significativamente correlato ai sintomi ossessivo-compulsivi anche quando si controllava la variabile "livello d'ansia" (Aardema et al. 2006).

Siamo ancora in attesa di studi definitivi e dirimenti che confrontino le due ipotesi sulla genesi dei sintomi dissociativi nel DOC, se a causarli siano sempre variabili emozionali (ansia) e cognitive (credenze di responsabilità) oppure e almeno talvolta variabili metacognitive e correlate a deficit delle funzioni integratrici superiori. In attesa di tali studi dirimenti, la ricerca

di Aardema et al. (2006) può essere ricordata a sostegno dell'ipotesi alternativa dell'indipendenza della dissociazione rispetto alle cognizioni di base tipiche del DOC.

Il problema del trattamento

Pur se è necessario attendere che ricerche future chiariscano tutti i motivi della coesistenza di sintomi dissociativi e ossessivo-compulsivi in alcuni quadri clinici, è urgente rispondere alle esigenze dei pazienti che un tale quadro clinico presentano all'attenzione dello psicoterapeuta. Infatti, come si è accennato all'inizio di questa rassegna, ci sono prove che tali pazienti abbiano alte probabilità di non rispondere favorevolmente a trattamenti usualmente efficaci nel DOC: TCC standard e cura farmacologica con ISRS.

Rufer et al. (2006a) hanno trovato che la persistenza di sintomi ossessivo-compulsivi gravi alla fine della TCC era associate con punteggi più alti a una scala di misura della dissociazione (DES) all'inizio del trattamento. I pazienti che non rispondevano alla TCC avevano punteggi DES di base significativamente più alti di quelli che invece rispondevano favorevolmente, specie per quanto concerne la sottoscala dell'assorbimento, e tale differenza rimaneva significativa anche controllando altre variabili come la depressione, altre forme di comorbidità, e il tipo di trattamento farmacologico eventualmente associato. Anche il trattamento di tutti i pazienti in cui il DOC era iniziato dopo un evento traumatico, descritti da Gershuny et al. (2003), aveva avuto esito negativo. In uno studio successivo, condotto su un campione di 104 pazienti con DOC che non avevano risposto favorevolmente al trattamento in un centro specializzato, Gershuny et al. (2008) hanno trovato che l'82% di questi *non-responders* riportava una storia di traumi. Di questi, la metà riferiva sintomi tali da permettere la diagnosi di disturbo post-traumatico da stress (DPTS) in comorbidità con il DOC. Analogamente, alti punteggi alle misure di confusione inferenziale sembrano predire esiti non favorevoli alla TCC standard (Aardema et al. 2005).

Sembra dunque necessario, in questi casi, aggiungere alle tecniche comportamentali (esposizione e prevenzione della risposta, EPR) e a quelle cognitive più usuali (riduzione del senso ipertrofico di responsabilità, accettazione del rischio: Capo 2005; Mancini e Gragnani 2005) interventi mirati a favorire il ripristino delle funzioni integratrici della memoria, della coscienza, dell'identità e della percezione. La messa a fuoco della confusione inferenziale come oggetto specifico e privilegiato del trattamento (Aardema et al. 2005), in concomitanza o prima dell'EPR, potrebbe costituire un esempio dei vantaggi offerti da interventi diretti a sostenere le funzioni mentali integratrici quando queste sono gravemente deficitarie nel DOC. Un esempio di intervento volto a sostenere le funzioni mestiche di una paziente con gravi sintomi dissociativi che complicavano un DOC è offerto da Intreccialagli e Liotti (1997). È stato già ricordato l'intervento di Shusta (1999), nel quale il lavoro di riconoscimento e integrazione di stati dell'io dissociati permise un esito favorevole del trattamento di un DOC in comorbidità con un DID. La presenza di memorie traumatiche non elaborate in alcuni casi di coesistenza fra sintomi dissociativi e ossessivo-compulsivi deve far considerare l'opportunità di tentarne l'integrazione in concomitanza con l'EPR (per un caso esemplificativo, vedi Liotti e Monticelli 2001, p.123). Quando invece i sintomi dissociativi siano prevalentemente conseguenza dell'assorbimento nei rituali (il deficit della meta-memoria descritto in una sezione precedente), è probabile che l'EPR possa apportare, con l'aggiunta di semplici spiegazioni sul meccanismo che porta alla sfiducia nel ricordo, notevoli miglioramenti. Probabilmente il sintomo dissociativo più difficile da affrontare è la depersonalizzazione: l'esperienza della depersonalizzazione, quando diventa cronica o frequentemente recidivante, sembra resistere a tutti i trattamenti disponibili (Simeon e

