



Relationship Obsessive- Compulsive Disorder

È una realtà clinica recentemente (e ancora poco) riconosciuta, insieme alle classiche sottovarianti di DOC:

- Contaminazione/lavaggio
- Ordine/simmetria
- Pensieri inaccettabili
- Pensieri o impulsi aggressivi
- Accumulo

Fenomenologia del DOC da Relazione (ROCD)

- Provare dei dubbi, una certa ambivalenza, sentimenti e atteggiamenti contrastanti nei confronti del partner è una caratteristica normale delle relazioni che riflette cambiamenti dell'interdipendenza e dell'adattamento interpersonale. [Brickman, Holmes].
- Soprattutto dopo le fasi iniziali di una relazione, o nei momenti di maggiore impegno o maggiore conflitto.
- Si configura un quadro di RDOC quando i dubbi e le preoccupazioni assumono carattere ossessivo: i pazienti sono tormentati **da dubbi e preoccupazioni riguardo la «correttezza» della propria relazione, la correttezza dei propri sentimenti verso il partner, o quella dei sentimenti del partner verso se stessi. Al dubbio ossessivo seguono emozioni intense di ansia, colpa e/o vergogna, e tipici comportamenti compulsivi (preventivi o riparativi) per la gestione di queste emozioni** [Doròn, Derby, 2014]
- Alta comorbilità con disturbi di ansia, depressione, altre varianti di DOC, compromissione sfera sessuale, difficoltà relazionali. [Doròn, Derby, 2012]



Due varianti di ROCD:

- **Relation-Focused OCD:** dubbi ossessivi incentrati sulla «correttezza» relazione o sulla «correttezza» dei propri sentimenti verso il partner.
«E' la relazione giusta per me?»
« Lo amo davvero?»
«Mi ama davvero?»
- **Partner-Focused OCD:** dubbi ossessivi riguardo le caratteristiche e i difetti reali o presunti del partner
« E' abbastanza bello/a?»
«E' abbastanza intelligente/stabile/simpativa/socievole per me?»
« E' la persona giusta per me?»

TRIGGER

CONTESTUALI

Situazioni romantiche
(film romantici, vedere una
coppia che si bacia)
Notare una persona
attraente
Parlare di progetti di
coppia
Scarsa attrazione fisica

EMOTIVI

Noia, rabbia, apatia in
presenza del partner

INTRUSIONI

RF-ROCD

“Io non avverto lo stesso
trasporto”
“Noi non siamo felici come
loro”
“Devo andarmene subito o
potrei innamorarmi di lui e
tradire il mio partner”

PF-ROCD

“Non è una persona
abbastanza attraente”

“Dice sempre cose stupide”

“Non dovrei sentirmi così,
c'è qualcosa che non va in
lui”

VALUTAZIONI

“Devo essere sicuro di
amarlo/a”

“Forse mi sto perdendo
la persona giusta per
me”

“Potrei pentirmene per
sempre se rimaniamo
insieme”

“Noi non saremo mai
felici”

