



**SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE
SEDE DI CAGLIARI**

**COLPA E DISGUSTO NEL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO:
UNA SCOPING REVIEW DELLE EVIDENZE**

Esame finale di secondo anno

Elaborato breve

Specializzanda Dott.ssa Falchi Alessia

ANNO ACCADEMICO 2025

COLPA E DISGUSTO NEL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO: UNA SCOPING REVIEW DELLE EVIDENZE

ABSTRACT

Colpa e disgusto sono due emozioni centrali nel disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), ma le evidenze sul loro ruolo risultano eterogenee. Questa scoping review, condotta secondo le linee guida PRISMA-ScR, ha esaminato studi empirici pubblicati tra il 2010 e il 2025, identificati tramite PubMed e ScienceDirect. Undici studi hanno soddisfatto i criteri di inclusione.

Gli studi sulla colpa evidenziano una rilevanza specifica della colpa deontologica nel DOC, associata a maggiore sensibilità alla colpa, rituali di controllo e un'elaborazione neurale atipica degli stimoli morali. Gli studi sul disgusto mostrano che la propensione al disgusto è strettamente associata ai sintomi ossessivo-compulsivi, contribuendo al loro mantenimento e mostrando, in alcuni casi, una relazione reciproca con l'andamento dei sintomi. Le evidenze suggeriscono inoltre un bias percettivo verso il disgusto e un'interazione con le credenze ossessive. Sul piano clinico, vari interventi CBT mostrano effetti nel ridurre la propensione al disgusto, e l'Anti-Disgust CBT risulta particolarmente promettente. Colpa e disgusto emergono come emozioni centrali nel DOC, con implicazioni differenziate per i diversi sottotipi sintomatologici e per la CBT. Nel complesso, colpa e disgusto, rappresentano costrutti chiave per la comprensione del DOC e per l'ottimizzazione degli interventi cognitivo comportamentali.

KEYWORDS: *OCD; guilt; disgust; cognitive behavioral therapy; scoping review*

1. INTRODUZIONE

Secondo il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5-TR), il disturbo ossessivo-compulsivo è caratterizzato dalla presenza di ossessioni, ovvero pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e intrusive che provocano marcato disagio, e di compulsioni, cioè comportamenti o azioni mentali ripetitive che la persona si sente obbligata a eseguire per ridurre l'ansia o prevenire eventi temuti. Tali sintomi risultano dispendiosi in termini di tempo o interferiscono significativamente con il funzionamento personale, sociale o lavorativo e non sono attribuibili agli effetti di sostanze o ad altre condizioni mediche o psichiatriche (Pompili et al., 2023).

Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), precedentemente classificato tra i disturbi d'ansia nel DSM-IV, nel DSM-5 è stato ricollocato nella sezione "Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati". Tale cambiamento riflette la consapevolezza che, sebbene i sintomi d'ansia siano frequenti, risultano meno stabili e centrali rispetto ad altre condizioni cliniche (Van Ameringen et al., 2014).

Già prima della pubblicazione del DSM-5, Hollander, Braun e Simeon (2008) avevano proposto di creare una nuova categoria diagnostica, distinta dai disturbi d'ansia. Gli autori evidenziavano che il DOC condivide con disturbi come il disturbo da dismorfismo corporeo o la tricotillomania caratteristiche comuni sul piano fenomenologico, genetico, neurobiologico e della risposta al trattamento, suggerendo l'esistenza di una dimensione transdiagnostica basata sulla compulsività e sulle difficoltà di controllo degli impulsi.

In linea con questa prospettiva, studi successivi hanno riesaminato criticamente le evidenze disponibili, mostrando che il DOC si differenzia dai disturbi d'ansia per il coinvolgimento dei circuiti fronto-striato-talamo-corticali (a differenza dei modelli amigdalo-centrici tipici dei disturbi d'ansia), per la risposta selettiva agli inibitori della ricaptazione della serotonina (SSRI) e per la presenza di ossessioni intrusive ed egodistoniche accompagnate da rituali compulsivi, diversi dalle preoccupazioni tipiche dei disturbi d'ansia (Stein et al., 2010).

Negli ultimi anni, un numero crescente di studi ha evidenziato il ruolo di specifiche emozioni nel quadro del Disturbo ossessivo-compulsivo, ponendo particolare attenzione alla colpa e al disgusto. Nei pazienti con DOC, l'ansia tende infatti a manifestarsi come risposta anticipatoria alla possibilità, anche minima, di scenari percepiti come intollerabili, in cui la persona proverebbe stati emotivi intensi e valutati come insostenibili, come colpa e disgusto (Melli & Carraresi, 2023).

La colpa è un'emozione morale con una rilevante funzione sociale, in quanto promuove comportamenti prosociali e di riparazione delle relazioni interpersonali (Julle-Danière et al., 2020), ed è stata identificata come un'emozione centrale nel DOC, distinta dall'ansia e spesso collegata alla trasgressione di regole morali interne (Mancini et al., 2022). Gli individui ossessivi sperimentano più frequentemente colpa rispetto ai controlli e tendono a esagerare il potenziale danno delle loro azioni o omissioni (Shafran et al., 1996) e studi

di neuroimaging hanno evidenziato un'elaborazione anomala della colpa deontologica rispetto ai soggetti sani (Basile et al., 2014).

Il disgusto, emozione con radici evolutive, ha la funzione principale di favorire l'evitamento di stimoli o situazioni potenzialmente pericolose o contaminanti, contribuendo così alla protezione dell'individuo (Melli & Carraresi, 2023). Questa emozione sembra particolarmente rilevante nei pazienti con DOC, che presentano livelli più elevati di propensione al disgusto rispetto a individui con disturbo d'ansia generalizzato e controlli non clinici (Olatunji et al., 2011), inoltre vulnerabilità specifiche legate a questa emozione sembrano contribuire in modo rilevante allo sviluppo del sottotipo "da contaminazione" del DOC (Olatunji, 2010). Negli ultimi anni, diversi studi hanno indagato interventi cognitivo-comportamentali mirati alla modulazione del disgusto, evidenziando il potenziale di tali strategie nel migliorare la risposta terapeutica.

Nonostante la crescente mole di dati, la letteratura risulta ancora frammentata, con studi che spesso analizzano separatamente i diversi costrutti emotivi. Alla luce di ciò, la presente scoping review si propone di mappare e sintetizzare le evidenze disponibili sul ruolo della colpa e del disgusto nel Disturbo ossessivo-compulsivo, con particolare attenzione alle implicazioni cliniche e agli approcci cognitivo-comportamentali.