Abugel 2006), e costringe il clinico a strategie volte ad aiutare il paziente a comprenderne la natura e a tollerarla, più che a superarla. In generale, di fronte a un DOC complicato da sintomi dissociativi che suggeriscono gravi difficoltà nelle relazioni di cura (conseguenti all'attaccamento disorganizzato e a esperienze relazionali traumatiche), è opportuna un'attenta considerazione della relazione terapeutica, esposta a dilemmi frequentemente di difficile soluzione (Liotti 2001).

Le strategie di implementazione della TCC standard che possono rendersi necessarie durante la psicoterapia di un DOC complicato da sintomi dissociativi, a cui si è accennato, sono naturalmente poco più che empirismo clinico: per mettere a punto protocolli di trattamento più precisi e mirati è necessario conoscere meglio i fattori di rischio che facilitano lo sviluppo di questa complessa forma del disturbo. Lo scopo di questa rassegna è appunto quello di richiamare l'attenzione su quanto si conosce al riguardo, e sui quesiti che restano aperti. Rispondere a tali quesiti con futuri studi di caso singolo e studi caso-controllo è necessario perché che il clinico possa disporre di un'adeguata mappa concettuale di riferimento, e organizzare in base a essa il trattamento.

Bibliografia

- Aardema F, Emmelkamp PMG, O'Connor KP (2005). Inferential confusion, cognitive change and treatment outcome in Obsessive-Compulsive Disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 12, 337-345.
- Aardema F, O'Connor KP, Emmelkamp PMG (2006). Inferential confusion and obsessive beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy* 35, 138-147.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. APA Press, Washington DC. Trad. it. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Masson, Milano 1996.
- Baker D, Hunter E, Lawrence E, Medford N, Patel M, Senior C, Sierra M, Lambert MV, Phillips ML, David AS (2003). Depersonalisation disorder: clinical features of 204 cases. *British Journal of Psychiatry* 182, 428-433.
- Bartlett AE, Drummond LM (1990). Hysterical conversion and dissociation arising as a complication of behavioural psychotherapy treatment of obsessive-compulsive neurosis. *British Journal of Medical Psychology* 63, 109-115.
- Briere J (2006). Dissociative symptoms and trauma exposure. *Journal of Nervous and Mental Disease* 194, 78-82.
- Capo R (2005). Il dramma di poter avere una colpa. *Cognitivismo Clinico* 2, 59-74.
- Dinn WM, Harris CL, Raynard RC (1999). Posttraumatic obsessive-compulsive disorder: a three-factor model. *Psychiatry* 62, 313-323.
- Doron G, Moulding R, Kyrios M, Nedeljkovic M, Mikulincer M (2009). Adult attachment insecurities are related to obsessive compulsive phenomena. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28, 1022-1049.
- Ecker W, Engelkamp J (1995). Memory for actions in obsessive-compulsive disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 23, 349-371.
- Eysenck HJ (1969). *Personality: Structure and Measurement*. London: Routledge.
- Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Other Press, New York. Trad. it. *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Trad. it. Raffaello Cortina Editore, Milano 2005.
- Fontenelle LF, Domingues AM, Souza WF, Mendlowicz MV, de Menezes GB, Figueira IV, Versiani M (2007). History of trauma and dissociative symptoms among patients with obsessive-compulsive