RISPOSTE

EMOZIONI

Ansia
Colpa
Vergogna

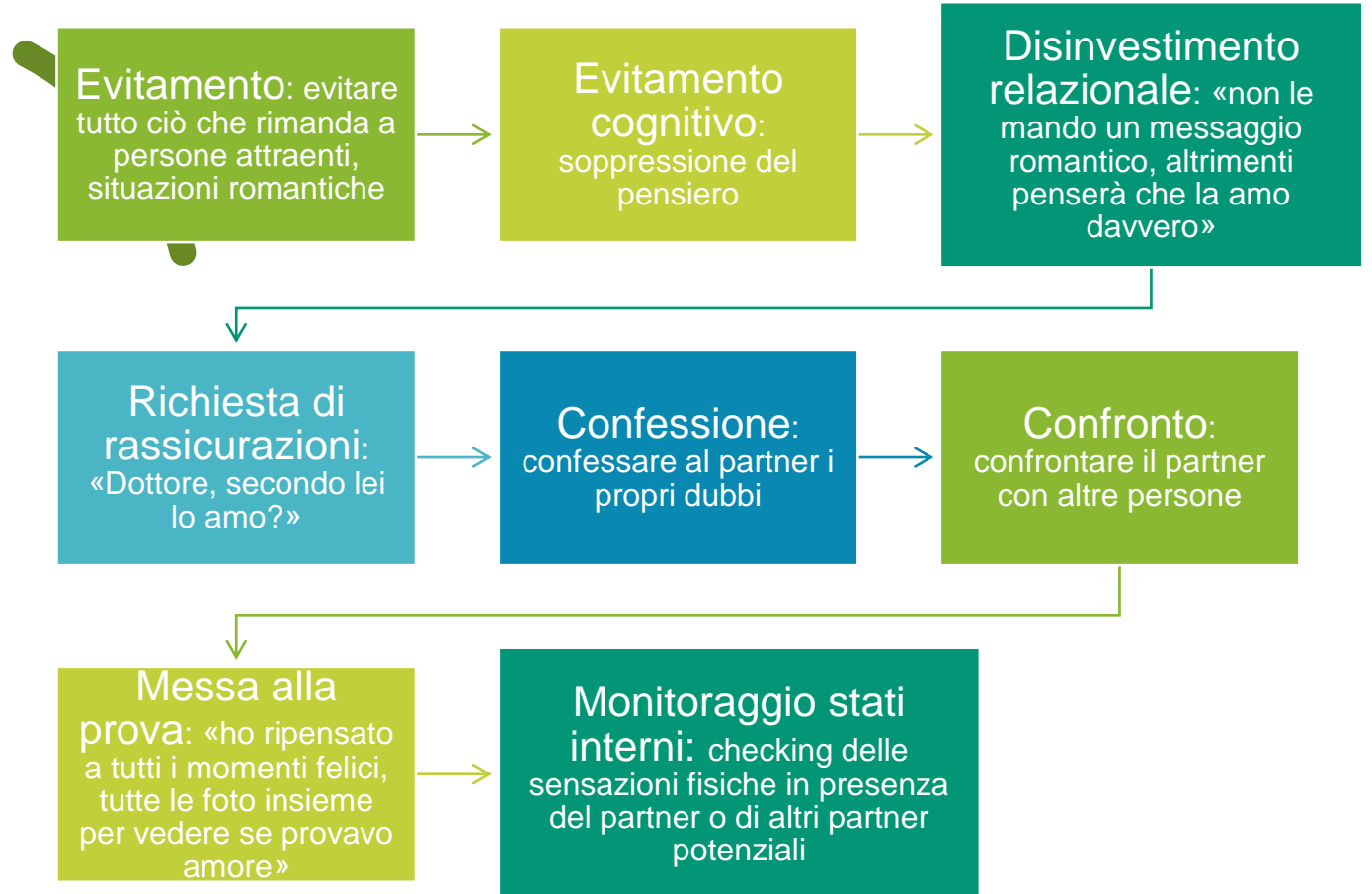
COMPORTAMENTI RIPARATIVI

Ricerca di
rassicurazioni,
monitoraggio degli stati
interni, confronto,
confessione,
rimuginio/ruminazione

COMPORTAMENTI PREVENTIVI

Evitamento
comportamentale,
evitamento cognitivo,
disinvestimento
relazionale

COMPULSIONI:





BISOGNI DISATTES I

COERENZA

ORIENTAMENTO

SENSO E
DIREZIONE

APPARTENENZA
E
CONNESSIONE

COMPETENZA

SICUREZZA

Fattori di vulnerabilità

Le intrusioni mentali che minacciano il sistema di valori di una persona hanno più probabilità di trasformarsi in ossessioni rispetto alle intrusioni che non lo fanno. [Rachman, S.]

In chi soffre di RDOC gli scopi e le credenze di base da cui derivano le tipiche distorsioni cognitive sono costruite attorno ai nuclei di vulnerabilità centrale dell'**integrità morale** e del **perfezionismo**.
[Doròn 2014]

La «**Paura della colpa**» e il «**Narcisismo vulnerabile**» sono altri costrutti fondamentali per la genesi e il mantenimento del disturbo [Melli 2024]
[Tinella 2023]

Modello Cognitivo-Comportamentale

Credenze e Bias tipici dell'RDOC [Melli 2021]



