

Abbiamo bisogno di un disturbo ossessivo da relazione?

Tommaso Filippini

¹Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Ancona

Riassunto

Il disturbo ossessivo da relazione (ROCD) è una forma di disturbo ossessivo con contenuti ossessivi che si presentano come dubbi riguardanti la qualità della propria relazione, i sentimenti provati e le caratteristiche del proprio partner. Il paziente al fine di non percepirsi all'interno di una relazione "sbagliata" metterà in atto una serie di comportamenti compulsivi come: il monitoraggio dei propri sentimenti esperiti all'interno del rapporto, richieste di conferme al proprio partner oppure la messa in atto di un pensiero ruminante al fine di rassicurarsi. L'ROCD può essere compreso all'interno di un modello di mente ossessiva il quale considera il timore di colpa deontologica, intesa in questo caso come il percepire la propria relazione o partner non adeguati ai propri standard e ideali associati ad un rapporto, un ingrediente fondamentale al fine di determinare i sintomi ossessivi. Il trattamento consisterà una iniziale comprensione del disturbo per poi effettuare una graduale esposizione con prevenzione della risposta al fine di promuovere l'accettazione del senso di colpa deontologico sperimentato all'interno della relazione. Quindi abbiamo bisogno di un Disturbo ossessivo da relazione? All'interno dei social media l'ROCD è molto conosciuto e spesso i pazienti ci chiedono delle delucidazioni in merito, ritengo quindi che abbiamo bisogno di conoscere questa forma di disturbo ossessivo per un'attenta e puntuale diagnosi per venire in aiuto ai clinici ed ai pazienti al fine di promuovere la comprensione di ciò che accade in termini di disturbo e non di gelosia, dubbi, o problemi relazionali ma, nonostante ciò, non abbiamo bisogno di dedicare una maggiore attenzione al Doc da relazione rispetto ad altre forme di disturbo ossessivo, con le quali condivide il medesimo funzionamento e quindi anche trattamenti similari. Il rischio che si può correre nel dedicare così tanta attenzione alla categoria di un disturbo è di perdere il focus sul sistema di schemi, scopi e credenze alla base di quella sofferenza, limitandosi a delle tecniche di intervento molto specifiche

Parole chiave: Disturbo Ossessivo da relazione, ROCD, Colpa deontologica

Do we need relationship obsessive disorder?

Summary

Relationship Obsessive-Compulsive Disorder (ROCD) is a form of obsessive-compulsive disorder characterized by obsessive content manifesting as doubts about the quality of one's relationship, the feelings experienced, and the characteristics of one's partner. To avoid perceiving themselves as being in a "wrong" relationship, the patient engages in a series of compulsive behaviors such as: monitoring their own feelings within the relationship, seeking reassurance from their partner, or engaging in ruminative thinking to self-soothe. ROCD can be understood within a model of the obsessive mind, which considers the fear of deontological guilt—perceived in this case as viewing one's relationship or partner as inadequate according to their standards and ideals associated with a relationship—as a fundamental component in determining obsessive symptoms. Treatment involves an initial understanding of the disorder, followed by gradual exposure with response prevention to promote acceptance of the deontological guilt experienced within the relationship. So, do we need a specific classification for Relationship Obsessive-Compulsive Disorder? On social media, ROCD is well-known, and patients often seek clarification on it. Therefore, I believe we need to recognize this form of obsessive disorder for accurate and timely diagnosis to aid clinicians and patients in understanding what is happening in terms of a disorder rather than jealousy, doubts, or relationship issues. However, we do not need to pay more attention to ROCD than

Tommaso Filippini, Abbiamo bisogno di un disturbo ossessivo da relazione?, N. 33, 2024, pp. 4-22.

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

to other forms of obsessive-compulsive disorder, with which it shares the same functioning and thus similar treatments. The risk of focusing too much on one specific category of disorder is losing sight of the underlying system of schemas, goals, and beliefs that cause the suffering, leading to the use of highly specific intervention techniques.

Key-words: Relationship Obsessive-Compulsive Disorder, ROCD, Deontological guilt

Introduzione

Lo spunto per questa tesi giunse qualche mese fa, quando ricevetti una paziente che si presentò dicendomi di avere la diagnosi di “Doc da relazione”. Prima di allora non mi ero interessato ad una simile specificazione, considerando una delle diverse manifestazioni che può presentare un disturbo ossessivo compulsivo. Esplorando il contenuto ossessivo inerente alla vita relazionale come una social media ho scoperto tuttavia pagine instagram, canali telegram e gruppi facebook dedicati a questo tipo di Doc, tutti aventi lo scopo di fornire informazioni e strategie per far fronte a questa patologia. Da qui nacque la mia domanda un po' provocatoria che dà titolo a questo lavoro: abbiamo davvero bisogno di un Doc da relazione? Mi chiedo se, in quanto clinici, sentiamo la necessità di classificare in modo così specifico una categoria del disturbo ossessivo allo scopo di fornire forme d'intervento più mirate, oppure se la conoscenza del funzionamento ossessivo sia già sufficiente alla comprensione e al trattamento.

In una prima parte prenderò in analisi le informazioni che la ricerca fornisce in merito al Doc da relazione, per poi confrontarle con un più generale modello di funzionamento di una mente ossessiva. Dedicherò poi la parte finale alle varie forme di intervento consigliate e verificherò se queste siano effettivamente differenti da quelle che già conosciamo.

Quali ossessioni e compulsioni

Il Doc da relazione (ROCD) è una forma di disturbo ossessivo incentrata sulle relazioni intime che possono riguardare il partner, il rapporto genitore - figlio e la fede nei confronti del proprio Dio (Doron et al.,2014a). I contenuti ossessivi si presentano come dubbi riguardanti la qualità della relazione (“è la relazione che merito?”)ed i sentimenti provati; questi vengono a volte messi a confronto con ciò che si provava per altri partner o con lo stesso ma durante un periodo ritenuto meno problematico della relazione (“perché non sento più quello che sentivo un mese fa quando eravamo in vacanza?”). In altri casi, i sintomi possono essere maggiormente focalizzati sulle caratteristiche del proprio partner, presentandosi come preoccupazioni nei confronti dell'aspetto imperfetto, dell'intelligenza, della moralità e dell'affidabilità (Brandes et al.,2020; Doron et al., 2012b). Nel caso in cui i pensieri ossessivi siano diretti verso propri figli, il genitore metterà in dubbio le qualità fisiche, intellettive e sociali della prole, per poi arrivare a chiedersi se sia un

padre/madre abbastanza giusto e bravo. Il valore e l'autostima percepita sembrano direttamente associati ai comportamenti del proprio figlio. Alcune ricerche ipotizzano un ROCD incentrato sul rapporto con il proprio Dio, dove la scrupolosità nel mettere in atto le adeguate preghiere e rituali genera il dubbio ossessivo di aver commesso degli errori e fomenta la preoccupazione di non amarlo abbastanza.

