



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea triennale in Scienze e Tecniche Psicologiche

Tesi di laurea triennale

**Matrici relazionali e condizioni psicologiche
nel disturbo di dipendenza affettiva**

Interactive patterns and psychological complaints occurring in love addiction

Relatrice

Prof.ssa Chiara Sacchi

Laureanda: Giulia Guella

Matricola: 2046689

Anno Accademico 2023/2024

Alla bambina Giulia

Indice

Introduzione.....	7
1. Le matrici relazionali nella prospettiva psicodinamica.....	9
1.1 Contributi teorici	9
1.2 Il legame e gli stili di attaccamento.....	14
1.3 Traiettorie di sviluppo atipico.....	16
2. La dipendenza affettiva.....	23
2.1 Le dipendenze da sostanza e da comportamento.....	23
2.2 La dipendenza affettiva: definizione e caratteristiche.....	24
2.3 Gli stili di attaccamento nell'adulto	27
2.4 Verso una relazione sana: approcci terapeutici.....	30
Conclusione.....	35
Bibliografia.....	37

Introduzione

Diversi studiosi hanno indagato come la relazione primaria che si instaura tra bambino e genitore (*caregiver*) influisca e agisca su molteplici caratteristiche e abilità della persona, intese sia come aspetti individuali (attivazione neurale e arousal, riconoscimento e gestione delle emozioni, ...) sia come capacità sociali e relazionali, ma anche sull'insorgenza di psicopatologie o sulla tendenza a sviluppare una o più tra le varie forme di dipendenza. All'interno della diade genitore-figlio vengono sperimentati e consolidati numerosi meccanismi di regolazione e interazione che concorrono alla costruzione delle rappresentazioni mentali che l'individuo avrà su di sé e sull'altro. Tali schemi possono risultare funzionali e sani o disfunzionali e nocivi a seconda dei pensieri e dei comportamenti che vi si instaurano. In questa tesi saranno riportate definizioni e citazioni a indagine di questi aspetti, in particolare per dar corpo a una analisi quanto più completa del disturbo di dipendenza affettiva.

Nella prima parte verranno ripercorsi alcuni tra i principali contributi teorici in ambito psicodinamico riguardanti i processi psichici sottostanti alla creazione di un'immagine di sé e alle modalità di relazionarsi con l'altro. Verranno esaminati gli stili di attaccamento nel bambino (e nell'adulto) in quanto elemento fortemente influente sul senso del Sé e nelle relazioni. Ci si soffermerà su due disturbi di personalità che presentano un'organizzazione con tratti comuni alla dipendenza affettiva. Nella seconda parte verranno descritte le dipendenze da sostanze e comportamentali, evidenziando gli aspetti condivisi tra i disturbi. Si analizzerà la dipendenza affettiva e infine si volgerà alle prospettive di trattamento.

Per la stesura della tesi è stata condotta una ricerca approfondita nella letteratura scientifica spaziando dai manuali clinici agli studi di ricerca e alle pubblicazioni scientifiche. Dopo l'iniziale ricerca del materiale è seguito un lavoro di lettura critica e di analisi dei dati che ha permesso di riportare le informazioni di rilievo e comporre alcune riflessioni sugli argomenti trattati. Tramite il lavoro di tesi si è potuto raccogliere nuove nozioni in particolare circa le più recenti ricerche in tema di dipendenza affettiva, ma causa una scarsa letteratura riguardante alcuni punti quali il trattamento non è stato possibile approfondire accuratamente tali aspetti clinici.

1. Le matrici relazionali nella prospettiva psicomodinamica

1.1 Contributi teorici

La relazione primaria, che si instaura già prima della nascita, tra bambino e genitori, è stata oggetto di analisi per numerosi autori che ne hanno esplorato caratteristiche, evoluzioni ed esiti. Lo studio dello sviluppo affettivo permette di comprendere i fondamenti dell'inconscio del soggetto attraverso i costrutti di pulsioni, conflitti e strutture intrapsichiche, modalità relazionali e relazioni oggettuali, meccanismi difensivi e coesione del Sé. I contributi teorici a seguito esposti indagano la complessa radice multidimensionale sulla quale si fondano numerose competenze personali e interpersonali, da cui possono avere origine una molteplicità di disturbi, tra cui le dipendenze comportamentali.

Il modello pulsionale della psicoanalisi classica (Sigmund Freud, 1905) considera i processi psichici dell'inconscio governati dal principio del piacere. Pulsioni e desideri minacciosi, contenuti primitivi e non consapevoli dell'io, fanno tendere a un soddisfacimento attraverso comportamenti o fantasie liberatori. Nel 1920 l'autore revisionò in chiave dualistica la sua stessa teoria del principio del piacere, a seguito dell'osservazione di pazienti anche non patologici nei quali constatò una reiterazione di dinamiche sgradevoli apparentemente contrarie alle spinte di soddisfacimento pulsionale. La ripetizione di esperienze dolorose viene intesa come espressione della natura conservatrice dell'uomo e costituisce un incipit del principio del piacere volto a ripristinare uno stato di equilibrio precedente (De Coro, Ortu, 2010). L'esistenza dell'uomo risulta guidata sia da istinti di vita che di morte (eros e thanatos), due forze pulsionali opposte, tendenti alla sopravvivenza e all'autodistruzione rispettivamente, che convivono nella persona e la dirigono. Melanie Klein riprese questi concetti nella costruzione del modello teorico delle relazioni oggettuali (1935) considerando l'evoluzione del rapporto continuo tra l'io e gli oggetti delle pulsioni nello sviluppo del bambino; in questa teoria il neonato inizialmente classifica come distinti gli oggetti di soddisfacimento (amore) e di frustrazione (morte), operando una separazione tra istinti positivi e aggressivi. Il bambino crescendo sviluppa una capacità di sintesi dell'oggetto (persona) unitario, che diviene un possibile destinatario di sentimenti di odio e amore anche

contemporaneamente. Comprendendo il pericolo di poter distruggere ciò che (chi) ama mediante la propria aggressività il bambino avverte un senso di colpa che lo spinge ad azioni riparatorie dell'oggetto, come un desiderio di distruzione rivolto verso di sé (thanatos). Questa dinamica, definita posizione depressiva, rappresenta una fase di maturazione collegata alla perdita dell'oggetto; in essa possiamo trovare la chiave interpretativa per future condizioni disfunzionali di crescita legate alla perdita (reale o immaginaria) che possono condurre a reazioni depressive più o meno importanti poiché le relazioni sono vissute come situazioni di perdita d'amore, provocano una ferita interiore di stampo narcisistico, carente stima di sé e un senso di colpa per eventuali fantasie riparatorie aggressive.

Un importante contributo in tema di relazioni oggettuali è rappresentato dalla teoria della "costanza dell'oggetto" (Margaret Mahler, 1975) in cui lo sviluppo del Sé viene inteso come fortemente vincolato allo sviluppo delle relazioni d'oggetto. Secondo l'autrice la nascita psicologica del bambino avviene uscendo dalla fusionalità con i genitori mediante l'acquisizione di un'identità individuale e di un Sé differenziato. Trattasi di un processo che inizia verso i 3-4 mesi di vita, che origina dalla matrice simbiotica genitore-figlio e culmina intorno ai 3-4 anni al raggiungimento di un'identità individuale stabile secondo due linee evolutive complementari e indipendenti: separazione, ovvero l'emersione dalla simbiosi con il genitore che comprende la capacità di integrare i propri bisogni pulsionali nella relazione con un oggetto e di gestire gli affetti tramite la differenziazione tra il proprio mondo interno e le figure di accudimento, e individuazione, intesa come assunzione delle proprie caratteristiche individuali ovvero l'idea del Sé che ci rende specifici. Il processo di separazione-individuazione prosegue per tutta la vita e permette la gestione degli affetti, del proprio mondo interno e delle figure di accudimento uscendo dai confini della simbiosi tra il senso di sé, la madre e la realtà esterna e include lo sviluppo di capacità di gestione autonoma delle risorse. Con la "costanza dell'oggetto", verso i 36 mesi, il bambino raggiunge una individualità definita permanente e acquisisce maggiori abilità di regolazione e gestione degli affetti: la madre fisicamente assente è sostituita da un'immagine interna sicura e stabile che consente al bambino di passare da un'idea di rapporto primitivo di soddisfacimento del bisogno di amore a un rapporto più maturo in cui

