

UNIVERSITÀ PONTIFICIA SALESIANA - ROMA

IUSTO - Istituto Universitario Salesiano Torino
Aggregato alla Facoltà di Scienze dell'Educazione
TORINO



TESI DI LICENZA IN
PSICOLOGIA CLINICA E DI COMUNITÀ
LA DIPENDENZA AFFETTIVA NELLE RELAZIONI INTIME

Relatore: Prof. Leopoldo Grosso

Candidata: Mihaela Preda

Anno accademico 2015 / 2016

INDICE

INTRODUZIONE

1 LA DIPENDENZA AFFETTIVA

- Definizione di dipendenza affettiva.....
- La diffusione del fenomeno e l'associazione con altre problematiche
- Uno studio italiano sull' incidenza del fenomeno.....
- Le caratteristiche e i tratti prevalenti della dipendenza affettiva.....
 - La paura della separazione e dell'abbandono*
 - La paura del cambiamento*
 - L'ossessione*.....
 - I quattro livelli della dipendenza*.....
- L' "oggetto " della dipendenza affettiva
- I partners*.....
- I genitori*.....
- I figli*.....
- L'amicizia*.....
- La dinamica e le vicissitudini della dipendenza affettiva.....

2 I SINTOMI DELLA DIPENDENZA AFFETTIVA E LA SFIDA DIAGNOSTICA

- I sintomi cognitivi*
- I sintomi fisici*.....
- I sintomi emotivi*.....
- Strumenti diagnostici (test)*.....

3 SOMIGLIANZE E DIFFERENZE DALLA DIPENDENZA DA SOSTANZE PSICOATTIVE

- Le differenze: l'oggetto del desiderio.....
- Le somiglianze: i meccanismi dei correlati biologici.....

4 IL DISTURBO DIPENDENTE DI PERSONALITA'

- La persona dipendente affettiva e il suo complementare “maligno”: il partner narcisista perverso

-La co-dipendenza.....

-Comorbilità e diagnosi differenziale

- *Dipendenza affettiva e disturbo ossessivo compulsivo*.....

- *Dipendenza affettiva e disturbo dell'umore*

LO STALKING: ESEMPLIFICAZIONE DI UN COMPORTAMENTO POSSESSIVO

-Amore e Possesso.....

-Stalking.....

5. EZIOPATOGENESI E INTERPRETAZIONI DELLA DIPENDENZA AFFETTIVA

- Teoria psicodinamica e la rilevanza dell'attaccamento.....

- Le connessioni tra masochismo femminile e dipendenza affettiva.....

- Condizionamenti culturali e il codice servilista.....

- Teoria sistemica e il contributo di Gregory Bateson sulla relazione del partner con una persona alcolodipendente.....

- Teoria cognitivista.....

6. LA TERAPIA

-Il programma terapeutico della S.I.I.Pa.C.....

-La psicoterapia dialettica.....

CONCLUSIONI

BIBLIOGRAFIA



Amanda Cass

Introduzione

“Amatevi, ma non tramutate l'amore in un legame. Lasciate piuttosto che sia un mare in movimento tra le sponde opposte delle vostre anime.

Colmate a vicenda le vostre coppe, ma non bevete da una sola coppa, scambiatevi il pane, ma non mangiate da un solo pane. Cantate e danzate insieme e insieme siate felici, ma permettete a ciascuno di voi d'essere solo.”

Kahlil Gibran

Introduzione

Tutte le relazioni sociali significative si sviluppano e si mantengono grazie alla capacità di creare dei legami affettivi con le altre persone.

Spesso questi legami si possono trasformare in catene pesanti, da cui non si riesce più a liberarsi, nemmeno quando creano grande e intensa sofferenza.

E' il caso della dipendenza affettiva che coinvolge sempre più le persone. La questione della dipendenza affettiva mostra caratteristiche comuni ad altre forme di dipendenza (cibo, internet, gioco d'azzardo, alcolici, ecc.). Il tema della dipendenza affettiva nonostante sia conosciuto da tempo, per via del famoso testo della Norwood "Donne che amano troppo", pubblicato negli anni '70 ed uscito in Italia nel 1987, non ha ancora ricevuto l'attenzione necessaria per essere considerato una vera e propria problematica patologica .

Il dibattito è aperto. Si confrontano diverse posizioni, oggi stimulate in particolare dai vari casi di cronaca, in cui si focalizza l'approccio psicologico sulla tematica delle relazioni amorose e sulla degenerazione dei rapporti di dipendenza affettiva che si trasformano in rapporti "malati", a rischio stalking e femminicidio.

Nella tesi intendo analizzare: le caratteristiche salienti del fenomeno, la sua diffusione, la sintomatologia , la rilevanza della questione diagnostica, le differenze rispetto al disturbo dipendente di personalità, la co-dipendenza, lo stalking. In fine prendo in considerazione alcuni contributi interpretativi per arrivare a trattare gli aspetti terapeutici.

CAPITOLO I

La dipendenza affettiva

*“Io ho bisogno che qualcuno abbia bisogno di me, ecco cosa.
Ho bisogno di qualcuno per cui essere indispensabile.
Di una persona che si divori tutto
il mio tempo libero, il mio ego, la mia attenzione.
Qualcuno che dipenda da me. Una dipendenza reciproca.
Come una medicina, che può farti bene e male al tempo stesso.”*
(Chuck Palahniuk)

- Definizione di dipendenza affettiva

Già Otto Fenichel, psicoanalista, nel 1945, parla per la prima volta di dipendenza affettiva. La definisce coi termini molto specifici di un amore-dipendente vissuto da quelle persone che necessitano dell'amore come del cibo o della droga.

Infatti, la relazione affettiva può diventare un “legame che stringe” o, “dolorosa ossessione” in cui si altera stabilmente il necessario equilibrio tra il “dare” e il “ricevere” in amore. L'amore si polarizza in una vera e propria “dipendenza affettiva”, una sofferenza psicologica che è in grado rimanere nascosta nell'ombra anche per un'intera vita, come la radice di un costante dolore che può alimentare nel corso tempo gravi problematiche psicologiche, relazionali e anche ripercussioni fisiche.

Gli anglosassoni per definire la dipendenza affettiva usano il termine “love addiction”. La love addiction non è stata ancora diagnosticata come

patologia nei diversi sistemi di classificazione come, ad esempio, il DSM V e il PDM.

Secondo Giddins (1992) la dipendenza affettiva si configura come un disturbo autonomo e presenta le seguenti caratteristiche, in analogia con altre forme di dipendenza:

- *l'ebbrezza*: il soggetto dipendente prova una sensazione di ebbrezza della relazione con l'altro, paragonabile alla sensazione della persona tossicodipendente mentre consuma la sostanza psicoattiva;
- *la dose*: il soggetto dipendente trova nel rapporto con l'altro una sorta di "benessere" che ricerca in sempre maggiori quantità in termini di presenza e di tempo per stare con lui.
- *l'incapacità di controllare il proprio comportamento*: il soggetto dipendente sperimenta la parziale perdita delle funzioni dell'IO, ossia della capacità critica e della gestione di sé nel rapporto con l'altro. Una riduzione di lucidità mentale seguita da una temporanea consapevolezza, che può creare vergogna e rimorso, ma che non consente di evitare una successiva ricaduta negli stessi comportamenti.

Un aspetto fondamentale, individuato da Giddins (1992) nella persona dipendente affettiva, è la presenza della paura, la "paura di essere abbandonato", caratteristica che si può riscontrare in altre forme di dipendenza.

E' una paura opprimente, ben sintetizzata nella citazione del poeta latino Ovidio (Amores, 3 11b): "*non posso stare con te, ne' senza di te*". "Con te", per via del dolore che si prova nel subire le umiliazioni, maltrattamenti e offese; "senza di te" perché non si può assolutamente sopportare l'angoscia al solo pensiero di perdere la persona amata.

E' stato gran merito di Robin Norwood (1987) il fatto di essere riuscita a ben descrivere e far ben comprendere alle donne la realtà nella quale si trovano molte di loro a causa di uno stato di dipendenza affettiva:

“Quando giustifichiamo i suoi malumori, il suo cattivo carattere, la sua indifferenza o li consideriamo conseguenza di un’infanzia infelice e cerchiamo di diventare la sua terapeuta, stiamo amando troppo. Quando non ci piace il suo carattere, il suo modo di pensare e il suo comportamento, ma ci adattiamo pensando che se noi saremo abbastanza attraenti e affettuosi lui vorrà cambiare per amor nostro, stiamo amando troppo. Quando la relazione con lui mette a repentaglio il nostro benessere emotivo, e forse anche la nostra salute e la nostra sicurezza, stiamo decisamente amando troppo”.

“Ho bisogno che tu abbia bisogno di me” è un bisogno di sopravvivenza che spinge la donna ad illudersi di poter cambiare l’altro. “Gli ho mandato dei messaggi per fargli sapere che sto male e che sono disperata, ma lui non mi ha nemmeno risposto. Perché fa così? Perché non mi telefona almeno per sapere qualcosa?” (Robin Norwood, 1987). Le donne dipendenti spesso inseguono un uomo inevitabilmente sfuggente, sempre impegnato in qualcosa più importante di loro, che talvolta le maltratta e quasi mai teme di perderle; tanto più lui esercita trascuratezza, indifferenza e non curanza tanto più lei lo insegue, mettendo in atto una forma di masochismo, speculare alle forme di sadismo subite.

Le persone dipendenti affettivamente non conoscono l’esperienza dello scambio vicendevole nelle effusioni di gioia e di sofferenza; appaiono come paralizzate in ansie, in pensieri e azioni ripetitive.

L’amore per l’altro diventa parassitario, ossessivo, coartato, con una stagnazione dello sviluppo della relazione. E’ proprio per la paura dei cambiamenti e del rischio di essere oggetto di forme di evitamento e di rifiuto, che la persona si nutre di bisogni ossessivi di sicurezza e aspettative non realistiche.

La mancanza di autonomia, le percezioni negative e svalutative riguardo al proprio valore, bloccano in una trappola il soggetto dipendente

impedendo una sana evoluzione della relazione affettiva, ingabbiandola in un continuo bisogno di conferme e riconoscimenti, con conseguenti delusioni e frustrazioni.

La persona dipendente affettiva ha paura della separazione, della solitudine e della distanza dalla persona di cui ha bisogno. All'osservazione clinica presenta spesso sensi di colpa e di rabbia. A questo riguardo sono state riscontrate delle correlazioni con il disturbo post-traumatico da stress (Giddens, 1992). Inoltre, molte donne dipendenti affettive, nella loro storia, hanno subito abusi sessuali, maltrattamenti sia di tipo fisico che emotivo. Tali esperienze dolorose hanno compromesso severamente la capacità di affermazione di sé, favorendo al contrario lo sviluppo di rapporti e relazioni di sottomissione e di passività.

Chi è affetto da dipendenza affettiva, non è autonomo e non riesce a vivere i sentimenti di amore nella loro profondità e intimità. La paura di vivere un'esperienza di abbandono, separazione, e solitudine generano tensione; il ruolo dell'altro non rappresenta più quindi una libera scelta, ma una questione di vita o di morte. Senza l'altro non si ha la percezione di esistere, con l'altro i propri bisogni e desideri individuali vengono realizzati in una relazione simbiotica. E' solo la presenza dell'altro che è in grado di sanare la ferita narcisistica della persona dipendente affettiva.

La persona dipendente affettiva, anche se è un fenomeno che in genere coinvolge una sola persona nel rapporto, si esprime sempre in una dinamica a due e coinvolge la coppia reale, o vissuta come tale da parte di chi se la rappresenta. Può essere anche che il partner della persona dipendente sia a sua volta un soggetto problematico, che spesso è portatore di una qualche dipendenza; in tal caso i problemi dell'altro diventano la

giustificazione per dedicarsi interamente a lui, evitando così di condurre una propria esistenza più autonoma.

A volte la persona che si ama assume un comportamento rifiutante, sfuggente e irraggiungibile, può essere sposata o solo superficialmente interessata alla relazione; in questo caso ciò che diventa seducente per la persona dipendente affettiva può essere rappresentato dalla competizione: la dipendenza si alimenta dal desiderio di essere amati proprio da chi non ricambia aumentando sempre di più in caso di rifiuto.

La persona dipendente di solito soffoca ogni desiderio e interesse individuale per occuparsi dell'altro, ma inevitabilmente viene delusa e il suo sentimento di amore può trasformarsi in risentimento. Anche in questo caso per il proprio bisogno di essere amata non riesce ad interrompere questo tipo di relazione, non rendendosi conto che tale comportamento inficia l'amore che richiede invece autonomia e reciprocità.

Identificandosi con il partner le persone affettive dipendenti cercano di venire in soccorso di se stesse e colmare le proprie carenze affettive. Nella vita di coppia si riedita spesso, più o meno inconsapevolmente, un ruolo simile a quello vissuto nella vicenda esperenziale con i genitori, nel tentativo di cambiarne il finale. Il non aver sperimentato la sensazione di sicurezza nell'infanzia può dare luogo al bisogno di controllo dell'altro, camuffato da un'apparente tendenza ad aiutarlo.

Sempre secondo Giddens (1992) la dipendenza affettiva costruisce una vera e propria "reazione difensiva di fuga", dalla propria mancanza di autonomia e dal mancato riconoscimento di sé.

La diffusione del fenomeno e l'associazione con altre problematiche

La ricerca epidemiologica in merito alle dipendenze affettive evidenzia che:

- nella stragrande maggioranza dei paesi del mondo il 99% dei soggetti che sviluppano una dipendenza affettiva sono persone di sesso femminile (Miller, 1994).
- si associa con frequenza a disturbi post-traumatici da stress, per cui in genere si riscontra in persone che hanno anche subito abusi o maltrattamenti (Idem, 1994).

Sono state riscontrate alcune caratteristiche tipiche, individuate nelle famiglie in cui sono cresciute le persone che hanno sviluppato una dipendenza affettiva (Norwood, 1985). Tra le peculiarità della storia personale e familiare emergono:

- la provenienza da una famiglia in cui non si è mai stati considerati o quantomeno trascurati, nella soddisfazione dei bisogni emotivi soprattutto durante l'infanzia e adolescenza.

Nelle famiglie in cui i bisogni emotivi non sono riconosciuti, non è possibile sviluppare in modo adeguato il bisogno di affetto e amore, per cui l'aspetto più invalidante che ne consegue può consistere nell'ignorare i propri sentimenti, nel soffocarli e nel confonderli fin dall'infanzia. Le conseguenze possono essere la perdita della fiducia in se stessi anche nella percezione corretta dei propri bisogni emotivi, che da adulti comporta l'incapacità nel discernere tra le situazioni e/o le persone e relazioni che possono provocare sofferenza.

- Aver vissuto atti di violenza tra i genitori e/o tra genitori e altri figli (“violenza assistita”), anche solo in presenza costante di conflitti e tensioni.
- Essere stato oggetto di un comportamento seduttivo da parte di un genitore anche in assenza di abuso sessuale.
- L’essere stato esposto all’esperienza frustrante di un genitore incapace di saper sviluppare dei rapporti adeguati con altri membri della famiglia in una modalita’ relazionale matura, attribuendone ad altri la causa. (Norwood, 1985)
- Essere stati esposti e usati in un rapporto competitivo tra i genitori talvolta mirato ad ottenere la complicita’ dei figli a scapito dell’altro coniuge (Norwood, 1985).

In seguito sono state osservate nello sviluppo le associazioni con altre problematiche e caratteristiche:

- Aver sviluppato comportamenti di tipo compulsivo come il bisogno irresistibile di mangiare, giocare d’azzardo, spendere, ecc. Questi comportamenti ripetitivi si strutturano in un’organizzazione personale su cui si innestano piu’ facilmente processi patologici come abuso di alcool, droghe e sostanze (Norwood, 1985).
- Aver evidenziato un’estrema rigidità nella gestione del denaro, nell’aderenza e obbedienza delle regole in vari ambiti: religione, lavoro, uso del tempo, manifestazioni di affetto, sessualità, politica ecc., a scapito dei rapporti intimi familiari (Norwood, 1985).

-Uno studio italiano sull’incidenza del fenomeno

E’ stata condotta un’ analisi empirica da Cesare Guareschi (2011) effettuata su un campione di 475 donne romane di età compresa tra i 18 e

i 60 anni, che sono state intervistate in forma anonima nel periodo compreso tra Settembre 2008 e Marzo 2009 in alcuni quartieri romani. Attraverso l'indagine si è voluto indagare il fenomeno della dipendenza affettiva per identificare le potenziali caratteristiche socio-demografiche, ambientali e comportamentali che possono favorirne l'insorgenza.

Nella ricerca sono emerse le percentuali dei fattori predisponenti, intervenienti e pregressi familiari

Fattori predisponenti: il cibo che può rappresentare l'oggetto di una dipendenza palesandosi secondo modalità differenti, rappresentando così un indicatore di disequilibrio e la ricerca ha messo in rilievo che il 16,8% delle donne intervistate avevano una relazione con il cibo tutt'altro che sana. Un altro fattore predisponente è l'autostima e la tendenza alla depressione che sono aspetti strettamente legati a problemi di dipendenza affettiva. Dalla ricerca emerge che il 9,5% delle donne sono disponibili a sacrificare se stesse per gratificare gli altri, il 7% affermava di non avere una buona opinione su se stesse, e per quanto riguarda la tendenza alla depressione il 15% affermavano di avere piuttosto frequentemente sbalzi di umore. Tra i fattori predisponenti c'è anche la condizione di isolamento sociale e relazionale, e qui le percentuali sono un po' più alte. Il 20% delle donne intervistate dichiara seppur con gradazioni ed intensità differenti, di sentirsi sostanzialmente insoddisfatte dei propri rapporti. Per quanto riguarda la paura dell'abbandono e controllo della relazione, anche essi fattori predisponenti, il 10% del campione si sentono a disagio se distanti dal partner, precisando di provare ansia al momento del distacco mentre il 20% hanno necessità di controllo sulla relazione.

Fattori intervenienti: si riscontra l'assunzione assidua di alcol o di sostanze stupefacenti in una percentuale di quasi 2% delle donne intervistate. Si è voluto anche indagare l'incidenza all'interno della famiglia (acquisita o di origine) di

dipendenze da sostanze o di comportamenti compulsivi. IL 6,3% spiega che tali forme di dipendenza sono riscontrabili all'interno della famiglia di origine mentre il 2,9% dichiara che forme di violenza, percosse o abusi sessuali hanno preso forma nella famiglia nucleare.

In conclusione, dalla ricerca si riscontra che le modalità di gestire le relazioni sentimentali e l'affettività da parte delle donne, anche se il 46,0% dimostra modalità socialmente accettabili e prive di alcun tipo di problematicità, il 51,5% di loro invece manifesta un modo di gestire le relazioni affettive portatore di problematiche e conseguenze, e il 2,5% è in una situazione che necessiterebbe di un'attenzione particolare e una presa in carico.

- Le caratteristiche e i tratti prevalenti della dipendenza affettiva

La caratteristica che accomuna tutti i rapporti delle persone dipendenti affettive è la "stagnazione": il timore per ogni cambiamento, che soffoca lo sviluppo delle capacità individuali e sopprime ogni desiderio e ogni interesse; ogni progetto emotivo è guidato dal disperato bisogno di sicurezza, garantito dalla presenza e dalla rassicurazione dell'altro. Una certo grado di dipendenza esiste in qualsiasi relazione e, se limitata, è utile all'instaurarsi del rapporto amoroso in quanto necessaria per ottenere conferme, sostegno, conforto, empatia per sviluppare l'interdipendenza di coppia. Al contrario la dipendenza affettiva, danneggia se stessi e la relazione, fino a svilupparsi una vera e propria patologia. Questa caratteristica di totale dedizione nel rapporto con l'altro, ha inciso sul suo tardo ingresso nella categoria dei disturbi relazionali, in quanto complesso da riconoscere come un comportamento problematico (Lingiardi, 2005). L'aspetto di forte dipendenza dal partner è solitamente riscontrabile nella fase del corteggiamento e innamoramento: le conferme da parte dell'altro aiutano in modo fisiologico a sviluppare un amore iniziale di tipo fusionale

utile alla nascita del legame. Se le tendenze fusionali perdurano nel tempo, diventano disfunzionali. Si instaura una modalità di dipendenza in cui la paura è l'emozione dominante che guida la maggior parte delle relazioni messe in atto.

La persona dipendente vive quotidianamente sotto il peso di diverse tipologie di paure.

La paura della separazione e dell'abbandono

Per farsi ben volere la persona dipendente affettiva è disposta ad assumere comportamenti spiacevoli e degradanti e, pur di stare nell'orbita dell'altro, può accettare situazioni per chiunque intollerabili (Lingiardi, 2005), umiliando costantemente la propria dignità e danneggiando la propria autostima. Poiché è inconcepibile pensare alla propria vita senza l'altro, la persona dipendente fa di tutto per evitare che il partner sfugga ma, inevitabilmente, proprio così facendo provoca il rifiuto di quest'ultimo. Queste sensazioni insopportabili creano quella modalità per cui si calpestano i propri bisogni, i propri spazi personali. Spesso il partner dipendente affettivo vive in attesa dell'aspettativa irrealistica che prima o poi riuscirà "farsi amare esattamente come vuole essere amato" e che "il compagno/a non potrà non innamorarsi di lui/lei".

La paura del cambiamento

Spesso le persone dipendenti affettive rimangono per lungo tempo all'interno di sabbie mobili relazionali, senza progettualità, senza

evoluzione, perché ogni cambiamento diventa un ulteriore elemento che può sfuggire al proprio controllo, soffocando tutto ciò che può essere rivolto al benessere della propria vita.

I vissuti emotivi delle persone dipendenti affettive infatti alternano sentimenti di rabbia e rimorso, vergogna e colpa. Le persone dipendenti affettive spesso si mostrano per quelle che non sono realmente, rinunciando ad aspetti sostanziali della propria identità per compiacere l'amato, diventando gelosi e possessivi. Più si impegnano a trattenere l'altro a sé, immolandosi al servizio del rapporto, più la posta in gioco diventa alta e diventa più difficile tornare indietro o abbandonare tutto.