	Credenza	Regola	Conclusione
Estremizzazione, pensiero «tutto o nulla»	“In una relazione soddisfacente, i sentimenti per l'altro non devono mai oscillare”	“Devo provare sentimenti sempre intensi e stabili per l'altro”	“Se i miei sentimenti non sono sempre intensi e stabili, vuol dire che non è la relazione/persona giusta”
Catastrofizzazione	“Una volta preso un impegno, non si può più tornare indietro”	“Devo essere assolutamente certo delle mie decisioni riguardo la relazione”	“Se faccio la scelta sbagliata, sarò infelice per sempre”
Intolleranza all'incertezza	“Rimanere in uno stato di incertezza è insopportabile”	“Non devo essere incerto sui miei sentimenti”	“Se rimango incerto, impazzirò”
Fusione pensiero-azione	“Pensare o immaginare di fare una cosa, è grave quanto farla nella realtà”	“Non devo mai pensare di tradirlo, non devo mai provare attrazione verso altri”	“Se sono attratto da un altro, significa che non lo amo”



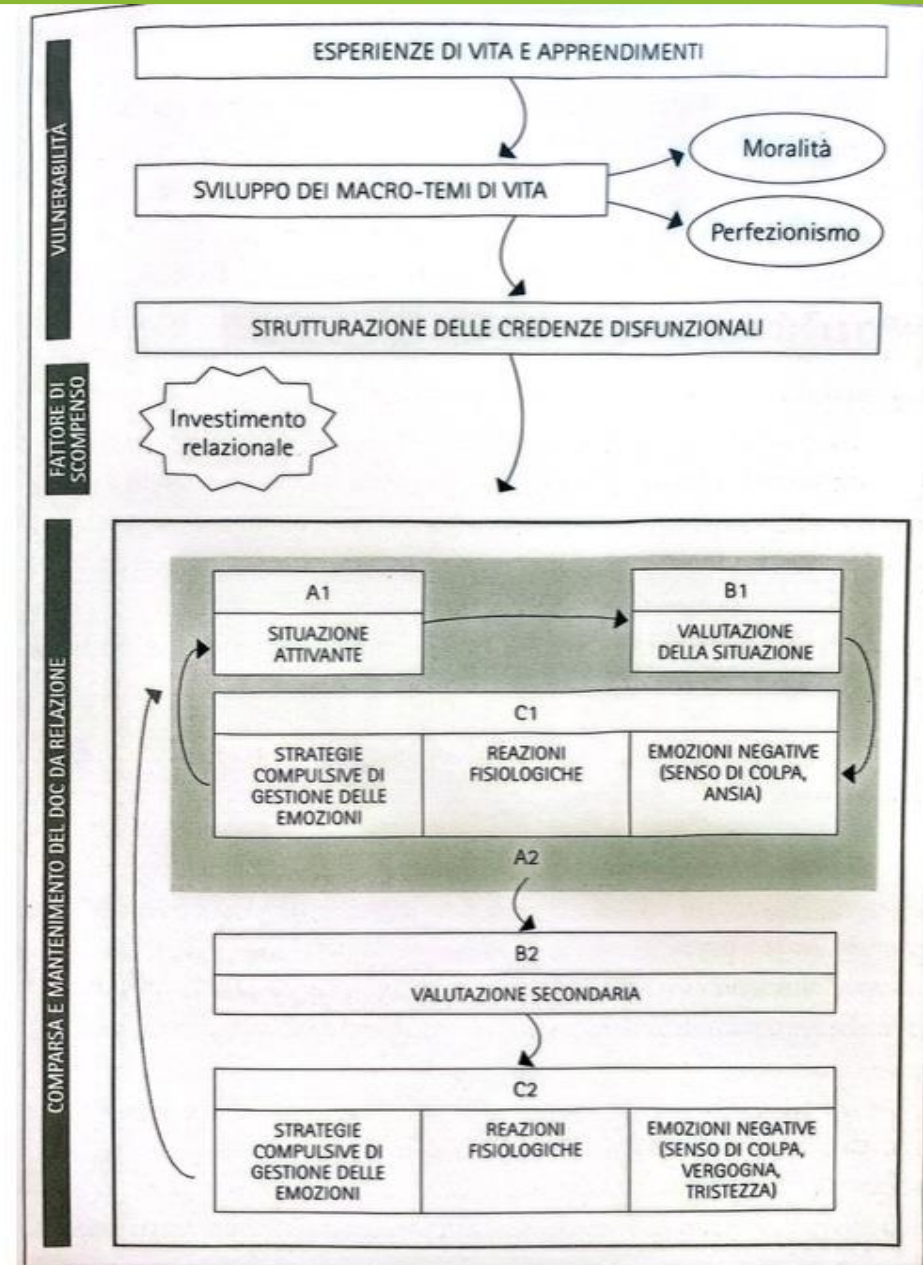
Modello Cognitivo-Comportamentale ABC

A SITUAZIONE	B PENSIERO AUTOMATICO NEGATIVO (PAN)	C REAZIONE EMOTIVA, FISIOLOGICA E COMPORAMENTALE
Sono al bar con le amiche, noto un ragazzo molto carino	“Se sono attratta da lui significa che non amo Giovanni”, “Forse Giovanni non è la persona giusta per me”	Ansia, Colpa Torno a casa, lasciando le mie amiche (evitamento) Guardo tutte le foto insieme a Giovanni alla ricerca di ricordi felici (rassicurazione)

A SITUAZIONE	B PENSIERO AUTOMATICO NEGATIVO (PAN)	C REAZIONE EMOTIVA, FISIOLOGICA E COMPORAMENTALE
Siamo al ristorante a cena insieme, noto che la mia ragazza ha il naso pronunciato	“Stare per sempre con una persona con questi difetti si rivelerà un errore imperdonabile”	Ansia, Colpa Metto a confronto il naso della mia ragazza con quello di tutte le altre persone nel ristorante (confronto) Guardo le sue foto per verificare se mi piace davvero (rassicurazione, messa alla prova)

Modello Cognitivo-Comportamentale