2. METODOLOGIA

Questa scoping review è stata scelta in quanto consente di esplorare in modo ampio e sistematico un ambito di ricerca ancora eterogeneo e in espansione, come quello relativo al ruolo della colpa e del disgusto nel disturbo ossessivo-compulsivo. L'obiettivo è mappare e sintetizzare le evidenze disponibili e individuare potenziali direzioni per studi futuri.

La revisione è stata condotta in accordo con le linee guida del PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018). La formulazione della domanda di ricerca e la definizione dei criteri di inclusione sono state guidate dal framework PCC (Population, Concept, Context), utilizzato nelle scoping review per delineare con chiarezza l'ambito di indagine.

2.1 Obiettivo

L'obiettivo generale di questa revisione è quello di mappare e sintetizzare la letteratura scientifica che ha indagato il ruolo della colpa e del disgusto nel disturbo ossessivo-compulsivo, con particolare attenzione agli studi che esplorano le implicazioni cliniche di questi costrutti e il loro possibile coinvolgimento negli interventi cognitivo-comportamentali (CBT).

2.2 Domanda di ricerca

"Quali evidenze emergono in letteratura riguardo al ruolo della colpa e del disgusto nel disturbo ossessivo-compulsivo, e in che modo questi costrutti vengono considerati o modulati negli interventi cognitivo-comportamentali (CBT)?"

2.3 Struttura PCC

Componente	Descrizione
Population (P)	persone con diagnosi di DOC e, quando rilevante per l'analisi dei costrutti di colpa e disgusto, campioni non clinici che contribuiscono alla comprensione dei meccanismi psicologici implicati nel disturbo.
Concept (C)	Colpa e disgusto, intesi come costrutti psicologici rilevanti per la comprensione e il trattamento del DOC
Context (C)	Studi condotti in contesti clinici o sperimentali pubblicati dal 2010 in poi, in lingua inglese o italiana, con o senza riferimento a interventi cognitivo-comportamentali (CBT)

2.4 Strategia di ricerca

La ricerca è stata condotta su studi pubblicati tra gennaio 2010 e ottobre 2025 nei database PubMed e Science Direct. Le stringhe di ricerca sono state adattate alla sintassi di ciascun database e formulate come segue:

- Per PubMed:

("obsessive compulsive disorder" [MeSH Terms] OR "OCD") AND (guilt OR "feelings of guilt" OR culpability)
 ("obsessive compulsive disorder" [MeSH Terms] OR "OCD") AND (disgust OR "disgust sensitivity" OR "disgust propensity")

- Per ScienceDirect:

("obsessive compulsive disorder" OR OCD) AND (guilt OR "feelings of guilt" OR culpability)
 ("obsessive compulsive disorder" OR OCD) AND (disgust OR "disgust sensitivity" OR "disgust propensity")

Sono stati inclusi articoli in lingua inglese o italiana, con testo completo e pubblicati in riviste peer-reviewed. La ricerca iniziale includeva anche una stringa relativa alle Not Just Right Experiences (NJREs). Tuttavia, dopo la fase di screening e la lettura full-text, gli studi su questo costrutto sono stati esclusi poiché non direttamente pertinenti agli obiettivi finali della review, che si focalizza esclusivamente sui costrutti di colpa e disgusto nel disturbo ossessivo-compulsivo.

2.5 Criteri di inclusione

- Studi empirici (quantitativi, qualitativi o misti) che esplorano almeno uno dei due costrutti (colpa o disgusto) nel DOC.
- Studi che analizzano la relazione tra tali costrutti e i sintomi ossessivo-compulsivi, oppure che valutano il loro ruolo negli interventi CBT.
- Studi condotti su partecipanti con diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo oppure su campioni non clinici quando le variabili investigate (colpa o disgusto) risultano direttamente rilevanti per la comprensione dei meccanismi implicati nel DOC.
- Articoli pubblicati dal 2010 in poi.

2.6 Criteri di esclusione

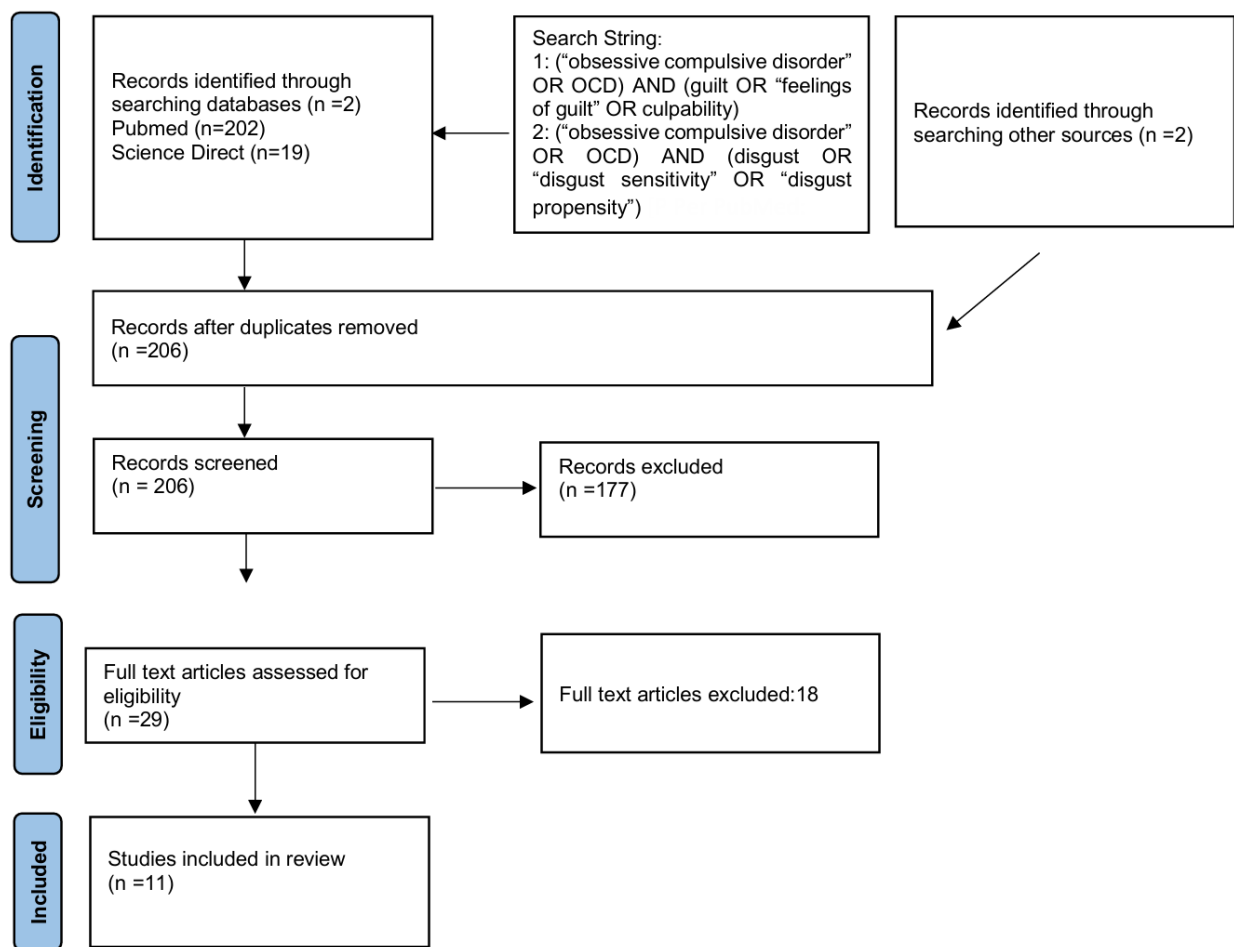
- Studi non pertinenti al disturbo ossessivo-compulsivo o che indagano costrutti emotivi non rilevanti per il DOC.
- Studi condotti su popolazioni non cliniche senza alcun riferimento a misure o fenomeni collegati al DOC
- Review narrative o sistematiche.
- Studi non pubblicati in inglese o italiano, privi di testo completo o non sottoposti a peer review.