L'ossessione

Il pensiero dell'altro avvolge interamente la vita della persona dipendente affettiva che, in preda a questo pensiero intrusivo e dominante, non riesce a ritagliare propri spazi mentali per sé. La persona dipendente affettiva vive con il bisogno costante di controllare ossessivamente la relazione e il partner. Se la persona dipendente arriva alla saturazione e rompe il legame, il pensiero della persona amata diventa ancora più opprimente di quanto lo fosse prima della separazione. Il dolore della perdita si mostra così lacerante che la persona dipendente ritorna immediatamente sui propri passi, a costo di concedersi ed umiliarsi ancora di più per timore di perdere l'altro.

Ogni tentativo di uscire dal rapporto, viene immediatamente seguito da un subitaneo pentimento e ogni ripensamento è accompagnato da vergogna e colpa.

I quattro livelli della dipendenza

Secondo Ghezzani (2008) la dipendenza affettiva configura una struttura patologica, organizzata da tre istanze che rappresentano tre parti della personalità in interazione fra loro: l' IO, il Super-io e l' Io antitetico.

Dal gioco dinamico tra loro possiamo osservare come si organizzano i diversi tipi di dipendenza affettiva.

PRIMO LIVELLO: DIPENDENZA AFFETTIVA CONFORMISTICA
(o ossessiva)

Il Super-io domina e l'IO è ipnotizzato: c'è solo comando. L'Io antitetico non si è nemmeno formato o, comunque, non è attivo.

SECONDO LIVELLO: DIPENDENZA AFFETTIVA
CONFLITTUALE(o isterica)

La forza reattiva è maggiore e allora appare un Io antitetico inquieto e rabbioso. L'Io antitetico oppresso dal dominio, non vuole più subire e rovescia i termini, quindi diventa ribelle e così sviluppa un certo egoismo. Ne discende una dinamica ambivalente nella quale ora ci si sottomette all'amato (cioè al Super-io) ora lo si attacca con rabbia, per poi tornare a sottomettersi non appena si teme la ritorsione e l'abbandono.

TERZO LIVELLO: DIPENDENZA AFFETTIVA RIPARATIVA (o
depressiva)

La tendenza repressa alla ribellione o la consuetudine a ribellarsi inducono ai sensi di colpa tali da far precipitare il soggetto nel crollo dell'autostima e quindi nella depressione. L'amore diventa triste e disperato.

QUARTO LIVELLO. DIPENDENZA AFFETTIVA
RIVENDICATIVA(o persecutoria)

La collera nei confronti della sottomissione e della depressione è tale da innescare un fortissimo risentimento e la fantasia più o meno cosciente di eliminare la forte ambiguità, rappresentata dall'amato, mediante un controllo totale o con la morte.

-L' "oggetto" della dipendenza affettiva

La dipendenza affettiva ha bisogno di un "oggetto" a cui appoggiarsi. L' "altro" da cui si dipende è generalmente il partner affettivo-sessuale all'interno di un rapporto di coppia in cui si agiscono i ruoli di marito e moglie, fidanzati, innamorati....Ma la coppia può essere anche solo affettiva e può prevedere altri ruoli familiari e sociali che vengono interpretati e giocati nel rapporto: la relazione genitore-figlio, l'amicizia del cuore, maestro- alunno....Ciò che connota la coppia per una persona dipendente affettiva è un partner spesso sicuro di sé, che appare "avere tutto sotto controllo" che offre protezione a colui che ne ha bisogno e se ne avvale.

Sebbene queste coppie sembrano formate da un partner forte e uno fragile, in realtà spesso consistono di due persone fragili. Quello "forte" vive il profondo bisogno di sentirsi indispensabile. Il più delle volte, quella che appare più fragile controlla il rapporto. Ci sono persone che sono state "fragili" in una relazione e "forti" in un'altra, ma spesso questi elementi non sono molto evidenti. Un'amicizia equilibrata può trasformarsi in un rapporto di dipendenza, se altri presupposti sono presenti.

I Partners

Può essere o meno che la persona dipendente trovi partners protettivi e dedicati come invece manipolatori, in grado di approfittare della sua totale dedizione e devozione. Questi faranno in modo di mantenere la relazione asimmetrica, perché essi stessi bisognosi dell'asimmetria, e perché il cambiamento dell'altro porterebbe ad una modificazione del rapporto di coppia ,per loro più scomodo e meno conveniente.

Le caratteristiche del partner manipolatore si possono riassumere nella tendenza a sminuire l'altro come persona, a denigrare o minimizzare i suoi successi,talvolta umiliando l'altro in pubblico,contraddicendolo in continuazione,criticandone l'aspetto fisico,usando consapevolmente la contraffazione della realtà,accollandosi per di più la parte della vittima, colpevolizzando il partner, quando invece non lo insulta direttamente, lo minaccia e lo maltratta.

I genitori

La dipendenza affettiva può infiltrarsi anche nei rapporti in cui l' intensità del legame è legittimata da un rapporto familiare, ad esempio nel caso della relazione genitore-figlio. Che differenza c'è tra un genitore che si dedica completamente ai figli e uno che ama troppo e che ha sviluppato nei loro confronti una dipendenza affettiva? Ancora una volta è la

differenza è data dalla sofferenza smisurata e paura dell'abbandono, dal vuoto insopportabile dell'assenza o dell'allontanamento del figlio.

Il genitore dipendente affettivo può sentire, davanti al figlio diventato adulto, sensazioni di forte perdita o disorientamento. Può diventare geloso degli amici del figlio, controllarlo, privare la propria vita dei bisogni rispetto al mondo esterno per rimanere vicino al figlio. Genitori pronti a tollerare e sacrificare tutto pur di ricevere attenzione da parte dei figli, su cui sono continuamente focalizzati.

I figli

Ci sono genitori che amano troppo ma ci sono anche figli che non sanno stare senza i genitori e che non se ne sanno “liberare”. Talvolta possono essere invidiati dai loro compagni, considerato l'ambiente privilegiato dal quale provengono, le attenzioni di cui godono e i genitori che li viziano. Tuttavia, questa situazione può celare una forma di dipendenza affettiva. In questo caso il figlio intende ad ogni costo continuare ad essere sotto la responsabilità di qualcuno, ma allo stesso tempo non accetta di essere definito non ancora responsabile e immaturo. Dietro al figlio dipendente, incapace di prendere decisioni, che accumula programmi di studio senza redigere un solo CV, si nasconde un essere profondamente ansioso, che in realtà si considera molto poco e che procrastina ogni iniziativa allorché giunge il momento di potersi realizzare sul piano personale. Un'altra dipendenza possibile è viceversa quella dei figli provenienti da ambienti disfunzionali, annientati interiormente dalla violenza familiare, da non riuscire più a tagliare i ponti con i genitori. Questi figli, anche da adulti, vivono un vero e proprio conflitto di lealtà in cui si sentono ancora dei bambini anche se adulti e continuano a crearsi

aspettative rispetto ad una famiglia che non hanno mai avuto. E' il circolo vizioso della violenza familiare, da cui provengono molti degli adulti dipendenti.

L'amicizia

Una amicizia è sana se è libera e generosa. Entrambi gli amici sono desiderosi d'includere altre persone nei loro interessi e nelle loro attività. Provano gioia quando un amico sta bene con loro. In una buona amicizia si desidera vedere il/la nostro/a amico/a raggiungere il suo pieno potenziale, sviluppare nuove competenze ed abilità. Una relazione di dipendenza è invadente perché limita necessariamente la crescita personale. Nelle relazioni normali si è sensibili a ciò che gli amici dicono o fanno e le reazioni rimangono equilibrate. Quando si è emotivamente dipendenti, un'osservazione casuale di un amico/a può mandare in estasi come gettare nello sconforto più profondo. Se un caro amico si allontana, è normale provare dispiacere ed un senso di perdita. Se in una relazione di dipendenza uno si allontana dall'altro, l'altro può vivere una vera e propria situazione di panico e disperazione. Quando si sviluppa nell'amicizia, la dipendenza affettiva crea delle relazioni asimmetriche e talvolta simbiotiche. Anche in questo caso la persona dipendente affettiva dimentica se stessa e impiega tutte le sue energie con cure e attenzioni per soddisfare i bisogni degli amici, per tentare di rendersi indispensabile per loro, per sentirsi degno di essere amato.

Quando chi è dipendente affettivo si ritrova solo, tende spesso a riproporre un rapporto di simbiosi con un'amicizia considerata altrettanto importante, in modo da colmare il vuoto di un affetto perduto. Questo tipo di amicizia simbiotica può arrivare a generare gelosia. L'attenzione che il migliore amico distoglie da lui viene percepita come un doloroso disinteresse.

Come nel caso dell'amore, anche nell'amicizia morbosa può scaturire la sensazione di essere usati, di aver dato a oltranza a persone da cui si è ricevuto solo indifferenza allorché ci si aspettava riconoscimento e affetto.

La dinamica e le vicissitudini della dipendenza affettiva

La dipendenza affettiva è tutt'altro rispetto all'amore. E' un processo che va in un senso opposto. Secondo Nicola Ghezzani (2015) all'interno del suo processo è possibile distinguere tre fasi.

“Prima fase: la sottomissione. In questa prima fase, la persona dipendente affettiva si innamora e manifesta un desiderio intenso, ma ansioso e incline alla sottomissione. Il suo stato emotivo è pieno di dubbi: piacerà? Sarà corrisposto? Sono dubbi simili a quelli che caratterizzano la fase dell'innamoramento, ma la persona dipendente affettiva affronta il dubbio sul piano dell'ansia e quindi si dispone a sottomettersi per compiacere l'amato. Per sottomettersi è impossibilitata a concentrare l'attenzione verso se stessa, poiché troppo angosciata dall'idea del rifiuto”.

“Seconda fase: l'angoscia. In una seconda fase, se l'amato non corrisponde, i dubbi latenti prendono il sopravvento e il dipendente comincia a tormentarsi: perché non l'ama? Forse non lo trova attraente? O forse è un individuo insensibile e privo di cuore? In questa fase la persona dipendente affettiva è pervasa dall'angoscia molto più di quanto non accada durante il comune innamoramento. L'innamorato ha sempre come mira il rispetto della volontà dell'amato: non riesce a coartarla, quindi se il volere dell'altro gli è contrario, egli ne prende atto. Vive il dolore del rifiuto ma lo accetta. Per contro, il dipendente affettivo

userebbe qualunque strumento di persuasione pur di ottenere il risultato voluto. Di fronte al volere negativo del suo amato non si commuove, non si rassegna; al contrario, prova una terribile angoscia: l'idea di essere rifiutato coincide con l'annientamento”.

“Terza fase: la rivendicazione. Nella terza fase, la più patologica, pervaso dall'angoscia di annientamento relativa al rifiuto, la persona dipendente affettiva riversa sulla persona amata una disperazione, un tormento e infine una rabbia, una volontà di controllo, una rivendicazione, che sembrano non avere limiti e hanno pace solo se l'altro cede”.

Sempre secondo Ghezzi (2015) “Tormentato dai dubbi, agisce per scongiurare una catastrofe psichica: l'idea terrificante di non essere nulla. E se l'altro non ricambia l'amore, egli perde ogni controllo, cede all'ansia precipita nel masochismo. In taluni casi, la richiesta di conferme diventa tanto assillante da configurarsi come molestia e violenza. Alcuni uomini, tormentati da donne algide e rivendicative, possono arrivare al suicidio. Alcune donne possono essere assassinate dal uomo dipendente e violento. Nella dipendenza affettiva è in gioco una questione di potere, quindi di vita o di morte: un potere subito nella forma del giudizio annichilente (“Tu non mi ami, dunque non valgo nulla, non sono nulla: merito di morire!”), o esercitato nella forma del servilismo amoroso (“Farò tutto quello che vuoi, purchè tu mi ami!”) o, infine, della prepotenza (“O mi ami o ti tormenterò fino alla *tua* morte!”). Il potere, dunque sta al posto dell'amore”.

Se la relazione è un'infatuazione, un innamoramento unidirezionale o una dipendenza affettiva, inevitabilmente compare la figura del rivale, reale o immaginario, qualcuno che il nostro partner può desiderare più di quanto non si venga desiderati. E non appena all'orizzonte del pensiero si profila

la sagoma del rivale, la relazione entra nella dinamica tormentosa della gelosia.

Con la gelosia, l'attaccamento passa dalla struttura a due che gli è propria a quella triangolare, nella quale il terzo rappresenta la pietra di paragone con la quale ci si confronta per capire fino in fondo se la persona che si ama, offre un rapporto altrettanto appagante.

CAPITOLO II

I Sintomi della dipendenza affettiva e la sfida diagnostica

Il termine “sintomo” evoca automaticamente la presenza di una malattia, di un comportamento patologico. Ma la dipendenza affettiva è una malattia? E' la domanda a cui la stessa American Psychiatry Association non ha ancora fornito una risposta, non avendo individuato criteri diagnostici condivisi per l'inclusione della love addiction all'interno del DSM V. La querelle diagnostica riguarda proprio l'aggettivo qualificativo “patologico”, in quanto la difficoltà consiste nell'individuare quel confine sottile che separa uno stato di sofferenza da una malattia. Se la dipendenza affettiva si posiziona al di qua di quel confine, costituisce un aspetto della condizione umana, con la propria configurazione fisiologica e con tutto il portato di sofferenza che può contemplare; se si pone invece al di là, e si manifesta con l'estrema enfaticizzazione ed esagerazione dei comportamenti, caratterizzandosi come cronica e con un'intensità fuori da ogni controllo, si è probabilmente di fronte ad una dipendenza affettiva patologica. Qualcuno potrebbe obiettare che non si tratta di un “evento” o un “processo morboso”, tantomeno fisicamente invalidante. Tuttavia come per ogni altra forma di grave disagio e che reca

acuta sofferenza, ciò che fa la differenza non è la modalità ma l'intensità della gradazione, e quanto incide negativamente sulla qualità della vita della persona. In chiave olistica, un grave disagio di tipo emotivo o psichico quale la dipendenza affettiva, può essere rilevante e richiedere altrettanta cura e attenzione quanto una malattia fisica, generalmente più facilmente riconoscibile e considerata maggiormente invalidante.

Il sintomo non è altro che una "spia" che si accende e che avverte che qualcosa, nel complesso meccanismo psico-fisico umano, non sta funzionando come dovrebbe. I sintomi generalmente connessi alla dipendenza affettiva sono tutti accomunati da un medesimo compito comunicativo: avvertono che si è alla mercé di qualcuno, che si è convinti di non poter vivere senza una determinata persona e che si è sviluppata una modalità di attaccamento morboso verso di essa.

Come è possibile cogliere l'associazione fra il sintomo e il messaggio? Ascoltando il sintomo stesso. Il vero collegamento tra il sintomo e il messaggio sta nel fatto che esso può essere colto grazie alla percezione interna del soggetto. Più si ascolta il sintomo, più lo si osserva con neutralità, più si familiarizza con esso. Attraverso l'osservazione, infatti, la consapevolezza può entrare in gioco, e una volta che il sintomo ha assolto il suo compito di segnalare l'anomalia e la disfunzionalità relazionale, in alcune situazioni di minore gravità, la problematica ha buone probabilità di esaurirsi da sé, in virtù del fatto che la persona ne è divenuta cosciente ed è in grado, con le proprie risorse di farvi fronte. La consapevolezza è ciò che può anche risolvere il sintomo, e aprire la strada ad una possibile emancipazione dalla situazione.

Secondo P. Daniel (2008) i sintomi della dipendenza affettiva, che assumono la veste di comportamenti disfunzionali per la persona, affondano le loro radici in emozioni profonde: la gelosia da cui scaturisce un atteggiamento di

possessività dell'altro e il bisogno di controllarlo; la rabbia e il rancore, inibiti o manifesti, sedimentati o trabocchevoli, che danno luogo ad agiti impulsivi o ad espressioni psico-somatiche; la paura, talvolta il terrore dell'abbandono, che si associano all'ansia e all'angoscia della solitudine; la rappresentazione inadeguata di sé come persona incapace di una propria autonomia, che genera senso di inferiorità non solo nei confronti del partner, ma più in generale con un "effetto alone" che si estende all'intero mondo relazionale; il senso di colpa e vergogna per non sentirsi e non essere all'altezza delle situazioni e dei compiti richiesti, che si tramutano in comportamenti di ritiro e in una vita sociale limitata. Anche la malinconia e la depressione che si possono innestare su un'idea negativa di sé e su un'autostima ferita possono contribuire a generare ulteriori comportamenti di chiusura e solitudine. Infine tutta l'ideazione ossessiva che accompagna la persona dipendente affettiva che concentra sulla relazione con la persona da cui trae la sua sicurezza personale e la sua identità, l'intero proprio mondo vitale. La sintomatologia fisica, tra cui prevalgono insonnia e inappetenza emerge come conseguente allo stato di agitazione e prostrazione psichica.

In preda a tali sintomi la dipendenza affettiva può diventare intossicante. Ciononostante molte persone perseverano nel vivere in uno stato emotivo nocivo da cui non riescono a liberarsi e che condiziona molto pesantemente le loro vite.

I sintomi, si è detto, vanno ascoltati, ed i propri comportamenti auto-osservati. Alcune domande sono necessarie per conseguire il primo livello da cui non si può prescindere per cercare di emanciparsi da qualsiasi dipendenza: la consapevolezza. Diventare pienamente coscienti della

propria condizione è il “primo passo”. *“Quante volte hai pensato che senza l’altro non riusciresti a vivere?”; “Quante volte ti sei detto che senza l’altro non riusciresti a prendere una decisione?”; “Perché il tuo compagno ti causa tanta insicurezza?”; “Perché aspetti che siano gli altri a renderti felice?” “Perché consumi le tue energie per cercare di tenere tutto “sotto controllo?”* Le risposte a queste domande aiutano a comprendere lo stato della situazione, restituiscono al soggetto la fotografia delle problematiche in cui versa ed è intrappolato. Sono domande tipiche, le cui risposte dimostrano generalmente lo stato della dipendenza, lo stato di “intossicazione” della persona (Daniel, 2008). Altre domande sono più specifiche e tendono a misurare i comportamenti, ad offrire un’idea più precisa delle esagerazioni, delle anomalie e delle disfunzioni del proprio modo di essere. Sono domande che riguardano in particolare il comportamento all’interno della coppia, atteggiamenti e modalità assunti nei confronti della persona da cui si dipende affettivamente. *“Quante volte è capitato che controllassi di nascosto il comportamento del partner?”; “Quante volte ti sei ritenuto responsabile per il comportamento del tuo partner?”; “Quante volte hai cercato di strappare dal tuo partner delle promesse?”; “Quante volte e in quali occasioni hai trascurato i tuoi bisogni privilegiando la soddisfazione di quelli del partner, e quante volte è accaduto il contrario?”; “Quante volte ti sei assunto obblighi e responsabilità del partner per rendere più tranquilla la relazione e la vita familiare?”.* Tutte queste domande sono solo esempi, scampoli di batterie di quesiti, items che generalmente affollano i questionari e i test relativi alla dipendenza affettiva e sui quali non si è ancora pervenuti a scale consensualmente validate.

Per meglio sintetizzare e sistematizzare la fenomenologia sintomatologica, che tendenzialmente si configura in una manifestazione unitaria, si suddividono i segni prodromici in cognitivi, emotivi e fisici:

I sintomi cognitivi

La rigidità dei convincimenti, i cosiddetti “pensieri fissi”, le congetture, le elucubrazioni spesso indebite caratterizzano lo stile cognitivo della persona dipendente affettiva. La mente è proiettata fuori da sé, focalizzata sulla persona a cui si attribuisce la massima importanza. Tutto il mondo esteriore è investito da un intensa attività di “interpretazione” dei suoi significati, con la sopravvalutazione o la sottovalutazione costante, sul piano relazionale, del dato di realtà, in quanto a farla da padrone sono le proiezioni del soggetto, alimentate da intensi desideri e forti paure. Un esempio è il continuo costruire castelli in aria intorno a eventi e persone: non si finisce mai di fare illusioni su fatti e persone, a cui si attribuiscono moventi e sentimenti in modo fantasioso e arbitrario. Ne deriva ogni sorta di problemi aggiuntivi, che affannano e appesantiscono nella persona dipendente il modo di ragionare, e di conseguenza le modalità con cui si procede con le proprie modalità di azione e di relazione. Quali sono le caratteristiche più tipiche degli appesantimenti e delle distorsioni cognitive di una persona dipendente? Secondo Daniel (2008) il primo problema è costituito dalla confusione tra il bisogno d’amore e l’amore. La persona dipendente affettiva crede di amare, ma quando gli si chiede se ama se stessa, reagirà, inconsapevolmente stupita: “Io amo gli altri, ma non amo me”, “Penso agli altri, non ho tempo per pensare a me....”. Il punto non è solo l’inconsapevolezza e la reattività difensiva. E’ anche l’idea cognitiva che chi dà per avere in cambio qualcosa d’altro, l’amore di cui ha bisogno, non conosce l’amore incondizionato. La sua parte conscia conosce e vede solo l’aspetto oblativo, il donarsi, ma la motivazione sottostante rimane inconscia. Egli/ella non sa che la vera motivazione del proprio dono è la segreta aspettativa di avere qualcosa in cambio (di cui si può fare ragionevolmente l’ipotesi che ne sia stato privato nella sua infanzia e che non sa come ritrovare in sé).