Genesi e mantenimento del RDOC.
[Melli 2021]



ASSESSMENT

- **LONGITUDINALE:** storia familiare, educativa, socio-relazionale, sessuale, eventi significativi
- **FOCALIZZATO:** problema attuale, situazioni scatenanti le ossessioni, compulsioni overt e covert, risposte emotive, diari di monitoraggio
- **TRASVERSALE:** funzionamento attuale, domini di valore, impatto del problema sui domini di valore

- **STRUMENTALE:**
ROCI, PROCSI (Relazione, Partner)
DOCS (Pensieri inaccettabili)
OBQ-20 (Importanza dei pensieri)
Scala **RECATS** (Credenze sulla relazione)





Trattamento Cognitivo- Comportamentale

Grazie all'ERP la TCC per il DOC è stata perfezionata come terapia evidence-based fino ad essere il trattamento di prima scelta. [NICE]

Il 60-85% dei pazienti che completano un trattamento TCC con ERP ottiene un miglioramento significativo dei sintomi e della qualità di vita. [Yan 2022]

Solo il 25% però rimane asintomatico al termine del trattamento. [Fisher]

Exposure and Response Prevention per il DOC



Si intende il confronto con stimoli innocui, ma che provocano ansia e paura e quindi vengono evitati o neutralizzati.



Stimoli gerarchicamente organizzati secondo il livello di attivazione emotiva.



Parallelamente al paziente è richiesto lo sforzo di tollerare il disagio e non mettere in pratica i comportamenti compulsivi che eliminerebbero l'ansia.

Exposure and Response Prevention per il DOC

- Originariamente sviluppata sulla base della Teoria Bi-fattoriale di Mowrer, secondo cui il DOC sarebbe un disturbo:

appreso per **condizionamento classico**

(SN+SI → RI [SC→RC])

mantenuto per **condizionamento operante** (compulsioni che lo mantengono per **rinforzo negativo**)

- A lungo si è ritenuto che l'ERP dovesse portare all'**estinzione della paura** attraverso l'abituazione
- L'obiettivo dichiarato era quindi la **riduzione dell'ansia** al termine della seduta di ERP, raggiunta l'abituazione allo stimolo