2.7 Selezione degli studi

Tutte le citazioni ottenute sono state importate e gestite con il software Rayyan (Ouzzani et al., 2016), che ha permesso di rimuovere automaticamente i duplicati e ottimizzare la selezione. La procedura si è articolata in due fasi:

1. Screening di titolo e abstract, per escludere gli articoli non pertinenti.
2. Lettura full-text degli articoli potenzialmente rilevanti, valutati secondo i criteri di inclusione.

Il processo di selezione, che mostra le fasi di identificazione, screening, eleggibilità e inclusione finale, è presentato nel diagramma di flusso PRISMA-ScR (Figura 1), adattato dal PRISMA 2020 flow diagram (PRISMA 2020 flow diagram, s.d.).



Nota: durante la fase di screening full-text, sono stati esclusi gli studi riguardanti le *Not Just Right Experiences (NJREs)* in quanto non coerenti con la domanda di ricerca finale, che ha concentrato l'analisi sui costrutti di colpa e disgusto nel DOC

(PRISMA 2020 Flow Diagram, s.d.)

Figura 1. Diagramma di flusso PRISMA-ScR del processo di identificazione, screening, eleggibilità e inclusione degli studi nella scoping review (adattato dal PRISMA 2020 flow diagram).

2.8 Estrazione e sintesi dei dati

Per ciascun articolo incluso sono stati estratti i seguenti elementi: autore e anno, disegno dello studio, caratteristiche del campione, costrutto analizzato (colpa o disgusto), strumenti utilizzati e risultati principali. I dati sono stati sintetizzati in forma narrativa e organizzati in due sottosezioni, dedicate rispettivamente ai costrutti di colpa e disgusto, seguite da un paragrafo conclusivo sui contributi emersi in relazione alla CBT. La sezione seguente presenta i risultati emersi, strutturati in base ai due costrutti principali e integrati da un approfondimento sulle evidenze relative alla CBT.

Autore (Anno)	Design	Campione	Costrutto	Strumenti	Risultati principali
Basile et al. (2014)	fMRI	21 DOC, 21 controlli	Colpa	fMRI task	Maggiore colpa deontologica e ridotta attivazione di aree morali rispetto ai controlli.
Melli et al. (2017)	Cross-sectional (studio 1 e 2)	674 non clinici; 109 DOC	Colpa	GSQ, Y-BOCS	La sensibilità alla colpa predice i rituali di checking in modo specifico.
Mancini et al. (2022)	Comparativo tra gruppi clinici	67 DOC, 57 ansia, 62 depressione	Colpa	MOGS	Il DOC mostra punteggi più elevati di colpa deontologica rispetto ad altri disturbi.
Fontenelle et al. (2018)	fMRI – MVPA	23 DOC, 23 controlli	Colpa	fMRI	Pattern neurali distinti nella colpa tra DOC e controlli.
Melli et al. (2019)	Cross-sectional	159 DOC	Disgusto	DPSS-R, Y-BOCS	La propensione al disgusto attuale predice i sintomi da contaminazione
Olatunji & Kim (2024)	Longitudinale (4 valutazioni)	307 adulti	Disgusto	DPSS-R, OCI	Relazione bidirezionale tra disgusto e sintomi OC.
Whitton et al. (2015)	Sperimentale	26 DOC, 25 ansia, 26 controlli	Disgusto	EMG, SC, OBQ	DOC: maggiore disgusto core/contamination e associazione con credenze ossessive.
Jhung et al. (2010)	Sperimentale	23 DOC, 25 controlli	Disgusto	Morphing facciale	Bias percettivo: nelle espressioni ambigue i DOC identificano più spesso disgusto.
Olatunji et al. (2011)	Pre-post ERP intensivo	44 DOC	Disgusto	DPSS-R, Y-BOCS	ERP riduce la disgust propensity, associata al miglioramento clinico.
Fink et al. (2018)	Sperimentale	30 C-OCD, 30 controlli	Disgusto	ImR, Reappraisal	Reappraisal e imagery riducono il disgusto; maggiore efficacia del reappraisal.
Salmani et al. (2022)	RCT	62 C-OCD	Disgusto	Y-BOCS, DPSS-R, FFMQ, BDI-II	L'AD-CBT riduce più della CBT standard la disgust sensitivity.

3. RISULTATI

Dalla ricerca effettuata nelle banche dati PubMed e ScienceDirect sono stati inizialmente individuati un totale di 221 articoli. Dopo la rimozione dei duplicati e lo screening di titoli e abstract tramite Rayyan, sono stati selezionati 29 articoli per la lettura full-text.