Una seconda questione riguarda il fraintendimento nei riguardi della propria sensibilità. La persona dipendente affettiva spesso si ritiene una persona “sensibile”; in quanto tale si colloca al di sopra della media, e percepisce per contrasto gli altri come persone “senza cuore”, freddi e insensibili, non rendendosi conto che ciò che viene definita “sensibilità” altro non è che la distorsione percettiva dei propri condizionamenti interiori. Viceversa, sostenuto dall’opinione sociale comune, la persona dipendente affettiva ritiene che pensare agli altri, dare attenzione e dedicarsi al prossimo, costituiscano di per sé disponibilità pregevoli e degne di nota, per cui la persona dipendente può rimanere aggrappata a un’immagine di sé moralmente superiore, anche se contraddetta dalla realtà, anche se il suo amore e la sua dedizione non sono corrisposte. La terza questione degna di nota è che, non diversamente da tutte le persone innamorate, la persona dipendente affettiva agisce dei propri schemi mentali che obbediscono a modelli e logiche on /off, propri delle modalità di pensiero borderline (Cancrini, “L’oceano borderline ” Cortina 2006), con conseguenze a livello relazionale dove si impone la sequenza :idealizzazione-delusione-demolizione dell’altro. La drammatizzazione emotiva che accompagna e connota il pensiero ne è l’inevitabile aspetto correlato.

Infine l’autoconvincimento: ci si sente al sicuro in compagnia di pensieri a cui si attribuisce automaticamente valore di verità; perciò dai pensieri ricorrenti, si devono dedurre convinzioni che si tende a far proprie. Il dialogo interiore che ne consegue si caratterizza pertanto con l’assunzione di un’abitudine al “botta e risposta” ,in cui alla domanda che trapela insicurezza sopravviene prontamente la risposta “convinta” che rassicura e tranquillizza.

I sintomi fisici

Tutta la psicosomatica insegna quanto la sofferenza psichica possa trasformarsi in malessere fisico, colpire gli organi-bersaglio di ciascuna persona, provocando sintomi corporei e degenerando in vere e proprie malattie. In primo luogo può accadere che la persona dipendente, investendo incessantemente tutta la propria energia nell'altro, possa accusare la sensazione di stanchezza, fatica e ipotonicità, con grandi difficoltà nel recuperarla. L'eccesso di emotività non controllata e mal gestita può originare gastriti, coliti, gonfiore intestinale. La sofferenza dovuta alla mancanza d'amore, lo stato d'ansia e talvolta di angoscia che assale la persona può comportare difficoltà di respirazione e creare problemi all'apparato respiratorio. Il senso persistente di insicurezza, della mancanza di protezione può anche indebolire il sistema immunitario, con tutto ciò che ne consegue. La condizione emotiva di sentirsi in balia dell'altro indebolisce le difese psichiche con un possibile rimbalzo sulla diminuzione delle difese immunitarie esponendo al rischio di contrazione di maggiori malattie. Il meccanismo della compensazione della frustrazione può indurre ad alimentarsi troppo o a nutrirsi scorrettamente, con alimenti inadeguati. Persino la postura fisica può diventare scorretta: non solo in senso metaforico, la persona dipendente è sempre protesa in avanti verso la persona amata, psichicamente e fisicamente.

I sintomi emotivi

Se l'identificazione proiettiva è il meccanismo con cui la persona dipendente affettiva si nutre degli aspetti identitari di cui ha bisogno per conseguire una sicurezza di base che altrimenti le è impedita, l'appropriarsi dei sentimenti degli altri, il lasciarsi trascinare dai sentimenti altrui, è ciò che più lo definisce sotto un profilo emotivo. A Chi è dipendente affettivo agisce l'identificazione proiettiva: ad esempio piange davanti a un film per contagio emotivo, è influenzabile da ciò che

accade nella vicenda rappresentata in cui sperimenta parti di sé che vengono messe in gioco. Non riconoscendo la propria autonomia, la persona dipendente affettiva si identifica in quella altrui, come se non si fosse risolta la fase fusionale che rimanda di continuo alle ipotizzate deprivazioni della propria storia infantile. Ciò detto, prevale la paura, la paura terrificante di poter perdere l'altro, di rimanere soli, di non essere amati. Di qui la difficoltà e l'incapacità ad accettare la fine di una relazione, ed un "lutto" non elaborabile. Quando le relazioni finiscono, si tende a prostrarle oltre il necessario, provocandosi enorme sofferenza, pur di negare la sofferenza più grande che consiste nell'abbandono. La depressione è talvolta il punto di arrivo, quando la negazione cede al dato di realtà. Gelosia e possessività, rancore e desiderio di vendetta, sono gli stati emotivi che si generano dalla paura più grande: essere lasciati e sperimentare il rifiuto dell'altro.

- **Gli strumenti diagnostici: i test**

Come in ogni dipendenza patologica che si rispetti, la misurazione della problematica avviene sulle dimensioni del craving, della tolleranza e dell'assuefazione, della carenza e dell'astinenza. I test biochimici che possono rilevare gli indicatori delle reazioni emotive in atto, o le tecniche di neuroimaging che evidenziano come alcune aree cerebrali in particolare si attivino in presenza di una sofferenza che denuncia uno stato di deprivazione affettiva, non costituiscono gli strumenti che vengono utilizzati a scopo diagnostico per la love addiction. Il bagaglio di test a cui si fa riferimento sono di tipo psicologico. Questionari autosomministrati o scale di Likert che in qualche modo dovrebbero misurare la dipendenza affettiva patologica e discriminarla, per intensità, cronicità e manifestazioni comportamentali da una dipendenza

affettiva più contenuta e gestita che non assume le connotazioni di malattia.

In allegato vengono riportati tre questionari, tra i più in voga al momento, relativi alla misurazione della dipendenza affettiva. Nessuno di essi può dirsi validato ed il loro uso è puramente orientativo. Vale a dire che i risultati ottenuti con la somministrazione del questionario possono eventualmente supportare altri indizi raccolti dal colloquio clinico, dall'anamnesi e dai consueti strumenti che lo psicologo clinico utilizza. I questionari allegati non sono né esaustivi né comprovanti. Forniscono ulteriori indizi che possono convergere o divergere rispetto alle informazioni che già si posseggono a fini diagnostici.

CAPITOLO III

Somiglianze e differenze dalla dipendenza da sostanze psicoattive

Le differenze: l'oggetto del desiderio

La differenza sostanziale con le altre forme di dipendenza da sostanze psicoattive, è che la dipendenza affettiva non solo consiste in una dipendenza comportamentale, ma che si sviluppa nei confronti di una persona, e risiede in una relazione con l'Altro. Già questo fatto la rende più difficile da riconoscere. Secondo Stanton Peele (1985) “la dipendenza può scaturire da qualunque potente esperienza”. Nelle relazioni, nei comportamenti, nell'uso delle tecnologie, nei consumi è insito il rischio di sviluppare processi che, in non rari casi, possono portare a vere e proprie forme di addiction, con le stesse conseguenze delle cosiddette tossicodipendenze. La persona coinvolta può perdere la percezione di compiere qualcosa di “rischioso” ed essere coinvolto in un processo di dipendenza.

“E’ noto che le dipendenze da sostanze si costruiscono intorno ad abitudini, usi, abusi, legati a comportamenti e consumi non necessari alla vita della persona: le droghe, l’alcol, le sigarette. Invece nella vasta area dei disturbi alimentari, della dipendenza da sesso, da relazioni affettive, da lavoro, da acquisti, da sport, da tecnologia digitale, ci si rende facilmente conto di come sia impossibile vivere senza gli “oggetti” della dipendenza. Gran parte della strategia preventiva nei confronti delle dipendenze da sostanze è stata infatti indirizzata verso l’obiettivo primario di evitare l’incontro con le stesse. Nelle dipendenze non da sostanze, queste strategie non possono che andare in crisi. E’ vero che si può vivere senza giocare il proprio denaro ma non si può di certo vivere senza azzardare, senza affrontare le situazioni di rischio e le sfide evolutive che la vita ci pone. Così come può accadere di sentirsi lontani da alcune relazioni se non si è collegati alla Rete, se non si creano e si intrattengono relazioni attraverso chat, SMS, Facebook. Non tanto diverso è il caso della dipendenza da relazioni affettive. Come si può evitare di innamorarsi? E cosa è, infatti, l’amore se non la perdita di controllo, invasione del pensiero amoroso, del ricordo, dell’idealizzazione, del desiderio? Basti pensare, ad esempio, alla similitudine tra i criteri di definizione delle addiction e il processo di innamoramento: il pensiero ricorrente all’oggetto d’amore, il non riuscire a farne a meno, il sacrificare per l’oggetto d’amore altre priorità, il desiderio intenso (craving) e così via” (Croce e Zerbetto, 2001). Abbiamo già ricordato come Fenichel (idem già citato), nel trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi del 1945, definiva le persone “amore dipendenti” coloro che “hanno bisogno d’amore come altri del cibo o della droga”. Sebbene abbiano una limitata capacità di amare, hanno un terribile bisogno di essere amati ed, in genere, gli amori dipendenti si legano a una persona che considerano insoddisfacente. Secondo Deetjens (2009) la dipendenza affettiva o love

addiction sarebbe una “forma patologica di amore caratterizzata da una costante assenza di reciprocità all’interno della relazione di coppia, in cui uno dei due (nel 99% dei casi la donna) riveste il ruolo di donatore d’amore a senso unico, e vede nel legame con l’altro, spesso problematico o sfuggente, l’unica ragione della propria esistenza”. La somiglianza col non poterne assolutamente fare a meno, che è proprio dell’ “uncinamento” che si lega con l’uso continuato di alcune droghe, viene di nuovo servita sul piatto. Per questo motivo è indispensabile analizzare il disturbo da diverse angolazioni. Numerose determinanti bio-psico-sociali concorrono a modellare la possibilità di sviluppare una dipendenza affettiva.

Le somiglianze: i meccanismi dei correlati biologici

L’amore, si è visto, può sembrare una forma di malattia, il consueto equilibrio psichico viene alterato. Si è sospinti ad assumere comportamenti irrazionali, insoliti, apparentemente incomprensibili. Nonostante la concezione comune ritenga che i meccanismi che lo muovono siano istintivi e ancora piuttosto misteriosi, sono state invece individuate nell’area del cervello delle regioni psicobiologiche molto precise che attivano i comportamenti alla ricerca di un compagno, di una relazione d’amore e della modalità con cui questa poi si manifesta.

Secondo le neuroscienze nel cervello si trova una regione che agisce da termometro delle passioni, dentro la quale, in presenza di un innamoramento, si scatena una tempesta di dopamina, una sostanza chimica (ormone del piacere) che viene prodotta quando si desidera o si aspetta un qualche tipo di ricompensa emotiva (Kandel et al., 2014). Le vicende d’amore coinvolgono inevitabilmente anche l’adrenalina(ormone dello stress) e la serotonina (ormone regolatore dell’umore) che si attivano e in qualche modo sono sempre presenti quando si istaura una

relazione amorosa. La tempesta che si agita nel cervello è causata sostanzialmente da una molecola, la Fenil-etilamina (PEA), costantemente prodotta dall'organismo, che in elevate concentrazioni può indurre effetti simili a quelli delle anfetamine (entrambe agiscono sugli stessi recettori).(citare idem?). L'esistenza della PEA nel nostro organismo spiega perché quando l'amore non è corrisposto l'effetto sia così doloroso. Quando una persona innamorata viene respinta il livello di PEA si abbassa verticalmente e ,proprio come chi dipende da una sostanza psicoattiva e gli viene a mancare il prodotto, cade in uno stato di prostrazione, depresso e agitato ,che denota tutte le caratteristiche della crisi d'astinenza. Nel tentativo di modificare il proprio stato disforico, l'innamorato deluso potrebbe ricorrere a stimolanti che potrebbero compensare la carenza di PEA. Più semplicemente e più probabilmente si abbufferà di cioccolata, che contiene componenti chimiche stimolanti molto simili alla PEA. E' l' azione della feniletelamina , con un meccanismo ancora non noto, che regola la produzione della dopamina, il neurotrasmettitore che genera sensazioni gratificanti e piacevoli. L'attività della dopamina è strettamente legata ad una rete di neuroni che genera le sensazioni piacevoli in seguito a comportamenti che soddisfano stimoli come fame sete, desiderio sessuale. Grazie a questo meccanismo, secondo la teoria dell'apprendimento , nel sistema nervoso rimane impresso il ricordo di un'esperienza positiva. Nel caso dell'innamoramento è l'associazione tra l'“incontro “ e il piacere “piacere” provocato, che spinge il soggetto a ricercare lo stimolo, entrando nuovamente in contatto con la persona responsabile dell'iniziale rilascio di feniletilamina. La feniletilamina è anche responsabile dell'attivazione di un altro ormone: la noradrenalina, che provoca eccitazione ed euforia. Allo stato di benessere determinato dalla dopamina si aggiunge un'agitazione generale determinata dalla noradrenalina, molecola diffusa

nel sistema nervoso, in particolare nell'ipotalamo e nel sistema limbico, con un duplice ruolo. Come neurotrasmettitore provoca eccitazione, euforia ed entusiasmo, riduce l'appetito e, infine, promuove la contrazione delle vene degli organini sessuali e trattiene il sangue mantenendo a lungo l'erezione. Come ormone regola la produzione di adrenalina; nell'esperienza amorosa ne induce il rilascio con conseguente aumento del battito cardiaco, della respirazione e della pressione sanguigna, da cui ha origine il rossore del viso. (citare fonte). La componente emotiva dell'innamoramento, è legata ad un altro ormone, l'ossitocina, una sostanza chimica simile agli oppiacei. L'ossitocina è responsabile della sensazione di euforia legata alla vicinanza della persona amata; rafforza l'attaccamento emotivo della coppia e potenzia la memoria associando i ricordi ai vissuti emotivi. Il fatto che livelli di ossitocina siano molto più alti nelle donne, soprattutto tra i venti e i trent'anni, potrebbe spiegare perché le donne siano più inclini a sviluppare relazioni di dipendenza rispetto ai loro coetanei maschi. Questa stessa specificità trova una spiegazione anche da un punto di vista evolutivo. Nei tempi preistorici dell'evoluzione umana, prima ancora che storici, fruire della protezione di un partner maschile significava una maggiore possibilità di sopravvivenza della prole (Darwin, Charles, Huxley & Julian, 2003). La dipendenza dal partner sessuale ne garantiva il rapporto. Nei mammiferi la catena di reazioni innescata dalla PEA determina il rilascio di vasopressina, un ormone responsabile di un'aggressività che si manifesta, soprattutto nel maschio, con il controllo e la protezione della femmina in termini di territorialità per evitare che incontri altri maschi.

Come esiste una base biologica per l'innamoramento e il comportamento di "fedeltà", così è anche per la fine di un amore. Molti ricercatori (Michel, 2008) concordano nel limitare il periodo di innamoramento a circa 18 mesi, con un termine massimo di quattro anni. Cioè avviene perché il

cervello si abitua, si assuefa, come ad una droga, all'effetto delle "molecole dell'amore", e diviene tollerante alla loro azione. Ciò non significa che, terminata la "tempesta chimica", la relazione sentimentale "va in scadenza" sotto ogni profilo; in questa fase semplicemente si trasforma in ciò che etnologi, antropologi e psicologi definiscono "attaccamento" e, a livello neurobiologico, si assiste alla produzione di endorfine, una classe di molecole, simili per la struttura alla morfina, con azione analgesica, che hanno effetto calmante e rilassante. (citare) Ovviamente è più probabile che l'amore assuma una forma costruttiva di dipendenza quando è ricambiato, ma ne diventa una forma distruttiva di dipendenza quando viene rifiutato (Fisher, 2004). Brown (cit. opera, anno) ha suggerito che i comportamenti relativi all'amore e alla dipendenza da cocaina condividono l'attivazione dello stesso sistema del piacere presente nel cervello, contribuendo a spiegare la forza e la potenza dell'ossessione (Frascella et al. 2010). Gli innamorati respinti spesso ossessivamente cercano di riconquistare la persona amata, talvolta scivolando nei comportamenti di stalking. Rispetto alle potenziali gravi conseguenze del rifiuto nelle situazioni di dipendenza affettiva vi è un solo studio che ha indagato cosa avviene nel cervello (Najib et al. 2004) anche se, successivamente altri studiosi (Fisher et al, 2010) hanno messo in luce come il rifiuto possa attivare sistemi di ricompensa sottocorticali che mediano la motivazione, in particolare l'area tegmentale ventrale (VTA) coinvolta nel sistema del piacere. Studi precedenti (Aron e Aron, 1991; Zeki e Romaya, 2010) indicano che le stesse aree sono coinvolte in sentimenti di amore, e di rifiuto soprattutto allorchè i sentimenti di amore e ossessione tendono ad aumentare (Hatfield e Rapson 1996). L'attivazione del VTA in innamorati respinti fornirebbe un'ulteriore prova che il VTA è coinvolto nell'esperienza dell'amore. Inoltre, il rifiuto attiverebbe aree sottocorticali e corticali associate, in particolare il nucleo

accumbens e la corteccia prefrontale, indagate anch'esse nelle dipendenze: ciò fornirebbe la spiegazione della somiglianza tra amore, dipendenza affettiva e dipendenza da sostanze (Fisher, 2004; Frascella et al., 2010). In aggiunta, il rifiuto in amore sembrerebbe coinvolgere le aree del cervello anteriori attivate nelle situazioni di perdite e guadagni (Camara et al 2008; Kable e Glimcher 2007; Schultz 2000; Tobler et al 2009; Tom et al 2007)(Wager et al. 2008) e il rifiuto attiverebbe regioni del cervello associate con il sistema nervoso autonomo, come la corteccia insulare, a spiegazione del fatto che gli individui rifiutati esprimano una gamma di emozioni intense e molto forti. Se la dipendenza affettiva rientra in un sistema biologico associato alla ricompensa e la riproduzione, allora diventa più comprensibile il motivo per cui condivide caratteristiche comportamentali simili alla dipendenza da sostanze (Frascella et al. 2010) e perché diventa un'esperienza così devastante in caso di abbandono.

CAPITOLO IV

Il disturbo dipendente di personalità

“Chi perde la sua individualità perde tutto.”

Mahatma Gandhi

E' utile tentare di fare chiarezza e cercare di distinguere quadri patologici molto simili ma in parte differenti, in modo da cercare di dipanare almeno parte della confusione tra la dipendenza affettiva, il disturbo dipendente di personalità e la co-dipendenza.

Quando si parla di disturbo di personalità, ci si riferisce ad una “modalità di esperienza interna e di comportamento che si discosta in modo marcato dalle aspettative della cultura dell’individuo e che si manifesta in due o più delle seguenti aree: cognitivo, affettivo, funzionamento interpersonale, controllo degli impulsi” (Lingiardi, 2001).

Affinché venga diagnosticato, un disturbo dipendente di personalità dovrebbe presentarsi come persistente e rigido nell’ambito di un’ampia gamma di situazioni sociali e personali. Inoltre dovrebbe in parte pregiudicare il funzionamento sociale e lavorativo, rimanere presente e stabile per un periodo tempo considerevole e manifestarsi già nell’adolescenza o nella prima età adulta. I disturbi di personalità possono essere interpretati come delle enfattizzazioni dei tratti di personalità della persona e possono indurre uno stile di vita disfunzionale determinando un vero e proprio disturbo di personalità.

Il disturbo dipendente di personalità presuppone spesso un eccessivo bisogno di accudimento da parte dell’altro che sfocia nell’assunzione di un comportamento sottomesso e subalterno nei confronti di genitori, partner, amici. Questo bisogno comporta una totale incapacità di vivere in modo autonomo, di assumersi delle responsabilità preferendo delegare agli altri le proprie scelte e decisioni. Si è costantemente in cerca di consigli, rassicurazioni, direttive poiché non si è in grado di conseguire l’autonomia, l’evoluzione personale e l’indipendenza emotiva ed affettiva. L’assoggettamento all’altro, spesso richiede la capacità di tollerare umiliazioni, frustrazioni e prevaricazioni molto pesanti.

Secondo il DSM V il disturbo dipendente di personalità consiste in una necessità pervasiva di essere sempre affiancati, che determina un comportamento sottomesso, una paura costante della separazione, che dilaga in quasi tutte le situazioni. Il disturbo dipendente di personalità comporta pertanto la cronica difficoltà a prendere le decisioni quotidiane

senza essere supportati da consigli e rassicurazioni da parte degli altri ed il conseguente bisogno che gli altri si assumano la responsabilità per la maggior parte dei settori della propria vita; l'incapacità a esplicitare il conflitto per il timore che gli altri possano sottrarre il supporto o far venir meno l'approvazione; la difficoltà a dare il via autonomamente a qualsiasi progetto; l'adattamento a situazioni anche umilianti pur di ottenere il sostegno di cui si ha bisogno; la ricerca imperativa di trovare una relazione di accudimento sostitutiva qualora non fosse più disponibile la precedente; la preoccupazione tanto irrealistica quanto angosciante di essere abbandonato e lasciato a se stesso .

Secondo il PDM (Manuale diagnostico psicodinamico) gli individui con un disturbo dipendente di personalità si dispongono lungo un continuum che va dal livello di organizzazione nevrotica a quello borderline. Il loro funzionamento psicologico si caratterizza come anaclitico. Gli individui con carattere dipendente si definiscono prevalentemente nella relazione con gli altri e cercano sicurezza e soddisfazione soprattutto in contesti interpersonali (es.: “Sono la moglie di X”, “Sto bene quando le cose con lui vanno bene”). In genere manifestano sintomi psicologici quando qualcosa non funziona nella loro relazione fondamentale. In alcune culture, una struttura dipendente di personalità è adattiva, ma nelle culture occidentali, dove sono premiati il pensiero indipendente e le realizzazioni individuali, una personalità dipendente può essere considerata problematica.

L'unico studio empirico esauriente sul disturbo dipendente di personalità è quello di Bornstein (2002). Le sue scoperte suggeriscono che la dipendenza può derivare da uno o da tutti i seguenti fattori: dallo stile genitoriale che può essere iperprotettivo e/o autoritario, dalla diversa socializzazione dei ruoli di genere, dagli atteggiamenti culturali che

determinano i codici della relazionalità. I soggetti dipendenti indagati dalle sue ricerche mostravano “strategie di presentazione di sé che facilitavano le relazioni”, come ingraziarsi le altre persone, supplicare, servire da esempio. Anche se il pregiudizio popolare considera le donne più portate degli uomini a sviluppare una dipendenza patologica, Bornstein nota che le donne possono essere semplicemente più disposte a riconoscere la dipendenza. Se lasciati a se stessi, gli individui con disturbo dipendente di personalità si sentono incapaci, e tendono invece a considerare le altre persone capaci e potenti. Le loro preoccupazioni emotive includono angoscia di prestazione e paura delle critiche e dell’abbandono.