- disorder and social anxiety disorder. *Psychiatric Quarterly* 78, 241-250.
- Frigerio A, Ceppi E, Rusconi M, Giorda R, Raggi ME, Fearon P (2009). The role played by the interaction between genetic factors and attachment in the stress response in infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 50, 1513-1522.
- Gershuny BS, Baer L, Radomsky AS, Wilson KA, Jenike MA (2003). Connections among symptoms of obsessive-compulsive disorder and post-traumatic stress disorder: a case series. *Behaviour Research and Therapy* 41, 1029-1041.
- Gershuny BS, Baer L, Parker H, Gentes EL, Infield AL, Jenike MA (2008). Trauma and posttraumatic stress disorder in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety* 25, 69-71.
- Ginzburg K, Butler LD, Saltzman K, Koopman C. (2009). Dissociative reactions in PTSD. In Dell PF, O'Neill JA (Eds.), *Dissociation and the Dissociative Disorders*. Routledge, London (pp. 457-470).
- Goff DC, Olin JA, Jenike MA, Baer L, Buttolph ML (1992). Dissociative symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disorder* 180, 332-337.
- Grabe HJ, Goldschmidt F, Lehmkuhl L, Gänsicke M, Spitzer C, Freyberger HJ (1999). Dissociative symptoms in obsessive-compulsive dimensions. *Psychopathology* 32, 319-324.
- Grabe HJ, Ruhmann S, Spitzer C, Josepeit J, Ettelt S, Buhtz F, Hochrein A, Schulze-Rauschenbach S, Meyer K, Kraft S, Reck C (2008). Obsessive-Compulsive Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. *Psychopathology* 41, 129-134.
- Hermans D, Martens K, De Cort K, Pieters G, Eelen P (2003). Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 41, 383-401.
- Hermans D, Engelen U, Grouwels L, Joos E, Lemmens J, Pieters G. (2008). Cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder: Distrusting perception, attention and memory. *Behaviour Research and Therapy* 46, 98-113.
- Intreccialagli B, Liotti G (1997). Rischio iatrogeno e discontinuità della coscienza: Alcune note da una prospettiva cognitivo-evolutiva. *Psicoterapia* 10, 41-55.
- Kremen AM, Block J (2002). Absorption: Construct explication by Q-Sort assessments of personality. *Journal of Research in Personality* 36, 252-259.
- Liotti G (1993). Disorganized attachment and dissociative experiences: An illustration of the developmental-ethological approach to cognitive therapy. In Kuehlwein KT, Rosen H (Eds.) *Cognitive therapies in action*. Jossey-Bass, San Francisco (pp.213-239).
- Liotti G (1995). Disorganized / disoriented attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders. In Goldberg S, Muir R, Kerr J (Eds), *Attachment Theory: Social, developmental and clinical perspectives*. Analytic Press, Hillsdale, NJ (pp. 343-363).
- Liotti G (2001). *Le opere della coscienza: Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Liotti G (2006). A model of dissociation based on attachment theory and research. *Journal of Trauma and Dissociation* 7, 55-74.
- Liotti G, Monticelli F (2001). I fenomeni dissociativi nei pazienti ossessivi. *Psicoterapia* 22, 117-127.
- Lochner C, du Toit PL, Zungu-Dirwayi N, Marais A, van Kradenburg J, Seedat S, Niehaus DJ, Stein DJ (2002). Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depression and Anxiety* 15, 66-68.
- Lochner C, Seedat S, Hemmings SM, Kinnear CJ, Corfield VA, Niehaus DJ, Moolman-Smook JC, Stein DJ (2007). Investigating the possible effects of trauma experiences and 5-HTT on the dissociative experiences of patients with OCD using path analysis and multiple regression. *Neuropsychobiology* 56, 6-13.