la relazione è intesa come luogo di scambio reciproco. Secondo questa prospettiva, la salute mentale dell'individuo e i rischi psicopatologici originano principalmente nella qualità delle relazioni di accudimento vissute nei primi tre anni di vita poiché permettono l'acquisizione di una propria autostima in rapporto alla stabile rappresentazione dell'altro che ama e che sostiene. Nella valutazione psicologica individuale questa visione viene ad oggi integrata con fattori relativi a traumi, ereditarietà genetica, modificazioni epigenetiche ed esposizioni in utero. La teoria dell'attaccamento elaborata da John Bowlby (1969) rappresenta un nodo cruciale nel campo della psicologia dello sviluppo; essa indaga i modelli di comportamento costruiti nell'infanzia che costituiscono schemi per le interazioni in età adulta e da cui si sviluppano stati puramente psichici. Per attaccamento si intende quel legame significativo che il bambino costruisce con almeno un adulto di riferimento (figura di accudimento) che abbia nei suoi confronti una posizione continuativa di cura e protezione. Il legame e le sue modalità di creazione sono riconducibili a un unico sistema istintuale di matrice biologica indirizzato alla sopravvivenza, con caratteristiche universali comuni a tutti gli individui nonché tratti trasversali alle diverse specie, volto a garantire l'ottenimento di cura e protezione da parte dell'adulto e a permettere l'esplorazione dell'ambiente in ambiente protetto. Secondo l'autore, il bambino ha la possibilità di costruire fin dalla nascita un rapporto continuativo di sostegno e intimità affettiva con una madre (o adulto di riferimento); il legame va costituendosi nel primo anno di vita, definito periodo sensibile, e concorre alla formazione di un *pattern* di riferimento relativo ai legami e alle cure. Questa visione sottolinea come cure e attenzioni ricevute possano strutturare schemi interni dell'individuo in particolare per quanto concerne l'aspetto di protezione da una condizione di pericolo o alla richiesta di sicurezza (Venuti *et al.*, 2018). Bowlby utilizza il costrutto di *internal working models* (Modelli Operativi Interni) per spiegare i processi di acquisizione, immagazzinamento, gestione e trasmissione di informazioni finalizzati a diversi scopi, tra cui l'attaccamento. I MOI hanno caratteristiche stabili perché schematizzano l'esperienza ma sono al tempo stesso dinamici e sensibili al cambiamento poiché nuove esperienze e nuovi legami possono modificarne il funzionamento. I MOI sono quindi dei costrutti previsionali dinamici sulle relazioni

di attaccamento nella vita; poiché inerenti al sistema dell'attaccamento rappresentano relazioni asimmetriche non reciproche, nelle quali una parte manifesta necessità di ricevere cure e la controparte di fornirle (Coffman e Swank, 2021). Poiché sulla base dei MOI vengono costruite le nuove relazioni ne consegue che più le esperienze di cura e protezione siano state adeguate tanto più i MOI su di esse costruiti potranno essere più o meno funzionali (o fornire sofferenza al soggetto) e tanto più una ripetizione di questi schemi verrà a presentarsi nell'arco della vita. L'individuo andrà naturalmente a ricercare una serie di condizioni affini a quelle già sperimentate, indipendentemente dalla loro funzione adattiva o dalla loro disfunzionalità. Ciò che conta maggiormente è la, anche inconsapevole, similarità della situazione contingente alle dinamiche passate già esperite; maggiore somiglianza comporta maggiore appetibilità dal punto di vista di intraprendere e mantenere la relazione. Questa tendenza a ripetere schemi noti viene spiegata con l'interiorizzazione del Sé in questi modelli: nelle relazioni diadiche con la figura di riferimento va formandosi un'identità di sé come meritevole o meno di attenzioni e protezione e una rappresentazione dell'altro come fonte di cura e sicurezza. Sia il legame specifico con il genitore (o con altri *caregivers*) che le scelte dell'adulto volte a facilitare la separazione risultano determinanti in questi passaggi per lo sviluppo sano del bambino. Il graduale distacco fisico avviene in modo controllato da ambe le parti e va via via sempre più incentivato dall'adulto, al fine di permettere l'esercizio dell'autonomia, l'esperienza di sicurezza soggettiva e di esplorazione. Tanto più l'adulto di riferimento e il sistema garantiscono un ambiente protetto meno il sistema di attaccamento sarà attivato e tanto più il sistema di esplorazione sarà in funzione: crescere in un contesto protettivo favorisce lo sviluppo dell'individuo. Utilizzando la madre come base sicura da cui esplorare, il bambino nella fase di riavvicinamento sperimenta, grazie alla disponibilità materna, un'opportunità essenziale per il raggiungimento della capacità ottimale di funzione dell'IO autonomo (riferimento al concetto di "rifornimento affettivo"). La ripetuta esperienza di relazioni di attaccamento in età precoce determina l'attribuzione di significato da parte dell'individuo: lo schema generale sulle relazioni riflette esperienze di benessere e salvaguardia o al contrario di mancanza e privazione.

I contenuti di questi schemi, che si strutturano nelle esperienze infantili, si consolidano nell'età adulta, indirizzando le modalità relazionali della persona, il proprio senso di autostima e di auto efficacia (Gori *et al.* 2023).

Il pensiero di Daniel Stern sullo sviluppo (1985) segna una frattura nella concezione del bambino dal punto di vista analitico. Il neonato è considerato da subito competente, non più passivo, assente, chiuso e mosso a relazionarsi con il mondo esterno spinto esclusivamente da pulsioni. Le relazioni diadiche costruite precocemente assumono un valore intrinseco poiché compongono un sistema intersoggettivo di costruzione continua della base fondante del senso del Sé inteso come esperienza soggettiva che ci definisce come individui nella relazione con l'altro. Questa visione, condivisa dagli autori dell'*Infant Research*, evidenzia la propensione a creare e mantenere relazioni come elemento centrale nella disposizione umana e strumento organizzante l'esperienza psicologica della persona. Una serie di evidenze a dimostrazione di tale tendenza innata volta a raggiungere una reciprocità relazionale sono state studiate sperimentalmente: gli infanti risultano in grado di costruire modelli mentali relativamente a sé stessi e al mondo generando sistemi affettivi dalla duplice funzione, organizzativa (creazione di modelli adeguati a diminuire senso di stress e ansia) e comunicativa (risposte e interventi dei caregivers) (Beebe *et al.*, 2003). Nello sviluppo normale l'efficacia personale è legata agli scambi relazionali intesi come flusso continuo di sequenza di interazioni che crea rappresentazioni mentali stabilizzate nelle 'Rappresentazioni delle Interazioni Generalizzate'. I RIG formano la matrice della personalità e l'organizzazione psicologica sottostante ai *pattern* di esplorazione, adattamento e stile relazionale. Il rapporto con la figura di accudimento consente la regolazione adattiva delle relazioni con le figure significative anticipando la realtà e organizzando le future interazioni. Gli schemi interiorizzati delle interazioni diadiche precoci divengono predittori delle relazioni future, della traiettoria di sviluppo e dell'adattamento all'ambiente. Sviluppo e psicopatologia sono considerati secondo una visione di continuità a livello di esperienza soggettiva collegata a modelli di relazione e non più in ottica deterministica. Soprattutto nella prima infanzia, considerando le vulnerabilità relative a specifici modelli interattivi che possono condurre a pattern distorti di organizzazione delle

esperienze, della capacità adattiva e dell'ambito relazionale, le psicopatologie si configurano come disturbi relazionali. In questi casi troveremo modelli rigidi di rappresentazioni interne, proiezioni delle proprie tendenze sul mondo esterno, meccanismi di difesa drastici anziché mutuo adattamento flessibile all'altro.