Diverse situazioni possono innescare il pensiero ossessivo e andrebbero indagate direttamente con il paziente. Per aiutare il lavoro del clinico è possibile individuare contesti trigger "tipici" quando si parla di ROCD: situazioni relazionali dove, in compagnia del partner, si percepisce una variazione del trasporto emotivo attribuibile o all'inadeguatezza della relazione o ai presunti difetti del partner medesimo. Altre cause possono essere situazioni di confronto o con coppie viste come maggiormente "felici" oppure con i propri sentimenti provati con altri compagni o infine con quelli che si vorrebbero provare all'interno di un'idealizzazione della relazione. I comportamenti compulsivi messi in atto a seguito del pensiero ossessivo possono essere di vario tipo: un ripetuto controllo dei propri stati interni, per monitorare quanto si è realmente innamorati, la ricerca di rassicurazioni, visualizzazioni immaginative ("essere felici insieme"), la ricerca di conferme e rassicurazioni tramite internet ("che devo fare se il mio fidanzato non è abbastanza intelligente?"), un rimuginio volto ad auto-rassicurarsi (Doron et al., 2014a; 2014b). Come in altre forme di disturbo ossessivo, le compulsioni hanno il ruolo di ridurre il disagio causato dai pensieri intrusivi nel breve termine, con l'effetto però di garantire l'insorgenza in un secondo momento.

Sviluppo e meccanismi di mantenimento

Secondo il modello cognitivo comportamentale, le interpretazioni disfunzionali nei confronti di stimoli interni o esterni hanno un ruolo centrale nello sviluppo e nel mantenimento del disturbo ossessivo. Nel momento in cui si presenta un pensiero ossessivo, gli individui interpretano la sua manifestazione e/o contenuto come un indicatore di pericolo imminente per sé stessi oppure per gli altri. Un insieme di fattori e bias cognitivi, come la sovrastima della minaccia, la tendenza al perfezionismo, l'intolleranza verso l'incertezza ed un rigido senso di responsabilità, aumentano la tendenza ad interpretazioni catastrofiche nei disturbi correlati a quello ossessivo (OCCWG, 2005; Storch et al., 2008). Tali fattori incrementano l'attenzione nei confronti dei vari stimoli ritenuti potenzialmente angoscianti; inoltre, strategie inefficaci per affrontare tali stimoli, come ad esempio i ripetuti controlli o la ricerca di rassicurazioni, paradossalmente esacerbano la frequenza e l'impatto emotivo delle preoccupazioni. Alcuni dei processi e meccanismi evidenziati del DOC

sono presenti anche nel ROCD (Doron, Szepeswol, Derby, & Naaloni, 2012) e potrebbero avere un ruolo significativo nello sviluppo e nel mantenimento delle ossessioni da relazione.

Credenze e bias cognitivi

Immaginiamo un paziente con un ROCD nel momento in cui si presenta un pensiero ossessivo con un tema relativo alla relazione: la sovrastima della minaccia influenzerà le interpretazioni relative ai sentimenti del partner (ad esempio: "Non ha chiamato per ore, lui non mi ama davvero") e l'idea di avere un compagno non adatto al tipo di rapporto desiderato (ad esempio, "è estremamente instabile, quindi non potrà mai provvedere al sostentamento della nostra famiglia"). La tendenza al perfezionismo condurrà il nostro paziente a preoccuparsi della "giustezza" della relazione (ad esempio: "Non mi sento sempre perfetto con lei, quindi... forse non è quella giusta"); inoltre, il perfezionismo orientato verso l'altro (Hewitt & Flett, 1991) può provocare un'estrema preoccupazione per caratteristiche specifiche della personalità o dell'aspetto (ad esempio, "non è abbastanza morale", "il suo naso è troppo grande"). La credenza che sia possibile e si debbano controllare i propri pensieri può favorire sforzi di soppressione dei dubbi relazionali o valutazioni negative sul partner, aumentando così la loro presenza. L'intolleranza all'incertezza può svolgere un ruolo particolarmente importante nel ROCD in quanto afferisce ad uno dei suoi elementi fondamentali: l'incertezza sull'essere nella giusta relazione. Inoltre, i sintomi ROCD (G.Doron et al. / *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 3 (2014) 169–180 171) spesso riguardano stati interni vaghi e intangibili (ad esempio, l'amore) che per loro natura implicano intrinsecamente incertezza. La difficoltà nel tollerare questo fattore può aumentare il disagio e la gestione problematica dei comuni dubbi relazionali che si verificano in ogni relazione.

Monitoraggio degli stati interni

Al fine di valutare o ridurre l'incertezza in merito ai propri sentimenti ed alle proprie emozioni, i pazienti ROCD spesso investono tempo e fatica a monitorarli (ad esempio, "Sento amore in questo momento?"; "Mi sembra giusto?"). In tali casi, il monitoraggio degli stati interni viene utilizzato come tentativo deliberato di rassicurarsi sulla forza e qualità dei propri sentimenti. Ciò che si ricerca è un metro di misura "oggettivo" che possa definire quanto ciò che si prova per il partner sia reale e sincero. Ad esempio, si potrebbe quantificare l'amore provato per il proprio compagno/a confrontando compulsivamente il tempo trascorso con lui/lei con quello trascorso con altre figure significative (ad esempio la mamma). Più spesso, tuttavia, i pazienti valutano la qualità o la correttezza della relazione facendo riferimento agli aspetti cognitivi (dubbi e preoccupazioni) e caratteristiche comportamentali (la richiesta ripetuta di rassicurazione) tipici del ROCD. I pazienti possono considerare i dubbi che provano come un indicatore negativo della "correttezza" della

relazione o dei loro sentimenti verso il partner. Il monitoraggio degli stati interni inoltre potrà portare sollievo nel breve termine, ma in seguito potrebbe essere considerato come una prova a conferma del fatto che la relazione non è adeguata (“se sto sempre a riflettere su quello che provo significa che probabilmente non lo amo”). Si viene quindi a creare un meccanismo paradossale dove la strategia per rassicurarsi sulla qualità dei sentimenti provati funge da fattore di mantenimento del disturbo, esacerbando i dubbi e le preoccupazioni.