Anche Bornstein (2002) descrive un continuum che contempla la dipendenza disadattiva (sottomissione), per passare per l’interdipendenza (relazionalità) e arrivare all’indipendenza inflessibile (distacco privo di relazioni). Alcuni individui collocati all’estremo della dipendenza inflessibile mostrano in realtà potenti bisogni di dipendenza negati, mascherati da atteggiamenti e comportamenti di pseudo-indipendenza. Gli individui contro dipendenti guardano con diffidenza e disprezzo i segni di vulnerabilità emotiva che possono manifestarsi in se stessi e negli altri. Secondo Lingiardi (2005) “il punto di partenza di Bornstein è la definizione operativa nella sua pluricitata monografia sulla personalità dipendente per cui la dipendenza consisterebbe in uno stile (o un tipo) di personalità caratterizzato da quattro componenti principali: a) motivazionale : un forte bisogno di ricevere guida, approvazione, e sostegno dagli altri; b) cognitiva: una percezione di sé come tendenzialmente impotente e inefficace; c) affettiva: la tendenza a diventare ansioso e spaventato di fronte alla necessità o alla richiesta mostrarsi indipendente; d) comportamentale : la tendenza a cercare aiuto,

sostegno, approvazione, guida, e rassicurazioni dagli altri e a sottomettersi nelle relazioni interpersonali.

- **La persona dipendente affettiva e il suo complementare “maligno”:
il partner narcisista perverso**

“Il tiranno più amato è quello che premia e punisce senza ragione”

(Ennio Flaiano)

Si può immaginare che la persona dipendente abbia maggiore probabilità di trovare sempre partners con atteggiamenti di tipo manipolatorio, che utilizzeranno a proprio vantaggio la totale dedizione e devozione. Solitamente il partner della persona dipendente affettiva ha una personalità narcisista la cui attenzione risulta prevalentemente centrata su di sé, complementariamente al bisogno della “vittima”. A volte i partner con narcisismo maligno attivano distanze provocatorie e dolorose, si servono del dileggio e del tradimento per definire e ribadire la sottomissione della partner/del partner , che garantisce loro ampi margini di controllo e di dominio: da qui il termine “narcisista perverso”, che non intende indicare in questi casi una vero e proprio disturbo di personalità, ma le caratteristiche prive di empatia, manipolatorie ed egoistiche di tali persone (Secci, 2016).

Il dolore psichico della vittima fa da specchio al “potere” di cui il narcisista, in funzione della propria immagine di grandiosità, ha bisogno per portare avanti il rapporto. La sofferenza patita dal componente “debole” della coppia rappresenta per il partner narcisista l’emblema della

propria egemonia; pertanto il dolore derivante dal comportamento di sottomissione del partner o della partner può essere anche inconsapevolmente sollecitato a supporto di una rappresentazione di sé grandiosa e onnipotente, a scapito della salute mentale dell'altra persona. L'atteggiamento è di estrema freddezza, di nessuna sensibilità, di fronte alla richiesta di mostrare un qualche impegno nel rapporto. È capace di episodi di coinvolgimento apparentemente anche travolgenti, ma sempre in modo opportunistico (ad esempio nel rapporto sessuale). Il rapporto nonostante tutto va avanti anziché cessare, nonostante la continua svalorizzazione, la costante aggressività e percezione di pericolo, la gelosia patologica, la disperazione di una inesausta corsa all'inseguimento di chi non solo non corrisponde come si vorrebbe, ma mette anche alla berlina della derisione. Colui che rimane imprigionato nella dipendenza affettiva con un "narcisista perverso" dopo essere stato affascinato dalla sicurezza con cui il partner si è rapportato nei suoi confronti, è subito preso nella tagliola dell'ambivalenza tra il bisogno di riconoscimento e la sofferenza subita.

La sfida più complessa per chi precipita nel vortice della dipendenza affettiva nei confronti di una persona con i tratti del narcisista perverso consiste nell'apprendere a decodificare i messaggi che sembrerebbero incoraggiare la relazione e che invece si pongono l'esclusivo obiettivo di alimentare e conservare l'immagine grandiosa della persona narcisista. Nelle vicissitudini di questo rapporto la "vittima" diventa complice, mettendo in disparte se stessa e assecondando le pretese del partner, sottostando alle sue manipolazioni. Chi si approfitta della situazione manipola anche perché non tollera, soprattutto, di essere smascherato nella sua incapacità affettiva. Pur di conservare un'immagine fulgida di sé, la persona narcisista si difenderà giustificando i propri comportamenti con la pochezza dell'altro.

La co-dipendenza

Per co-dipendenza generalmente si intende la problematica relazionale che tipicamente investe una persona che convive con chi è afflitto da una dipendenza patologica.

La “voce” co-dipendenza emerge a seguito dalla pratica di lavoro dei gruppi di auto mutuo aiuto che ,a vario titolo, hanno preso in carico la problematica dei familiari delle persone portatrici di dipendenze patologiche intorno a cui i gruppi sono nati. Il concetto di co-dipendenza si è sviluppato dal contesto del movimento degli alcolisti anonimi, che negli anni ‘40 del secolo scorso ha affrontato il problema di chi convive con una persona dipendente da alcol, e in seguito anche di chi convive con familiari che hanno sviluppato un’addiction da sostanze psicoattive illegali o da gioco d’azzardo. In particolare i coniugi delle persone alcol dipendenti hanno sentito la necessità di creare gruppo tra loro, specularmente e complementariamente ai gruppi di alcolisti anonimi, come proprio strumento di aiuto per essere più attrezzati nel far fronte alla malattia dei loro partners e capire anche le conseguenze su loro stessi. Formarono i cosiddetti gruppi Al-Anon , a cui partecipavano le persone conviventi con gli alcolisti in trattamento. Gruppi che successivamente si sono ampliati ai familiari di chi è portatore di un disordine di tipo compulsivo (non solo tossicodipendenti e giocatori d’azzardo, ma anche persone anoressiche e bulimiche) le cui problematiche, espresse nella quotidianità e riversate all’interno di un rapporto di convivenza, sono molto simili perché si rifanno alla stessa matrice delle dinamiche proprie della dipendenza. Emergeva dalle discussioni e dalle riflessioni gruppali quanto, in particolare per il partner della persona dipendente, ma anche per

altri familiari, fosse difficile convivere con lo stress comportato dalle continue vicende di una persona non in grado di emanciparsi dalla propria problematica. La “tipizzazione” delle conseguenze e degli errori relazionali commessi ha portato a definire il partner o il familiare più coinvolto come a rischio di sviluppo di proprie specifiche sofferenze per l’alta esposizione a un rapporto continuamente sfidante. Nel corso del tempo, a fronte di insuccessi e frustrazioni, anche la persona “co-dipendente” può sviluppare una vera e propria sintomatologia “da importazione”: ansia generalizzata, sentimenti pervasivi di impotenza e frustrazione, insonnia, inappetenza, stati depressivi, idee ossessive. I motivi per cui i familiari, sia della famiglia di origine che della famiglia acquisita, ricorrono all’auto mutuo aiuto sono sostanzialmente di due tipi: imparare a essere più utili e funzionali nella relazione e comunicazione col partner, modulando in modo più efficace i propri comportamenti nel contrasto della dipendenza; guardare dentro di sé, confrontandosi con chi è nella stessa situazione per condividere vissuti e tutelarsi maggiormente rispetto ai rischi delle situazioni a cui sono esposti, intendendo approfondire le ragioni della scelta effettuata e della sua sostenibilità nel tempo. Il significato di co-dipendenza, su un piano meramente oggettivo si limita a denotare le problematiche della persona che convive ed è coinvolta dai problemi di dipendenza del partner. Ma il significato di co-dipendenza ha subito uno slittamento semantico nel momento in cui, su un piano soggettivo, si è intriso degli aspetti collusivi della relazione, allorchè la dipendenza del partner risulta funzionale al mantenimento del rapporto di coppia (marito e moglie, due adulti conviventi, figlio e genitore). Nel rapporto collusivo, che denota negativamente la co-dipendenza, il partner della persona al co-dipendente ha bisogno, si “nutre” della malattia del compagno perché solo tale situazione è in grado di fornire una stabilità al rapporto, tenendolo in

equilibrio e conservandolo. Ne consegue che tutta la dinamica di coppia non si dirige verso lo sbocco del cambiamento, ma alla conservazione dell'esistente. E' possibile che in queste situazioni, che la scuola sistemica definisce "invischiate", il partner della persona dipendente sia a sua volta un dipendente affettivo. L' "incastro" risulterebbe in tal caso perfetto.

La differenza tra dipendenza affettiva e co-dipendenza è che, nella seconda situazione, la dipendenza affettiva è strettamente intrecciata alla dinamica di coppia con un partner che ha sviluppato una dipendenza patologica, in genere da sostanze psicoattive legali e illegali o da gioco d'azzardo. E' possibile oltre che auspicabile che, chi è dipendente affettivo incontra, si innamora e scelga un compagno che non ha particolari problemi. Nella co-dipendenza, l' "oggetto" della dipendenza è rappresentato da una persona che è di per sé portatrice di una dipendenza patologica, che induce nel partner l'assunzione di determinati schemi comportamentali .

Se le persone co-dipendenti sono a loro volta persone affettivamente dipendenti ,la scelta del partner patologico assume valenze particolari, in quanto orientata dalla convinzione che quest' ultimo abbia bisogno di qualcuno che "li salvi", creando così le premesse per un rapporto fusionale. A volte, quando capita che il partner si emancipi dalla dipendenza, ed il legame non ne viene rinsaldato dalla gratitudine attesa, perché la relazione finisce, le persone dipendenti affettive possono mettersi alla successiva ricerca di un' altra persona da "salvare", in quanto le persone che hanno bisogno di aiuto forniscono ai loro partners un compito e un ruolo dietro al quale mascherare l'esigenza di riconoscimento e sicurezza che vi si annida.

Tra le persone co-dipendenti e le persone affettivamente dipendenti sono molti i punti in comune. Entrambe incentrano la loro vita sugli altri; tendono ad investire continuamente le proprie energie nel controllo del partner, benché vengano sperimentate conseguenze negative;

sopportano sempre più comportamenti altrui che non avrebbero tollerato in precedenza; si assumono responsabilità a volte insostenibili per situazioni create dal proprio partner pur di proteggerlo, negando i propri bisogni; finiscono per non percepire più i confini tra sé e l'altro, convinte/i di trovare l'appagamento sempre fuori da sé; poiché soffrono di autosvalutazione e fanno fatica ad amarsi, hanno bisogno di qualcuno che li "convinca" di poter essere amati;sviluppano sintomi d'ansia e depressione e hanno una paura ossessiva di perdere l'altro facendo di tutto perché questo non accada.

Alcune caratteristiche comuni di codipendenza e dipendenza affettiva,oltre agli aspetti compulsivi, sono costituite anche dal falso sé (Winnicott, 1958) che si viene a costituire, dalla adesione parassitaria all'identità altrui, quasi tali persone soffrissero di una" malattia del sé perduto" (Whithfield e Poole,1997); dalle sensazioni e vissuti di vuoto cronico, e dalle distorsioni cognitive nelle distanze interpersonali.

Rispetto alla co-dipendenza è Cermak (1986) ad individuare quattro criteri di base a cui poter fare riferimento per la diagnosi:

1. Il mettere costantemente in gioco il valore di sé e la propria autostima nel tentare di controllare il comportamento dell'altro , nonostante la mancanza di risultati e le conseguenze negative;
2. L'assumersi responsabilità altrui,spesso anticipando gli stessi bisogni del partner, fino a disconoscere i propri;
3. Il manifestarsi di stati d'ansia e il negare la percezione della differenza tra sé e il proprio partner ,non solo in situazioni di intimità ,ma anche di separazione;
4. L'essere ripetutamente coinvolto in relazioni con persone che presentano disturbi di personalità e/o dipendenza patologica. Quest'ultimo punto è ciò che appare decisivo nella differenziazione dalla dipendenza affettiva.

Una persona “co-dipendente” vive con molte paure e frustrazioni, e con una domanda di fondo ricorrente : “Che cosa ne sarebbe della sua vita se l’altro, a cui ha consegnato il diritto di determinare la propria esistenza, non rimanesse più al suo fianco?”. La persona co-dipendente consegna all’altro la capacità di vivificare presente e futuro (“tu mi rendi felice” “tu riempi il mio vuoto”). Il peso , da parte di una persona co-dipendente, dell’ accettazione incondizionata del comportamento di un altro (partner, genitore, amico, figlio...),costituisce il prezzo di sofferenza e la moneta di scambio della funzione di vivificazione perseguita . Questo tipo di incastro relazionale è ciò che rende la relazione rigidamente omeostatica e impermeabile al cambiamento.

Comorbilità’ e diagnosi differenziale

Il concetto di comorbilità nasce nell’ambito della medicina interna. Secondo Maser e Cloninger (1990) la comorbilità sta ad indicare la presenza nello stessa persona di sindromi, disturbi o malattie.

Per Klerman (1978) la “doppia diagnosi” è l’associazione di due o più disturbi concomitanti. Solo con l’estensione del termine si può intendere la presenza di due o più disturbi nel corso della vita di un individuo.

La dipendenza affettiva si associa a molti e vari disturbi. Due sembrano essere prevalenti:

- Dipendenza affettiva e disturbo ossessivo compulsivo

Molti esperti sono del parere che il sintomo predominante sia quello ossessivo e che da questo derivano tutti gli altri (Tallis, 1995).

La vecchia diagnosi di mal d'amore coincide perfettamente con la diagnosi di disturbo ossessivo. Ci sono molti aspetti dell'innamoramento che richiamano la sintomatologia dei disturbi mentali, e tra l' "ossessione" dell'innamorato e l'ossessione osservata nella clinica a iniziare da alcuni sintomi fisici quali la palpitazione, il tremore, il respiro affannoso sembrano non esserci molte differenze. Gli stessi sintomi sono riportati anche nel DSM in riferimento agli attacchi di panico.

Chi è innamorato, quanto chi è affetto da disturbo ossessivo compulsivo, perde, in misura maggiore o minore, la capacità di critica. L'attenzione è monopolizzata da pensieri e immagini che la volontà non riesce a controllare. In entrambi i casi, ne derivano difficoltà di concentrazione e di impegno nelle attività quotidiane. Inoltre anche gli innamorati, non diversamente dalle persone con Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC), possono sviluppare forme di superstizione rischiando di confondere il pensiero con l'azione.

La somiglianza tra le due condizioni è stata confermata anche da uno studio della psichiatra Donatella Marazziti, la quale ha scoperto che i livelli del neurotrasmettitore serotonina sono più bassi del 40%, tanto in chi è portatore di una diagnosi di disturbo ossessivo compulsivo, quanto in soggetti che si dichiarano semplicemente innamorati.

- *Dipendenza affettiva e disturbo dell'umore*

La dipendenza affettiva è fortemente correlata ai disturbi dell'umore. Il diminuito coinvolgimento nelle altre attività in cui è possibile sperimentare piacere diminuzione di interesse o piacere per tutte, l'essere catalizzati dalla passione prevalente e dalle fantasie che l'accompagnano, l'affievolirsi dell'appetito, l'apparizione dell'insonnia, una maggiore

agitazione psicomotoria, costituiscono alcuni aspetti caratterizzanti molte persone innamorate, che non sono così differenti da alcuni dei sintomi che il DSM attribuisce ai disturbi ipomaniacali

Manna e Ruggero (2001) in un articolo sulle dipendenze patologiche da sostanze psicoattive correlate alla comorbilità psichiatrica, riportano quanto spesso i disturbi dell'umore siano presenti quando si è affetti da dipendenza. Secondo gli autori il disturbo dell'umore, con episodi depressivi maggiori, si ritrova in circa un terzo della popolazione di tossicodipendenti da eroina. La prevalenza risulta compresa tra il 60% ed il 90%, che si riduce al 30% per le condizioni di ridotta gravità. In circa il 90% delle persone eroinadipendenti che tentano il suicidio è presente una storia di disturbi depressivi.

CAPITOLO IV

LO STALKING: ESEMPLIFICAZIONE DI UN COMPORTAMENTO POSSESSIVO

“Nella gelosia risuona l'eco di vissuti abbandonici sperimentati nell'infanzia e, rivivendoli in modo infantile, perché il bambino di un tempo è ancora vivo in noi, vogliamo «uccidere» chi ci ha privato dell'esclusività del nostro amore, o a questa esclusività si è sottratto”.

*Umberto Galimberti,
Le cose dell'amore, 2004*

Amore e Possesso

La parola amore risale al termine sanscrito *kama* ovvero desiderio, passione, attrazione. Il verbo amare risale dalla radice indoeuropea ka da cui (c)amare cioè desiderare in maniera viscerale e totalizzante. Un'altra interpretazione etimologica della parola amore, deriva dal verbo greco *mao*: desiderio, da cui il latino *amor*.

Un' ulteriore interpretazione etimologica risale dal latino *a-mors*, senza morte, l'origine del termine, sottolineando così l'intensità senza limite se non la morte di questo sentimento così intenso.

Amare qualcuno, vuol dire riconoscerlo nella propria individualità, ed essere capaci di questo atto significa essere liberi, "liberi di" e "liberi da": una libertà che può implicare anche molta sofferenza, ma che non può prescindere dal rispetto della libertà dell'altro, contro cui si può scontrare l'amore più fervido. Infatti, amare qualcuno non significa "perdersi" nell'altro, ma rispettare la sua libertà, consentendogli di rimanere libero di essere se stesso anche nella relazione di coppia. L'amore rientra soprattutto nel mondo delle emozioni, dei sentimenti, e riguarda l'interiorità dell'essere umano, il suo sentire, il suo percepire, mai il suo "avere". Attuali teorie di alcuni studiosi considerano l'amore come una delle tante emozioni provate dall'uomo, o come il correlato psichico di un imperativo biologico per la riproduzione umana (Aron e Aron, 1991; Shaver et al., 1996; Fisher 2004; Lewis et al 2000; Xu et al., 2010). Su questo aspetto la ricerca si è concentrata sui fattori predittivi che predispongono a "cadere" in amore e avviare così un rapporto di coppia. Vengono valutate le influenze culturali, il ruolo giocato dall'amore romantico (rivisto in Aron e Aron, 1991), le caratteristiche particolari associate a sentimenti di intenso amore, processi di relazione che sottolineano la ricompensa e il valore del partner (Aron e Aron, 1991;

Kelley, 1983), le differenze individuali nei modi in cui l' amore viene vissuto ed espresso (Mikulincer e Shaver, 2007), la costruzione cognitiva di come l'amore è riconosciuto come tale (Fehr, 1988), le tipologie delle diverse funzioni d'amore (Hendick e Hendrick, 2003; Sternberg, 1986), e studi basati biologicamente che si concentrano sul ruolo dell' amore in accoppiamento selettivo e legame di coppia (Fisher, 1998;. Fisher et al 2006). Alcuni psicologi focalizzano la ricerca su come l'amore possa diventare una dipendenza, come viene totalizzata l'attenzione sull' amante in modo ossessivo, con quale distorsione della realtà ,quali cambiamenti di personalità,e quale assunzione di rischi. (Griffin-Shelley 1991; Halpern 1982; Liebowitz 1983; Mellody et al 1992; Peele e Brodsky 1975; Schaeff 1989; Tennov 1979).

Il possesso, di contro, è l'elemento che, per sua stessa natura, attiene al campo dei beni e della sfera materiale, di ciò che è o può essere oggetto dell'esercizio di un potere. Non è un caso che in ambito giuridico si definisca possesso un potere manifestato di fatto su una cosa e corrispondente all'esercizio del diritto di proprietà.

Da qui emerge un primo dato rilevante: l'amore riguarda le persone e la loro sfera emozionale; il possesso attiene ad un potere sulle cose, quindi il senso del possesso è incompatibile con l'amore. Ma quali sono i motivi che spingono ad adottare con il partner una condotta di proprietà indotti da sentimenti quali la gelosia e dando spazio a modalità irrispettose quali la mania di controllo, le vessazioni psicologiche, le manipolazioni e tutto quanto si traduca in una manifestazione di possesso sull'altro? L'emozione di base che governa l'agire possessivo è la paura. La stessa che sta anche alla base della dipendenza affettiva. Per avere il possesso sull'altro, che tiene a bada la propria paura si arriva ad usare la manipolazione . La manipolazione è inganno. Per manipolazione

riprendiamo la definizione tecnica dal dizionario Webster :“*il tentativo di controllare persone o circostanze mediante mezzi ingannevoli o indiretti*”. I mezzi della manipolazione contemplano l’essere infidi (riuscire a mostrarsi all’altro come l’altro desidera) ,l’uso della seduttività, della sottigliezza,dell’adulazione e della lusinga, della colpevolizzazione, ma anche le minacce,il ricatto affettivo fino a provocare l’isolamento del partner,facendogli perdere le amicizie o altri punti di riferimento. Tutti strumenti manipolativi che obbediscono alla finalità del controllo dell’altro e del suo possesso psicologico. La possessività stessa può essere strumento di manipolazione quando la si vuole camuffare come una gelosia che rivela il forte amore e quanto l’altro è tenuto in conto dalla persona possessiva. Si vorrebbe far credere che quanto più si è possessivi e gelosi dell’altro tanto più se ne è innamorati. Uno specchietto per allodole che confondono la gelosia con la dimostrazione di affetto.

Quando nelle relazioni di coppia il rapporto si focalizza sul possesso, irrimediabilmente porta alla distruzione del rapporto.