1.2 Il legame e gli stili di attaccamento

Aspetti problematici relativi all'attaccamento e conseguenti ricadute in termini di autostima sono tra i principali fattori associati alla dipendenza affettiva (Gori *et al.*, 2023). Nella sua definizione l'attaccamento non si configura come un semplice legame sociale che va saturando tutti gli aspetti della relazione adulto/bambino, ma determina quella parte di relazione imputata alla protezione e finalizzata alla regolazione della sicurezza. Oltre al raggiungimento dello scopo di vicinanza legato alla sopravvivenza (contributo etologico ed evoluzionistico) e all'inclinazione degli esseri umani a stabilire forti legami affettivi con i pari, l'attaccamento riguarda anche i meccanismi di interazione sottostanti alla formazione di un'appropriata capacità di regolazione emotiva (Cassidy, 1994). Il legame di attaccamento è da intendersi come l'insieme di attività di diversi sistemi comportamentali che hanno come obiettivo uno scopo prevedibile (l'ottenimento e il mantenimento di una vicinanza con l'altro) mentre per regolazione emotiva si intende l'insieme di abilità di soppressione e amplificazione delle emozioni, regolazione attentiva e fattori intrinseci (temperamento) ed estrinseci (in particolare inerenti alla relazione primaria con il genitore) che consentono il raggiungimento di uno scopo in un dato contesto (Thompson, 1994). Grazie alla relazione primaria il bambino impara a regolare le proprie emozioni al fine di ottenere quanto desiderato. La mancata o impropria costituzione del legame mette a rischio di scarse competenze relazionali e di gestione emotiva e concorre allo sviluppo di psicopatologie. Due caratteristiche dell'adulto compongono la qualità del legame di attaccamento che si instaura: sensibilità ovvero capacità di cogliere segnali del bambino che cambiano, capire ciò che viene comunicato nel momento del pericolo e responsività intesa come risposta adeguata alle richieste rispetto ai bisogni del bambino. La bontà del legame dipende dalla disponibilità di cura della figura di riferimento ma risulta strettamente legata anche alle

caratteristiche di personalità del genitore e del bambino, da fattori contestuali accidentali, dal padre e dalla costellazione familiare del bambino. Le specificità del legame di attaccamento risentono delle caratteristiche interattive e relazionali del legame instaurate con il *caregiver* e delle modalità con cui i comportamenti di attaccamento del bambino e le risposte dell'adulto si incontrano. L'attaccamento può differire sostanzialmente tra diversi bambini e stesso adulto (caso di fratelli o sorelle) ma anche tra bambino e diversi adulti di riferimento configurandosi come un legame di tipo relazione specifico. La procedura *Strange Situation Procedure* (Mary Ainsworth 1969) indaga la relazione tra comportamento del bambino e le sue aspettative sull'accessibilità e responsività della madre e distinguendo quattro *pattern* di attaccamento osservabili già nel primo anno di vita:

> Attaccamento sicuro: buon equilibrio tra esplorazione e attaccamento con risposte adeguate alle richieste di cura e protezione; le aspettative confermate fanno sì che il bambino si consideri meritevole di cure e rappresenti l'altro come disposto e in grado di fornirle.

> Attaccamento insicuro evitante: sbilanciamento nell'esplorazione avute alcune risposte di rifiuto o di autonomizzazione e tendenza a minimizzare le richieste di sicurezza. L'adulto sembra essere poco coinvolto nelle cure del bambino.

> Attaccamento insicuro ambivalente resistente: sbilanciamento verso il sistema dell'attaccamento attivato anche senza la presenza di pericolo; l'adulto non si dimostra in grado di accudire propriamente. In risposta a ciò il bambino tenderà a innalzare il grado di richiesta di cura e protezione per attirare a sé l'adulto.

> Attaccamento insicuro disorganizzato resistente: il bambino è manchevole di strategie comportamentali coerenti rispetto alle situazioni di pericolo, ricerca e respinge il genitore. L'adulto, coinvolto nella paura del bambino, non fornisce adeguata protezione e rende il bambino disorientato e incerto.

La *SSP* evidenzia le qualità della relazione primaria che vengono interiorizzate dal bambino e che vanno a configurarsi come un modello interno di legame ripreso e ripetuto in età adulta nei diversi rapporti sociali. I primi tre *pattern* descrivono un grado di adattamento all'ambiente crescente e non costituiscono una forma clinica o psicopatologica, mentre il quarto risulta essere il più disadattivo per lo sviluppo del bambino e può associarsi a esiti psicopatologici.

1.3 Traiettorie di sviluppo atipico

Si è discusso finora di come le esperienze dei primi anni di vita e le relazioni primarie condizionino aspetti dello sviluppo individuale portando alla formazione di schemi mentali interiorizzati relativi al Sé e alle previsioni sulle relazioni. Nei meccanismi psichici di attaccamento, proiezione e interiorizzazione indagati con le teorie psicodinamiche si può osservare come la mancata interiorizzazione di un “oggetto buono” possa dare origine a una serie di disturbi relazionali e psicologici individuali. Le esperienze di separazione e individuazione che permettono una corretta maturazione del Sé e un adeguato sviluppo affettivo del bambino costituiscono competenze indispensabili per la buona integrazione dell'adulto nel mondo. Tutti questi processi di matrice intra psichica risultano funzionali all'adattamento sociale e risentono delle esperienze personali, delle modalità e dello stile di accudimento, delle caratteristiche di personalità e dell'ambiente di vita. Quando questi elementi si configurano come fattori di rischio, la loro interazione mette l'individuo in una condizione di probabile insorgenza di patologie psicologiche. Tra i molteplici esiti che possono essere generati da traiettorie di sviluppo atipiche verranno analizzati due disturbi di personalità legati a un inadeguato sviluppo del Sé e delle capacità relazionali e che presentano punti in comune con le dinamiche della dipendenza affettiva. In questi disturbi si riscontrano tratti relativi ai costrutti analizzati e particolarmente significativi nei ruoli tipici della diade relazionale della dipendenza affettiva.

Si definiscono disturbi di personalità dei “*pattern* inflessibili di esperienza interiore e di comportamento che devia rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo e influenza almeno due tra le aree: cognitiva (percezione e interpretazione di sé e degli altri), affettiva, funzionamento interpersonale, controllo degli impulsi. Il *pattern* si caratterizza per essere causa di disagio significativo o compromissione del funzionamento, inflessibile e pervasivo in un'ampia varietà di situazioni” (American Psychiatric Association, 2013). Questi disturbi comportano una forte difficoltà a formare una propria identità positiva stabile nel tempo e a intrattenere delle relazioni positive e costruttive. Chi ne soffre mostra problemi nelle relazioni amicali e familiari per periodi molto prolungati (anni) e spesso viene associato a uno stigma sociale ulteriormente compromettente per la propria qualità di vita.

Dalla classificazione del DSM-5 si distinguono dieci disturbi di personalità (poi ridotti a sei) distinti in tre gruppi con diversi profili sintomatologici: comportamenti insoliti /eccentrici, drammatici/instabili, di ansia/paura.

Secondo le teorie psicoanalitiche e comportamentali ampia importanza nella causa di questi disturbi è attribuita alle figure genitoriali e alle influenze delle prime fasi di vita, mentre studi più recenti dimostrano come anche le componenti genetiche abbiano un ruolo in queste patologie (Wright *et al.*, 2016). I fattori biologici riportano stime di ereditabilità per i disturbi di personalità di circa il 70% (dato variabile a seconda del singolo disturbo preso in considerazione) ma anche fattori ambientali risultano essere ampiamente coinvolti nello sviluppo di disturbi. Molteplici fattori quali il comportamento genitoriale negativo, la scarsa affettività dei genitori, la trascuratezza dello stile parentale, esperienze di abusi o traumi si correlano a rischi significativamente maggiori per quattro dei sei disturbi di personalità (in particolare per quanto riguarda il DP narcisistico e il DP *borderline*, Johnson *et al.*, 1999, Snoek, *et al.* 2024). In generale gli studi riportano che gli stili genitoriali risultano predittivi dell'insorgenza di tutti i disturbi di personalità, suggerendo una corrispondenza tra esperienze difficili e traumatiche vissute nell'infanzia e sviluppo di un DP.

Il disturbo *borderline* di personalità *BPD* presenta elevata frequenza nei contesti clinici e si contraddistingue per elevata impulsività, forti e repentine fluttuazioni dell'umore, instabilità relazionale e nell'immagine di sé. Chi ne soffre sperimenta cambi emotivi drastici e rapidi, è incline a rabbia e aggressività, teme fortemente la solitudine e il senso di abbandono ed è soggetto a cronici sensi di vuoto e depressione. Spesso le persone con *BPD* non hanno un chiaro senso di sé, vivono ampie oscillazioni di aspetti valoriali, ideali e della stessa personalità. Hanno comportamenti imprevedibili al limite dell'auto lesività (scelte azzardate, spese insensate, comportamenti sessuali rischiosi, abuso di sostanze) e comportamenti suicidari (Kienast *et al.* 2014). In alcuni casi possono manifestarsi sintomi psicotici e dissociativi nei periodi di stress prolungato anche se è bene sottolineare che non vi è continuità tra *BPD* e psicosi. Oltre a questa definizione del comportamento ai fini diagnostici, si analizzano a seguire le radici alla base di questo disturbo e i fattori che possono contribuire al suo sviluppo.