Oltre agli articoli individuati tramite la ricerca nei database elettronici, due ulteriori studi sono stati inclusi attraverso ricerca manuale integrativa. Entrambi gli studi presentano coerenza teorica e metodologica con i criteri di inclusione adottati e sono stati pertanto inseriti nella revisione.

In seguito all'applicazione dei criteri di inclusione ed esclusione, 11 studi sono stati inclusi nella presente revisione. Gli studi inclusi sono stati organizzati in tre principali categorie tematiche: colpa, disgusto e interventi cognitivo comportamentali.

3.1 Colpa nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo

Lo studio di Basile et al. (2014) ha indagato mediante risonanza magnetica funzionale (fMRI) le basi neurali del senso di colpa deontologico rispetto a quello altruistico in pazienti con DOC, confrontati con un gruppo di controllo sano; per colpa deontologica si intende il senso di colpa derivante dalla violazione di una norma morale interna (anche in assenza di un danno reale verso altri), mentre la colpa altruistica si riferisce al senso di colpa legato all'aver causato (o non impedito) un danno o una sofferenza a un'altra persona. I risultati hanno mostrato che i pazienti con DOC riportavano livelli più elevati di colpa deontologica rispetto ai controlli, senza differenze significative nella colpa altruistica. A livello neurale, durante l'elaborazione di scenari moralmente rilevanti, i pazienti DOC presentavano un'attivazione significativamente ridotta in specifiche aree cerebrali (corteccia cingolata anteriore, giro frontale mediale, insula bilaterale e precuneo sinistro) rispetto ai controlli. Inoltre, l'entità di tale riduzione correlava negativamente con la gravità dei sintomi ossessivo-compulsivi, suggerendo che una minore attivazione di queste regioni si associava a sintomi più severi. Gli autori concludono che nel DOC la colpa deontologica viene elaborata in modo anomalo, riflettendo un'eccessiva sensibilità alla violazione delle proprie regole morali interne e una vulnerabilità legata a processi di iper-responsabilità morale, anche in assenza di un danno reale (Basile et al., 2014).

Lo studio di Melli et al. (2017) ha approfondito il ruolo della sensibilità alla colpa nel disturbo ossessivo-compulsivo, definita dagli autori come la tendenza a percepire l'esperienza della colpa come particolarmente minacciosa, pericolosa o intollerabile. A tale scopo, è stato sviluppato e validato il Guilt Sensitivity Questionnaire (GSQ), valutando la relazione tra sensibilità alla colpa e le diverse dimensioni sintomatologiche del DOC.

Nel primo studio, condotto su un ampio campione non clinico, la sensibilità alla colpa risultava associata in modo significativo ai sintomi ossessivo-compulsivi anche controllando ansia, depressione e credenze ossessive. L'associazione più forte riguardava la dimensione del checking, caratterizzata da timori di responsabilità per potenziali errori o danni.

Nel secondo studio, su un campione clinico di pazienti con DOC, la sensibilità alla colpa era significativamente più elevata nei pazienti con sintomi legati alla responsabilità rispetto a quelli con altri sottotipi del disturbo (es. contaminazione, simmetria). Anche in questo caso, la sensibilità alla colpa si confermava un predittore

significativo dei rituali di controllo, indipendentemente dalle credenze ossessive e dalla sintomatologia ansioso-depressiva.

Nel complesso, i risultati suggeriscono che la sensibilità alla colpa rappresenta un fattore rilevante nel DOC, in particolare nella dimensione del checking, contribuendo alla tendenza dei pazienti a sovrastimare le conseguenze morali e pratiche di possibili errori o omissioni (Melli et al., 2017).

In uno studio più recente, Mancini et al. (2022) hanno indagato se il vissuto di colpa rappresenti un elemento distintivo del disturbo ossessivo-compulsivo rispetto ad altri disturbi emotivi. A tale scopo, hanno confrontato tre gruppi diagnostici (pazienti con DOC, con altri disturbi d'ansia e con disturbi depressivi) utilizzando la Moral Orientation Guilt Scale (MOGS), uno strumento che distingue diverse forme di colpa, in particolare la colpa deontologica (legata alla trasgressione di norme morali interne) e la colpa altruistica (relativa al danno inflitto ad altri). I risultati hanno mostrato che i pazienti con DOC riportano punteggi significativamente più elevati nella colpa deontologica rispetto agli altri gruppi clinici, mentre non emergono differenze significative nella colpa altruistica. Due dimensioni in particolare della MOGS, violazione di una norma morale e impurità morale, risultano significativamente associate alla gravità dei sintomi ossessivo-compulsivi. Gli autori interpretano questi risultati come evidenza di una specificità della colpa deontologica nel DOC, suggerendo che la sofferenza ossessiva derivi soprattutto dal timore di non essere moralmente integri o "puri", più che dalla preoccupazione di aver arrecato danno ad altri. Tali dati risultano coerenti con i modelli cognitivi, secondo cui la paura della colpa morale e la tendenza a sovrastimare la responsabilità personale rappresentano fattori centrali nella genesi e nel mantenimento del disturbo (Mancini et al., 2022).

Fontenelle et al. (2018) hanno esaminato il modo in cui i pazienti con DOC elaborano diverse emozioni, tra cui la colpa, utilizzando l'analisi multivariata dei pattern (MVPA) su dati fMRI. Durante la provocazione di colpa, lo studio ha evidenziato che due regioni – il giro postcentrale sinistro e il giro angolare – permettono di distinguere con buona accuratezza i pazienti DOC dai controlli sani. In particolare, i pazienti mostravano maggiore attività nel giro postcentrale, mentre i controlli nel giro angolare. Questi risultati suggeriscono che l'elaborazione della colpa nel DOC si associa a pattern di attivazione specifici e distinti rispetto ai controlli, evidenziando un'alterazione nei processi neurali coinvolti nelle emozioni morali (Fontenelle et al., 2018).

3.2 Disgusto nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo

Il disgusto è stato ampiamente riconosciuto come una delle emozioni più strettamente associate al disturbo ossessivo-compulsivo, in particolare nei sottotipi caratterizzati da ossessioni di contaminazione e rituali di lavaggio.