La dinamica relativa alla possessività dell’amore porta a un distacco dalla realtà , celandola, senza che più nulla abbia a che vedere con la realtà oggettiva dei fatti. Nella tradizione letteraria e culturale e dell’amore cortese dell’ideale romantico, il rapporto fusionale col partner porta al desiderio di fare tutto insieme in una dualità di coppia che nega l’individualità dei singoli.

La gelosia spesso costituisce il punto di partenza: se eccessiva, sfocia nella possessività, con il tentativo di impadronirsi della libertà dell’altro. Mette in discussione la capacità di fidarsi dell’altro. Quando la gelosia non è giustificata dal comportamento della persona amata ed è proiezione delle

proprie paure e personali insicurezze, mina la fiducia che è alla base della vita di coppia. Il comportamento di controllo dell'altro è la manifestazione di una profonda insicurezza relazionale, che ha origini che risalgono alla propria storia personale e al legame di attaccamento di cui si è beneficiato o meno. Chi è possessivo, fragile, insicuro si definisce non con l'altro ma nell'altro.

🔗 La possessività ripone le sue radici nelle storie infantili, perché ogni bimbo vuole possedere tutte le attenzioni e l'affetto della madre. E' un bisogno che può perdurare anche nella condizione adulta quando in genere si creano grandi screpolature di insicurezza. Gelosia e bisogno di possesso dell'altro riguardano la quasi totalità delle persone. E' quando trasalgono e diventano fameliche inducendo una logica "mors tua, vita mea", che portano a fagocitare e divorare le persone per garantirsi l'assoluta sicurezza e fedeltà del rapporto, è allora che la possessività può definirsi patologica. Pur essendo molto stretto il rapporto tra gelosia e possessività, alcune persone che soffrono di una gelosia molto intensa e acuta non necessariamente passano all'agito possessivo. Patiscono nel profondo del cuore e dell'anima, ma rispettano l'altro e la sua libertà.

Il "Senza te non esisto!" può risolversi in un lunghissimo percorso di elaborazione della propria sofferenza personale, oppure sfocia nell'autoannientamento o nello stalking e nella persecuzione dell'altro.

Già la fase di innamoramento un po' somiglia alla possessività, ma è assolutamente naturale che all'inizio si abbia il desiderio di condividere tutto con l'altro, perché questa fase è funzionale a far crescere il sentimento all'avvicinamento reciproco e alla conoscenza dell'altro. Il voler restare in questo tipo di rapporto oltre la fase dell'innamoramento spesso determina la rottura della relazione o l'inizio della fine del rapporto.

Cercare di impadronirsi dell'altro significa portarlo a rispondere ai propri bisogni affettivi personali per riempire la propria vita dandole senso e sentirsi gratificati.

Il bisogno di possesso assume così una realtà pervasiva. Ci possono essere gradi diversi di possesso, da quello più apparentemente bonario che fa leva sui bisogni infantili ed utilizza strumenti di manipolazione "leggeri" verso l'altro, a la vera e propria ossessione di possesso che ha lo scopo di esercitare un potere totale sull'altro fino a privarlo, in casi estremi, anche della vita. Il bisogno di fusione con l'altro è un bisogno umano profondo metaforicamente paragonato alla ricerca del paradiso perduto; gli psicoanalisti hanno parlato di ritorno nell'utero materno e i poeti hanno fatto riferimento a uno stato catatonico tale da privare i partners, che vivono di un amore fusionale, di alcuni bisogni primari: perdita di sonno, appetito etc. All'interno di una relazione sana i due partners posseggono le competenze relazionali per modulare la distanza giusta l'uno rispetto all'altro senza annullare la propria individualità'. In mancanza di questo equilibrio il confine del proprio sé si fonde con quello dell'altro, vivendo così vissuti di soffocamento, oppressione, e controllo.

Stalking

“Se ami saprai che tutto inizia e tutto finisce e che c'è un momento per l'inizio e un momento per la fine e questo non crea una ferita. Non rimani ferito, sai che quella stagione è finita. Non ti disperi, riesci a comprendere e ringrazi l'altro: “Mi hai dato tanti bei doni, mi hai donato nuove visioni della vita, hai aperto finestre nuove che non avrei mai scoperto da solo. Adesso è arrivato il momento di separarci, le nostre strade si dividono” Non con rabbia, non con risentimento, senza lamentele e con infinita gratitudine, con grande amore, con il cuore

colmo di riconoscenza. Se sai come amare, saprai come separarti”.

(OSHO)

La persona dipendente affettiva mette in atto dei comportamenti che hanno delle analogie con i comportamenti tipici dello “stalking”. (“stalking” deriva dal linguaggio della caccia, significa letteralmente “fare la posta”) in particolare:

- l’investimento di un’intensa fissazione per una determinata persona.
- ossessività sui livelli di sorveglianza, controllo, e comunicazione.
- la persona-oggetto, percepisce i comportamenti dello stalker come invadenti e sgraditi, e li vive pericolosi con conseguenze psicologiche anche invalidanti.

I comportamenti tipici che solitamente si riscontrano nel fenomeno dello stalking sono: numero eccessivo di telefonate, invio di sms, pedinamenti, lettere, talvolta anche fiori e regali non desiderati, appostamenti vari (intorno a casa, ai luoghi di lavoro, ecc...), violazione di domicilio, interferenze tramite terze persone, minacce di violenza fisica e sessuale, fino a compiere dei comportamenti estremi come aggressioni e omicidio.

La maggioranza degli stalkers sono uomini ed mettono in atto questi comportamenti nei confronti delle compagne che hanno interrotto o vogliono interrompere la relazione.

Gli studi epidemiologici sullo stalking mostrano dati e informazioni molto interessanti.

Ad esempio da un recente sondaggio nazionale dell'Osservatorio Nazionale Stalking e Osservatorio sulla Violenza Psicologica (O.N.S.) (gennaio - ottobre 2011) su un campione di 400 studenti provenienti da

alcuni istituti superiori di età media 16 anni è emerso che (<http://www.humantrainer.com/articoli/fenomeno-stalking.pdf>):

- il 65% circa, conosce il termine stalking;
- il 25% circa, denuncierebbe lo stalking;
- il 45% circa, si rivolgerebbe a dei centri specializzati;
- il 10% circa, è vittima di stalking a scuola (75% sesso femminile - 25% sesso maschile);
- il 3% circa, è vittima in altri contesti, essenzialmente in famiglia;
- il 15% circa, è vittima di violenza Psicologica;
- il 4% circa, è autore di stalking (70% circa sesso maschile - 30% circa femminile).

Dalla ricerca epidemiologica dello stesso Osservatorio Nazionale sullo Stalking, si legge che:

- Lo stalking non è un fenomeno sconosciuto tra i giovani.
- Un italiano su 5 è vittima dello stalking. Tale dato, come sottolinea l' O.N.S., corrisponde al 20% della popolazione nazionale.
- La maggior parte delle vittime non denuncia la persecuzione subita.
- Le vittime tendenzialmente non si rivolgono alle forze dell'ordine per denunciare gli atti persecutori subiti, poichè sentono che non saranno tutelate nella fase successiva alla denuncia. Oltre a questo aspetto inoltre, c'è anche l'intenzione, più o meno consapevole, di voler aiutare il persecutore che solitamente è un conoscente o ex partner.
- Altro fatto allarmante è che la legge non prevede un percorso Psicologico di sostegno al persecutore.
- Dopo la denuncia, talvolta anche dopo la condanna, 1 stalker su 3 continua a perseguire la vittima.
- Spesso reitera il reato con intensità e ferocia maggiore

Altri dati sul fenomeno dello stalking indicano (Merra e Marzi, 2009) come l'incidenza sia maggiore e più frequente all'interno delle mura domestiche e nei rapporti tra persone che nella loro vita hanno vissuto una relazione sentimentale.

Le vittime risultano essere principalmente donne perseguitate da ex fidanzati incapaci di accettare la fine della relazione sentimentale.

E' opportuno comunque precisare che le vittime di stalking non sono solo le donne ma anche uomini. E' stato osservato, a tale proposito, come una delle categorie vittimologiche più a rischio risulta essere quella degli operatori che in diversi ambiti sociale e giuridico, interagiscono professionalmente con la persona che diventerà il stalker.

Tuttavia, secondo l'Osservatorio Nazionale sullo Stalking gli studi epidemiologici risentono del cosiddetto "numero oscuro" che si nasconde dietro i dati riportati, rappresentato da stalkers che non sono stati denunciati dalla propria vittima. Il comportamento di stalking viene messo in atto per diverse motivazioni: tentare in maniera ostinata di recuperare una relazione che sfugge di mano; attuare un comportamento di ritorsione e vendicativo per i torti che si pensa di aver subito; per la necessità di riuscire comunque a mantenere un controllo sul comportamento della vittima; per la dipendenza affettiva e il suo disperato bisogno del riconoscimento dell'altro.

Il dipendente affettivo-persecutore agisce il proprio comportamento di stalking in base a due principali bisogni:

- La necessità di mantenere un minimo di relazione e di speranza a fronte del timore di essere lasciato
- L'ostinata non-accettazione della fine del rapporto, accompagnata dagli angosciati tentativi di recuperarlo e, di fronte all'insuccesso ripetuto, per

“sanare il proprio dolore inconsolabile, la tentazione di annientare l’altro pur di non rappresentarselo come separato e lontano da sé.

Il livello di stalking agito, e i correlati comportamentali violenti variano in base al grado di profondità dell’ intimità precedente esistente nella relazione. Una maggiore intimità, pur correlata con le altre variabili soggettive e oggettive, presenta un maggiore rischio di violenza. Il fenomeno dello stalking è associato a disturbi di personalità presenti nel molestatore. Molti studiosi inoltre ritengono che il fenomeno non possa essere studiato tenendo conto solo del molestatore, e insistono sulla necessità che il comportamento di stalking venga contestualizzato all’interno della relazione di coppia.

Il profilo psicologico dello stalker ha degli aspetti in comune con il dipendente affettivo. Il comportamento di stalking può derivare e mascherare il grande bisogno inappagato d’affetto e di riconoscimento, che affonda le sue radici in disturbi relazionali legati ad eventi traumatici. Con riferimento alla teoria dell’attaccamento nello stalker si rileva sovente la presenza di un modello interiorizzato di attaccamento insicuro, in base al quale la persona non può fare a meno di un’altra, indispensabile per la propria esistenza.

Queste considerazioni non intendono sovrapporre il fenomeno dello stalking a quello della dipendenza affettiva, non fosse altro che è anche perseguibile giudiziariamente. Nelle situazioni in cui lo stalking è conseguenza di uno stato di dipendenza affettiva, esso rappresenta l’agito della propria sofferenza, in uno strenuo tentativo di contenimento della stessa, che trasforma il proprio dolore nel comportamento del molestatore. E’ il rivolgimento (stravolgimento) nel contrario, noto meccanismo di difesa disadattivo e disfunzionale, che trasforma la “vittima” sofferente in

persecutore, il dolore subito in dolore arrecato, un ruolo passivo subito in un ruolo attivo esercitato.

Le molestie da stalking sono in qualche modo anche l'eredità distorta di un'idea romantica dell'amore, che è molto vicina, in alcune sue rappresentazioni alla fusionalità totale dei due innamorati. L'idealizzazione del rapporto non è di per sé garanzia di un buon esito a medio e lungo termine dello stesso. Tutt'altro lo sconfinamento in una manifestazione patologica dell'amore, di cui lo stalking ne definisce anche la rilevanza giuridica, è uno dei possibili sbocchi della dipendenza affettiva portata all'estremo che ha trasformato l'amore verso un'altra persona e i propri bisogni di appagamento in una morsa che tenta di soddisfare esclusivamente il proprio sé individuale, rivendicando un diritto d'amore che è al contempo la negazione della libertà dell'altro.

Tra dipendenza affettiva e stalking esiste quindi una stretta relazione anche se non necessariamente i fenomeni sono sovrapponibili. L'amore e il bisogno di amore generano una dipendenza caratterizzata dalla mancanza della reciprocità che è elemento costitutivo dell'amore felice. La persona dipendente esige amore, ma non ne offre nelle modalità desiderate dal partner: il limite dell'esigenza riposta in un legame che fornisca principalmente una base di sicurezza per se stesso, non trova un riscontro, sullo stesso piano, da parte della persona amata che desidera invece altro.

I profili psicologici dello stalking e della dipendenza affettiva, si è detto, hanno molti punti in comune: una personalità debole e fragile, la paura dell'abbandono e talvolta un' "educazione sentimentale" estremamente ossessiva.

Ma è anche possibile identificare dei correlati neurali comuni ad entrambe le situazioni? Secondo Meloy e Fisher (2005) è possibile parlare di un modello di neurobiologico dello stalking.

Secondo Fisher (2004) sia nelle persone fortemente innamorate che in quelle dipendenti affettive si possono riscontrare: assuefazione, crisi di astinenza, ricaduta. Entrambi hanno bisogno di interagire con la persona amata (o con la vittima) in maniera assidua. Di fronte al rifiuto la persona innamorata, o lo stalker mostra i sintomi dell'astinenza da sostanza, come pianto, depressione, ansia, insonnia, perdita di appetito e irritabilità.

Si verifica anche un'associazione tra determinati stimoli e la risposta fisiologica correlata che mostra la sovrapposizione con la condotta tipica della persona dipendente. La persona innamorata, o lo stalker, associa ad eventi, persone, luoghi, o comunque a qualunque stimolo la persona amata. Quando compare lo stimolo questo elicitava nuovamente il pensiero e la ricerca ossessiva del partner (o della vittima).

La dipendenza fisica ed emozionale è solitamente associate ad una grande attività dei circuiti dopaminergici sottocorticali. Dato che l'amore romantico, al pari dell'innamoramento, è associato solitamente dall'attenzione focalizzata all'ossessione, fino ai mutamenti di personalità e maggiore perdita dell'autocontrollo, alcuni psicologi (Tennov, 1979; Peele, 1975; Findling et al., 1999) frequentemente indicano le correlazioni tra l'amore romantico e la dipendenza affettiva.

Questa dipendenza fisica ed emozionale è solitamente associata ad una maggiore attività dei circuiti dopaminergici sottocorticali nel sistema di ricompensa, proprio come accade nei sistemi neurali da dipendenza da sostanze psico-attive.

Nello studio di Bartels e Zeki (2000) si indagano i correlati neurali con la fMRI (Risonanza Magnetica Funzionale) di persone innamorate e di

persone utilizzatori di cocaina o oppiacei: in entrambi i casi si attivano le stesse aree, incluso il nucleo caudato.

Complessivamente, sembra che l'amore sia indubbiamente associata, in maniera combinata o sinergica, ad una serie di fenomeni neuronali, neuroendocrini, biologici e psicologici. I dati mostrano che, soprattutto nella prima fase dell'amore (l'innamoramento) vi è una maggiore attivazione psicofisiologica (arousal), con un aumento di energia, attenzione focalizzata, motivazione rispetto al partner.

Poichè il sistema dopaminergico sopprime l'attività del sistema serotoninergico e la scarsa attività della serotonina centrale è associata al pensiero ossessivo compulsivo e alla disforia, è probabile che lo stesso stalker presenti scarsi livelli di serotonina centrale. Ovviamente, le persone che hanno tali risposte neurobiologiche assumono comunque comportamenti di tipo prosociale, invece lo stalker tende a non saper gestire positivamente tali situazioni.

CAPITOLO VI

Eziopatogenesi e interpretazione della dipendenza affettiva

“Un bisogno d’amore sano è insito in ogni essere umano sin dalla nascita. Non esistono infatti, indipendenza e autonomia allo stato puro, cioè svincolate dai legami. I legami sono comunque fonte di dipendenza, tutti siamo inseriti in una trama di relazioni e di legami senza i quali non potremmo esistere.

La dipendenza di per sé, non è un concetto negativo, in quanto non esiste una persona che possa dichiararsi indipendente dal contesto e dalle circostanze relazionali. Ognuno di noi è dipendente in qualche misura dagli altri.

La causa è il bisogno di approvazione, empatia, di conferme e ammirazione da parte degli altri, per sostenerci e per regolare la nostra autostima.

La vera indipendenza non è possibile, né auspicabile. Questo implica una notevole dipendenza dall’ambiente.

Si potrebbe dire che l’uomo è la variabile dipendente.

Cesare Guareschi

(La dipendenza affettiva ma si può morire anche d’amore?)

La teoria psicomodinamica e la rilevanza dell’esperienza di attaccamento

Durante i primi anni di sviluppo la relazione che si instaura tra il bambino e l’adulto di riferimento caratterizza la qualità dell’accudimento in cui non è presente solo la funzione biologica, ma anche, e sempre più prevalentemente nel corso del tempo, la funzione psicologica, a partire

dalla sensazione di piacere e di benessere che il bambino ricava dall'essere nutrito, tenuto in braccio e dal calore che coglie nel rapporto con la figura di riferimento. Gli studi sull' attaccamento, sia etologici (Lorenz, Harlow etc.) che psicologici (Bowlby, Balint, Ainsworth etc.) concordano nel riconoscere al legame "madre-bambino" del primo periodo critico della vita il ruolo cruciale di "base sicura" per lo sviluppo. Il comportamento esplorativo del bambino rappresenta la prima modalità di autonomia rispetto l'adulto di riferimento, attraverso il quale il bambino interiorizza la fiducia in se stesso consentendogli di conoscere tutto ciò che è nel mondo esterno. Di qui si avvia l'investimento sulle proprie capacità di sopravvivere anche senza la presenza di una persona di fiducia e di poter accettare il dolore della separazione (Balduino-Verde, 1998)

E' nelle vicissitudini della gestione del rapporto di dipendenza primaria che si formano le basi della propria affettività, che poi evolve durante l'adolescenza attraverso le relazioni sociali e amorose in un continuo equilibrio tra l'amore per se stessi e l'altro. Nel primo periodo di vita lo sviluppo mentale del bambino si attesta solo sulla linea relazionale di dipendenza dell' adulto di riferimento. Se da questa fase di dipendenza assoluta il bambino riesce a "capitalizzare" il legame relazionale in termini di fiducia, si sarà evoluto un esito positivo dell'investimento sul punto di vista relazionale. " L'intreccio ottimale, tra la linea di investimento vitale sull'appoggio relazionale e quello dell'investimento sulle proprie capacità subirà invece un deragliamentò se la relazione con l'adulto di riferimento risulta inappagante e non sufficientemente buona. A favore di un fattore di stress cronico quale l'assenza ripetuta e/o manifestazioni di pesante rifiuto da parte dell'adulto, il bambino può essere capace di adattarsi alla situazione frustrante e può imparare a difendersi puntando esclusivamente su se

stesso e sulla propria autonomia: pagando però un pegno, ovvero strutturando uno schema di evitamento dell'altro in quanto fonte di insicurezza e di angoscia, e diventando capace di fidarsi solo di se stesso. Oppure rimarrà prigioniero di un bisogno non risolto, della continua presenza e vicinanza dell'altro, interiorizzando e strutturando uno schema di dipendenza, bisognoso della continua conferma e approvazione altrui. Entrambi gli esiti risultano, pur diversamente, problematici” (Baldaro-Verde, 1998).

Quando la relazione di attaccamento si caratterizza dal comportamento difensivo evitante, può svilupparsi il narcisismo patologico. In questa configurazione psicopatologica la fiducia percepita nasce dalla sicurezza del proprio potere personale e il ruolo dell'altro è solo quello strumentale e funzionale al valore e immagine narcisistica, senza alcuna componente affettiva.

Invece, quando la relazione di attaccamento si caratterizza secondo una struttura di personalità dipendente, nasce il bisogno compulsivo di conferme e amore da parte dell'altro. Può essere messo in atto sia secondo una modalità attiva che passiva in cui emerge il bisogno di accudire ed essere accudito per le ferite vissute.

“In ogni situazione personale che risente di un marcato deragliamentò dalla linea ottimale di sviluppo, in grado di integrare il bisogno della relazione con l'altro e l'investimento su di sé, la scelta del partner e la formazione della coppia non potranno non risentire delle vicissitudini del legame di attaccamento originario. Molto spesso si chiede inconsapevolmente al partner di rispondere ai propri bisogni rimasti “scoperti” e di riparare in questo modo alle ferite inferte dalle vicissitudini della propria storia, dei propri vissuti. Il rischio è che si generino “illusioni d'amore”, caricando il partner di proprietà e caratteristiche che risultano una proiezione dei propri desideri, ma che

non tengono in debito conto il dato di realtà” (Baldaro-Verde,1998). Già l’innamoramento di per sé è in qualche misura una “perdita di capacità critica” (Cesare Guareschi, 2015). Quindi la scelta del partner può essere dettata dalle ferite, dai vuoti e dai bisogni non soddisfatti in modo appropriato durante l’infanzia dagli adulti di riferimento.

Le relazioni d’ amore possono risentire di questi aspetti e riflettere inevitabili ambivalenze e conflitti emotivi e relazionali che conducono inesorabilmente a dei vissuti distruttivi di delusione.

Nella prima metà del 1900 vengono definite le prime teorie sul ruolo del legame che si instaura tra il bambino e la sua figura di attaccamento e l’effetto che questo ha nello sviluppo psico-fisico del bambino, fino ad arrivare agli studi di John Bowlby (1969), fondatore della teoria dell’attaccamento. Bowlby cominciò le sue ricerche sull’attaccamento madre-bambino a partire dalle osservazioni del comportamento infantile che poté condurre come volontario presso un istituto per bambini con disagio, caratterizzati da storie di deprivazione e istituzionalizzazione. Le sue osservazioni gli consentirono di presentare all’OMS nel 1951 una relazione intitolata “Maternal Care and Mental Health” in cui descrive la possibile relazione esistente tra delle adeguate cure materne e la salute mentale del bambino. Bowlby (1969) anche se non fu il primo a studiare questi argomenti, ma ha approfondito il tema con studi sperimentali, indagando quali potessero essere le motivazioni intrinseche che legano il bambino ad una figura di riferimento. Egli osservò che il bambino non cercava solo cibo e quindi nutrimento, ma si accorse che cercava anche altro come la protezione, la serenità, il calore affettivo, la risposta sensibile da parte della madre. Quindi iniziò ad indagare quali potessero essere le conseguenze dell’istaurarsi dei diversi tipi di legami di attaccamento, che identificò come sicuro o insicuro, e su quali fossero i meccanismi che influiscono all’interno di

questa relazione diadica. Arrivò così a concettualizzare quello che oggi è definito il comportamento di attaccamento “[...] quella forma di comportamento che si manifesta in una persona che consegue o mantiene una prossimità nei confronti di un altro individuo differenziato o preferito, ritenuto in genere più forte e più esperto, in grado di affrontare il mondo in modo adeguato. Questo comportamento diventa molto evidente ogni volta che la persona è spaventata, affaticata o malata, e si attenua quando si ricevono conforto e cure.” (Bowlby 1988).