Convinzioni nei confronti della relazione

Recentemente Doron et al. (2012a) hanno riflettuto su come le convinzioni che gli individui hanno nei confronti delle relazioni possano contribuire allo sviluppo e mantenimento del ROCD. Adams e Jones (1997) hanno proposto tre concettualizzazioni dimensionali dell’impegno relazionale: *a*) una dimensione di impegno personale (sentimenti di affetto, intimità e amore verso il partner); *b*) una normativa-morale (il proprio obbligo morale nei confronti della relazione e del compagno/a); *c*) un vincolo (sociale, finanziario e costi emotivi in caso di separazione). Gli studi hanno scoperto che alti livelli di impegno personale aiutano il coinvolgimento romantico, stimolando le persone ad apprezzare le buone qualità di un partner e distogliendole dalla ricerca di possibili amanti (cfr Lydon, 2010). Nel caso di pazienti con ROCD, bassi livelli di impegno personale possono intensificare i dubbi ossessivi riguardo la qualità della relazione e l’attrattiva sperimentata verso il partner. Inoltre, questi dubbi potrebbero ridurre ulteriormente l’impegno personale il che, a sua volta, può portare il paziente a disinvestire nella relazione ed a provare interesse e attrazione per altre persone. Il risultato di tutto ciò sarà un intensificarsi dei sintomi ossessivo compulsivi. Secondo Doron e Derby la dimensione normativa e quella vincolante riflettono la presenza di convinzioni negative e catastrofiche riguardanti la morale (“Se la lascio sarò una persona immorale”) e la vita pratica (“Dovrò lasciare la mia casa”, “sarò scomunicato dalla mia Chiesa”), conseguenze temute a seguito della possibile fine del rapporto. In effetti, non è raro che i pazienti esprimano con forza la dimensione morale connessa all’impegno ed alle convinzioni personali (“una volta sposato devo fare di tutto per questa relazione”). Sembra che tali credenze amplifichino il bisogno di certezza sulla relazione o sul partner, aumentando di conseguenza la tendenza a utilizzare comportamenti volti alla rassicurazione (ad esempio, monitoraggio degli stati interni, monitoraggio di comportamenti del partner). Allo stesso modo, concentrandosi sulle conseguenze sociali, emotive ed economiche a cui la separazione potrebbe portare, il paziente avrà il timore di prendere la “decisione sbagliata”, cadendo nuovamente nella spirale di dubbi e preoccupazioni.

Un ulteriore fattore legato alla relazione, che potrebbe essere coinvolto nel mantenimento dei sintomi ROCD, è un rimpianto “anticipatorio”. Il rimpianto si sperimenta quando ci rendiamo conto che la nostra situazione attuale avrebbe potuto essere più soddisfacente se avessimo fatto una scelta diversa. Con l’espressione “rimpianto anticipato” ci si riferisce a ciò che anticipiamo di sperimentare nel futuro in seguito ad una nostra decisione (Zeelenberg, 1999). La paura del rimpianto anticipato può aumentare significativamente la reattività ai pensieri intrusivi. La caratteristica principale del ROCD è l’estrema paura di prendere la decisione sbagliata verso la propria relazione. I pazienti oscillano tra l’essere terrorizzati da pensieri di separazione (“E se poi mi rendessi conto di aver lasciato la persona della mia vita?”) ed essere intrappolati nella relazione sbagliata (“Rimarrò per sempre in una relazione che non è giusta per me”).

L’ambiente familiare

I genitori probabilmente rappresentano il primo modello di relazione romantica a cui una persona è esposta durante l’infanzia. È ragionevole ipotizzare, quindi, che la qualità della relazione genitoriale abbia un impatto sulle credenze relazionali che l’individuo sviluppa nel corso della vita. In effetti, i conflitti genitoriali sono stati teoricamente ed empiricamente associati ad altri fattori legati al ROCD, come una maggiore ansia da attaccamento, visioni di sé disfunzionali e problemi di salute mentale (ad es. Amato, 2001). Infine, molti pazienti con ROCD ricordano una lunga storia di intenso e palese conflitto genitoriale. Si può quindi ipotizzare che un ambiente familiare composto da ripetuti conflitti fra le figure genitoriali possa rappresentare un fattore di vulnerabilità per lo sviluppo di un Doc relazionale. Ovviamente sono necessarie ulteriori ricerche a riguardo.

Il tipo di attaccamento

Le tipologie di attaccamento possono essere organizzate attorno a due dimensioni ortogonali che rappresentano le modalità di attaccamento insicuro, evitante ed ansioso (Brennan, Clark, 1998; revisionato da Mikulincer & Shaver, 2007). La prima dimensione, l’attaccamento ansioso, riflette il grado di preoccupazione di un individuo circa la disponibilità e l’adeguata reattività di una figura di riferimento significativa nei momenti di bisogno, oltre che la misura in cui adotta strategie di attaccamento “iperattivanti” (cioè, tentativi insistenti di ottenere cure, sostegno e amore) e gli strumenti utilizzati per regolare il disagio e far fronte alle minacce ed ai fattori di stress. La seconda dimensione, l’attaccamento evitante, riflette la misura in cui una persona diffida delle capacità di presa di cura proprie della figura di riferimento e si sforza di mantenere l’autonomia emotiva. Un individuo con attaccamento evitante si affida a strategie “disattivanti”, come la negazione dei bisogni di attaccamento e la soppressione di quei pensieri o emozioni correlati all’attaccamento. Infine, secondo Doron, Derby et al., (2014a), negli individui con attaccamento ansioso

l'ipervigilanza verso le minacce relazionali reali o immaginarie può renderli particolarmente vulnerabili ai pensieri intrusivi che mettono alla prova la percezione di sé all'interno della relazione. Inoltre, la loro dipendenza da strategie di iperattivazione può predisporre alla ricerca compulsiva di rassicurazioni e al controllo dei comportamenti, in particolare nel contesto delle relazioni intime. Inoltre, gli individui con attaccamento ansioso tenderanno a reagire a delle esperienze relazionali negative con l'attivazione di comportamenti disadattivi, credenze disfunzionali e paure correlate all'attaccamento (Mikulincer & Shaver, 2003)

Similitudini e differenze con altri costrutti

Al fine di rendere il Doc da relazione una psicopatologia distinta, le ricerche hanno messo in luce le differenze empiriche e concettuali con costrutti dal funzionamento simile.

Ansia generalizzata

Le ricerche suggeriscono che sia possibile fare una distinzione fra le ossessioni incentrate sulla relazione e le più generiche preoccupazioni. Come altre forme di ossessioni, quelle incentrate sulla relazione sono vissute come preoccupazioni più indesiderate, invadenti e inaccettabili rispetto delle semplici preoccupazioni e sembrano incontrare una resistenza più forte (G. Doron et al. / *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 3 (2014) 169–180 175). Inoltre, le preoccupazioni comunemente appaiono in formato verbale; al contrario, le ossessioni con tema la relazione si presentano in varie forme, comprese immagini, pensieri e impulsi.