Il disturbo di personalità *borderline* risulta una modalità pervasiva di instabilità e ipersensibilità nei rapporti personali e di instabilità dell'immagine di sé; come detto chi soffre di *BPD* presenta un disturbo del Sé e non dell'lo (non al limite della psicosi in cui la percezione della realtà è incoerente) nel quale vi è una pronunciata enfattizzazione dell'emotività (elemento non presente nelle psicosi). La radice comportamentale di questa patologia viene associata a una compromissione del sistema dell'attaccamento e della regolazione emotiva, dell'identità del Sé e della cognizione sociale (Luyten *et al.* 2019). Le persone che sperimentano un *BPD* soffrono di un significativo problema dell'attaccamento (riferimento al *pattern* di attaccamento disorganizzato) che porta l'individuo a tentare di stabilire relazioni sufficientemente gratificanti volte a ridurre lo stato di ansia causato dal *pattern* stesso; nella diade relazionale la considerazione dell'altro si configura come salvifica dalla sofferenza interiore provata e quindi diviene indispensabile per la propria sopravvivenza. Esperienze ambientali, fattori biologici e situazioni pregresse esperite dalla persona hanno impedito la corretta maturazione del Sé e l'apprendimento delle congrue dinamiche di interazione sociale; pertanto, l'individuo *borderline* manca della capacità di stare con e senza una relazione. In alcuni studi condotti da Margaret Mahler riguardo al lavoro del clinico con pazienti gravi (1971) l'autrice trova uno spunto di riflessione che permette la comprensione degli stati mentali dei pazienti con disturbo *borderline di personalità*. L'individuo, che non ha costruito una costanza d'oggetto, non ha sviluppato le competenze che permettono di affrontare le fasi di separazione e individuazione e pertanto non risulta capace di vivere senza il legame con gli altri. Durante la sottofase di sperimentazione l'individuo ha il compito di acquisire una prospettiva di aspettativa fiduciosa che caratterizzerà i suoi successivi approcci nelle relazioni significative. Se questo passaggio non avviene l'individuo sperimenta verso i tre anni una "sfiducia di base" espressione di un senso di sfiducia in sé stessi e negli altri che andrà a connotare l'umore del bambino e le sue esperienze nelle fasi successive di sviluppo. Questa traiettoria comporta un'incapacità di fronteggiare la separazione e una conseguente difficoltà di sostituzione del bisogno "urgente e non specifico" con un desiderio di affetto rivolto a una persona specificamente amata o verso altre forme di

gratificazione. Dalle osservazioni dell'autrice il bambino denota un'angoscia anche in momenti brevi di separazione dalla madre che porta a pensare al permanere di un bisogno di fusione simbiotica con una madre ancora percepita come parte di sé; l'oggetto rimane un corpo estraneo non assimilato ma comunque percepito come parte di sé, quindi non correttamente introiettato nella psiche dell'individuo. Queste caratteristiche si trovano similmente nei pazienti con disturbo *borderline* di personalità che presentano un fallimento dell'interiorizzazione della madre simbiotica (ovvero di un altro che fornisce cura e sicurezza) e una conseguente mancata integrazione dell'Sé che non trova espressione nell'adulto nei processi di integrazione tra immagini buone e cattive di Sé e dell'oggetto o che sfocia nel sentimento di ansia da separazione. Nei pazienti con disturbo *borderline* di personalità sussiste un'ambivalenza transferiale paragonabile a quella del bambino che desidera l'indipendenza dalla madre ma teme di perderla, tenta di aggrapparsi a lei ma prova angoscia per la perdita della propria identità. Il tentativo di costruire relazioni si configura come strumento per la gestione del pesante vuoto interiore e risulta la miglior risposta adattiva che l'individuo è in grado di produrre al bisogno di non stare da soli, non sentirsi abbandonati, per non percepire il vuoto interiore identitario generatore di forte paura al punto di aprire la via a depressione o portare al suicidio.

Il disturbo narcisistico di personalità *NPD* contraddistingue i pazienti per una sovrastima delle proprie qualità e un'idea di grandiosità accompagnate da relazioni interpersonali dove si evince una carenza di empatia per l'altro, sentimenti di invidia e arroganza che portano la persona a credersi migliore dell'altro e meritevole di particolari diritti e attenzioni. Studi condotti (Horton, 2011, Brummelman *et al.*, 2015) hanno convalidato ipotesi correlazionali tra il disturbo e uno stile genitoriale eccessivamente indulgente (che alimenta la convinzione di essere speciali); la tendenza dei genitori stessi a ritenere i propri figli di molto superiori ai compagni diventa predittore di un aumento dei tratti di narcisismo. Gli effetti negativi della mancata responsività parentale sono correlati a una fragile immagine di Sé e maggiore vulnerabilità al *NPD*, a un'ipersensibilità all'accettazione e inclusione sociale a sintomi depressivi di insoddisfazione e inefficacia (Kealy *et al.* 2021).

Durante l'interazione con l'altro la persona con *NPD* si pone l'obiettivo di accrescere la propria autostima deficitaria per mezzo di ammirazione, fama o ricchezza piuttosto che ricercando la vicinanza con l'altro. Perseguire il proprio obiettivo di soddisfacimento della autostima porta la persona ad assumere atteggiamenti di vanto o aggressivi e vendicativi se in competizione o ancora denigratori e a utilizzare le proprie risorse per mettere in luce i propri punti di forza e per mostrare sicurezza a talvolta con modalità aggressive e ambizione eccessiva. Heinz Kohut (1971) partendo dalla osservazione clinica teorizzò una visione del narcisismo basata sulla psicologia del Sé; i dati clinici mostravano un completo assorbimento dei pazienti in sé stessi, uno spiccato senso di importanza e fantasie di successo illimitato. Le persone che soffrono di *NPD* sarebbero legate a un'autostima fragile e a un senso di vergogna da cui tentano di rifuggire e difendersi tramite proiezioni superficiali della propria importanza e la denigrazione altrui. Secondo questa visione i pazienti con *BPD* e con *NPD* presentano diversi tratti comuni circa il mancato sviluppo del Sé e nella sfera relazionale che risulta in entrambi i casi altamente disfunzionale. Se la radice e la struttura dei due disturbi risultano sovrapponibili, gli esiti di funzionamento parrebbero opposti: funzionamento *borderline* e narcisista perseguono lo stesso bisogno fondamentale ovvero sentirsi amati e essere presenti nella vita dell'altro, e per entrambi questo bisogno è generato da problemi dell'attaccamento. Sono portati a cercare di stabilire relazioni che riducano l'ansia e il vuoto che provano, ma se nel paziente *borderline* ciò porta a un attaccamento smisurato all'altro, alla sregolazione emotiva e ad aspetti depressivi, nel paziente narcisista si traduce in tentativi di compensazione della bassa autostima e costruzione del proprio valore attraverso la considerazione altrui, rispecchiandovisi e costruendo la propria autostima attraverso la stima che l'altro dimostra e andando a cercare la considerazione con la timidezza e nel silenzio (sottotipo *covert*) o pretendendola con l'esuberanza, l'aggressività e la manipolazione (sottotipo *overt*).

I due *PD* analizzati presentano una serie di funzionamenti e tratti riscontrabili nella DA. Nel successivo capitolo, analizzando in profondità questa dipendenza comportamentale, verranno evidenziate le caratteristiche e le dinamiche sottostanti al disturbo in riferimento ai contributi clinici e teorici esaminati.