Il tipo di legame di attaccamento che una persona può sviluppare può essere di tipo sicuro o insicuro. Sviluppare un attaccamento di tipo sicuro significa sviluppare un sistema che consente di sentirsi sicuri e protetti, mentre sviluppare un attaccamento di tipo insicuro può implicare il sentire e il provare una variata’ di emozioni concomitanti e contrastanti verso la propria figura di riferimento, come ad esempio amore, dipendenza, paura del rifiuto, vigilanza e irritabilità.

Nel 1988 Bowlby nel suo libro “Una base sicura” specifica che “l’attaccamento in sé non è la ricerca della vicinanza in una situazione momentanea, bensì un comportarsi in un modo pressoché invariato nel corso del tempo, che non cambia in modo repentino, come invece accade per il comportamento di attaccamento, ma che muta nel corso del tempo in modo molto lento”.

Infatti, la relazione con la figura di attaccamento si sviluppa con tempi legati allo sviluppo e contribuisce alla strutturazione dell’organizzazione psicologica interna con caratteristiche specifiche che includono schemi di sé e della figura di attaccamento.

La funzione del comportamento di attaccamento è responsabile della percezione di sensazioni come: disagio, dolore, pericolo o solitudine derivata dalla semplice assenza di persone di riferimento. Allo stesso

modo quando queste situazioni terminano e si ripristina un equilibrio e tali sensazioni si disattivano. Questo avviene con l'avvicinamento alla figura di attaccamento disponibile a dare aiuto, conforto e protezione al bambino. Quando c'è il momento del ricongiungimento con la figura di riferimento emergono altre emozioni con valenza positiva, come gioia, sicurezza e fiducia.

Se invece le richieste di accudimento non vengono soddisfatte può sorgere rabbia, la cui emozione può risultare utile dal punto di vista funzionale per motivare il bambino al superamento delle difficoltà che ne impediscono la vicinanza con la figure di attaccamento. Altre volte la rabbia esita in impotenza, allora subentra la rassegnazione o la direzione dell'aggressività contro di sé. Gli Stili di attaccamento in età adulta risentono dunque delle esperienze relazionali infantili. La persona che ha sviluppato un legame di attaccamento di tipo sicuro possiede la capacità di riconoscere le persone altrettanto sicure con le quali legarsi sentimentalmente. Entrambe sono consapevoli, anche nei momenti difficili di crisi, che possiedono le risorse e capacità per affrontarli insieme, diventano e creano una relazione stabile e duratura. Viceversa l'attaccamento di tipo ansioso può sfociare nell'amore ossessivo in persone passionali che credono e hanno la percezione di aver trovato la persona "giusta". Tali persone sembrano stazionare permanentemente nella fase dell'innamoramento e quindi la separazione da questa fase dell'amore è sentita maggiormente come fonte di intenso stress e ansia. Tutti i vissuti emotivi vengono enfatizzati e vissuti molto intensamente. La probabilità che queste relazioni possano degenerare in situazioni patologiche è molto alta. Se le persone non si ritengono degne di amore, con più possibilità proveranno facilmente emozioni molto come intensa gelosia, che possono condurre a gesti estremi, anche a delitti passionali.

Infine le persone che non avendo beneficiato durante la loro infanzia di una base sicura, assumono, per difesa, un atteggiamento evitante cercando sempre di mettere una distanza di sicurezza tra sé e gli altri. Sono per lo più persone che hanno interiorizzato inevitabilmente un modello del sé autosufficiente, sapendo di poter contare solo sulle proprie risorse, diffidando di un rapporto che le metta troppo in gioco, perché il modello interno della madre o di altro caregiver è quello di un adulto che non fornisce cura e protezione. Per non correre il rischio di incorrere in una nuova delusione derivante dal rifiuto, viene inibito ogni tipo di emozione ed emotività. Chi poi come bambino ha subito storie di abuso o maltrattamento, anche solo psicologico ma nella forma di un “trauma cumulativo costante” (Novelletto, 1998), da parte della figura di riferimento, è andato incontro a un tipo di attaccamento totalmente disorganizzato e insicuro. Le conseguenze di un vissuto confusivo dal punto di vista emotivo implicano spesso, in età adulta, lo sviluppo di modalità di interpretazione della realtà contaminate e “invase”, caratterizzate da molta ambiguità rispetto all’immagine del proprio sé, e portatrici di una visione degli eventi pericolosa e negativa. Tendenzialmente sono persone incapaci di scegliere partners affidabili, facendosi frequentemente coinvolgere in relazioni distruttive e violente.

Le connessioni tra masochismo femminile e dipendenza affettiva

E’ il padre della psicoanalisi, S. Freud, ad occuparsi dello sviluppo relazionale affettivo, con la formulazione del modello dello sviluppo psicosessuale indicando con questo termine le tappe dell’evoluzione sessuale che, attraverso le note fasi, intercorre dalla nascita fino alla pubertà, l’adolescenza e la prima età adulta. Il comportamento adulto

che accompagna le fasi dello sviluppo psicosessuale può incidere sullo sviluppo affettivo. E' noto come ad esempio gli atteggiamenti di colpevolizzazione della sessualità possono sviluppare la formazione di tratti di inibizione del carattere. Quindi l'atteggiamento dell'adulto che può variare dall'autoritarismo rigido, al permissivismo, al comportamento ansioso, influenzando con la possibilità del bambino di essere autonomo e di esprimersi, modella non solo il corso della sessualità ma anche il processo di sviluppo dell'affettività e della personalità.

Infatti nel 1923 nel saggio "*L'Io e l'Es*" Freud riconosce all'angoscia una dimensione collegata al conflitto e alla paura di poter perdere la figura di attaccamento, da cui può conseguire la difficoltà di creare delle relazioni oggettuali. Freud ha impostato tutta la concezione psicopatologica sulle vicende delle fasi psicosessuali, specificando come un particolare disturbo mentale origini da una loro inadeguata risoluzione, determinando anche i comportamenti e gli atteggiamenti che conducono la persona a ricercare, nella relazione con l'altro, una sorta di ripetizione della propria esperienza là dove è stata bloccata o deviata dallo sviluppo ottimale. Per quanto riguarda la dipendenza affettiva, Freud in qualche modo la associa, nell'analisi clinica, a quello che definisce inizialmente come masochismo femminile (1905, Tre saggi sulla teoria sessuale). Tale termine indica tradizionalmente la "deviazione" sessuale tramite cui la persona cerca e accetta la sofferenza fisica e psicologica come mezzo per ottenere il piacere. Freud definisce in questa forma di masochismo quella tipologia di persona che in maniera più o meno inconsapevole cerca un partner sessuale di tipo sadico con caratteristiche opposte alle proprie e che infligga dolore e sofferenza, realizzando così una relazione di tipo perverso sadomasochistico.

Successivamente Freud (1924, Il problema economico del masochismo), con una teorizzazione oggi considerata molto controversa approfondisce il concetto di masochismo, parlando di masochismo morale ritenendolo tipico del comportamento femminile e individuandolo come tratto caratterizzante, per cui la ricerca inconscia della sofferenza non è più limitata alla sfera sessuale ma può coinvolgere lo stile esistenziale delle donne definendone così l'intera vita con scelte, motivazioni e comportamenti.

Condizionamenti culturali e il codice servilista

Ogni forma di amore deriva dal desiderio di amare e allo stesso tempo dal codice culturale che dà forma al desiderio. Il codice servile ha accompagnato l'educazione delle donne nei secoli ed è ancora fortemente pregnante oggi. Ogni dipendenza affettiva rileva e rivela l'interiorizzazione di un codice servile, che è espressione della rappresentazione della donna e del ruolo attribuitole dalla cultura patriarcale. Nel regime storico tradizionale la donna doveva riconoscersi nell'identità servile, in quanto il suo valore era pubblicamente riconosciuto dalla capacità di interpretare i ruoli di accudimento e cura in funzione di un mondo maschile, a partire dalla sua capacità di generare figli, maschi in particolare, dall'educazione repressiva e alla repressione della ricerca di un piacere autonomo che non rientrasse nei canoni prescritti, ai matrimoni combinati e alla sottomissione della volontà altrui :i genitori, il marito, poi i figli cresciuti. Il modellamento di una mentalità femminile che ha relegato

e schiacciato la donna alla sua funzione riproduttiva continua a fare a pugni con l'emancipazione e la parità sancita dalla gran parte delle Costituzioni e delle Dichiarazione dei diritti universali,creando conflitti,lacerazioni e contraddizioni non sempre facilmente sanabili. Le donne non accettano più ruoli prescritti,non scelti,si ribellano agli ordini di un maschile che il retaggio della cultura di dominio vuole ancora sul ponte di comando. Le donne si ribellano al codice servile, ma alcune di loro vengono anche piegate dai sensi di colpa,dalla paura della solitudine,dal pensiero di non essere o non essere state neppure delle donne. La colpevolizzazione storica delle trasgressioni ai compiti designati,può prendere la forma di auto colpevolizzazioni di cui non si percepisce nemmeno consciamente il perché,la loro derivazione,di un codice che si è dematerializzato, ma ancora sopravvive e si fa sentire con i suoi condizionamenti impercettibili. Le gabbie di ruolo si collocano sì ancora spesso nelle culture familiari e nei rapporti genitoriali, ma le gabbie mentali appaiono più come eredità indiretta che diretta, di un codice culturale sedimentato in millenni di storia. La stessa teorizzazione di Freud sul masochismo femminile sembra risentire di tali tradizioni, del tempo in cui alle diversità biologiche di genere erano correlati ruoli sociali e culturali molto ben definiti, fino alla tipizzazione di vere e proprie antropologie di genere definite in chiave naturalistica. In molte delle dipendenze affettive di oggi sopravvivono i codici interiorizzati del servilismo. Non diversamente si spiegherebbero i dati epidemiologici forniti dalla Miller che vedono le donne protagoniste al 99% delle situazioni di dipendenza affettiva. La devozione sacrificale, l'amore oblativo poggiano sia sull'idealizzazione dell'oggetto d'amore, sia sull'etica del dovere che fa leva sui sentimenti di colpa.meccanismi estremamente efficaci per non avvertire dentro di sé l'angoscia della libertà e il peso della responsabilità.

Teoria sistemica e il contributo di Gregory Bateson sulla relazione del partner con una persona alcol dipendente

Verso gli anni '60 si delinea un vero e proprio movimento di ricerca e terapia familiare. L'attenzione è focalizzata sulle relazioni familiari, ossia su ciò che emerge dal presente ed è associato alla soggettività degli individui e della storia che hanno condiviso all'interno della famiglia.

Gregory Bateson, famoso antropologo, sociologo, è stato uno dei più importanti studiosi dell'organizzazione sociale del secolo scorso. Egli diede un grande contributo in questo ambito tanto da divenire l'ispiratore di parecchi modelli e approcci nel campo della psicoterapia. Per Bateson (1984;1977) i problemi riguardanti l'uomo e il mondo non seguono le caratteristiche logiche, bensì ecologiche. Egli sostiene che le idee rispondono a dei processi relazionali tra menti che, in quanto creature, appartenenti alla sfera degli esseri viventi, vivono secondo le dinamiche e le regole eco-logiche del mondo naturale.

Gli studi su questo partirono dall'indagine delle patologie psichiatriche, in particolare dallo studio della schizofrenia, contribuendo alla formulazione di una teoria generale sulle dinamiche della famiglia e quindi conferendo un notevole contributo allo sviluppo delle moderne terapie di tipo familiare. Tra le riflessioni più pertinenti di Bateson

alcune sono relative all'abuso e alla dipendenza da sostanze. Secondo l'autore, nelle situazioni di dipendenza è necessario prestare attenzione al contesto in cui si svolge la comunicazione e si mettono in atto i comportamenti e le interazioni che non riguardano esclusivamente la persona dipendente ma anche l'ambiente in cui vive, che coinvolge la famiglia e non solo. Infatti una caratteristica del pensiero di Bateson è nell'includere nel concetto di "contesto" anche la comunità e la cultura in senso più ampio. Questo, secondo lo studioso, consente di allargare i modelli di interazione e intenderlo come il risultato di un ambiente culturale più esteso che si è definito così nel tempo. In particolare per quanto riguarda l'alcoldipendenza e le relazioni di co-dipendenza, Bateson definisce che le dipendenze acquisite riguardano gli apprendimenti umani o culturali con diversi aspetti di interdipendenza con l'ambiente, acquisita a livello ontogenetico.

Teoria cognitivista

Il cognitivismo può essere definito come una branca della psicologia che indaga i processi mentali con particolare attenzione all'elaborazione dell'informazione, e considerazione per gli schemi mentali interni al soggetto, le credenze rispetto al sé e agli altri. L'approccio cognitivista concettualizza l'individuo come dotato di competenze sin dalla nascita e capace di costruire attraverso queste una propria rappresentazione del mondo. La teoria cognitivista considera la dipendenza affettiva come il risultato dell'interazione tra la predisposizione genetica, alcuni tratti di personalità e le esperienze di vita che hanno caratterizzato in particolare la prima infanzia. Avranno un grande ruolo i significati che il bambino attribuisce alle esperienze infantili, specialmente a quelle negative e traumatiche che contribuiscono ad sviluppare stili e contenuti di pensiero.

Ideazioni, credenze e pensieri disfunzionali daranno luogo a risposte emotive e comportamentali indeguate che tendono a perseverare e irrigidirsi nel tempo. Come tutte le espressioni di sofferenza la dipendenza affettiva è fortemente influenzata da fattori cognitivi, che danno luogo ad atteggiamenti, e aspettative nei confronti degli altri e della vita. Distorsioni ed errori cognitivi, attese irrealistiche relativamente a se stessi e agli altri possono contribuire a incrementare il coinvolgimento nella relazione di dipendenza. In questi casi le persone dipendenti affettive attribuiscono al partner un valore ritenuto cruciale, caricato di significati che alimentano costantemente pensieri disfunzionali e la relazione stessa. Il lavoro terapeutico consisterà nel portare a consapevolezza, attraverso l'analisi funzionale, tutta una serie di automatismi mentali, di pensieri apparentemente irrilevanti, che concatenati tra loro, comportano la rappresentazione mentale di un partner che è espressione della distorsione del dato di realtà.

CAPITOLO VII

LA TERAPIA

*“Un applauso a queste principesse
che si addormentano piangendo e
si svegliano come se non fosse successo niente.”
- Ed Sheeran*

Secondo Cesare Guareschi(2011) la sofferenza, al di là del dolore che ha anche un aspetto mutativo; può consentire una spinta essenziale nella vita, senza la quale non si può operare alcun cambiamento. Il dolore personale, porta alla “crisi” (cambiamento traumatico o stressante oppure una situazione sociale instabile e pericolosa), che a sua volta può portare al cambiamento della vita, fornendo una possibilità di rivisitazione del sé. La persona dipendente deve disabituarsi ad un modo di amare insano e doloroso. Come tutte le dipendenze, comporta il dolore dell’astinenza e il vissuto di perdita. Le relazioni, come le persone, possono rafforzarsi, modificarsi attenuarsi o finire. Va messo in conto che le relazioni possono non essere per sempre. Per cambiare, serve il coraggio di chiedere aiuto, di mettere in discussione quello che si è, di prendere atto delle dinamiche distruttive e autodistruttive del rapporto. Se non si è in grado di pervenire da soli ad un cambiamento, che è un percorso difficile e per molti impossibile, si può intraprendere un percorso terapeutico.

La richiesta d'aiuto è possibile se la motivazione a modificarsi è alta.

Alto livello di consapevolezza della propria sofferenza, mettere in conto il dissenso e la disapprovazione altrui che può costituire un ostacolo tollerare l'ansia che deriva dai contrasti con il partner che però , resistere ai rimproveri e a ricatti affettivi, senza sentirsi colpevoli o ingrati Come in tutte le dipendenze, anche nella dipendenza affettiva, il principale problema è, "l'ammissione di avere un problema". La difficoltà cognitiva nell'individuazione del problema risiede nei confini labili tra ciò che all'interno di una coppia si può definire "normale" e ciò che può divenire dipendenza, come nel caso dei modelli distorti d'amore che possono arrivare a reputare "normali" determinati abusi e sacrifici. Spesso è la speranza che l'altro prima o poi riesca a cambiare che fa sopravvivere il problema e che tende a cronicizzarlo. La speranza illusoria in un cambiamento, di fatto impossibile, è tipica di quei contesti relazionali in cui si sono consolidati dei rigidi copioni comunicativi da cui è difficile liberarsi.

Paradossalmente la possibilità del vero cambiamento arriva solo quando si "tocca il fondo" e si sperimenta la fase di disperazione in cui si sotterrano le illusioni che hanno alimentato nel tempo la relazione patologica.

Questo punto potrebbe rappresentare l'occasione per il cambiamento, attraverso il percorso psicologico grazie al quale si possono finalmente costruire modalità relazionali e legami sentimentali appaganti ed equilibrati. Come per tutte le nuove dipendenze, anche la dipendenza affettiva richiede modelli di trattamenti terapeutici specifici individuali o di gruppo.

La cura della dipendenza affettiva richiede molto spesso un approccio integrato che consente di raggiungere gli obiettivi definiti attraverso

l'utilizzo di strategie mutate sia dai modelli sistemico-relazionali e cognitivo-comportamentali che dagli approcci psicodinamici che trattano tutte le problematiche dell'attaccamento insicuro. Innanzitutto occorre modificare il proprio modo di pensare. Anziché dire “io starei bene se solo lui...” dire “cosa posso fare per star bene a prescindere da lui?”.

E' importante che in terapia la persona impari a valorizzare i propri desideri e bisogni, divenendo consapevole che il diritto a realizzare le proprie aspirazioni non solo è utile a sé, ma ne può ricavare un vantaggio che l'innovazione introduce nella relazione. E' necessario individuare le specifiche possibilità di cambiamento, rinforzare l'autoefficacia, promuovere l'autostima, favorire l'empowerment della persona, agire sulle distorsioni cognitive e sulla ristrutturazione delle convinzioni, elaborare delle strategie comportamentali utili che consentono lo sblocco delle emozioni ego sintoniche.

Nella terapia individuale tra le principali metodologie e tecniche utilizzate, tendenzialmente sono presenti: l'analisi funzionale e la ristrutturazione cognitiva che derivano dalla teorizzazione di Clemente e Prohasca, i colloqui motivazionali, training di rilassamento e di autocontrollo di più stretta derivazione della psicologia comportamentistica e problem solving e training assertività. Tutti questi approcci convergono nell'aumentare l'autostima e l'autoefficacia.

Fino a quando la dipendenza affettiva non sarà inserita tra i disturbi del DSM i criteri diagnostici sono mutuati da quelli utilizzati per il Disturbo Dipendente di Personalità.

-Il programma terapeutico della S.I.I.Pa.C.

La S.I.I.Pa.C. (Società Italiana di Interventi sulle Patologie Compulsive) nata nel 1999, proseguimento della S.I.A. (Società Italiano d'Alcologia), fondata da Cesare Guareschi nel 1990, si occupa di new addiction, tra cui la Dipendenza Affettiva. Al momento opera in tre città italiane: Roma, Bolzano, e Caltanissetta. La S.I.I.Pa.C. si occupa di ricerche cliniche ed epidemiologiche, e conduce anche interventi di prevenzione secondo i 3 approcci: multimediale, multidisciplinare e integrato. Il modello terapeutico è volto ad intervenire su tutti gli aspetti della vita del soggetto, che è stata condizionata negativamente dalla propria dipendenza affettiva. In premessa bisogna esplicitare che, seppure il modello di trattamento sia standardizzato, tuttavia, esso è destinato ad essere modulato in base alle specifiche esigenze di ogni singolo paziente.

L'intervento terapeutico prevede una fase iniziale, definita proto terapia che si riferisce a tutti quei colloqui che hanno come obiettivo di analizzare gli aspetti patologici della dipendenza affettiva in tutte le sue componenti, rendendo il paziente più consapevole possibile.

In tutte le dipendenze i colloqui motivazionali rivestono un ruolo fondamentale. Anche nella dipendenza affettiva, perché all'inizio ciò che spinge il soggetto a chiedere aiuto è la motivazione fornita dall'urgenza di sopravvivere al rapporto più che di capire in profondità la natura del legame. Nei soggetti affetti di tale patologia, la motivazione ad intraprendere un trattamento riabilitativo è spesso viziata da esigenze che non sono centrate sul proprio comportamento ma su quello del partner. La mancanza dell'altro viene percepita come un bisogno vitale che genera una sofferenza straziante. L'innamorato che chiede aiuto si aspetta uno

spazio e un tempo per poter parlare dell'*altro*, è ancora incapace di poter pensare a se stesso. Ecco allora che il colloquio motivazionale si pone come primo obiettivo quello della costruzione della motivazione al cambiamento, gestendo la resistenza che il soggetto offre e ribaltando il problema nei suoi termini. L'attenzione e la riflessione conseguente sono spostate verso l'altro, ai problemi che la dipendenza affettiva ha prodotto e continua a produrre nella vita sociale, affettiva e lavorativa del soggetto.

La fase successiva si caratterizza con l'approfondimento psicoterapeutico che può essere sia individuale che di gruppo.