Ansia sociale

Sia le ossessioni centrate sulla relazione che l'ansia sociale hanno come tema le relazioni intime e influenzano le relazioni interpersonali. Tuttavia, le ossessioni incentrate sulla relazione riguardano valutazioni relazionali, i sentimenti e vari aspetti del partner, mentre l'ansia sociale riguarda il timore del giudizio all'interno di particolari contesti sociali. I sintomi da ansia sociale includono maggiori sintomi fisici (ad esempio, arrossire e sudare) rispetto ai sintomi ROCD, i quali si manifestano prevalentemente come un dialogo interiore per rassicurarsi rispetto il dubbio ossessivo.

Gelosia

Sia il Doc da relazione che la gelosia riguardano la relazione. La gelosia presuppone la rabbia e preoccupazione per la presenza di una terza figura che potrebbe condurre il partner all'infedeltà e di conseguenza alla fine del rapporto; diversamente, le ossessioni non presuppongono l'esistenza di un potenziale rivale e hanno meno probabilità di implicare monitoraggio e controllo dei comportamenti del partner per scoprire una presunta infedeltà. Tuttavia, un aumento dei sintomi ROCD (ad

esempio, dubbi riguardo- l'amore del partner) può essere associato ad un incremento della gelosia che può condurre a nuovi dubbi ossessivi ("devo verificare se ama me e non qualcun altro").

Dismorfismo Corporeo

Come con il dismorfismo corporeo, nel Doc da relazione le preoccupazioni possono riguardare difetti relativi all'aspetto fisico, con un'iperfocalizzazione su specifiche parti del corpo e conseguenze valutate come catastrofiche a seguito di tali difetti. Rispetto a ciò, possiamo aspettarci delle correlazioni fra alcuni aspetti del dismorfismo corporeo e il ROCD (Doron et al., 2012b). Per quanto riguarda una diagnosi differenziale nel ROCD, l'attenzione si focalizza sui difetti fisici del partner e non sul proprio corpo, inoltre spesso il contenuto non è rivolto ad aspetti fisici, ma sociali oppure morali ("Non posso stare con una persona così poco acculturata").

Narcisismo Vulnerabile

Il narcisismo vulnerabile si associa a sentimenti di inadeguatezza ed inferiorità, con una generale sensibilità alla vergogna e al giudizio altrui. L'autostima risulta essere ipersensibile ad esperienze valutate come negative, come il fallimento, il rifiuto ed il timore di essere disapprovati (Pistole, 1995; Smolewska & Dion, 2005). In un recente studio di Melli e collaboratori si è indagato su come tratti di personalità di narcisismo vulnerabile possano costituire un fattore di vulnerabilità per lo sviluppo di un Doc da relazione. Nello specifico, lo studio si è posto il fine d'indagare la relazione tra narcisismo vulnerabile, la percezione di valore personale correlato alle caratteristiche del partner e le ossessioni incentrate sui difetti del proprio compagno/a. Gli esiti della ricerca suggeriscono che i tratti di narcisismo vulnerabile sono correlati ad un senso di autostima contingente alle caratteristiche del partner e che ciò contribuisce a favorire lo sviluppo di preoccupazioni ossessive. In effetti, altre ricerche (tra gli altri, Besser & Priel, 2010; Dickinson & Pincus, 2003) avevano già evidenziato come pazienti con diagnosi di narcisismo vulnerabile mostrassero relazioni interpersonali caratterizzate da alti livelli di angoscia ed estrema dipendenza dai propri partner per modulare l'autostima. In attesa di ulteriori ricerche, si potrebbe ipotizzare che nel caso in cui un paziente con ROCD manifesti una personalità narcisistica, un lavoro clinico incentrato su altri ambiti verso cui direzionare e regolare la propria autostima possa risultare efficace nel ridurre le preoccupazioni ossessive nei confronti del partner.

Strumenti di Assessment

Uno strumento specifico utilizzato per l'assessment del Doc da relazione è il Relationship Obsessive Compulsive Inventory (ROCI; Doron et al 2012 a., Melli et al., 2018), un questionario auto valutativo volto alla valutazione delle ossessioni con tema la relazione. Il test è composto da 12

affermazioni alle quali il paziente dovrà rispondere valutando quanto esse riflettano il suo modo di vivere la sua relazione; dovrà segnare la risposta tramite scala che va da 0 “per niente ” a 4 “moltissimo”. Se la somma dei punteggi supera il 21, allora con buona probabilità vi sarà la presenza di un Doc da relazione. Il ROCI è composto da 3 sottoscale relative a: preoccupazioni inerenti l’amore provato nei confronti del partner, preoccupazioni relative all’adeguatezza della relazione, preoccupazioni inerenti l’amore che il partner nutre nei nostri confronti. Un secondo questionario è il Partner Related Obsessive Compulsive Symptoms Inventory (PROCSI; Doron et al., Melli et al., 2018), strumento auto valutativo indicato per indagare le ossessioni nei confronti delle caratteristiche del proprio partner. Il PROCSI è composto da 24 affermazioni alle quali si dovrà indicare il grado di accordo su scala da 0 “per niente ” a 4 “moltissimo”. Durante lo scoring un punteggio superiore a 17 può essere considerato un buon indicatore della presenza di ossessioni incentrate sul proprio partner. Lo strumento è suddiviso in 6 sottoscale che valutano vari aspetti del partner come: la moralità, le abilità sociali, l’aspetto fisico, l’intelligenza e stabilità emotiva.

Un modello del disturbo ossessivo compulsivo: un approccio scopistico

Il modello ossessivo basato sull’approccio scopistico pone l’enfasi sugli scopi coinvolti nella valutazione alla base dei sintomi ossessivi (La mente ossessiva a cura di Francesco Mancini, 2016). La mente è un apparato di regolazione finalistica, (Castelfranchi, 2012) attiva in modo costante nel rilevare e ridurre le discrepanze percepite tra le rappresentazioni del mondo reale e le rappresentazioni di come lo si vorrebbe o di come dovrebbe essere. Gli scopi sono dunque un insieme di rappresentazioni che includono i bisogni, i valori, i desideri, aspettative ed obiettivi. In questa prospettiva, le ossessioni sono dei pensieri che la persona valuta come minacciosi e discrepanti rispetto ai suoi scopi, con conseguenti emozioni negative che fungono da segnale di tale minaccia. Dunque le compulsioni sono comportamenti che hanno il fine di ridurre il senso di minaccia percepito.