Melli e colleghi (2019) hanno esaminato se la propensione al disgusto rappresenti un fattore di rischio per il DOC da contaminazione oppure un fattore di mantenimento. Il campione era composto da 159 pazienti con DOC, suddivisi in un gruppo con sintomi predominanti di contaminazione (n=56) e un gruppo con altri

sintomi ossessivo-compulsivi (n=103). Ai partecipanti è stato chiesto di valutare retrospettivamente la propria propensione al disgusto all'età di 18 anni e quella attuale. I risultati mostrano che i pazienti con sintomi di contaminazione riportano livelli significativamente più elevati di propensione al disgusto solo nella valutazione attuale, ma non in quella retrospettiva. Inoltre, la propensione al disgusto attuale, e non quella riferita all'adolescenza, predice la gravità dei sintomi di contaminazione anche controllando la presenza di affettività negativa e ansia di tratto. Gli autori concludono che la propensione al disgusto non costituisce un tratto stabile preesistente, ma tende ad aumentare parallelamente ai sintomi di contaminazione, sostenendone il mantenimento nel tempo (Melli et al., 2019).

In modo complementare, Olatunji e Kim (2024) hanno esaminato la relazione reciproca tra propensione al disgusto e sintomi ossessivo-compulsivi attraverso un disegno longitudinale articolato in quattro momenti di valutazione, con l'obiettivo di chiarire la direzione causale di tale associazione. Il campione era composto da 307 adulti appartenenti alla popolazione generale, valutati a intervalli di un mese mediante misure di propensione al disgusto e di sintomatologia ossessivo-compulsiva. I dati sono stati analizzati tramite modelli longitudinali a effetti incrociati, una procedura statistica che consente di valutare come una variabile in un determinato momento predica i cambiamenti nell'altra variabile nei momenti successivi, controllando al contempo la stabilità di entrambe nel tempo.

I risultati hanno mostrato che la propensione al disgusto prediceva in modo significativo un incremento successivo dei sintomi ossessivo-compulsivi complessivi, anche tenendo conto della depressione. Tuttavia, l'analisi delle diverse dimensioni del disturbo ha evidenziato un andamento differenziato: per le aree del controllo, dell'ordine e dei pensieri intrusivi la propensione al disgusto anticipava l'aumento dei sintomi, mentre per la dimensione del lavaggio la direzione risultava opposta, con i sintomi di lavaggio che predicevano un incremento successivo della propensione al disgusto. In sintesi, la relazione tra disgusto e sintomi ossessivo-compulsivi risulta reciproca e dinamica: la propensione al disgusto può rappresentare un fattore di rischio per l'emergere dei sintomi ossessivi, ma nel caso delle compulsioni di lavaggio può anche aumentare in conseguenza dell'esperienza ripetuta dei sintomi stessi (Olatunji & Kim, 2024).

Lo studio di Whitton, Henry e Grisham (2015) ha esaminato i correlati cognitivi e psicofisiologici del disgusto nel disturbo ossessivo-compulsivo, confrontando pazienti con DOC, individui con altri disturbi d'ansia e controlli sani. Nel protocollo sperimentale sono state utilizzate sei categorie di immagini: core disgust (stimoli di disgusto di base, come rifiuti corporei), contamination (situazioni percepite come potenzialmente contaminanti), animal reminder (stimoli che richiamano vulnerabilità o degradazione corporea), sociomoral disgust (violazioni morali o comportamenti socialmente riprovevoli), neutral (privi di contenuto emotivo) e negative non-disgust (che evocano emozioni negative diverse dal disgusto).

Le risposte dei partecipanti sono state valutate sia soggettivamente (autovalutazione del disgusto) sia fisiologicamente, tramite attività elettromiografica del muscolo elevatore del labbro e misure di conduttanza

cutanea. I risultati indicano che i pazienti con DOC riportavano livelli significativamente più elevati di propensione e sensibilità al disgusto, soprattutto per le categorie *core disgust* e *contamination*, rispetto ai controlli sani e talvolta rispetto agli altri disturbi d'ansia.

Un risultato rilevante riguarda la relazione tra le credenze ossessive, misurate tramite l'Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ), e la percezione del disgusto. Nel campione DOC, punteggi più elevati nelle dimensioni di responsabilità eccessiva, sovrastima della minaccia e bisogno di certezza risultavano associati a valutazioni soggettive di maggiore disgusto, anche in risposta a stimoli neutri o non correlati alla contaminazione. Ciò indica che specifiche credenze disfunzionali possono contribuire ad amplificare l'esperienza soggettiva di disgusto nei pazienti con DOC (Whitton et al., 2015).

Lo studio di Jhung e colleghi (2010) ha esaminato la percezione delle espressioni facciali di disgusto in pazienti con DOC rispetto a controlli sani, utilizzando sia immagini emotive non ambigue sia stimoli ambigui ottenuti attraverso morphing al 50% tra due emozioni (ad esempio disgusto-rabbia). I risultati hanno mostrato che, mentre nella discriminazione di espressioni chiaramente riconoscibili non vi erano differenze tra gruppi, nelle condizioni ambigue i pazienti con DOC tendevano a identificare il disgusto con maggiore frequenza rispetto ai controlli, riconoscendo invece meno spesso la rabbia. Questo pattern risultava particolarmente evidente nei pazienti con sintomi di lavaggio e contaminazione.

Inoltre, la tendenza a riconoscere il disgusto nelle espressioni ambigue correlava positivamente con i punteggi alle sottoscale di *core disgust* e *contamination-based disgust* della Disgust Scale, suggerendo la presenza di una sensibilità aumentata a questa emozione. Gli autori interpretano tali risultati come indicativi di un bias percettivo specifico verso il disgusto in condizioni di ambiguità emotiva, che si manifesta soprattutto nei pazienti con DOC caratterizzato da timori di contaminazione (Jhung et al., 2010).

3.3 Disgusto e trattamento cognitivo-comportamentale nel DOC

Diversi studi hanno analizzato il ruolo del disgusto nei protocolli di trattamento cognitivo-comportamentale per il disturbo ossessivo-compulsivo, con particolare attenzione ai sottotipi caratterizzati da timori di contaminazione. La letteratura recente ha evidenziato che il disgusto può costituire un obiettivo terapeutico rilevante all'interno dei programmi basati sull'esposizione e prevenzione della risposta e che le sue componenti specifiche, tendenza a provare disgusto e disagio soggettivo legato a tale emozione, possono modificarsi nel corso della terapia.