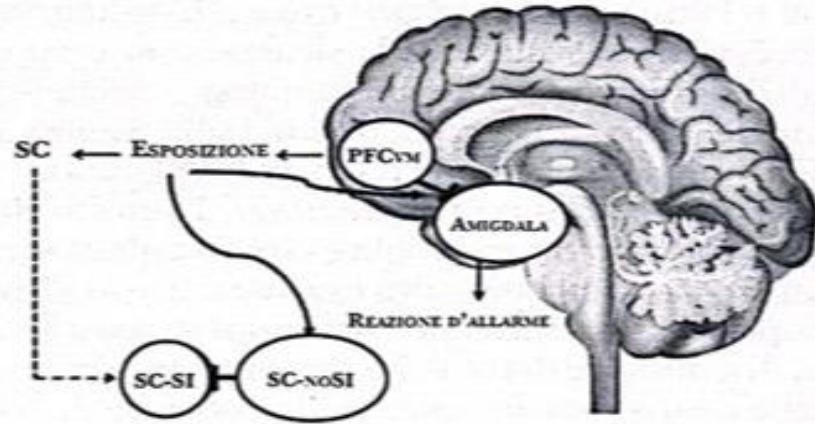
Il nuovo modello di Apprendimento Inibitorio

- Sviluppato grazie all'osservazione secondo cui, anche dopo sessioni prolungate di esposizione (abituazione) la paura potesse tornare
- Basato sulla teoria secondo cui a seguito della ripetuta esposizione allo SC, in assenza dell'esito temuto, si forma un nuovo apprendimento:
SC- no SI, che compete e blocca l'espressione della memoria di apprendimento eccitatorio SC-SI.
- L'obiettivo della sessione di esposizione, secondo il nuovo modello, **smette di essere quello di «disimparare»** o cancellare la paura, e comincia a essere l'**apprendimento** del fatto che non si è verificato l'evento temuto. [Craske, Le Doux, Toso]



Aspetti intrinseci al processo di creazione inibitoria

- Errore predittivo
- Dipendenza dal contesto
- Ricompensa gratificante



Aspetti estrinseci al processo di creazione inibitoria

- Biologici (ad es. assetto genetico, ormoni, neuroplasticità)
- Psicologici (ad es. evitamento, comportamenti protettivi)
- Ambientali (ad es. uso di benzodiazepine, ansia dei familiari)

- La formazione del nuovo apprendimento è tanto più forte quanto più alta è la “**violazione dell’aspettativa**”
- Tanto più l’organismo viene sorpreso dall’esposizione a **SC-senza SI**, tanto più forte sarà l’apprendimento della nuova memoria inibitoria SC-senza SI.
- Questo vuol dire organizzare esposizioni in cui il paziente venga “sorpreso”, conducendolo a confrontarsi con stimoli o situazioni che per durata, intensità o frequenza sono **più ansiogene di quanto lui ritenga “sicuro” o “tollerabile”** [Toso 2023]

Exposure and Response Prevention, ruolo dell'Errore predittivo, della Dipendenza dal Contesto, e della sensibilità alla Ricompensa

- Errore predittivo: per massimizzarlo bisogna organizzare esposizioni che rendano altamente probabile la predizione temuta del paziente, **mantenendo alta l'aspettativa di minaccia.**

Ciò significa ridurre i comportamenti protettivi e di sicurezza, procedere lungo la gerarchia in modo variabile, **ridurre e limitare al termine dell'esposizione ogni intervento cognitivo progettato per ristrutturare la «sovrastima del rischio» e la «catastrofizzazione»**
[Rachman, Kirkanski, Le Doux]





Exposure and Response Prevention, ruolo dell'Errore predittivo, della Dipendenza dal Contesto, e della sensibilità alla Ricompensa

- La dipendenza dal contesto dipende dal ruolo dell'**ipotalamo**, che come un fotografo immortala il contesto spazio/temporale in ogni momento, codificando le nuove memorie solo per lo specifico contesto in cui si formano [Bouton]

Questo significa condurre esposizioni in diversi contesti, dato che sono molti i contesti a cui la paura si è precedentemente generalizzata (luoghi, momento del giorno, in presenza di persone)

Exposure and Response Prevention, ruolo dell'Errore predittivo, della Dipendenza dal Contesto, e della sensibilità alla Ricompensa

- Percezione della ricompensa: la creazione della memoria inibitoria è tanto più forte quanto meglio viene percepito **l'effetto rinforzante** che fa seguito **all'omissione della minaccia temuta**. [De Jong 2019]