Uno degli scopi centrali dietro le valutazioni ossessive è quello di prevenire o neutralizzare un timore di colpa. A tal proposito, è necessario fare una distinzione tra senso di colpa altruistico, sperimentato nel momento in cui siamo consapevoli di aver provocato un danno ad un altro individuo, e senso di colpa deontologico, nel quale ci sentiamo colpevoli di aver violato una norma morale (“Come ho potuto fare una cosa del genere”). Le ricerche e le varie analisi cliniche (Mancini 2016.) danno conferma di come nel disturbo ossessivo il timore di colpa deontologica sia un ingrediente importante nel determinare i sintomi ossessivi. A prova di ciò, le ricerche mostrano come l’induzione del senso di colpa deontologico in soggetti non clinici induce sintomi ossessivi e

ciò non avviene inducendo il senso di colpa altruistico (*D'Olimpio, Mancini, 2014*). Ad esempio, un paziente controllerà ripetutamente lo sportello del freezer per essere sicuro che sia chiuso correttamente al fine di non compromettere lo scopo di non sentirsi responsabile di un possibile guasto degli alimenti. Fra gli altri scopi in gioco all'interno del disturbo rileviamo quello di evitare una possibile contaminazione e il prevenire o eliminare la sensazione della *not just right experience* (NJRE), cioè la percezione che “qualcosa non va”, potenzialmente causa di conseguenze impicanti il dominio della colpa (“Se non metto i calzini verdi litigherò con il mio fidanzato”). L'induzione del senso di colpa nei soggetti non ossessivi implica una maggiore sensibilità alla NJRE e aumenta la motivazione a cambiarla (Psicoterapia Cognitiva comprendere e curare i disturbi mentali a cura di Perdighe e Gragnani 2021). Si può inoltre osservare che i pazienti perseguono lo scopo di non avere più le ossessioni e le compulsioni utilizzando in modo paradossale strategie ossessive. In linea con questo modello, possiamo ipotizzare che nel Doc da relazione il timore di colpa deontologica possa essere rappresentato dallo scopo del non percepirsi in una relazione ritenuta “sbagliata” secondo i propri standard ed ideali associati ai rapporti. Inoltre, la scelta di concludere la relazione può condurre al rimorso di aver commesso un errore compromettendo lo scopo del non percepirsi con

que
sta responsabilità.

Un profilo interno del Doc da relazione

Lo schema del funzionamento ossessivo è composto da varie parti ed è utile nell'individuare gli stati mentali e le determinanti in gioco nella sintomatologia. Prima di tutto s'individua un *evento critico*, ovvero una situazione che può essere esterna (ad esempio, osservare i difetti del proprio partner) oppure interna, come un pensiero o una sensazione che può provocare una NJRE (ad esempio, il sentire che qualcosa non va mentre si è con il proprio partner). La *prima valutazione* riguarda invece quanto l'evento sia valutato minaccioso in funzione ai propri scopi. In questa parte dello schema le ossessioni rimandano ad uno scopo centrale, ovvero non sperimentare una colpa deontologica.

Nel caso del Doc da relazione, i dubbi rispetto alla propria relazione faranno sperimentare la minaccia o in riferimento allo scopo di non essere colpevoli di terminare una relazione se non assolutamente certi, oppure a quello di perseverare in un rapporto non considerato “giusto”. I *tentativi di soluzione 1 (TS1)* includono i comportamenti che vengono messi in atto al fine di prevenire oppure neutralizzare la minaccia percepita a seguito delle ossessioni: monitorare i propri stati interni per essere certi di amare il proprio fidanzato/a, rimuginare sul passato per trovare rassicurazioni rispetto a come prima ci si sentisse presi dalla relazione e chiedere rassicurazioni. La

seconda valutazione affronta il problema secondario, ovvero come il paziente si valuta a seguito delle compulsioni messe in atto; solitamente riguarda la critica verso le proprie preoccupazioni e verso le conseguenze che le compulsioni possono portare nella vita personale. In altri termini, è una riflessione sui costi del disturbo. Ad esempio, essere consapevole di come il preoccuparsi verso la propria relazione influisce sul rapporto generando ancora più dell'oggetto stesso della preoccupazione. I *tentativi di soluzione 2 (TS2)* rappresentano che cosa il paziente cerca di fare per evitare di ripiombare nel circuito delle ossessioni e compulsioni. Alcuni di questi possono essere volti alla neutralizzazione (ad esempio cercare di evitare determinate attività con il partner) oppure paradossalmente all'incremento di altri tipi di controlli per annullare quelli precedenti (ad esempio per rassicurarsi sui propri sentimenti potrebbe effettuare dei controlli sulle caratteristiche del partner che trova attraenti). Ecco di seguito la rappresentazione dello schema realizzato con la paziente che è stata fonte d'ispirazione per questo lavoro. Nell'esempio si nominerà Irene che è la partner della paziente.

Evento

“Ripenso quando al pub con gli amici Irene fa una battuta davvero stupida”

Prima Valutazione

“Non la sopporto quando dice queste scemenze, come posso avere una relazione con una persona del genere?”

TS1

Rimugina su cosa le piace di Irene, confessa per messaggio ad Irene i dubbi che sente, consulta la chat telegram sul Doc da relazione per chiedere rassicurazioni, confronta i suoi stati interni con quelli che provava in passato quando sentiva che le piaceva stare con Irene

Seconda Valutazione

“Se continuo così non mi godrò mai la mia relazione e sto rovinando la vita a Irene”

“Ma ormai questi dubbi vanno e vengono così spesso che forse se ci penso così tanto è la prova che dobbiamo lasciarci”

TS2

Per neutralizzare i dubbi iniziali chiede a Irene una pausa nel frequentarsi.