2. La dipendenza affettiva

2.1 Le dipendenze da sostanza e da comportamento

Per disturbo da uso di sostanze si intende una modalità patologica di uso di una sostanza che conduce a disagio o compromissione clinicamente significativi, nella quale sono presenti almeno due condizioni tra: assunzione prolungata o in dosi elevate della sostanza, desiderio persistente, *craving* o forte desiderio, uso ricorrente e continuativo nonostante persistenti problemi sociali o interpersonali, abbandono delle attività sociali, lavorative e ricreative, tolleranza e astinenza (American Psychiatric Association, 2013). L'uso e l'abuso di alcol e droghe risulta differente dalla condizione di dipendenza da esse che si caratterizza per l'incapacità dell'individuo di saper funzionare senza assumerle. Le sostanze consentono un'alterazione della realtà psichica della persona, modificano l'io dell'individuo e permettono di rallentare, magari fuggire, da alcune scomodità, fungendo da sostengono a un bisogno percepito. Nell'ultima versione del manuale datata 2013, vengono citate le dipendenze patologiche comportamentali "*new addictions*" quali la ludopatia, la dipendenza da lavoro, dal sesso e dallo shopping compulsivo. Con il termine *new addictions* si intendono quei comportamenti relativamente recenti rispetto al DUS che creano dipendenza pur non essendo correlati a sostanze. Tra questi alcuni autori fanno rientrare anche la *love addiction*, dipendenza affettiva. Queste forme di dipendenze rappresentano comportamenti talvolta incoraggiati e ammirati (come il lavorare molto o il possesso di beni di lusso) e quindi agganciano l'individuo tramite il circuito dopaminergico motivazionale della ricompensa (*Reward System*); l'attivazione di questi meccanismi biologici provoca modificazioni anche a livello cerebrale, determinando il rilascio di endorfine, e momenti di piacere e benessere (Burkett, 2014). In alcuni studi (Andreassen *et al.*, 2012, 2015, 2016, Thaxton, 2016) che hanno indagato diverse dipendenze comportamentali (*workaholism*, shopping compulsivo, *social media addiction*, da esercizio fisico) si possono riscontrare delle similitudini tra le varie forme di DC. Le caratteristiche comuni alle nuove dipendenze, presenti anche nelle dipendenze più classicamente note che implicano l'abuso di sostanze, sono molteplici: vi è una reiterazione della

condotta, un bisogno sempre crescente di ricerca del comportamento, l'umore fluttuante, l'illusione del controllo, ricadute negative in uno o più ambiti di vita. Anche la sintomatologia descrittiva dell'astinenza è analoga a livello psicologico e fisiologico: malessere fisico e mentale, conflittualità, sensazione di *craving*, ricadute. Se diverse sono le modalità con cui l'individuo manifesta il dolore per la condizione esperita, la matrice delle dipendenze si configura come unica: un disordine di natura affettiva. Nelle persone che soffrono di dipendenza vi è una rottura affettiva che viene colmata con un'alternativa. Nella dipendenza affettiva il buco da colmare si traduce in una ricerca di approvazione e la sensazione di picco emotivo e di benessere è data dalla tipica della fase iniziale della relazione che produce un effetto adrenalinico; questa sensazione, che viene costantemente ricercata e mantenuta attiva anche tramite nuove storie, innesca una dinamica che implica aspetti opposti all'amore quali sentimenti di paura ed evitamento dell'altro.

2.2 La dipendenza affettiva: definizione e caratteristiche

Pur non esistendo ad oggi una definizione univoca di dipendenza affettiva (DA) si proverà a dare una lettura quanto più completa ed esaustiva di questo disturbo. Anzitutto va distinto l'amore romantico di unità diadica sana connotato da elementi quali una profonda connessione, sentimenti intensi per l'altro, intimità fisica ed emotiva che contribuiscono a creare un ambiente di mutua crescita tra i partner, da un amore immaturo che genera un contesto sociale disadattivo in cui aspetti di potere, possesso, ossessione, incertezza e ansia permangono nel quotidiano impattando negativamente su numerosi aspetti di vita, coinvolgendo la persona in comportamenti incontrollati (Sussman, 2010). Attualmente non riconosciuto come vera e propria patologia (American Psychiatric Association, 2013), per via della mancanza di lunga storicità nelle ricerche e studi a carattere scientifico a indagine e supporto, l'amore patologico "*love addiction*" si riferisce a una modalità per cui non si funziona senza un qualcosa (qualcuno), come avviene per gli altri tipi di dipendenza. La DA rappresenta un modo di essere e approcciare al mondo (si è dipendenti affettivi anche se non si vive una relazione d'amore) che implica una condizione in cui ci si appoggia emotivamente ad altri,

si concentra l'attenzione sull'altro al punto che se l'altro si sposta l'individuo crolla. È una situazione spesso accettata per via del contesto culturale e sociale attuale intriso da luoghi comuni e idee distorte dell'amore romantico che creano storture concettuali su cosa sia una relazione sana. I dati di prevalenza rimangono molto incerti: le stime si attestano su percentuali del 5-10% negli *US* (Timmreck, 1990) o del 3-6% con picchi fino al 25% in specifiche popolazioni come i giovani (Sussman *et al.*, 2011).

Nella DA è presente una disfunzione a livello relazionale che genera un disagio pervasivo e alti livelli di sofferenza nell'individuo fino a risultare nei casi più gravi paralizzante nella vita quotidiana. L'aspetto pervasivo di questo disturbo si traduce in esperienze quotidiane di difficoltà psicologiche, sociali e cognitive (Giacobbe *et al.*, 2024) che nei casi più gravi diventano patologie invalidanti tali da pregiudicare la salute, isolare e a intaccare i sistemi in cui la persona è inserita come relazioni amicali, famiglia, cerchia lavorativa. L'individuo adotta condotte distruttive generate (e che intensificano) dalle difficoltà che sperimenta nelle relazioni, dal senso di nullità percepito, dalla solitudine e dalla scarsa autostima provata. Le coppie non hanno schemi relazionali funzionali e sani ma ricalcano più un appoggio tipico e funzionale per il bambino nei primi anni di vita; diversa è la situazione di una coppia adulta in cui lo stare insieme è condivisione. Le relazioni si caratterizzano per eccessivo interesse e ricerca dell'altro vissuto come strumento di salvezza e senza il quale la propria esistenza risulta insignificante (Gori *et al.*, 2023). Il dipendente affettivo è governato da bisogni incontrollati di reciprocità, attenzioni, conferme, fusionalità e controllo che lo portano a scambiare la relazione, luogo di incontro del Noi, per un momento di riempimento delle proprie mancanze interiori. Portare nella relazione le proprie mancanze significa partire da una condizione di autostima bassa o nulla, con scarso senso di autoefficacia e valore personale; ci si approccia al partner sentendosi meno, l'altro è una sorta di metà, desiderata e ripianta da conquistare, e pertanto si tende a inglobarlo, fagocitarlo, fondersi con lui/lei per esistere, implorarlo di restare, pur poi capendo che ciò non sarà sufficiente (rif. al disturbo *borderline* di personalità). In questa dinamica troviamo anche tratti dello spettro narcisistico che ingabbiano nel bisogno di conferma del proprio valore grazie

all'altro che non viene più visto ma finisce per diventare un mezzo, un riempitivo di un buco lasciato da uno sguardo amorevole mancato in tempi lontani: l'individuo è portato a ricercare schemi noti che ricalcano le sue ferite e viene attratto da chi non c'è nella sostanza anche se si mostra molto presente in apparenza. Ritroviamo aspetti quali egoismo, scarsa visione dell'altro, forte frustrazione e insoddisfazione (rif. al disturbo *narcisistico* di personalità). Spesso i ruoli non sono statici e definiti nella diade dipendente-evitante ma vi è oscillazione tra idealizzazione e demonizzazione dell'altro: il partner visto come un dio, adrenalinico, rincorso, inaccessibile, necessario, può da un momento all'altro risultare svilente, inutile, evitato. Accade talvolta in queste coppie che entrambe le parti abbiano una dipendenza l'uno dall'altro e vivano in una bolla uterina fusionale e asfissiante. L'idea dello stare insieme ricalca la simbiosi: mancano fortemente uno spazio dell'io, di cui ci si cura individualmente, e uno spazio distinto del Noi, responsabilità di entrambi; le dinamiche relazionali in DA somigliano alle dinamiche figlio-genitore, spesso interscambiabili nelle parti. In altri casi si trova la forma di codipendenza, in cui l'intento è apparentemente la volontà di salvare, aiutare il partner a sua volta dipendente (ad esempi da droghe, gioco d'azzardo, alcol,..); in questa modalità ricorre una dinamica vissuta nell'infanzia in cui l'individuo, al tempo bambino, si è dovuto prendere cura delle richieste emotive di un genitore (o di entrambi), ricoprendo il ruolo di adulto; ciò porta la persona a porsi nella relazione adulta come agente salvifico dell'altro (Canovi, 2022). Talvolta nelle DA le coppie sono bianche, ovvero non vi sono rapporti sessuali; nella relazione si cerca sicurezza e conforto (come da una mamma), ciò che manca viene appagato grazie a fonti esterne e frequente è la presenza di terzi (amanti). Lo sguardo verso un terzo avviene per necessità di provare nuove sensazioni, brividi e avventure sconosciute e sensazioni forti che vanno oltre il senso di sicurezza che invece viene fintamente appagato con la "relazione principale". Entrambi i bisogni di sicurezza e avventura costituiscono bisogni sani e umani, inerenti ai sistemi dell'attaccamento e dell'esplorazione, ma qui vengono rincorsi in maniera poco salutare. L'attaccamento inteso come tendenza naturale alla creazione di legami affettivi profondi con i simili tende a declinarsi in fasi simil-dipendenti che dimostrano la potenza intrinseca del legame