La *psicoterapia individuale* prende in esame la difficoltà del soggetto di individuare all'interno del modello d'amore a cui fa riferimento. Infatti, una persona affettivamente dipendente conserva nella propria memoria abusi e sacrifici di sé e li considera "normali" in nome dell'amore a cui egli aspira e concepisce.

Un elemento importante nella "disintossicazione" dall'altro è giocato dal fattore tempo. La fine di un amore attraversa stadi simili a quelli riscontrati per l'elaborazione del lutto: rifiuto, negazione della realtà, abbattimento e prostrazione, collera e aggressività, che saranno seguiti da una fase di progressiva accettazione.

E' utile ribadire che il momento significativo che spesso riporta a chiedere aiuto è rappresentato dalla percezione di vuoto e perdita dell'identità a seguito esperita per la frustrazione di non vedere ricompensata tutta la dedizione di cui è stato capace. Per uscire da una dipendenza affettiva oltre a prendere coscienza del problema si tratta di lavorare nella direzione di una più completa riscoperta di sé, lavorando oltre che sui livelli affettivi e sul proprio vissuto, soprattutto sul proprio potenziale complessivo perché la vita non si esaurisce in un unico rapporto con una persona. Questo processo passa inevitabilmente attraverso un percorso costituito da

momenti di angoscia e forte stress, e da qui derivano le frequenti “ricadute” nelle quali si configura la paura del cambiamento con tutti i rischi connessi alle nuove responsabilità e all’apprendimento di un diverso modo di rapportarsi agli altri.

Particolarmente utile per questo tipo di dipendenza si è rivelato anche il confronto di gruppo. (Cesare Guareschi, 2011). Discutere tra persone che vivono lo stesso problema aiuta a capire, e il confronto offre buoni risultati terapeutici, come mostrano i dati del primo “Convegno nazionale sulle dipendenze affettive” che si è tenuto a Trento nel 2003. Il gruppo consente di prendere un impegno con gli altri, di fronte ai loro occhi, e di cominciare a riconoscere le distorsioni della realtà che prima hanno caratterizzato il rapporto, le somiglianze della propria vita con la vita degli altri che condividono lo stesso problema, e superare le difese che causano la cecità nella ricerca di una più profonda verità sulla propria storia personale.

Nei gruppi l’obiettivo consiste non solo nella chiarificazione degli ideali ma nello sviluppo di capacità di analisi personale nel confronto con il gruppo. In questo modo l’autostima incrementa, così la sicurezza in se stessi e diminuendo il malessere grazie alla consapevolezza del diritto di dover essere trattati con giustizia e dignità.

Nella prima fase della terapia, il terapeuta deve assumere un ruolo “direttivo”, per stimolare ed indirizzare i partecipanti. Tale fase prosegue fino al momento in cui il paziente, dopo aver individuato la reale natura dei suoi problemi, inizia a lavorare maggiormente su se stessi. Il terapeuta, nel contempo, facilita le interazioni tra i membri del gruppo, lasciando una responsabilità ed un’iniziativa sempre maggiori ai membri del gruppo (Nicola Ghezzi, 2015).

Ottenuto questo risultato, si attiva una fase successiva in cui i membri del gruppo interagiscono maggiormente tra di loro, si confrontano, commentano le proprie esperienze e quelle degli altri, distogliendo l'attenzione dal terapeuta. Il ruolo direttivo del terapeuta viene lentamente ridimensionato; il suo compito, ora, è di facilitatore del gruppo mantenendo ordine nel discorso, limitando le eccessive divagazioni, e di frenare gli eccessi di entusiasmo, che, seppure spesso positivi, possono risultare pericolosi, dando così inizio ad un processo di responsabilizzazione, che appare fondamentale ai fini della terapia. Importante è inoltre che egli sappia mantenere un livello ottimale di ansia nei pazienti denominata tale livello ottimale dipende da una serie di variabili, tra le quali è fondamentale la qualità d'appoggio fornita al paziente (Nicola Ghezzi, 2015).

L'ultima fase, che interviene a questo punto del trattamento, prevede di responsabilizzare il paziente anche nei confronti degli altri. Le responsabilità attribuite al paziente dovranno essere via via maggiori, passando dalle semplici testimonianze fino alla collaborazione attiva all'interno della terapia di gruppo. Si formerà così una catena, per cui chi è più avanti nel corso della terapia sarà in condizione di aiutare coloro che si trovano in una fase meno avanzata, ottenendo in tal modo stimoli e gratificazioni per qualcosa che viene vissuto come estremamente positivo (Nicola Ghezzi, 2015).

-La psicoterapia dialettica

La psicoterapia dialettica si pone come obiettivo nel far sì che il paziente percepisca le sue contraddizioni e il conflitto che ha con se stesso. Nel percorso terapeutico è fondamentale che il paziente capisca fino in fondo in che misura aderisca agli aspetti negativi della sua scissione in conflitto con i propri bisogni vitali. Pertanto, mediante l'analisi dei suoi vissuti, dovrà essere messo in grado di "dividersi in due", vale a dire essere dialettico con se stesso e di constatare come una delle parti contrasti l'altra. Nella dipendenza affettiva il paziente si sottomette a un bisogno di dipendenza imperativo che lo fa soffrire. La propria scelta esistenziale è incentrata sul principio di obbedienza, quindi sul obbligo di amare. Così facendo egli segue, senza rendersene conto, non solo la propria volontà ma una più diffusa volontà sociale caratterizzata dall'abnegazione e sacrificio. Il condizionamento sociale fino a quando rimane inconsapevole non viene criticato, non viene riconosciuto come stereotipo, è assunto come agire di propria volontà e diviene consapevole della mistificazione. In questo senso è di grande importanza che il paziente comprenda che accanto a un Io esiste un Super-Io: cioè che mentre egli riesca ad amare solo in un certo modo (obbligato dai dettami del Super-Io), lui (il suo Io) soffre della soggezione, ma la perpetua credendo di fare i propri interessi. Vivendo secondo le regole dettate della società che rinforzando il legame coatto rischia di diventare sempre più masochista e servile, di riflesso, odia e prova tremendi sensi di colpa.

Il compito dello psicoterapeuta dialettico è indicare al paziente che la compulsione ossessiva con cui si dedica alla relazione è anche la conseguenza di un modello sociale il cui adeguamento non gli è d'aiuto. Gli rinforza invece un'ambivalenza servile che non fa altro che produrre soggezione, umiliazione, infelicità. Subendo la volontà sociale

interiorizzata, la persona dipendente affettiva non si accorge di barattare il “bene supremo” e la libertà personale con il suo opposto: l’obbedienza passiva ad un modello sociale che si pone come norma e come guida.

Il primo passo verso la coscienza e verso la guarigione è, dunque, ciò che è soprannominato *oggettivazione del Super-Io*: chiedersi quali sono i valori, le regole, i principi, secondo i quali conduce la propria vita e pretende di vivere i rapporti d’amore. Bisogna innanzitutto lacerare il velo di *idealizzazione* che copre la verità del rapporto. Insomma. La domanda è questa: “Secondo quali principi vivo? Secondo quali regole amo e chiedo di essere amato? E questi principi non potrebbero aver creato un velo di illusione che copre la verità dell’amato?” Tutto ciò, in sede di psicoterapia, va articolato secondo una progressione logica di domande, risposte e nuove domande. (Guareschi, 2011)

La psicoterapia dialettica si può articolare in alcune specifiche domande fondamentali.

La prima è la *domanda di verità*. “Guardati dentro e dimmi: cosa vedi in lui di speciale, quali qualità possiede che non si può fare a meno di amare?” Spesso a questa domanda le persone ossessionate dall’amore non sanno cosa rispondere. Il loro amato, se pure talvolta da un punto di vista sociale è apprezzabile (bello, interessante, potente, ammirato) dal punto di vista umano possono prevalere i difetti: indifferenza, egoismo, distacco emotivo, incapacità di amare. Eppure dicono “io lo amo”.

La seconda domanda è la *domanda di reciprocità*. “Ora guarda dentro di lui e dimmi: lui che vede di bello in te, quali meravigliose qualità che non si può fare a meno di amare?” A questa domanda le dipendenti affettive di solito rimangono spiazzate. Spesso sono così depresse che pare loro che possano essere visti solo difetti, nulla di amabile. Se alla prima

domanda esitano alla seconda domanda cominciano a dubitare. E dicono, sorprese: “E vero, lui non vede niente in me; non mi ha mai fatto notare qualche mia qualità, non mi ha mai aiutato ad amarmi e a crescere. Dunque non mi ama. Ma allora sono un’ingenua o sono una masochista?”

Allo psicoterapeuta deve interessare indurre nel paziente un nuovo genere di dubbi: non dubbi insolubili, che lo imprigionano in una rete di domande ossessive, destinate a restare senza risposta perché rimandano a volontà esterne; ma dubbi che lo liberano, perché gli mostrano la realtà sotto una diversa angolazione: la sua schiavitù mentale gli si rivela come un *autoinganno*, qualcosa che dipende da se. Dunque egli la può gestire. Se, in fondo, è stato egli stesso ad ingannarsi --sia pure sulla base di antichi inganni educativi--lui in prima persona è l’artefice del suo inganno, quindi è nella condizione di liberarsene.

La terza domanda è di nuovo una domanda di verità e promuove un’ulteriore sviluppo dialettico (Ghezani, 2011) “Abbiamo detto che lui ha delle qualità personali, ma non sono qualità amabili: con te non è mai sensibile e attento, non ti mette al di sopra di tutto, non ti aiuta a conoscere la tua bellezza, non ti fa crescere. Dunque, ammettiamo, non è innamorato. Eppure tu ne dipendi. Allora, guardati dentro” e qui si chiede di fare un ulteriore sforzo di onestà, di verità, “ e fatti questa domanda : qual è l’ideale di coppia, ossia la *sevitù d’amore*, che prosegui? Tu non ami lui ma una certa idea di lui, ami una certa idea di coppia che lui non condivide. Dunque: c’è un modello sociale, un *ideale d’amore*, che tu sei costretta a servire, pena il non sentirti donna.

Ora rifletti e dimmi qual è”.

In fine c’è una quarta domanda, che è di nuovo una domanda di reciprocità.

“Se hai capito qual è il modello d’amore che sei costretta a servire, hai anche capito che è parte di un *sistema morale*. Servire questo sistema

morale non ha a che fare con la semplice constatazione “Io lo amo!” ma con quest’altra: “Io esigo che lui mi ami, perché solo se lui mi ama mi sento degna del mio giudizio morale”.

A questo punto si fa una deduzione logica conseguente: ”Se il sistema morale a cui ti sei assoggettata ha prodotto solo servitù, umiliazione e sofferenza, allora quel sistema morale non può e non deve essere mai seguito”. E si prosegue:

“Ammetti che hai vissuto secondo un cattivo sistema morale e chiediti: “posso immaginare un sistema morale migliore, un sistema morale che non mi obblighi ad essere necessaria, quindi ad estorcere approvazione da un uomo? Posso immaginare un sistema morale nel quale l’amore non sia sottoposto a vincoli, non sia confuso con l’obbedienza, e nel quale il valore massimo, che è essere liberi, si declini come essere liberi di amare o non amare e di lasciare libero l’altro di fare altrettanto? Insomma posso immaginare un sistema morale che mi lasci libera di amare o non amare a seconda della mia naturale disposizione?”(Idem)

Infine, la sintesi di questo ragionamento è una sola, semplice domanda: “Se lui fosse *libero* di amarmi, io mi sentirei *degn*a di essere amata?”. La cui conseguenza terapeutica è: “Posso finalmente sentirmi degna di essere amata liberamente?”.

La domanda ci riporta al cuore della questione della dipendenza affettiva: poiché non si sente degno, la persona dipendente affettiva può solo obbligare—e sentirsi obbligato—all’amore. Negato nella sua identità sin dal infanzia, è obbligato da questa negazione ad agire per essere riconosciuto, conosce l’amore solo nella forma della coercizione.

Della serie di domande sin qui enunciate, io conosco le risposte generiche, ma si lascia, come psicoterapeuta, che il paziente trovi le sue risposte personali, quelle coerenti con la sua vita reale. Non si intende vincolare il suo futuro ma neanche renderlo schiavo di un altro sistema di

valori, quello dello psicoterapeuta. Si possono enunciare una o l'altra di queste risposte, ma solo quando lui ne abbia già sviluppato la sensazione, l'intuizione sentimentale, e gli manchino solo le parole.

A questo livello, lo psicoterapeuta si limita a scuotere e trasformare la coscienza del suo paziente. Ora lo psicoterapeuta è *amorevole*. Poiché vede il paziente nella sua verità e lo aiuta ad apprezzarla, gli insegna che l'amore è vedere a sua volta l'amato nella verità che è a lui intrinseca, per dargli la libertà di realizzarla.

Uno psicoterapeuta è in grado di capire il paziente solo se è in sintonia con lui: una sintonia empatica che affonda in un terreno psichico comune. Non è necessario che abbia sperimentato le sue stesse sofferenze; ma è necessario che possieda almeno un seme di esperienza comune: un'intuizione sintetica del suo stato d'animo che, una volta dispiegata, gli consenta di comprendere l'intero.

CONCLUSIONI

Dipendere è soggiacere alla volontà dell'altro, annullare la propria identità, infatti come emerge dall'elaborato a differenza del disturbo dipendente di personalità', la dipendenza affettiva ha la caratteristica di fissarsi su una persona specifica, affidandosene totalmente. Da come è emerso, le "nuove dipendenze", hanno assunto un ruolo di primo piano nel panorama dei sintomi/disturbi contemporanei sia per la loro crescente diffusione sia per l'impatto, che esercitano notevoli effetti negativi sulla sfera soggettiva, socio-relazionale e familiare.

Da come è emerso dall'elaborato, la dipendenza affettiva ha la stessa valenza delle altre dipendenze, pari a quella da sostanze. Tali dipendenze, si manifestano nel compulsivo bisogno di ricercare l'oggetto, praticare l'attività, una coazione a ripetere o ripetizione in grado di compromettere l'esistenza stessa della persona, fuori dalle sue possibilità di controllo razionale.

Lo svolgimento dell'elaborato di tesi ha confermato quanto riportato in letteratura per le Dipendenze in generale ovvero la presenza di una maggiore Dissociazione e Disgregolazione emotiva, di uno stile di attaccamento non sicuro e la presenza di negligenza/abusi emotivi durante l'infanzia. Nel futuro, ci si auspica una maggiore attenzione e sensibilità riguardo a questo argomento tale da rendere più semplice la determinazione del percorso terapeutico.

Strumenti diagnostici (test)

Questionario Sulla Dipendenza Affettiva

(Tratto dal libro “La Dipendenza Affettiva: come uscire dalla maledizione di una relazione distruttiva...o almeno migliorarla”, Franco Nanetti – Ed. Pendragon)

Per procedere ad un iniziale percorso di consapevolezza, provate a rispondere alle seguenti domande in termini di “vero” o “falso”.

1. Vi capita di sentirvi attratti in modo quasi magnetico dal partner, provando per lui/lei un'attrazione sessuale molto intensa? Oppure vi sentite distanti e poco coinvolti?
2. Durante la relazione siete spesso depressi e stanchi?
3. Non riuscite a mantenere i vostri spazi di autonomia?
4. Non uscite più abitualmente con amici e non date più spazio alle vostre abituali attività?
5. Siete rimasti spesso coinvolti in una relazione con una persona non disponibile, in quanto sposata, innamorata di un'altra persona o emotivamente lontana da voi?
6. Cercate spesso di cambiare il vostro partner affinché sia diverso da quello che è?
7. Cercate di fare di tutto per compiacere il vostro partner anche quando siete in disaccordo con le sue scelte?
8. Vi resta difficile dire di “NO” al vostro partner quando vi fa richieste di tempo, soldi, sesso, o altro?
9. Durante i rapporti sessuali vi preoccupate di più di compiacere il vostro partner piuttosto che provare piacere in prima persona?
10. Aspettate ansiosamente le telefonate del partner riducendo sempre di più i vostri incontri con amici e amiche?
11. Non riuscite a smettere di vedere il vostro partner o restate ossessionati dal suo ricordo nonostante la relazione sia distruttiva o conclusa da molto tempo?
12. Anche quando la relazione è carica di tensioni, di distruttività e di negatività, trovate difficile interromperla?
13. Nella convinzione di interrompere la relazione vi preoccupate insistentemente di che cosa succederà al vostro partner o della paura di rimanere da soli o di non trovare mai più una persona “straordinaria” come quella con cui state?
14. Avete frequentemente la sensazione di essere giudicato dall'altro?
15. Mettete frequentemente in dubbio il vostro valore, pur di non contrastarlo?
16. Avete la sensazione di non fare mai abbastanza e di dovervi costantemente difendere?
17. Siete spesso in confusione, in quanto non riuscite a capire se l'altro vi apprezza o no, vi tratta male oppure mantiene una buona considerazione di voi?
18. Quando interrompete una relazione, ne cercate immediatamente un'altra?

“SE AVETE RISPOSTO VERO A QUASI TUTTE LE DOMANDE, SI TRATTA DI UN SERIO PROBLEMA DI DIPENDENZA AFFETTIVA” (F. Nanetti)

L'autore precisa inoltre che “esistono forme conclamate di dipendenza che rappresentano un mascheramento della dipendenza affettiva” (F. Nanetti – 2015).

Esse sono:

- Tabagismo compulsivo
- Alcolismo
- Dipendenza da gioco
- Fare sport tutti i giorni (in modo compulsivo n.d.r.)
- Shopping compulsivo
- sessualità morbosa
- Uso eccessivo di computer o cellulare (e di social network n.d.r.)
- Uso di droghe o farmaci
- Dipendenza da lavoro

Questionario Sulla Dipendenza Affettiva

(Tratto da: La dipendenza amorosa. Quando l'amore e il sesso diventano una droga". Francois-Xavier Poudat, Castelvecchi Edizioni, Roma, 2006; "Addiction to love". S. Peabody; Celestial Arts, Berkeley, California, 1994'. Cit. in J.Adès e M. Lejoyeux, Encore plus, jeu, sexe, travail, argent, Odile Jacob, Parigi, 2001)

Attribuisci un punteggio da 0 a 2 per ogni affermazione del seguente questionario dove:

0 = MAI O QUASI MAI

1 = TALVOLTA

2 = PER LA MAGGIOR PARTE DEL TEMPO

1. Dipendo molto dagli altri
2. Posso innamorarmi in una notte
3. Quando mi innamoro mi sento ossessionato/a, non riesco a resistere
4. Quando sono in cerca di una storia mi invaghisco di tutti quelli/tutte quelle che mi dimostrano un qualche interesse
5. Tendo a stancare i miei/le mie partner
6. Tengo in piedi la relazione, anche se è malsana e a qualsiasi costo
7. Mi innamoro sempre di persone che non fanno per me
8. Oscillo tra un eccesso e una mancanza di fiducia nei confronti dei miei/delle mie partner
9. Quando finisce una storia ho l'impressione che anche la mia vita sia terminata
10. Quando finisce una relazione vorrei uccidermi
11. Sono pronto/a a fare qualsiasi cosa per portare avanti una relazione difficile
12. Posso amare qualcuno/a che sta lontano/a
13. Non ho affatto una buona opinione di me stesso
14. Non so bene chi sono veramente
15. In alcune occasioni mi sento superiore e in altre inferiore agli altri

16. Mi sento spesso messo da parte, come se non fossi capace di adattarmi agli altri
17. Non sto mai da solo perché non ne sono capace: sto male
18. Provo una grande sensazione di solitudine quando non ho una relazione sentimentale
19. Quando finisce una storia ne cerco un'altra il prima possibile
20. Sono terrorizzato dall'idea di non riuscire a trovare qualcuno di eccezionale da amare
21. Non conosco i miei desideri e i miei bisogni in amore
22. Non so dire di no al mio/a partner
23. Cerco di essere come il mio/la mia partner mi vuole: farei qualsiasi cosa per piacergli
24. Ho pochissimi interessi al di fuori delle mie relazioni affettive
25. Preferisco soffrire piuttosto che chiudere una relazione
26. Quando inizio una storia ho il terrore che il mio/la mia partner possa comportarsi come altri/e in passato
27. Amo dominare e controllare la relazione: solo in questo modo mi sento bene
28. Non so discutere con calma: aggredisco i miei/le mie partner se non sono d'accordo con me, o smetto di rivolgere loro la parola
29. Sono molto sensibile e soffro quando mi si critica
30. Reagisco in modo eccessivo a qualsiasi atteggiamento che interpreto come un rifiuto
31. Credo che una relazione romantica possa sistemare tutta la mia vita
32. Non ho la forza necessaria per migliorare la mia vita

RISULTATI

0 = non sei un dipendente affettivo

1-16 = Sei un potenziale dipendente affettivo, sii prudente

17-32 = Sei molto vicino alla soglia della dipendenza affettiva. Fai attenzione e se, necessario, consulta un esperto. Prevenire è meglio che curare

33-48 = Sei nel circuito della dipendenza affettiva. Prendi in considerazione la possibilità di chiedere aiuto a un esperto.

49-64 = La tua dipendenza affettiva è molto forte. E' importante chiedere l'aiuto di un esperto prima che questo disagio invalidi la qualità della tua vita.