Discutere con il paziente per sensibilizzarlo a notare l'assenza dei risvolti temuti




Programma di ERP nel RDOC

Individuare le strategie compulsive (preventive e riparative) utilizzate per gestire il dubbio e le emozioni spiacevoli sul partner e la relazione

Stilare una gerarchia espositiva

Esporre il paziente variando luogo, intensità, e tipo di esposizione (vivo, immaginazione)

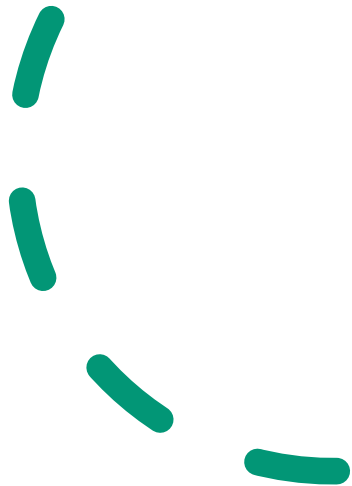
Discutere gli esiti dell'esposizione con il paziente, annotando l'eventuale riduzione delle emozioni spiacevoli e soprattutto la riduzione delle compulsioni



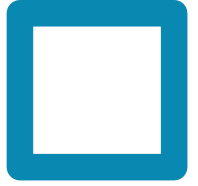
Gerarchia Esposizione (Scheda pre- esposizione)

Livello di attivazione emotiva	Situazione
Livello 10	
Livello 9	
Livello 8	
Livello 7	
Livello 6	
Livello 5	
Livello 4	
Livello 3	
Livello 2	
Livello 1	

Scheda post-esposizione [Toso 2023]

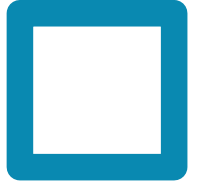
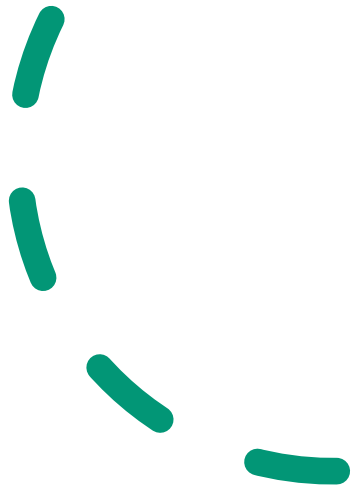


Sessione di esposizione n _____	
DESCRIZIONE:	
Al termine del tuo esercizio di esposizione, compila la seguente tabella rispondendo alle domande. Questo ti aiuterà a massimizzare gli effetti dell'esposizione svolta.	
È avvenuto quello che ti aspettavi?	
Cosa è veramente accaduto?	
Hai dei pensieri che tendono a sminuire gli esiti ottenuti? Se sì, quali?	
In che modo puoi farvi fronte?	
È per te gratificante quel che è successo grazie all'esposizione?	
Se sì, quanto da 1 a 100?	
Se sì, perché lo ritieni gratificante?	
Se sì, preferisci questa gratificazione o il sollievo che avresti ottenuto evitando?	
Per quale motivo preferisci l'uno/a rispetto all'altro/a?	
Cosa hai imparato dopo aver affrontato questa esposizione?	
È un motivo, quello che hai appena descritto, che può aiutarti a essere più "libero/a" dalla paura e a migliorare la tua vita?	
Immaginare l'esperienza che hai appena vissuto, ma in contesti diversi, è per te gratificante?	
Se sì, perché?	



Esposizione Flessibile

[Eric Morris]



Foglio di Pratica dell'Esposizione

(inhibitory learning)

Preparazione

Di che cosa ho paura? (a che cosa ho bisogno di espormi?)

Che cosa temo che accada? (che cos'è il peggio che potrebbe accadere?)

Quanto è probabile che il risultato temuto si verifichi? (0-100%) _____

Quanto sarebbe grave se accadesse. (0-100%) _____

Per chi/che cosa è importante per me espormi _____

Esposizione

Esponiti alla situazione temuta

Per tutto il tempo possibile

Sii aperto all'esperienza e:

- Non agire alcun comportamento di sicurezza
- Nota ed entra in contatto con ciò che senti e provi

Ciò che è accaduto e che ho imparato

Quale è stato l'esito dell'esposizione? È accaduto ciò che temevo? (SI/NO)

Che cosa ho imparato?