Olatunji e colleghi (2011) hanno approfondito il ruolo delle componenti del disgusto nel DOC e la loro possibile modifica durante un trattamento cognitivo-comportamentale. Nel secondo studio, gli autori hanno coinvolto un gruppo di pazienti con DOC inseriti in un programma intensivo di esposizione con prevenzione della risposta (ERP) della durata di circa tre settimane. Prima e dopo il trattamento, i partecipanti sono stati valutati con la Disgust Propensity and Sensitivity Scale-Revised (DPSS-R) e con una misura della gravità dei

sintomi ossessivo-compulsivi. I risultati hanno mostrato che, dopo il percorso di esposizione, i pazienti presentavano una riduzione significativa della disgust propensity, cioè la tendenza generale a provare disgusto in diverse situazioni. Questa diminuzione risultava associata al miglioramento della sintomatologia ossessivo-compulsiva anche quando si teneva conto della variazione dell'affettività negativa. In altre parole, il calo della propensione al disgusto contribuiva a spiegare il miglioramento clinico in modo indipendente rispetto alla riduzione dell'ansia o del tono dell'umore.

Gli autori concludono che l'esposizione può favorire una riduzione della predisposizione a provare disgusto, che sembra essere una componente rilevante nei sintomi del DOC. Al contrario, la disgust sensitivity non è stata identificata come un fattore coinvolto nel cambiamento terapeutico (Olatunji et al., 2011).

Fink e colleghi (2018) hanno condotto uno studio sperimentale volto a valutare l'efficacia di due strategie di regolazione cognitiva delle emozioni, imagery rescripting (ImR) e cognitive reappraisal (ristrutturazione cognitiva), nella riduzione della risposta di disgusto in pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo da contaminazione (C-OCD).

Il campione era composto da 30 pazienti con diagnosi di C-OCD e 30 soggetti di controllo sani, abbinati per età, genere e livello di istruzione. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a una procedura sperimentale in laboratorio articolata in tre fasi: (1) identificazione delle immagini più evocative di disgusto individuale, (2) esposizione a tali immagini, e (3) applicazione, in ordine controbilanciato, di tre condizioni di regolazione emotiva: imagery rescripting, cognitive reappraisal e una condizione di controllo.

Durante la condizione di imagery rescripting, ai partecipanti veniva chiesto di richiamare alla mente l'immagine disgustosa e di modificarne attivamente il contenuto in modo da renderlo neutro o positivo. Nella condizione di cognitive reappraisal, invece, i soggetti dovevano reinterpretare cognitivamente il significato dell'immagine (ad esempio considerandola come innocua o come una situazione spiegabile razionalmente). La condizione di controllo prevedeva un compito neutro di conteggio di oggetti.

Le valutazioni soggettive del disgusto venivano effettuate su scala Likert a 7 punti immediatamente prima e dopo ciascuna condizione. I risultati hanno mostrato che entrambe le strategie cognitive determinavano una riduzione significativa della risposta di disgusto rispetto alla condizione di controllo, con un effetto più pronunciato per la ristrutturazione cognitiva. Non sono emerse differenze significative tra pazienti e controlli nella capacità di ridurre il disgusto attraverso le tecniche proposte, indicando che anche i pazienti con C-OCD possono modulare efficacemente questa emozione. Inoltre, la diminuzione del disgusto risultava meno marcata nei soggetti che riferivano un uso spontaneo più elevato delle immagini mentali, suggerendo che una vividezza immaginativa elevata può rendere più difficile modificare i contenuti attraverso l'imagery rescripting.

Nel complesso, lo studio evidenzia che strategie cognitive come l'imagery rescripting e la ristrutturazione cognitiva possono rappresentare strumenti utili per la gestione del disgusto nel DOC da contaminazione, integrandosi con gli interventi comportamentali basati sull'esposizione (Fink et al., 2018).

Salmani, Mancini, Hasani e Zanjani (2022) hanno condotto uno studio clinico controllato randomizzato per valutare l'efficacia di un intervento cognitivo-comportamentale specificamente mirato alla riduzione del disgusto nel disturbo ossessivo-compulsivo da contaminazione (C-OCD). Il protocollo, denominato Anti-Disgust Cognitive Behavioral Therapy (AD-CBT), integra le procedure standard di esposizione con prevenzione della risposta con tecniche cognitive e immaginative volte a modificare la relazione del paziente con l'emozione del disgusto.

Il campione era composto da 62 pazienti con diagnosi di C-OCD, assegnati in modo casuale a tre gruppi: AD-CBT (n = 20), CBT standard (n = 21) e lista d'attesa (n = 21). Le valutazioni sono state condotte alla baseline, al termine del trattamento e al follow-up a tre mesi, utilizzando la Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) per la gravità dei sintomi ossessivo-compulsivi, la Disgust Propensity and Sensitivity Scale–Revised (DPSS-R) per le componenti del disgusto, la Beck Depression Inventory–II (BDI-II) per la sintomatologia depressiva e la Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) per la capacità di accettazione emotiva.

Nel protocollo AD-CBT, oltre alle esposizioni comportamentali, venivano introdotti moduli volti a ridurre l'evitamento del disgusto, incrementare la tolleranza e l'accettazione dell'emozione, e rielaborare le credenze di tipo morale che spesso accompagnano il disgusto nel DOC da contaminazione. I risultati hanno mostrato che entrambi i trattamenti attivi hanno portato a miglioramenti rispetto alla lista d'attesa, ma l'AD-CBT ha prodotto una riduzione maggiore della sensibilità al disgusto e della gravità dei sintomi, insieme a un aumento dell'accettazione emotiva e a una più alta partecipazione alle esposizioni. I benefici si sono mantenuti al follow-up di tre mesi.

Nel complesso, lo studio suggerisce che integrare interventi cognitivi specificamente centrati sul disgusto può potenziare gli effetti della CBT tradizionale per il C-OCD, indicando il disgusto, come un possibile meccanismo di cambiamento rilevante (Salmani et al., 2022).

4. DISCUSSIONE

L'obiettivo della presente scoping review era esplorare e sintetizzare le evidenze disponibili relative al ruolo della colpa e del disgusto nel disturbo ossessivo-compulsivo, considerando sia i contributi teorici sia le possibili implicazioni cliniche, con un'attenzione specifica al trattamento cognitivo-comportamentale. I risultati raccolti mostrano che entrambe le emozioni rivestono un ruolo significativo nella fenomenologia del disturbo, sebbene con caratteristiche e funzioni differenti.