Osservando lo schema si può notare come l'evento attivante sia riferito ad un processo di rivalutazione interna rispetto ad un comportamento della fidanzata; ciò innesca i pensieri ossessivi che hanno come tema caratteristiche della partner non ritenute tollerabili. Uno degli scopi minacciati fa riferimento all'avere una partner "adeguata", strumentale al non percepirsi colpevole ed in difetto nel portare avanti questo tipo di relazione. Indagando tramite *laddering* emergono valutazioni come "io non posso stare con una persona così stupida, la relazione giusta per me non può essere così", accompagnate dalla preoccupazione di cosa possano pensare gli amici nel vederla con una persona così "stupida". Il timore di colpa deontologica appare chiaro nel momento in cui la paziente riflette su come alcune caratteristiche di Irene potrebbero comportare il rischio di violare la norma morale di avere una relazione "giusta". Inoltre possiamo anche osservare un tema secondario di vergogna nel momento in cui la paziente riflette sui possibili giudizi dei suoi amici. Fra i vari TSI la paziente mette in atto una modalità di rimuginio di tipo dialettico fondata sul falsificare l'ipotesi di pericolo ("non è possibile che all'improvviso non mi piaccia più Irene") a favore dell'ipotesi di sicurezza. Ciò provoca un effetto paradossale: non essendo infatti possibile arrivare ad una certezza totale di sicurezza, i dubbi aumentano fino a confermare l'ipotesi di pericolo che con tanta fatica tentava di disconfermare. Anche le ricerche di rassicurazione tramite Irene o la chat del gruppo telegram hanno un effetto rassicurante sul breve periodo, continuando tuttavia a confermare che è presente una minaccia che necessita di rassicurazioni. In seguito alle varie compulsioni, la paziente riflette su come questo possa forse essere prova del fatto che la relazione dovrebbe essere chiusa. Le compulsioni, che inizialmente avevano scopo di rassicurare, divengono una conferma del pericolo temuto, ovvero che la relazione dovrebbe terminare (*behaviour as input*). Quando la paziente decide di non vedere più Irene per prendersi ciò che definisce una "pausa di riflessione", entrano in gioco una nuova serie di ossessioni non più incentrate sulla qualità della relazione o sulle caratteristiche della partner ma su come questa scelta possa essere davvero risolutiva, se in qualche modo stia rischiando di perdere una persona importante. Tutto ciò innesca una nuova serie di compulsioni che contribuiscono ad incrementare la sofferenza della paziente.

Cicli interpersonali con il partner

Nel disturbo ossessivo si possono innescare vari cicli interpersonali con familiari ed amici che possono contribuire al mantenimento del disturbo; nel Doc da relazione occorre considerare come tali cicli possono presentarsi maggiormente con il proprio partner.

Le varie tipologie di risposta che i familiari mettono in atto nei confronti delle manifestazioni ossessive compulsive dei propri cari possono essere classificate all'interno di un continuum dove ad un estremo troviamo le risposte *accomodanti* e dall'altro le risposte *antagoniste* (Van Noppen,

Rasmussen, Eisen et al.; 1991). Immaginiamo un partner accomodante: egli potrà fornire rassicurazioni al compagno/a nei confronti della qualità della relazione (ad esempio, condividendo i propri sentimenti) oppure potrà cercare di apportare dei cambiamenti alla sua persona nel caso in cui i dubbi ossessivi riguardino qualche sua caratteristica personale (ad esempio, mettersi a dieta, oppure organizzare una vacanza per mostrare il suo investimento nella relazione). Nel breve termine tali comportamenti possono aiutare a ridurre l'ansia ed il disagio dovuto alle ossessioni; tuttavia, sul lungo periodo, l'effetto sarà quello di incrementare la frequenza delle ossessioni in quanto rassicurare e prendere parte alle compulsioni confermerà al paziente le credenze relative alla loro utilità, non permettendogli quindi di sperimentare l'ansia e tollerare il senso di incertezza sperimentato. Proviamo ora invece ad immaginare un partner che adotta dei comportamenti antagonisti nei confronti delle compulsioni della compagno/a: questi, ad esempio, potrebbe disinvestire emotivamente dalla relazione oppure decidere di chiudere il rapporto accusando il paziente di averlo condotto a questo punto. Il disinvestimento emotivo potrebbe comportare un incremento delle ossessioni ("non mi dice più che mi ama quindi la nostra relazione non sta andando bene") così come la chiusura del rapporto condurrà a sperimentare un senso di colpa ("la relazione alla fine è finita per causa mia") che innescherà nuovi cicli ossessivo compulsivi. Risulta perciò fondamentale durante il trattamento coinvolgere il partner del paziente, spiegandogli il funzionamento del disturbo ossessivo e concordare insieme delle modalità di risposta appropriate per ridurre la sofferenza del proprio compagno/a.

Il trattamento: distinguere il disturbo ossessivo compulsivo da altre manifestazioni

A differenza di altre forme di disturbo ossessivo, sui social media si parla spesso di Doc da relazione attraverso pagine instagram e forum dedicati. Conseguentemente, alcuni pazienti potrebbero presentarsi dal terapeuta con un'idea precisa rispetto alla loro diagnosi e con una specifica richiesta di cura. È opportuno considerare come il Doc da relazione possa essere confuso con altre tipologie di problematiche relazionali e di coppia; su queste basi possiamo fare un'importante distinzione: da un lato le altre tipologia di difficoltà di coppia (comunicazione inefficace, obiettivi condivisi, riduzione dell'intimità) possono essere indagate e sono indipendenti dalle ossessioni e compulsioni del partner; dall'altro, di fronte ad un Doc da relazione, la coppia avrà certamente delle problematiche ma esse saranno una diretta conseguenza del disturbo. Una terapia di coppia con un paziente ossessivo potrebbe non solo essere inefficace ma iatrogena alla sintomatologia. Difatti, gli interventi pensati per la coppia incrementano i dubbi ossessivi proprio in quanto simili alle strategie già messe in atto dal paziente per gestire le ossessioni. La sintomatologia

ossessiva va trattata in un setting individuale in quanto il focus del trattamento non sarà centrato sulla coppia ma sul disturbo.

Altra distinzione va fatta per quella categoria di preoccupazioni legata all'infedeltà del partner o al timore di essere lasciati. Queste possono avere degli ingredienti ossessivi (ad esempio, possono essere vissute come intrusive e si possono mettere in atto delle strategie compulsive), rimanendo tuttavia distinte da un disturbo ossessivo compulsivo per quanto riguarda gli scopi in gioco. Difatti, lo scopo minacciato in un Doc da relazione riguarda la propria persona ed ha ingredienti perfezionistici e di colpa, come abbiamo visto in precedenza, mentre le preoccupazioni legate al partner possono essere connesse al timore di essere abbandonati oppure a quello di essere traditi ed umiliati, sfiorando a volte tratti paranoidei. Il colloquio clinico e la testistica saranno di aiuto in fase di assessment a comprendere se si tratta di un disturbo ossessivo oppure di altri costrutti.