Se dovessi rifare l'esposizione ora:

Quanto è probabile che il risultato temuto si verifichi? (0-100%) _____

Quanto sarebbe grave se accadesse. (0-100%) _____

Risultati attesi dell ERP nell RDOC

Una variabile di importanza fondamentale nel trattamento del DOC con l' ERP è la **dimensione sintomatologica**. [Law]

Diversi studi valutano una risposta più scarsa all ERP nel gruppo di pazienti il cui il DOC è caratterizzato da **pensieri inaccettabili** [Mataix-Cols]

Solo **un terzo** di questi pazienti risponderà in maniera efficace [Williams]

Personalizzare la terapia #principi generali



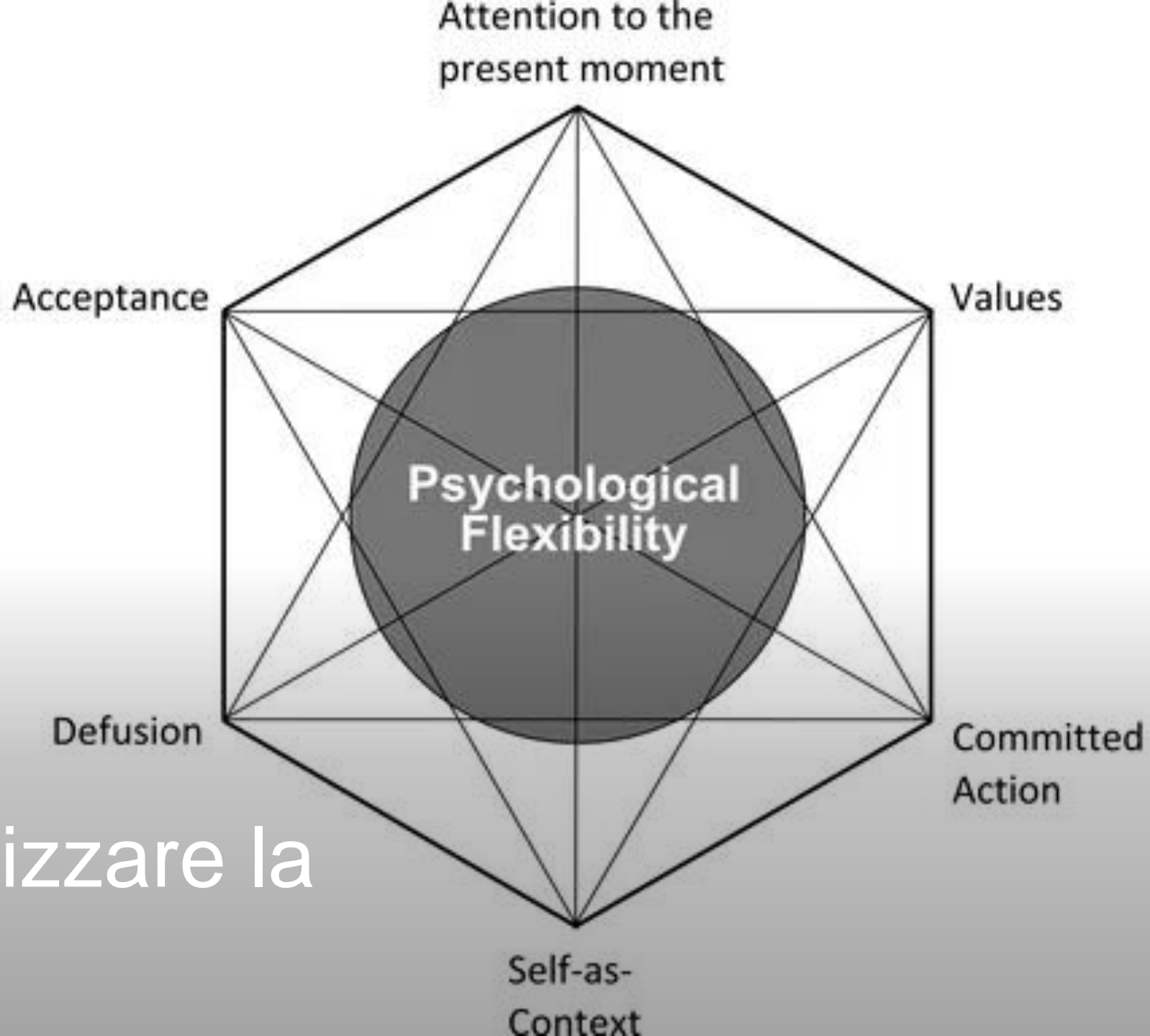
STABILIRE ALLEANZA TERAPEUTICA,
BLOCCANDO DA SUBITO IL CICLO
RASSICURAZIONE → CHIARIMENTO