stesso. Le relazioni di DA sono caratterizzate da preoccupazioni di natura ossessivo compulsiva e da disinteresse per le conseguenze negative legate a questa condizione. È comune per chi soffre di questo disturbo risultare totalmente disinteressati al proprio benessere, mostrare ritiro sociale e perdita di interesse verso le persone e le attività che esulano dalla relazione, sperimentare problemi in ambito lavorativo o scolastico a causa dell'eccessivo impiego di energie volto alla relazione (Earp *et al.*, 2017).

Abbiamo visto come nelle dipendenze l'individuo metta in atto una difesa rispetto a una fragilità interiore: nella DA il vuoto percepito, la bassa autostima, un senso di inadeguatezza, spingono verso l'altro, come se lui/lei potesse essere la soluzione a questi buchi interiori. La dinamica è radicata in un comportamento interiorizzato e consolidato che viene ripetuto compulsivamente, fino a che non si riesce a non seguirlo. Come nel DUS diventa indispensabile assumere la sostanza (l'altro) con frequenza crescente e vi è la ripetizione del comportamento disfunzionale con frequenza sempre maggiore; a livelli patologici si instaura un circolo senza fine dove uno stimolo iniziale di emozione negativa (malessere, angoscia,...) fa scattare una richiesta di sollievo della tensione e ricerca di un piacere momentaneo che si traduce in una fase di *craving*, ovvero in un desiderio impulsivo e ossessivo che necessita di urgente soddisfazione. Questa dinamica sostiene il loop additivo della dipendenza. (Costa *et al.*, 2021; Griffiths, 2005; Sussman, 2010). L'individuo è fermamente convinto di non poter stare senza, di non poter vivere, procedere se non attuando il comportamento e continua a rincorrere il desiderio di appagamento incurante di tutti i risvolti negativi collegati. Dopo aver descritto il disturbo e i suoi sintomi si prova ora a spostare il focus sui fattori che ne favoriscono lo sviluppo.

2.3 Gli stili di attaccamento nell'adulto

La radice della DA non può attribuirsi a una relazione o una persona, ma va indagata nell'individuo e in particolare nella sua infanzia. Per chi soffre di questo disturbo, la relazione amorosa è vissuta come un surrogato sbilenco del legame genitoriale, distante dalla relazione sana che incontra, nutre, appaga, soddisfa i bisogni di entrambi. Discontinuità e problemi nell'interiorizzazione del legame di

attaccamento fanno permanere in una condizione di bisogno e dipendenza che continua ad autoalimentarsi. La mancata esperienza di relazioni sicure e protettive conduce a un probabile esito di richiesta di compensazione di tale mancanza nella relazione adulta con il partner. Se il proprio sviluppo non ha seguito una traiettoria completa in ambito affettivo, l'individuo rimane nostalgico della fusionalità genitoriale tipicamente esperita nei primi anni di vita. Questa stessa sensazione di unione fusionale verrà ricercata in un'altra figura (oppure in una sostanza o ancora in un comportamento cronicizzato), regredendo a uno stadio infantile, in cui si prova smarrimento senza il partner. Si è descritto come durante la fase di separazione impariamo a coniugare presenza e assenza dell'altro (genitore) e come questo processo venga conseguito mediante progressive sperimentazioni di allontanamento dalla base sicura e di esplorazione dell'ambiente. Nel dipendente affettivo questi passaggi non sono stati completati o compiuti a sufficienza poiché caratteristiche individuali (tratti di impulsività e regolazione emotiva), del genitore (congrua risposta ai bisogni e stimolazione all'autonomia) e del contesto sono risultati invalidanti. In maniera più o meno implicita la persona affetta da DA prova a riparare alle esperienze mancate e al proprio passato doloroso cercando di colmare i propri vuoti con sensazioni appaganti spinti da un bisogno, che si rivela essere un tentativo di autocura: aggrapparsi a qualcuno per sopperire a una mancanza. La radice del disagio può nascere da un vissuto di troppo (iper-gratificazione) o di troppo poco (non curanza), entrambe situazioni che portano a non essere visti; due condizioni diametralmente opposte che conducono a esiti analoghi, sovrapponibili poiché ogni eccesso comporta una carenza e così troppo e troppo poco risultano sinonimi (Canovi, 2022). Ciò può tradursi nel concreto in genitori denigranti o svalutanti o all'opposto in eccessi di attenzioni o dinamiche in cui il figlio viene vissuto come un simbolo sociale di riscatto: il bambino cresciuto chiederà al partner un risarcimento di quanto (si ritiene, anche inconsciamente) non avuto dai genitori. Seguendo quanto analizzato in tema di attaccamento, vediamo ora come le esperienze vissute durante l'infanzia conducano a una serie di prevedibili esiti nelle dinamiche relazionali in età adulta e a specifici comportamenti attuati per ottenere sicurezza. Gli strumenti che permettono di valutare l'attaccamento

in età adulta sono: l'*Adult Attachment Interview* (George, Kaplan, Main, 1985), l'*Adult Attachment Questionnaire* (Hazan, Shaver, 1987, 1995) e l'*Attachment Style Questionnaire* (Feeney, Noller, Hanrahan, 1994), tramite i quali si osserva come l'impatto emotivo, psicologico, cognitivo, generato dalle prime relazioni venga gestito dall'adulto utilizzando una serie di strategie rappresentative delle differenze individuali tra i diversi stili di attaccamento. La preferenza in termini di scelta del partner seguirà sua capacità di confermare l'immagine che si ha di sé e dell'altro creata nelle relazioni diadiche in età infantile (Stackert *et al.*, 2003).

Il bambino che ha sperimentato un attaccamento sicuro, caratterizzato da costanti rassicurazioni e continua presenza dell'adulto di riferimento, si rivolgerà da adulto a persone in grado di fargli sperimentare una relazione sana, basata su reciproca fiducia, volta alla continuità e durata nel tempo, bilanciata nella presenza di entrambe le parti e nei momenti individuali del singolo; il rapporto si concretizza in legami solidi e duraturi in cui vi è un bilanciamento tra il dare e l'avere dei due partner di interazione.

L'individuo che ha sviluppato un attaccamento insicuro ansioso è stato oggetto di un amore intermittente in età infantile e ha necessità di interagire con il partner per avere conferme continue. Nell'adulto ricorre il desiderio di sentirsi amato e protetto e il timore dell'abbandono, un'opinione di sé solitamente bassa e una base insicura del Sé da cui nasce una ricerca di rassicurazione continua anche in forma fisica rispetto all'altro. La vicinanza fisica e il contatto diventano mezzi di conferma così come la sessualità che può essere vissuta come uno strumento che permette di sentirsi più vicino all'altro, utilizzato per sopperire al proprio bisogno di attaccamento e al desiderio di sentirsi amato e protetto.

L'attaccamento insicuro evitante nasce da un'esperienza infantile in cui il genitore è stato (percepito) distante, tendente a ignorare le proprie richieste o a rifiutare le manifestazioni di bisogno di attenzione. L'adulto costruirà un'immagine di sé come incapace di suscitare amore o interesse o affetto nel partner, sentendosi in balia di sé stesso. L'individuo tenderà a rifuggire l'interazione, a non farsi coinvolgere emotivamente per evitare un possibile rifiuto e quindi il dolore e la delusione che ne conseguono. È presente (coscientemente o meno) una difficoltà a instaurare relazioni e portarle avanti nel tempo. I meccanismi di difesa messi in

atto sono degli atteggiamenti di distacco e freddezza che possono portare a un blocco emotivo di repressione delle emozioni e a conseguenti difficoltà relazionali. I contatti profondi e intimi intimoriscono e non sono ricercati; piuttosto sono predilette delle relazioni più superficiali e di natura non intima.