Per quanto riguarda la colpa, gli studi esaminati convergono nell'evidenziare una particolare rilevanza della colpa deontologica, ossia quella legata alla percezione di aver violato norme morali interne, anche in assenza

di un danno concreto verso altri. I pazienti con DOC mostrano livelli più elevati di tale forma di colpa rispetto ai controlli e, in alcuni casi, anche rispetto ad altri gruppi clinici. Tale pattern risulta confermato sia a livello soggettivo, con una maggiore sensibilità alla colpa e una percezione di minaccia legata alla possibilità di sentirsi colpevoli, sia sul piano comportamentale, soprattutto nei rituali di controllo associati a timori di responsabilità.

Le evidenze neurobiologiche indicano inoltre un'elaborazione anomala degli stimoli moralmente rilevanti, con una riduzione dell'attivazione di aree tipicamente coinvolte nella valutazione morale. Nel complesso, questi risultati suggeriscono che la colpa deontologica costituisca un elemento distintivo del DOC e rappresenti un fattore potenzialmente rilevante nella sua genesi e nel suo mantenimento. Tuttavia, non emergono, ad oggi, interventi CBT specificamente sviluppati per questo costrutto, aspetto che evidenzia un'area ancora poco esplorata nell'ambito clinico.

Per quanto riguarda il disgusto, la letteratura analizzata fornisce un quadro più articolato sia sul piano teorico sia sul piano applicativo. Gli studi indicano che la propensione al disgusto risulta particolarmente rilevante nel sottotipo da contaminazione ma sembra funzionare prevalentemente come fattore di mantenimento, piuttosto che come vulnerabilità preesistente. Evidenze longitudinali mostrano una relazione bidirezionale tra disgusto e sintomi ossessivo-compulsivi, suggerendo un'interazione dinamica tra i due elementi. Sul piano cognitivo, specifiche credenze ossessive, quali la sovrastima della minaccia o l'elevata responsabilità personale, possono amplificare la risposta di disgusto, contribuendo all'intensificazione dei sintomi. Alcuni studi evidenziano inoltre un bias percettivo verso il disgusto nelle situazioni emotivamente ambigue, in particolare nei pazienti con sintomi di contaminazione.

Una parte delle ricerche riguarda le implicazioni per la CBT. Le evidenze mostrano che la disgust propensity può ridursi significativamente in seguito a programmi di esposizione con prevenzione della risposta, e tale riduzione risulta associata a un miglioramento della gravità sintomatologica indipendentemente dai cambiamenti nell'affettività negativa. Studi sperimentali dimostrano che strategie cognitive, quali l'imagery rescripting e il reappraisal, sono in grado di ridurre la risposta soggettiva di disgusto, sia in pazienti sia in controlli. Inoltre, il protocollo Anti-Disgust CBT emerge come un intervento promettente, capace di produrre una maggiore riduzione della sensibilità al disgusto e dei sintomi rispetto alla CBT standard. Complessivamente, questi risultati suggeriscono che il disgusto possa rappresentare un potenziale meccanismo di cambiamento nei trattamenti per il DOC, soprattutto nel sottotipo da contaminazione.

5. CONCLUSIONI

La presente scoping review aveva l'obiettivo di mappare e sintetizzare le evidenze disponibili sul ruolo della colpa e del disgusto nel disturbo ossessivo-compulsivo, con particolare attenzione alla loro rilevanza clinica e

alle implicazioni per gli interventi cognitivo-comportamentali. I risultati emersi mostrano che entrambe le emozioni rappresentano dimensioni significative nella fenomenologia del disturbo.

Per quanto riguarda la colpa, gli studi evidenziano in modo consistente la centralità della colpa deontologica, legata alla percezione di violare norme morali interne. Tale forma di colpa risulta elevata nei pazienti con DOC rispetto ai controlli e, in alcuni casi, anche rispetto ad altri gruppi clinici. Le evidenze neurobiologiche e psicologiche convergono nel suggerire che tale costrutto rappresenti un elemento distintivo del disturbo e contribuisca ai timori di responsabilità e alla messa in atto di rituali di controllo. Tuttavia, allo stato attuale, non emergono interventi cognitivo-comportamentali specificamente mirati alla modulazione della colpa, evidenziando un'area ancora poco esplorata in ambito clinico e di ricerca.

Il disgusto, invece, appare maggiormente studiato e caratterizzato nella letteratura recente. Gli studi inclusi mostrano che la propensione al disgusto è particolarmente rilevante nei sottotipi da contaminazione, dove sembra agire soprattutto come fattore di mantenimento. Le evidenze suggeriscono inoltre una relazione bidirezionale tra disgusto e sintomi ossessivo-compulsivi, nonché l'influenza di specifiche credenze ossessive sull'intensità della risposta emotiva. Un contributo significativo proviene dagli studi che hanno esaminato l'efficacia di strategie CBT mirate al disgusto: la riduzione della disgust propensity in seguito all'ERP, l'efficacia di reappraisal e imagery rescripting e i risultati preliminari del protocollo Anti-Disgust CBT indicano che questa emozione può costituire un meccanismo di cambiamento clinico rilevante.

Nel complesso, la letteratura esaminata mostra che colpa e disgusto rappresentano due dimensioni emotive centrali nel DOC, con un ruolo differenziato ma potenzialmente complementare nella comprensione del disturbo. Da un lato, la colpa deontologica emerge come un elemento caratterizzante e distintivo, ancora poco esplorato in ambito interventistico; dall'altro, il disgusto appare come un costrutto più direttamente integrabile nei protocolli CBT, specialmente nelle forme da contaminazione.

6. LIMITI E IMPLICAZIONI FUTURE

La presente scoping review presenta alcuni limiti che è importante considerare nell'interpretazione dei risultati. In primo luogo, la ricerca bibliografica è stata condotta utilizzando un numero limitato di banche dati (PubMed e ScienceDirect), scelta che potrebbe aver ridotto la possibilità di identificare tutti gli studi pertinenti disponibili in letteratura. Sebbene sia stata effettuata una ricerca manuale integrativa, non è possibile escludere la presenza di articoli rilevanti pubblicati in altre piattaforme non esplorate.

Un secondo limite riguarda il numero relativamente ridotto degli studi inclusi, che limita la possibilità di trarre conclusioni robuste e suggerisce la necessità di ulteriori approfondimenti. Inoltre, l'eterogeneità dei disegni sperimentali, dei campioni e delle misure utilizzate rende complessa la comparazione diretta tra gli studi e riduce la generalizzabilità dei risultati.