PSICOEDUCAZIONE SUL DISTURBO,
VALIDAZIONE E NORMALIZZAZIONE DEI
DUBBI RELAZIONALI



CONSIGLIARE DI RITARDARE LE
DECISIONI SULLA RELAZIONE A UN
MOMENTO SUCCESSIVO, DI MINORE
INTENSITÀ DEI SINTOMI.



Personalizzare la
terapia

Personalizzare
la terapia
#interventi di
ristrutturazione
cognitiva

Intervenire sul «**pensiero tutto o nulla**» e
sull'**estremizzazione**

Esercizio dell'intervista alle 5 persone care:

- *Hai mai avuto dei dubbi sul fatto che il tuo partner fosse veramente quello giusto?*
- *Ci sono mai stati momenti in cui hai avuto dei dubbi sui tuoi sentimenti?*
- *Hai mai sentito rabbia/noia/disinteresse per il tuo partner?*
- *Il tuo partner ti piace sempre allo stesso modo?*
- *Il tuo partner ha dei difetti? Ami sempre al 100% tutti i suoi difetti?*
- *Ti sei mai sentito attratto da un'altra persona?*
- *Hai mai sognato di tradire il tuo partner?*
- *Hai mai pensato di lasciarlo?*

Personalizzare
la terapia
#interventi di
ristrutturazione
cognitiva

Intervenire sull'intolleranza all'incertezza e la **catastrofizzazione relazionale**

Esercizio dello Scenario Peggior:

*Chiudi gli occhi e pensa alla cosa peggiore che potrebbe succedere...
(dopo anni di matrimonio ti accorgi di non amarlo più e di volerlo lasciare/dopo anni i suoi difetti diventano talmente insopportabili da portarvi alla separazione)*

Cosa c'è oltre questo punto?

C'è sofferenza... ma c'è qualcuno a cui chiedere aiuto? C'è qualche risorsa che puoi utilizzare per affrontare questa sofferenza?

Cosa vedi andando ancora avanti...dopo 5 anni?

Dopo 10 anni?

Dopo 20?

Chi siete, cosa fate, state soffrendo ancora allo stesso modo?

Stai comunque continuando a vivere, mangiare, forse sorridere, dormire...

E il partner cosa sta facendo 20 anni dopo?

Personalizzare la
terapia
#interventi di
ristrutturazione
cognitiva

Intervenire sul
**ragionamento
emotivo** (*se mi sento
così in sua presenza
significa che...*)
fusione pensiero-
azione, pensiero-
realtà, pensiero-
identità

Intervento sulla
vulnerabilità del sé
(valore di sé percepito
contingente alla
relazione)

Intervento sulla
capacità integrativa
(avere dei dubbi non fa
di me una persona
cattiva, avere dei difetti
non fa di lui una
persona sbagliata)

Saggio utilizzo della
Self-Disclosure

CONCLUSION E

Come per le altre forme di DOC, l'Exposure and Response Prevention è un intervento evidence-based per l'RDOC, di efficacia pari o uguale rispetto ai farmaci, ma con migliori outcome a lungo termine.

Trattandosi di una forma di DOC prevalentemente caratterizzata da pensieri inaccettabili e compulsioni spesso non osservabili, sebbene l'ERP possa essere efficace in almeno 1/3 dei pazienti, potrebbe non essere sufficiente

Personalizzare la terapia del paziente, svolgendo un importante lavoro a livello cognitivo (ristrutturazione) sia prima che al termine dell'ERP, anche in contrasto rispetto alle ultime evidenze scientifiche sul tema dell'apprendimento inibitorio alla base dell'ERP.