QUESTIONARIO SULLA PREDISPOSIZIONE ALLA DIPENDENZA AFFETTIVA

(Tatto dal "Laboratorio sulla misurazione del senso di solitudine" Dott.ssa AMEYA Gabriella Canovi Università Di Parma)

PUNTEGGIO

- MAI = 1 punto
- RARAMENTE = 2 punti
- QUALCHE VOLTA = 3 punti
- SPESSO = 4 punti
- SEMPRE = 5 punti

Il seguente questionario misura la presenza di **3 costrutti principali** che influiscono sulla predisposizione alla dipendenza affettiva:

1. INCAPACITA' DI STARE SOLI
2. NECESSITA' CONTINUA DI SOSTEGNO/CONFERMA DEL PARTNER
3. BASSA STIMA DI SE'

Attribuisci un punteggio (vedi sopra) ad ognuna delle seguenti affermazioni:

1. mi sento solo ogni volta che il mio partner non e' con me
2. ho bisogno di continue conferme dell'affetto del partner
3. interpreto le parole alla ricerca di segni o segnali che il partner non mi vuole con se'
4. fare le cose senza di lui/lei non mi suscita interesse
5. quando non sono con lui/lei, controllo in continuazione il cellulare o l'email, per vedere se mi ha scritto
6. analizzo ogni sua frase alla ricerca di segnali che mi vuole bene
7. soffro molto quando il partner mi dimostra di voler fare cose senza di me
8. mi sento escluso/a dalla vita del partner se non mi rende partecipe di ogni settore della sua vita
9. divento punitivo/a e colpevolizzante se il partner manifesta la volonta' di stare solo
10. non sono interessato/a a fare le cose da solo/a
11. se il partner non mi cerca, telefona, scrive entro i tempi soliti ho manifestazioni fisiche di malessere (tremore, ansia, palpitazioni, angoscia), e inizio/a a pensare che mi abbandonerà, e io restero' solo.
12. il senso della mia vita e' lui/lei
13. voglio, mi aspetto e pretendo che lui/lei si prenda cura di me
14. non capisco come il mio partner possa volere fare cose da solo/a e mi sento escluso/a dalla sua vita se non mi coinvolge
15. penso che se solo lui /lei mi amasse davvero non si comporterebbe così
16. voglio essere capito/a dal mio partner, e se non mi sento capito/a mi sento abbandonata e non sostenuto/a
17. sono disposta a tutto pur di mantenere il suo affetto
18. spesso il mio partner si sente infastidito, mi fa capire che sono soffocante e controllante, ma lo faccio quando mi esclude
19. quando sono solo/a mi sento triste
20. vedere qualcuno che mangia al ristorante da solo/a mi mette a disagio
21. mi sento sempre insicuro/a
22. ho paura di essere inadeguato/a
23. mi sento sbagliato/a
24. sento che qualcosa in me non va e se il mio partner se ne accorge mi abbandonerà senz'altro

25. sento di non essere degno/ di amore
26. le attenzioni del partner non mi bastano mai
27. e' sempre il mio partner a decidere quando vederci
28. passerei tutto il mio tempo con il mio partner
29. lui/ lei conta piu' di me
30. ho bisogno di avere sempre sott'occhio il mio partner per sentirmi tranquillo/a
31. mi sento sempre insoddisfatto/a come se la vita fosse in debito con me
32. mi aspetto che la soddisfazione arrivi dall'esterno e se non arriva mi lamento e mi sento infelice
33. vedo sempre il bicchiere mezzo vuoto
34. ho bisogno in continuazione di essere rassicurata, sul mio aspetto fisico, sul mio valore
35. faccio fatica a riconoscere le cose positive anche quando ci sono

RISULTATI

175 = punteggio massimo

35 = punteggio minimo

In base al punteggio ottenuto, **ed in maniera PURAMENTE INDICATIVA** è possibile valutare la presenza di una predisposizione più o meno forte alla dipendenza affettiva nelle relazioni

BIBLIOGRAFIA

Ainsworth M.D.S., Blehar M., Waters E. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*, Lawrence Earlbaum Associates, New York

Ainsworth, M. D. S. (1973). The development of infant-mother attachment. In B. Cardwell & H. Ricciuti (Eds.), *Review of child development research* (Vol. 3, pp. 1-94) Chicago: University of Chicago Press.

Ainsworth, M. D. S. (1991). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 33-51). London: Routledge.

Ainsworth, M. D. S., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41, 49-67.

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: Assessed in the Strange Situation and at Home*. Erlbaum, Hillsdale.

Amanda Cass quadro: "Broken doll".

American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Masson, Milano.

American Psychiatric Association (2013). *DSM-V. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Raffaello Cortina Editore.

Aron A and Aron EN. (1991). Love and sexuality. In: *Sexuality in Close Relationships*, edited by McKinney K and Sprecher S. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Attili, G. (2004) *Attaccamento e amore. Cosa si nasconde dietro la scelta del partner?* Il Mulino.

Baldaro Verde J. (1998). *Illusioni d'amore*. Cortina, Milano.

Balint M. (1983). *La regressione*. R.Cortina.

Balint M. (1990). *L' amore primario*. R.Cortina.

Balint, M. (1937). *Primi stadi di sviluppo dell'Io. L'amore oggettuale primario. L'amore primario* (1965). Raffaello Cortina Editore (1991).

Bateson G (1984). *Mente e natura. Un'unità necessaria*, Adelphi, Milano.

Bateson G. (1977) *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.

Bateson, G. (1977) *Verso un'ecologia della mente*, Milano, Adelphi.

Bateson, G. (1984) *Mente e natura, un'unità necessaria*, Milano, Adelphi.

Bateson, G. (1996) *Questo è un gioco. Perché non si può mai dire a qualcuno: «Gioca!»*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Bateson, G. (1997) *Una sacra unità. Altri passi verso un'ecologia della mente*, Milano, Adelphi.

Bateson, G. (2005) *Perceval, un paziente narra la propria psicosi, 1830-1832*, Torino, Bollati Boringhieri.

Bateson, G., Bateson, M. C. (1989) *Dove gli angeli esitano. Verso un'epistemologia del sacro*, Milano, Adelphi.

Bateson, G., Mead, M. (1988) *Naven*, Torino, Einaudi.

Bateson, G.; Ruesch, J. (1976) *La matrice sociale della psichiatria*, Bologna, Il Mulino.

Bireda, M. R., Mike, and Roberats, P. (1991). *Love Addiction: A Guide to Emotional Independence*. New Harbinger Publications, Minneapolis.

Bireda, M. R., Mike, and Roberats, P. (1991). *Love Addiction: A Guide to Emotional Independence..* New Harbinger Publications, Minneapolis.

Blum, K., Braverman, E. R., Holder, J. M., Lubar, J. F., Monastra, V. J., Miller, D., Lubar, J. O., Chen, T. J., & Comings, D. E. (2000). Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, (1-4 Suppl), 1-112.

Bornstein, R. F. (1993). *The Dependent Personality*. Guilford, New York.

Bornstein, R. F. (1993). *The Dependent Personality*. Guilford, New York.

Boschetti, C. (2007). *Il libro nero delle sette in Italia*. Newton Compton Editori.

Bowlby, J. (1988). Una base sicura. Raffaello Cortina Editore.

Camara E., Rodriguez-Fornells A., Münte T. F. (2008). Functional connectivity of reward processing in the brain. *Front. Hum. Neurosci.* 2, 19.

Caretti V., & La Barbera D. (2010). *Addiction. Aspetti biologici e di ricerca.* Raffaello Cortina Editore, 5-16.

Caretti, V., Craparo, G., & Schimmenti, A. (2008). Psicodinamica delle dipendenze patologiche. *NÓOS*, 2, 107-116.

Castaldi I. (2001), *Meglio sole. Perché è importante bastare a se stesse.* Milano, Feltrinelli.

Cermak T.L. (1986). *Diagnosing and Treating Co-dependence: A Guide for Professionals.* Minneapolis, MN, Johnson Institute Books.

Croce, M., Picone, F., & Zerbetto, R. (2010). La ricerca empirica nel gioco d'azzardo patologico. In Caretti V., & La Barbera D. (a cura di). *Addiction. Aspetti biologici e di ricerca.* Raffaello Cortina Editore.

Daniel P. (2005). *La dipendenza affettiva: come riconoscerla e liberarsene,* Milano Ed. Paoline.

Darwin C. et al. (2008), *The Origin of Species.* Signet Classics. Editore Franco Angeli

Enrico M. Secci (2016). *Gli uomini amano poco. Amore, coppia, dipendenza.* Feltrinelli.

Ensing Addington, *The perfect Power within you,* Devorss &Co, 1973

Fenichel O. (1945). *The psychoanalytic theory of neuroses.* New York, W.W. Norton.

Filippini, S. (2005). *Relazioni perverse. La violenza psicologica nella coppia.* Franco Angeli.

Findling RL, McNamara NK, Branicky LA, Schluchter MD, Lemon E, Blumer JL. (2001). A double-blind pilot study of risperidone in the treatment of conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 39:509–516.

Fisher, H. E. (1989). Evolution of human serial pair-bonding. *Am. J. Phys. Anthropol.* 78, 331–354. doi: 10.1002/ajpa.1330780303

Fisher, H. E. (1992). *Anatomy of Love: The Natural History of Monogamy, Adultery, and Divorce*. New York, NY: W. W. Norton.

Fisher, H. E. (1998). Lust, attraction, and attachment in mammalian reproduction. *Hum. Nat.* 9, 23–52.

Fisher, H. E. (2004). *Why we Love: the Nature and Chemistry of Romantic Love*. New York: Henry Holt.

Fisher, H. E. (2011). “Serial monogamy and clandestine adultery: evolution and consequences of the dual human reproductive strategy,” in *Applied Evolutionary Psychology*, ed. S. C. Roberts (New York, NY: Oxford University Press), 96–111.

Fisher, H. E. (2016). *Anatomy of Love: a Natural History of Mating, Marriage and Why we Stray*, 2nd Edn. New York: WW Norton.

Fisher, H. E., Brown, L. L., Aron, A., Strong, G., and Mashek, D. (2010). Reward, addiction, and emotion regulation systems associated with rejection in love. *J. Neurophysiol.* 104, 51–60.

Fisher, H., Aron, A., and Brown, L. L. (2006). Romantic love: a mammalian brain system for mate choice. *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B. Biol. Sci.* 361, 2173–2186.

Fisher, H., Aron, A., Mashek, D., Strong, G., Li H., and Brown L.L. (2003). Early stage intense romantic love activates cortical-basal-ganglia reward/motivation, emotion and attention systems: an fMRI study of a dynamic network that varies with relationship length, passion intensity and gender. *Poster presented at the Annual Meeting of the Society for Neuroscience*, New Orleans.

Fisher, H., Aron, A., Mashek, D., Strong, G., Li, H., and Brown, L. L. (2002). Defining the brain systems of lust, romantic attraction and attachment. *Arch. Sex. Behav.* 31, 13–19.

Fletcher, G. J. O., Simpson, J. A., Campbell, L., and Overall, N. C. (2015). Pair bonding, romantic love, and evolution: the curious case of Homo sapiens. *Perspect. Psychol. Sci.* 10, 20–36.

Fonagy, P., & Target, M. (2001). Attaccamento e funzione riflessiva. Raffaello Cortina Editore.

Fonagy, P., & Target, M. (2003). Psicopatologia evolutiva. Le tecniche psicoanalitiche. Raffaello Cortina Editore

Francois-Xavier Poudat (2006), La Dipendenza Amorosa. Isola del Liri (FR),Castelvecchi.

Frascella, J., Potenza, M. N., Brown, L. L., and Childress, A. R. (2010). Shared brain vulnerabilities open the way for nonsubstance addictions: caving addiction at a new joint? *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1187, 294–315.

Freud S. (1922) L'Io e l'Es. Opere cit., Vol. 9.

Freud S. (1924), Il problema economico del masochismo, OSF 10, Bollati Boringhieri.

Freud, S. (1894). Le neuropsicosi di difesa. Abbozzo di una teoria psicologica dell'isteria acquisita, di molte fobie ed ossessioni e di certe psicosi allucinatorie. In Freud – Ossessioni, fobie e paranoia. Trad. it. Balducci C., & Agozzino D. (a cura di). Grandi Tascabili Economici Newton (2009), 13-27.

Freud, S. (1914). Introduzione al narcisismo. Trad. it. Colorni R. (a cura di). Bollati Boringhieri (1976).

Freud, S. (1921). Psicologia delle masse e analisi dell'Io. Trad. it. Panaitescu E. A. (a cura di). Bollati Boringhieri (2007).

Friel J.C., Friel L.D. (1988). *Adult Children: the Secrets of Dysfunctional Families*. Deerfield Beach, FL, Health Communications.

Gabbard, G. O. (2005). *Psichiatria psicodinamica*. Raffaello Cortina Editore.

Ghezzani N. (2006). *Quando l'amore è una schiavitù. Come uscire dalla dipendenza affettiva e raggiungere la maturità psicologica*. Franco Angeli Editore.

Ghezzani N. (2012) *Grammatica dell'amore*. Marietti Editore.

Ghezzani N. (2012) *L'amore passionale. Anticamera del dolore o speranza di felicità?* Franco Angeli Editore.

Ghezzani N. (2012) *La paura di amare. Capire l'anoressia sentimentale per riaprirsi alla vita*. Franco Angeli Editore.

Ghezzani N. (2013) *Perché amiamo*. Sonzogno Editore.

Ghezzani N. (2015) *Affrontare la dipendenza affettiva maschile e femminile*.

Ghezzani N. (2015). *L'amore impossibile-affrontare la dipendenza affettiva maschile e femminile*. Francoangeli.

Ghezzani N., (2006) *Volersi male*. Franco Angeli.

Giddens and S. Lasch (1994). *Reflexive Modernization: Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*. Cambridge, Polity.

Giddens, A. (1990). *The Consequences of Modernity*. Cambridge, Polity and Stanford, Calif., Stanford University Press.

Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge, Polity.

Giddens, A. (1992) *The Transformation of Intimacy: Sexuality, love and Eroticism*, Cambridge, Polity Press.

Giddens, A. (1994). *Living in a Post-Traditional Society*. In U. Beck, A.

Goleman, (1996). *Intelligenza Emotiva*, Milano Rizzoli.

Grad M. (1998), *La Principessa che credeva nelle favole, Come liberarsi del proprio principe azzurro*. Casale Monferrato, Piemme.

Gray J. (1992), *Gli uomini vengono da Marte, le donne da Venere*. Milano, Sonzogno.

Griffin-Shelley, E. (1991). *Sex and Love: Addiction, Treatment, and Recovery*. Westport, CT: Praege.

Guareschi C. (2011) *La dipendenza affettiva si puo' morire anche d'amore?* Francoangeli.

Guarino, S., Petrocchi, M., & Ammaniti, M. (2013). La trasmissione intergenerazionale del rischio: la relazione madre-bambino in donne con esperienze infantili di maltrattamento. In Caretti V., Craparo G., & Schimmenti A. (a cura di). *Memorie traumatiche e mentalizzazione. Teoria, ricerca, clinica*. Astrolabio, 103-120.

Harlow, H. F. & Zimmermann, R. R. (1958). The development of affective responsiveness in infant monkeys. *Proceedings of the American Philosophical Society*, 102,501 -509.

Hatfield, E., & Rapson, R. L. (1996). Stress and passionate love. In C. D. Spielberger & I. G. Sarason (Eds.), *Stress and Emotion: Anxiety, Anger, and Curiosity*, 16, 29-50.

Horowitz, M. (1988). *An Introduction of Psychodinamics*. Routledge, London.

Janiri L.(2000). Il concetto di dipendenza alcolica: origini nosografiche e struttura del costrutto sindromico. In: L Janiri, S De Risio, F Calvosa, E

Caroppo (eds), *Alcolismo come modello di dipendenza e come struttura psicopatologica*. Roma, S.E.U.

Johnson V.E. (1973). *I'll quit tomorrow*. San Francisco, Harper & Row.

Kable JW, Glimcher PW. (2007). The neural correlates of subjective value during intertemporal choice. *Nat Neurosci* 10: 1625–1633.

Kandel, E.R, Schwartz, J.H., Jessel, T.M. (2014). *Principi di Neuroscienze a cura i Perri V. e Spidalieri G. CEA.*

Klerman GL (1978). Combining drugs and psychotherapy in the treatment of depression. In Cole Jo, Schatzberg Af, Frazier Sh. *Depression: Biology, Psychodynamics, and Treatment*. Plenum Press, New York.

La Barbera, D., Caretti, V., & Craparo, G. (2006). Ipotesi di nuovi criteri diagnostici per l'addiction. *Salute e Prevenzione*, 43, 13-21.

Lingiardi V. & McWilliams N. (2015). *The Psychodynamic Diagnostic Manual – 2nd edition (PDM-2)*. *World Psychiatry*, vol 14, Issue 2: 237-239, June.

Lingiardi V. (2005), *Personalità dipendente e dipendenza relazionale*. In “Le dipendenze patologiche” a cura di Caretti V. e La Barbera D., Raffaello Cortina Editore, Milano.

Lorenz, K. (1935). Der Kumpan in der Umwelt des Vogels. Der Artgenosse als auslösendes Moment sozialer Verhaltensweisen. *Journal für Ornithologie*, 83, 137–215, 289–413.

Mangiaracina, G., Barili, F., Nuti, M., Coraci, A., Abazi, L., & Mangiaracina, L. (2011). Nuove dipendenze: dalla relazione oggettuale al collezionismo patogeno. *Tabaccologia*, 3, 30-35.

Manna V, Ruggiero S. (2001). *Dipendenza patologica da sostanze: comorbilità psichiatrica o continuum psicopatologico?* *Riv Psichiatr* ;36,1:1-13.

Marie-Chantal Deetjens, Dire basta alla dipendenza affettiva, Ed. Il punto di Incontro 2009.

Maser J. D., Cloninger C.R. (1990). *Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders*, American Psychiatric Press.

Meloy J.R, Fisher H. (2005). Some thoughts on the neurobiology of stalking. *Forensic Sci.*, 50:1472–1480.

Merra, S. & Marzi, G. (2009). *Stalking*. Roma: Sovera edizioni.

Miller D. (1994) *Donne che si fanno male*, Feltrinelli, Milano.

Mulè, A. (2008). Aspetti neurobiologici delle nuove dipendenze. *NÓOS*, 2, 99-106.

Norwood R. (1985), *Donne che amano troppo*, Feltrinelli Editore, Milano.

Norwood R. (1989), *Donne che amano troppo*. Milano, Feltrinelli.

Norwood R. (1994), *Guarire coi perché*. Milano, Feltrinelli.

Novelletto A. (1998). “Tendenza alla frammentazione e processi integrativi ... in Carbone P. (a cura di), *Adolescenze, percorsi di psicologia clinica*, MaGi, Roma

Novelletto A. (2009), *L'adolescente: Una prospettiva psicoanalitica*. Astrolabio, Roma.

Odent M. (2008). *La scientificazione dell'amore*. URRRA.

Pallanti, S., Bruscoli, M., & Quercioli, L. (2003). Psicobiologia del controllo degli impulsi non altrimenti specificato. *NÓOS*, 2, 107-123.

Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford University Press.

Peele, S. (1985). *The meaning of addiction: Compulsive experience and its interpretation*. Lexington.

Publius Ovidius Naso, *Amores*, 3.11 b.

Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. Guilford Press, New York.

Rinaldi L. (2003). *Stati caotici della mente*. Raffaello Cortina Editore.

Schultz W.(2000). Multiple reward signals in the brain. *Nat Rev Neurosci* **1**: 199–207.

Shaeffer, B. (2009). *Is It Love Or Is It Addiction? The Book That Changed the Way We Think about Romance and Intimacy* (3rd ed.). Hazelden Publishing, Center City, Minnesota.

Skodol A.E., Oldham J.M. (1996): Phenomenology, differential diagnosis, and comorbidity of the impulsive-compulsive spectrum of disorders. In: JM Oldham, E Hollander, AE Skodol (eds), *Impulsivity and Compulsivity*. Washington, DC, American Psychiatric Press.

Stella, A. (2010). *I destini di Narciso. Studi psicoanalitici su perversione, trauma e regressione*. Franco Angeli.

Subby R. (1987). *Lost in the Shuffle: the Co-dependent Reality*. Deerfield Beach, FL, Health Communications.

Tallis, F. (1997). The neuropsychology of obsessive – compulsive disorder: a review and consideration of clinical implications. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 3 – 20.

Tennov, D. (1979). *Love and Limerence: the Experience of Being in Love*. New York: Stein and Day.

Tobler PN, Christopoulos I., Gobler I., O'Doherty JP, Dolan RJ, Schultz W. (2009). Risk-dependent reward value signal in human prefrontal cortex. *Proc Natl Acad Sci USA* **106**: 7185–7190.

Tom SM, Fox CR, Trepel C, Poldrack RA. (2007). The neural basis of loss aversion in decision-making under risk. *Science* 315: 515–518.

Troncon R., Pulito M.L., Falcone M., Janiri L. (1992). Caratteristiche di personalità e co-dipendenza nella coppia alcolista--partner: un'indagine psicometria. *Arch Psichiatria*.

Vaillant G.E. (1977). *Adaptation to Life*. Boston, Little Brown.

Volkow, N. D., Fowler, J. S., & Wang, G. J. (2004). The addicted human brain viewed in the light of imaging studies: brain circuits and treatment strategies. *Neuropharmacology*, 47, (1 suppl), 3-13.

Wager TD, Davidson ML, Hughes BL, Lindquist MA, Ochsner KN. (2008). Prefrontal-subcortical pathways mediating successful emotion regulation. *Neuron* 59: 1037–1050.

Whitfield C.L. (1997). Co-dependence, addictions, and related disorders. In: JH Lowinson, P Ruiz, RB Millman, JG Langrod (eds), *Substance Abuse - A Comprehensive Textbook*, 3rd ed. Baltimore, Williams & Wilkins.

Whitfield, K. and Poole, M. (1997). 'Organizing Employment for High Performance: Theories, Evidence and Policies,' *Organization Studies*, vol. 18(5): pp.745-64.

Winnicott, D. W. (1958). *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli (1975).

Wright P.H., Wright K.D. (1990). Measuring codependents' close relationships: a preliminary study. *J Subst Abuse*.

Zaccaria Gairinger, L. (1955). La dipendenza affettiva. *Rivista di Psicoanalisi*, 2, 1-10.

Zanarini, M. C. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of BPD. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1101-1106.

Zeki, S., and Romaya, J. P. (2010). The brain reaction to viewing faces of opposite and same sex romantic partners. *PLoS ONE* 5:e15802.

Zucca Alessandrelli, C. (1996). La realtà come funzione ricostruttiva della dipendenza malata. *Gli Argonauti*, 71.