Nonostante tali limitazioni, la review offre indicazioni utili per la ricerca futura. Per quanto riguarda la colpa, l'assenza di interventi specificamente mirati alla sua modulazione rappresenta un'importante area da sviluppare, soprattutto alla luce delle evidenze che ne indicano la rilevanza clinica e la specificità nel DOC. Studi futuri potrebbero infatti esplorare protocolli CBT orientati alla colpa deontologica.

Per quanto concerne il disgusto, i risultati suggeriscono la necessità di ulteriori indagini longitudinali e sperimentali per chiarire i meccanismi attraverso cui questa emozione interagisce con i sintomi ossessivo-compulsivi. Inoltre, il promettente contributo di interventi mirati al disgusto, come l'Anti-Disgust CBT, richiede studi replicativi con campioni più numerosi e follow-up di maggiore durata, al fine di verificarne l'efficacia e l'applicabilità clinica.

Nel complesso, il panorama attuale indica che integrare lo studio delle emozioni di colpa e disgusto costituisce una direzione promettente sia per la comprensione del DOC sia per l'ottimizzazione dei trattamenti cognitivo-comportamentali. Ulteriori ricerche rigorose, condotte su campioni diversificati e con metodologie più omogenee, saranno fondamentali per consolidare queste evidenze emergenti

BIBLIOGRAFIA

- Basile, B., Mancini, F., Macaluso, E., Caltagirone, C., & Bozzali, M. (2014). Abnormal processing of deontological guilt in obsessive-compulsive disorder. *Brain Structure and Function*, 219(4), 1321–1331. <https://doi.org/10.1007/s00429-013-0570-2>
- Fink, J., Pflugradt, E., Stierle, C., & Exner, C. (2018). Changing disgust through imagery rescripting and cognitive reappraisal in contamination-based obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 54, 36–48. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.01.002>
- Fontenelle, L. F., Frydman, I., Hoefle, S., Oliveira-Souza, R., Vigne, P., Bortolini, T. S., Suo, C., Yücel, M., Mattos, P., & Moll, J. (2018). Decoding moral emotions in obsessive-compulsive disorder. *NeuroImage : Clinical*, 19, 82–89. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2018.04.002>
- Hollander, E., Braun, A., & Simeon, D. (2008). Should OCD leave the anxiety disorders in DSM-V? The case for obsessive compulsive-related disorders. *Depression and Anxiety*, 25(4), 317–329. <https://doi.org/10.1002/da.20500>
- Jhung, K., Namkoong, K., Kang, J. I., Ha, R. Y., An, S. K., Kim, C.-H., & Kim, S. J. (2010). Perception bias of disgust in ambiguous facial expressions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 178(1), 126–131. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.11.023>
- Julle-Danière, E., Whitehouse, J., Vrij, A., Gustafsson, E., & Waller, B. M. (2020). The social function of the feeling and expression of guilt. *Royal Society Open Science*, 7(12), 200617. <https://doi.org/10.1098/rsos.200617>
- Mancini, A., Granziol, U., Gragnani, A., Femia, G., Migliorati, D., Cosentino, T., Luppino, O. I., Perdighe, C., Salianni, A. M., Tenore, K., & Mancini, F. (2022). Guilt Feelings in Obsessive Compulsive Disorder: An Investigation between Diagnostic Groups. *Journal of Clinical Medicine*, 11(16), 4673. <https://doi.org/10.3390/jcm11164673>
- Melli, G., & Carraresi, C. (2023). *La terapia cognitivo comportamentale nel disturbo ossessivo-compulsivo: Manuale completo per l'assessment e il trattamento*. Erickson.
- Melli, G., Carraresi, C., Poli, A., Marazziti, D., & Pinto, A. (2017). The role of guilt sensitivity in OCD symptom dimensions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(5), 1079–1089. <https://doi.org/10.1002/cpp.2071>
- Melli, G., Poli, A., Chiorri, C., & Olatunji, B. O. (2019). Is Heightened Disgust Propensity Truly a Risk Factor for Contamination-Related Obsessive-Compulsive Disorder? *Behavior Therapy*, 50(3), 621–629. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.10.002>
- Olatunji, B. O. (2010). Changes in disgust correspond with changes in symptoms of contamination-based OCD: A prospective examination of specificity. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(3), 313–317. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.01.003>
- Olatunji, B. O., & Kim, J. (2024). Examining reciprocal relations between disgust proneness and OCD symptoms: A four-wave longitudinal study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 82, 101907. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2023.101907>
- Olatunji, B. O., Tart, C. D., Ciesielski, B. G., McGrath, P. B., & Smits, J. A. J. (2011). Specificity of disgust vulnerability in the distinction and treatment of OCD. *Journal of Psychiatric Research*, 45(9), 1236–1242. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.01.018>

- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—A web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5, 210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Pompili, E., Biondi, M., & Nicolò, G. (A c. Di). (2023). *DSM-5-TR: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (5. edizione, text revision.)*. Raffaello Cortina.
- Salmani, B., Mancini, F., Hasani, J., & Zanjani, Z. (2022). Anti-Disgust Cognitive Behavioral Therapy for Contamination-Based Obsessive Compulsive Disorder: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Journal of Clinical Medicine*, 11(10), 2875. <https://doi.org/10.3390/jcm11102875>
- Shafraan, R., Watkins, E., & Charman, T. (1996). Guilt in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(6), 509–516. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(96\)00026-6](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(96)00026-6)
- Stein, D. J., Fineberg, N. A., Bienvenu, O. J., Denys, D., Lochner, C., Nestadt, G., Leckman, J. F., Rauch, S. L., & Phillips, K. A. (2010). Should OCD be classified as an anxiety disorder in DSM-V? *Depression and Anxiety*, 27(6), 495–506. <https://doi.org/10.1002/da.20699>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Van Ameringen, M., Patterson, B., & Simpson, W. (2014). DSM-5 obsessive-compulsive and related disorders: Clinical implications of new criteria. *Depression and Anxiety*, 31(6), 487–493. <https://doi.org/10.1002/da.22259>
- Whitton, A. E., Henry, J. D., & Grisham, J. R. (2015). Cognitive and psychophysiological correlates of disgust in obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Clinical Psychology*, 54(1), 16–33. <https://doi.org/10.1111/bjc.12058>