- Lochner C, Seedat S, Moolman-Smook JC, Kidd M, Stein DJ (2004). Dissociative experiences in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: Clinical and genetic findings. *Comprehensive Psychiatry* 45, 384-391.
- Mancini F (2001). Un modello cognitivo del disturbo ossessivo-compulsivo. *Psicoterapia* 22, 43-59.
- Mancini F, Gragnani A (2005). L'esposizione con prevenzione della risposta come pratica dell'accettazione. *Cognitivismo Clinico* 2, 38-58.
- Mathews CA, Kaur N, Stein MB (2008). Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depression and Anxiety* 25, 742-751.
- Mayer-Gross W (1935). On depersonalization. *British Journal of Medical Psychology* 15, 103-122.
- Merkelbach H, Wessel I (2000). Memory for actions and dissociation in obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 188, 846-848.
- O' Connor KP, Aardema F (2003). Fusion or confusion in obsessive-compulsive disorder. *Psychological Reports* 93, 227-232.
- Paul DL, Mundo E, Kennedy JL (2002). The pathophysiology and genetics of obsessive-compulsive disorder. In Davis KL, Charney D, Coyle JT, Nemeroff C (Eds.), *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress*. New York: Lippincott, Williams & Wilkin (p. 1609-1619).
- Pitman RK (1987). Pierre Janet on Obsessive-Compulsive Disorder (1903). *Archives of General Psychiatry* 44, 226-232.
- Radomsky AS, Gilchrist PT, Dussault D (2006). Repeated checking really does cause memory distrust. *Behaviour Research and Therapy* 44, 305-316.
- Rassin E, van Rootselaar AF (2005). From dissociation to trauma? Individual differences in dissociation as predictor of 'trauma' perception. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 37, 127-139.
- Ross C, Anderson G (1988). Phenomenological overlap of multiple personality disorder and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 295-299.
- Rufer M, Fricke S, Held D, Cremer J, Hand I (2006b). Dissociation and symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder: A replication study. *European Archives of Psychiatry and Neuroscience* 256, 146-150.
- Rufer M, Held D, Cremer J, Fricke S, Moritz S, Peter H, Hand I (2006a). Dissociation as a predictor of cognitive behavior therapy outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics* 75, 40-46
- Sasson Y, Dekel S, Nacasch N, Chopra M, Zinger Y, Amital D, Zohar J (2005). Post-traumatic obsessive-compulsive disorder: A case series. *Psychiatry Research* 135, 145-152.
- Sedman G, Reed GF (1963). Depersonalization phenomena in obsessional personalities and in depression. *British Journal of Psychiatry* 109, 376-379.
- Scariglia P (2003). Disturbo ossessivo compulsivo post-traumatico: un caso clinico. *Rivista di Psichiatria* 38, 92-96.
- Shorvon HJ (1946). The depersonalization syndrome. *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 39, 779-782.
- Shusta SR (1999). Successful treatment of refractory obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychotherapy* 53, 377-391.
- Tallis F (1995). *Obsessive-compulsive disorder: A clinical and neuropsychological perspective*. Wiley, London.
- Tallis F, Pratt P, Jamani N (1999). Obsessive compulsive disorder, checking, and non-verbal memory: a neuropsychological investigation. *Behaviour Research and Therapy* 37, 161-166.
- Tellegen A, Atkinson G (1974). Openness to absorbing and self-altering experiences ("absorption"), a trait related to hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology* 83, 268-277

- van den Hout MA, Engelhard IM, de Boer C, du Bois A, Dek E (2008). Perseverative and compulsive-like staring causes uncertainty about perception. *Behaviour Research and Therapy* 46, 1300-1304.
- van den Hout MA, Engelhard IM, Smeets M, Dek E, Turksma K, Saric R (2009). Uncertainty about perception and dissociation after compulsive-like staring: Time course of effects. *Behaviour Research and Therapy* 47, 535-539.
- van den Hout MA, Kindt M (2004). Obsessive-compulsive disorder and the paradoxical effects of perseverative behaviour on experienced uncertainty. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 35, 165-181.
- Watson D, Wu KD, Cutshall C (2004). Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relation to dissociation. *Journal of Anxiety Disorders* 18, 435-458.