Il bambino che ha sperimentato traumi e una serie di disregolazioni emotive dell'adulto di riferimento ha interiorizzato un attaccamento di tipo insicuro disorganizzato, in cui la figura primaria non si è solo dimostrata incapace di prendersi cura del bambino ma ha rappresentato una fonte di timore. In questi casi possono esserci storie di violenza, maltrattamenti o abusi e una profonda condizione di deprivazione. Esperienze di questo genere incidono notevolmente sullo sviluppo della personalità del bambino che risulta maggiormente esposto allo sviluppo di forte instabilità emotiva e ampie e repentine oscillazioni del tono affettivo e di psicopatologie quali il disturbo di personalità borderline. La capacità dell'adulto di instaurare relazioni positive può risultare compromessa e quindi portare la persona a ricercare e instaurare relazioni non sane, violente o con forte componente disfunzionale. I conflitti e le difficoltà emotive esperite dalla persona possono aver contribuito a una scarsa realizzazione del sé personale.

Individui con uno stile di attaccamento ansioso-ambivalente hanno riportato un maggiore rischio per lo sviluppo di una DA (Feeney *et al.*, 1990). In un recente studio di Salani *et al.* (2022) che esamina le relazioni tra DA e disregolazione emotiva (gestione e modulazione delle emozioni), alessitimia (abilità di riconoscimento, differenziazione ed espressione delle emozioni) e stili di attaccamento, i risultati hanno dimostrato che il gruppo clinico di DA presenta livelli significativamente maggiori di disregolazione emotiva, alessitimia, alto controllo parentale e stile di attaccamento ansioso. Uno studio successivo di Gori *et al.* (2023) conferma una significativa relazione positiva tra stile di attaccamento adulto insicuro ansioso e DA. In uno studio condotto da Maglia *et al.* (2023) lo stile ansioso ambivalente è risultato un fattore predittore di dipendenza emotiva.

2.4 Verso una relazione sana: approcci terapeutici

Pur non essendo ad oggi riconosciuto con una specifica diagnosi (American Psychiatric Association, 2013), il disturbo di DA risulta considerabile come un

disordine mentale distinto secondo la consistente e crescente letteratura scientifica che lo riguarda, ma tuttavia non vi è ancora molta documentazione relativa ai trattamenti specifici applicabili. Per la diagnosi di una dipendenza comportamentale Griffiths (2005) propone la verifica della presenza di sei criteri: rilevanza, modifica dell'umore, tolleranza, astinenza, conflitto, ricaduta. Nella valutazione diagnostica di una dipendenza affettiva ci si può avvalere di diversi strumenti, fra cui il colloquio clinico e l'utilizzo di test come *il Love Addiction Inventory* (LAI), che attraverso 24 *items* indaga le componenti del modello di Griffiths (Costa *et al.*, 2019). Le strategie terapeutiche attuali e alcune prospettive di trattamento farmacologico sono state studiate da Sances *et al.*, (2018) in una ricerca di metanalisi sulla letteratura scientifica riguardante la DA. Dalle evidenze si evince come diversi autori considerino la psicoterapia come l'elemento cardine del trattamento della DA pur avendo pochi risultati a comprova dell'efficacia. L'approccio terapeutico più diffuso negli *US* sono i gruppi di auto aiuto, ma anche percorsi di psicoterapia psicodinamica si ipotizzano ben rispondenti alle problematiche transferiali e ai disturbi dell'attaccamento che caratterizzano la DA. Inoltre, nel trattamento del paziente andrebbe considerata una serie di aspetti neurobiologici connessi ai cicli di dipendenza, come l'alta attivazione di *arousal* sia in termini di emozioni positive che negative che fa scattare l'urgenza di assumere un comportamento o i correlati neurologici della disregolazione emotiva (Dineen *et al.*, 2023).

A prescindere dall'indirizzo teorico (sistemico, psicodinamico, cognitivo comportamentale,..) del trattamento psicoterapico individuale applicato, si discutono infine alcuni elementi chiave del percorso di comprensione e svincolo dal disturbo.

La condizione di sofferenza e fragilità della persona che soffre di DA deve essere tenuta in considerazione durante il trattamento per costruire un processo graduale di analisi. Superare la condizione di dipendenza dall'alto implica un passaggio attraverso l'indagine e la conoscenza di sé, del proprio passato e di come questo ha delineato degli schemi di comportamento ripetitivi. Questo processo scomodo impone di interrogarsi sul proprio vissuto, di portare la persona ad avere uno sguardo su di sé, a fare un'indagine per guarirsi anche da

solo. Il percorso può risultare lungo, molto doloroso e angosciante. Il DA può puntare a un alto controllo (illusorio) e può porsi cercando di continuare a compiacere l'altro, dando tutto il proprio tempo, il proprio denaro, la propria energia. La tendenza durante il percorso ma in generale nella vita dei DA sarà quella di prediligere la propria posizione anche se dolorosa pur di rimanere nel noto e non andare incontro a un cambiamento ignorando con disinteresse le conseguenze negative e invalidanti della propria condotta; permanere nella realtà conosciuta dà sicurezza e quindi alimenta il controllo. Nel quotidiano questa tendenza si traduce nella ripetizione di determinate strategie di coping, scarsa resilienza e quindi modesta flessibilità e adattabilità agli eventi sia quotidiani che occasionali di stress (Giacobbe *et al.*, 2024). Durante le sedute si porta l'individuo a conoscere e a far pace con la propria ferita, avere consapevolezza del proprio DNA emotivo e non essere più spaventato dalla realtà nuova, dalla possibilità, imparando anche a stare in uno spazio del senza. Incoraggiare l'esperienza con sé stessi, rompendo gli schematismi e promuovendo attività che puntano sulla creatività, sul nuovo, sulla meditazione, sui viaggi, può aiutare molto la persona a ricentrarsi, a migliorare l'autostima e il valore percepito, a ricostruire le proprie competenze sociali e di interazione, risultate a lungo danneggiate (Canovi, 2022). Aiutare a chiarire e far distinguere all'individuo le differenze tra la condizione di DA e le dinamiche relazionali funzionali è il primo passo di avvicinamento al nodo relazionale. Come detto, nella relazione sana due individui si incontrano e condividono una storia appagante dal punto di vista emotivo, intimo e fisico fin quando risulta positiva e valevole per entrambi mentre nelle storie di DA non vi è amore, ma suppliche di nutrimento, pretese di attenzioni, rifiuti e inseguimenti di due individui che si percepiscono di poco valore. Accompagnando la persona in un esame di realtà che fa capire, vedere dall'esterno, si porta a comprendere che la coppia è una scelta, e che tale scelta non intacca il valore intrinseco di ognuna delle parti. Nell'unione disfunzionale accade che entrambi proiettino sull'altro la figura genitoriale, ognuno in un modo inerente alle esperienze di accudimento vissute e che nessuna delle parti sia realmente disposta e interessata a un incontro profondo, ma più a inseguire un bisogno dell'altro che diventa specchio di sé stessi, oggettivato e insignito del significato di mezzo di autocura. Superare

questa condizione di appoggio significa aiutare la persona a ricentrarsi spostando lo sguardo su di sé imparando che nelle relazioni è importante che si mantenga nutrita la coppia innanzitutto lasciando fertile lo spazio dell'io, senza condividere tutto; le connessioni con l'altro seppur importanti non devono arrivare a invadere il proprio confine come quello altrui, o tendere a una fusionalità che rischia di far perde di vista chi si è, o ancora tradursi nell'obiettivo di accomodare solo l'altro. Va ricordato che entrambi i partner di queste coppie solitamente hanno una ferita narcisistica importante e posseggono quindi tratti in comune; i ruoli di "vittima" e "carnefice" non sono fissi e definiti ma ambivalenti e scambiabili. Non è giusto quindi distinguere in un buono e un cattivo ma entrambe le parti vanno considerate persone altamente ferite che possono essere più o meno consapevoli. Con la terapia si incoraggia a indagarsi e a sperimentare una nuova modalità di incontro per scelta, non per bisogno.