Condivisione del disturbo

La condivisione del funzionamento del disturbo ossessivo ha una funzione rassicurante nei confronti della sofferenza esperita dal paziente. È un intervento utile nel dare un significato ai cambiamenti ed ai costi che il Doc ha portato nella sua vita, riducendo gli effetti negativi che la valutazione secondaria comporta (ad esempio, il pensiero “sono crudele perché con questi dubbi faccio soffrire il mio partner” potrebbe modificarsi in “ho questi dubbi a causa di un disturbo ossessivo”). Strumenti di monitoraggio come ABC e lo schema visto nel secondo capitolo sono fondamentali per aiutare il clinico e il paziente a comprendere cosa innesca determinate ossessioni, quali compulsioni vengono messe in pratica e come queste provochino un incremento sul lungo periodo delle ossessioni. Nel Doc da relazione è importante ampliare questa condivisione anche con il partner, il quale è spesso il focus delle ossessioni relazionali. Se il paziente è d'accordo può essere utile proporre una seduta condivisa allo scopo di spiegare il funzionamento del disturbo ossessivo al proprio partner. Questo intervento ha una duplice utilità: trovare insieme delle risposte efficaci davanti alle varie ossessioni e compulsioni, al fine di contrastare il disturbo, e non mettere in atto dei cicli interpersonali di mantenimento (ad esempio, concordare che quando il Doc si manifesta il partner aiuterà il paziente a riconoscerlo senza dover intervenire con rassicurazioni o altri comportamenti). Ciò inoltre aiuterà il partner del paziente a non percepirsi come “un problema” all'interno della coppia, comprendendo come i dubbi ossessivi, per quanto dolorosi e critici, sono parte del disturbo e non attacchi alla sua persona. Una buona sintesi degli interventi verso il partner potrebbe essere la consapevolezza di come le ossessioni non siano prova di problemi relazionali o di difetti fisici o caratteriali, ma più che altro sintomi di una difficoltà nel percepire la relazione in modo oggettivo.

Intervento sulle credenze disfunzionali

Nel Doc da relazione possono essere presenti varie credenze disfunzionali a sostegno dello scopo morale di avere una relazione “giusta”. In questo paragrafo prenderò in esame i possibili interventi nei confronti della categoria di credenze più frequente.

Crede che i sentimenti debbano essere costantemente intensi e forti come nelle prime fasi dell'innamoramento non è realistico e tali pensieri assumono nei pazienti delle caratteristiche dicotomiche: “se sento questa emozione vuol dire che lo amo, se domani la avverto in modo differente significa che non lo amo più”. Valutare i propri sentimenti su simili basi confligge con la naturale variabilità e mutamento delle emozioni. Alla luce di ciò è importante condividere una psicoeducazione alle emozioni volta a sviluppare una conoscenza meno rigida e più flessibile della continua variabilità degli stati emotivi. Non prendere in considerazione questo dato di realtà può condurre a domande estreme come “Sono realmente innamorato?” “Quale intensità di amore è quella giusta per dirmi innamorato?”; nei loro confronti sarà impossibile trovare una risposta definitiva, il che alimenterà di conseguenza i dubbi e le ossessioni.

Un buon intervento di ristrutturazione cognitiva tramite dialogo socratico dovrebbe condurre il paziente a mettere in dubbio tale credenza, considerando così che non esistono risposte a queste domande per il semplice fatto che le emozioni variano costantemente. Un esperimento comportamentale da proporre potrebbe essere quello di chiedere al paziente di effettuare una piccola intervista ad una coppia che stima e che ritiene affiatata: le domande verranno scritte insieme al terapeuta e riguarderanno i sentimenti che entrambi provano, chiedendo nello specifico se nel corso del rapporto essi sono mutati e in quali circostanze. Ecco un esempio di possibili quesiti:

- Hai mai sentito rabbia, disinteresse, fastidio verso il tuo partner?
- Hai mai pensato di tradire il tuo partner?
- Hai mai sentito attrazione verso un'altra persona?
- Ci sono caratteristiche del tuo partner che non ti piaccio o che col tempo ti sono piaciute meno?

Questo intervento, oltre che aiutare la messa in discussione della credenza, ha una funzione rassicurante: mette infatti in luce come la regola che i pazienti seguono in riferimento ai loro sentimenti, allo scopo di determinare una relazione che funzioni, non è attendibile e soprattutto non vale per altre coppie che nonostante ciò continuano ad investire nel loro rapporto.

Immaginarsi di concludere la relazione può tradursi in uno scenario catastrofico. Ciò alimenta l'investimento verso lo scopo di avere una relazione "giusta" e sul cercare in tutti i modi di non avere dubbi, raggiungendo così la certezza di non essere intrappolati in una relazione "sbagliata". Prima di tutto è necessario indagare con il paziente quale significato attribuisce alla possibilità di interrompere il rapporto; possiamo a proposito immaginare che non ci saranno tematiche di abbandono o amabilità, bensì un timore di essere responsabile della scelta di terminare un rapporto senza esserne assolutamente certo. Lo stato mentale dell'incertezza è estremamente attivante e permane sia quando si sceglie di continuare il rapporto sia quando si immagina di concluderlo; in entrambi gli scenari ci si percepirà responsabili e colpevoli di non star intraprendendo la scelta migliore.

Un intervento efficace sarà quello, anche tramite pratiche immaginative, di far entrare il paziente a contatto con lo scenario temuto trovando insieme delle risorse personali o esterne che possano aiutarlo a tollerare quel momento, rendendo così l'evenienza meno catastrofica, certo dolorosa ma più tollerabile. In ultima analisi, va considerata la credenza rispetto alla fusione pensiero-azione, ovvero l'idea rispetto cui pensare o desiderare qualcosa non ha lo stesso valore che metterla in atto. Si può pensare di lasciare o tradire il proprio partner ma questo non vuol dire che ciò avverrà; inoltre non è un indicatore di quanto il rapporto sia più o meno valido. Per mettere in discussione tale credenza è possibile ad esempio chiedere di pensare per qualche minuto di tradire il proprio fidanzato non appena sarà terminata la seduta e notare se, una volta uscita dallo studio, chiederà il contatto alla prima persona che troverà attraente.

Promuovere l'accettazione

Come visto in precedenza, nel Doc da relazione vi è un iper-investimento verso lo scopo di non percepirsi all'interno di una relazione ritenuta moralmente "sbagliata". Promuovere l'accettazione è il primo passo per aiutare il paziente a tollerare la compromissione di tale scopo; egli, nel momento in cui, ad esempio, percepisse di essere meno innamorato del partner, sentirà tale scopo minacciato e, come conseguenza, arriveranno le ossessioni, le emozioni di allarme e le successive compulsioni. Se cominciamo ad essere consapevoli che non abbiamo il potere di perseguire uno scopo come vorremmo, e che ciò porta a dei costi all'interno della nostra vita, allora staremo facendo un passo avanti verso l'accettazione. Si possono utilizzare una serie di tecniche, come ad esempio tracciare una ipotetica linea della vita di una persona e notare quante volte questa persona si sia potuta sentire in dubbio nei confronti delle proprie relazioni senza avere avuto il potere di impedirlo; oppure, per evidenziare i costi del disturbo, si può usare una lista dei pro e dei contro o la tecnica delle sedie. Inoltre, tanto più si dà valore ad uno scopo quanto più si dedicheranno energie nel perseguirlo,

soprattutto nel momento in cui lo si percepirà come un diritto o un dovere. Nel momento in cui facciamo sperimentare al paziente l'intervista da somministrare ad altre coppie, egli noterà che tale dovere vale solo per lui, in quanto le altre coppie si concedono di avere dubbi e variazioni di sentimento verso il proprio partner. Aiutare il paziente ad essere consapevole che accettare è una scelta che lo aiuterà a guarire dal disturbo, è il primo passo per poi sperimentarsi attraverso le procedure di esposizione con prevenzione della risposta (ERP). Inizialmente si costruirà con il paziente una gerarchia di situazioni, da quella meno a quella più attivante emotivamente, a cui ci si esporrà senza mettere in atto alcuna compulsione o comportamenti protettivi. Ecco una possibile lista di situazioni che potremmo scrivere con il paziente:

- Guardare prima il mio partner e poi una foto di Brad Pitt
- Leggere i vecchi messaggi di WhatsApp dove scrive "ti amo"
- Uscire a bere una birra con la mia fidanzata e i miei amici
- Osservare la mia partner struccata

Un'ultima fase del trattamento potrà essere dedicata ad investire su nuovi scopi più funzionali ad avere un rapporto sano e piacevole. Ad esempio, piuttosto che cercare di non essere in una relazione "sbagliata", si può cercare d'investire su cosa si vorrebbe da un rapporto in termini di condivisione e progetti di coppia.

Conclusioni

Al termine di questo lavoro, possiamo ancora affermare che abbiamo bisogno di un Doc da relazione? Alla luce di quanto è emerso dalle ricerche, si tratta semplicemente di una forma di disturbo ossessivo compulsivo simile a quello da checking-controllo oppure da contaminazione; sosteniamo ciò sulla base del fatto che può esserne compreso il funzionamento utilizzando il più generale modello di una mente ossessiva.

Per quanto riguarda il trattamento ci sono degli elementi che andrebbero presi maggiormente in considerazione, come il partner del paziente, rappresentante spesso il focus delle ossessioni nel mantenimento del disturbo tramite cicli interpersonali, e la sovrapposizione con altri costrutti non collegati con il Doc, quali la gelosia e le problematiche di coppia; infine, è importante considerare anche una dimensione perfezionistica spesso centrale che conduce il paziente ad una scarsa tolleranza all'incertezza. Abbiamo bisogno di conoscere questa forma di disturbo ossessivo per un'attenta e puntuale diagnosi per venire in aiuto ai clinici ed ai pazienti al fine di promuovere la comprensione di ciò che accade in termini di disturbo e non di gelosia, dubbi, o problemi relazionali ma, nonostante ciò, non abbiamo bisogno di dedicare una maggiore attenzione al Doc da

relazione rispetto ad altre forme di disturbo ossessivo, con le quali condivide il medesimo funzionamento e quindi anche trattamenti simili. Il rischio che si può correre nel dedicare così tanta attenzione alla categoria di un disturbo è di perdere il focus sul sistema di schemi, scopi e credenze alla base di quella sofferenza, limitandosi a delle tecniche di intervento molto specifiche.

Bibliografia

- Amato P. R.,(2001) *Children of divorce in 1990s. An update of the Amato and Keith (1991) meta-analysis*, in *Journal of family psychology*, 15 (3).
- Castelfranchi Cristiano, «Cognitivo»: una visione non riduttiva e la forza dell'artificiale, in *Sistemi Intelligenti*, (2012) 2/2012.
- Doron, G., Brandes, O., Stern, A., (2020) "I just can't trust my partner": evaluating associations between untrustworthiness obsessions, relationship obsessions and couplet violence, in *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 24.
- Doron G., Derby D.,(2012) *IROCD assessment and treatment Assessment and Treatment of Relationship-Related OCD Symptoms (ROCD): A Modular Approach*, in *Handbook of Obsessive-Compulsive Disorder Across the Lifespan*, scritto ed edito da J. Abramowitz, D. McKay, & E. Storch, Hoboken, NJ: Wiley.
- Doron G., Melli G., Caccico L., Micheli E., Bulli F.,(2024) *Pathological narcissism and relationship obsessive-compulsive disorder (ROCD) symptoms: Exploring the role of vulnerable narcissism*, in *Journal of Clinical Psychology*, Volume 80, Anno 4, Aprile 2024.
- Doron G., Melli G., Carraresi C., Bulli F.,(2018) *Maladaptive beliefs in relationship obsessive compulsive disorder (ROCD): Replication and extension in a clinical sample*, in *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 18.
- Doron G., Cerea S., Ghisi M., Bottesia G., Carraro E., Broggio D.,(2020) *Reaching reliable change using short, daily, cognitive training exercises delivered on a mobile application: The case of Relationship Obsessive Compulsive Disorder (ROCD) symptoms and cognitions in a subclinical color*, in *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 276
- Doron G., Derby D., Szepsenwol O.,(2014) *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, in *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3
- Doron, G., Derby, D., Szepsenwol, O., Talmor, D.,(2012) *Flaws and all: exploring partner-focused obsessive-compulsive symptoms*, in *Journal of Obsessive-Compulsive Related Disorder*, 1.
- Doron G., Kyrios M, *Adult Attachment Insecurities are Related to Obsessive Compulsive Phenomena*, in *Journal of Social and Clinical Psychology*, (2005) Vol. 28, No. 8.
- Gragani A., Perdighe C. (a cura di),(2021) *Psicoterapia cognitiva. Comprendere e curare i disturbi mentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Hewitt P., Flett G.,(1991) *Perfectionism in the self and social context: Conceptualization, assessment and socialization with psychopathology*, in *Journal of personality and social psychology*, 60.
- Mancini F., D'Olimpio F.,(2014) *Role of Deontological Guilt in Obsessive-Compulsive Disorder-Like Checking and Washing Behaviors in Clinical Psychological Science*,vol. 2, n. 6,
- Mancini Francesco (a cura di),(2016) *La mente ossessiva. Curare il disturbo ossessivo – compulsivo*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Mancini F. Carlo E.,(2017) *La mente non accettata*, in *Cognitivismo clinico* 14, 2.
- Storch E.A. et al.,(2008) *Where does obsessive-compulsive disorder belong in DSM-V?*, in *Depression and Anxiety*, 25:336–347,
- Venturini Drabik Marta, Melli G., (2021) *L'amo o non l'amo. Vincere le ossessioni sulla relazione e sul partner*, Erikson.

Tommaso Filippini, Psicologo Bologna

Specializzando in psicoterapia cognitiva, training Romano Monticelli, Ancona

e-mail: dott.tommasofilippini@protonmail.com

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:

psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it