Negli individui che soffrono di DA, l'alleanza tra paziente e terapeuta consente di costruire un percorso di collaborazione e di sforzo congiunto volto all'inibizione delle difese e all'accettazione degli aspetti dolorosi che compongono il disturbo; inoltre permette di esplorare emozioni e sentimenti inconsci portandoli alla luce insieme alle esperienze e resistenze a essi correlate, che frenano l'uscita da questa condizione di sofferenza (Hills, 2020).

Conclusione

La dipendenza affettiva risulta un disturbo multidimensionale nel quale convergono distorsioni nei meccanismi di difesa, negli schemi relazionali, nelle proiezioni sugli altri e le cui radici portano a guardare all'infanzia della persona. Poiché gli esiti possono risultare lievemente compromettenti o fortemente invalidanti in più ambiti di vita, il disturbo va attenzionato, correttamente valutato da un professionista e, se necessario, seguito mediante un percorso mirato. I tratti che caratterizzano la DA richiamano aspetti dell'organizzazione *borderline* e del disturbo narcisistico di personalità, come una bassa autostima, instabilità emotiva, una richiesta di conferma nell'altro, una forte insicurezza e una scarsa attenzione rivolta a sé. La DA, in quanto dipendenza comportamentale, presenta analoghe dinamiche psicologiche e comportamentali delle dipendenze da sostanze. Gli studi analizzati hanno evidenziato come lo stile di attaccamento insicuro sia legato allo sviluppo di una dipendenza, anche di dipendenza affettiva, agendo da fattore di rischio; in questi casi l'individuo che si percepisce poco valevole instaura uno schema che funge da tentativo di autocura, tramite il quale cerca di tamponare il malessere esperito mediante il proprio oggetto di dipendenza. Nel caso di una dipendenza comportamentale ciò si traduce nella reiterazione di un comportamento e nello specifico della DA si concretizza nell'ossessione per l'altro, senza il quale l'individuo non riesce a vivere. Gli studi analizzati presentano talvolta delle limitazioni sull'ampiezza del campione o sulla disomogeneità della popolazione considerata. Date queste condizioni i risultati non debbono automaticamente essere generalizzati ma considerati criticamente. Il disturbo stesso di dipendenza affettiva non è ad oggi riconosciuto tramite specifica diagnosi e pur essendoci alcuni questionari che aiutano nell'inquadramento del disturbo, risulta molto scarsa la letteratura che riguarda il trattamento terapeutico o farmacologico. Non è stato trovato materiale che tratta il tema della prevenzione in contesto familiare o scolastico. La possibilità di informarsi all'interno del nucleo domestico o a scuola diffonderebbe una conoscenza specifica molto importante per costruire e affinare strumenti di corretta lettura e gestione delle relazioni e in generale per alfabetizzare la società sul tema delle relazioni romantiche e abbandonarne gli stereotipi.

Bibliografia

1. Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. *Strange Situation Procedure (SSP)*. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t28248-000>
2. American Psychiatric Association (2013). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5. Tr.it. Milano: Raffaello Cortina.
3. Andreassen, C. S., Griffiths, M. D., Hetland, J., & Pallesen, S. (2012). Development of a work addiction scale. *Scandinavian journal of psychology*, 53(3), 265–272. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2012.00947.x>
4. Andreassen, C. S., Griffiths, M. D., Pallesen, S., Bilder, R. M., Torsheim, T., & Aboujaoude, E. (2015). The Bergen Shopping Addiction Scale: reliability and validity of a brief screening test. *Frontiers in psychology*, 6, 1374. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01374>
5. Andreassen, C. S., Billieux, J., Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Demetrovics, Z., Mazzoni, E., & Pallesen, S. (2016). The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(2), 252–262. <https://doi.org/10.1037/adb0000160>
6. Beebe, B., Lachmann, F.M. (2003). *Infant Research e trattamento degli adulti. Un modello sistemico-diadico delle interazioni*. Milano: Raffaello Cortina.
7. Beebe, B., Lachmann, F.M., (2015). *Le origini dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina.
8. Brummelman, E., Thomaes, S., Nelemans, S. A., Orobio de Castro, B., Overbeek, G., & Bushman, B. J. (2015). Origins of narcissism in children. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 112(12), 3659–3662. <https://doi.org/10.1073/pnas.1420870112>

9. Burkett, J. P., & Young, L. J. (2012). The behavioral, anatomical and pharmacological parallels between social attachment, love and addiction. *Psychopharmacology*, 224(1), 1–26. <https://doi.org/10.1007/s00213-012-2794-x>
10. Canovi, A. G., (2022). Di troppo amore. Fuori dal labirinto della dipendenza affettiva, Sperling & Kupfer
11. Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 228–283. <https://doi.org/10.2307/1166148>
12. Coffman, E., & Swank, J. (2021). Attachment Styles and the Family Systems of Individuals Affected by Substance Abuse. *The Family Journal*, 29(1), 102–108. <https://doi.org/10.1177/1066480720934487>
13. Costa, S., Barberis, N., Griffiths, M. D., Benedetto, L., & Ingrassia, M. (2021). The Love Addiction Inventory: Preliminary findings of the development process and psychometric characteristics. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(3), 651–668. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00097-y>
14. De Coro, A., & Ortu, F. (2010). Psicologia dinamica: i modelli teorici a confronto. Gius. Laterza & Figli Spa.
15. Earp, B.D., Wudarczyk, O.A., Foddy, B., & Savulescu, J. (2017). Addicted to Love: What Is Love Addiction and When Should It Be Treated? *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 24(1), 77-92. <https://doi.org/10.1353/ppp.2017.0011>.
16. Feeney, J. A., & Noller, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(2), 281–291. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.2.281>
17. Giacobbe, C., Maggi, G., Borrello, L., Barone, A., Mastromarino, C., Antonelli, P., Santangelo, G., (2024). Psychological and cognitive complaints in individuals with love addiction, *Journal of Affective Disorders Reports*, Volume 16, 2024, 100785, ISSN 2666-9153, <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2024.100785>

18. Gori, A., Russo, S., & Topino, E. (2023). Love Addiction, Adult Attachment Patterns and Self-Esteem: Testing for Mediation Using Path Analysis. *Journal of Personalized Medicine*, 13(2), 247. <https://doi.org/10.3390/jpm13020247>
19. Griffiths, M. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191–197. <https://doi.org/10.1080/14659890500114359>
20. Hill, L. A. (2022). Addicted to Love: Exploring an Attachment Approach to Treat Addiction in Couples. The Chicago School of Professional Psychology ProQuest Dissertations & Theses, 29399137
21. Horton, R. S. (2011). On environmental sources of child narcissism: Are parents really to blame? In C. T. Barry, P. K. Kerig, K. K. Stellwagen, & T. D. Barry (Eds.), *Narcissism and Machiavellianism in youth: Implications for the development of adaptive and maladaptive behavior* (pp. 125–143). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12352-007>
22. Kealy, D., Hewitt, P.L., Cox, D.W. *et al.* (2023) Narcissistic vulnerability and the need for belonging: Moderated mediation from perceived parental responsiveness to depressive symptoms. *Curr Psychol* 42, 2820–2826. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01644-4>
23. Kienast, T., Stoffers, J., BERPohl, F., & Lieb, K. (2014). Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. *Deutsches Arzteblatt international*, 111(16), 280–286. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0280>
24. Kring, A., Johnson, S. L. (2023), *Psicologia Clinica*, Sesta edizione italiana, Zanichelli.
25. Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. University of Chicago Press.

26. Liese, B. S., Kim, H. S., & Hodgins, D. C. (2020). Insecure attachment and addiction: Testing the mediating role of emotion dysregulation in four potentially addictive behaviors. *Addictive behaviors*, *107*, 106432. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106432>
27. Luyten, P., Campbell, C., Fonagy, P. (2019 May 23). Borderline personality disorder, complex trauma, and problems with self and identity: A social-communicative approach. *J Pers.* 2020 Feb;88(1):88-105. <https://doi.org/10.1111/jopy.12483>.
28. Maglia, M. G., Lanzafame, I., Quattropani, M. C., & Caponnetto, P. (2023). Love Addiction - Current Diagnostic and Therapeutic Paradigms in Clinical Psychology. (v2). *Health psychology research*, *11*, 70218. <https://doi.org/10.52965/001c.70218>
29. Mahler, M. S. (1971). A Study of the Separation-Individuation Process: And its Possible Application to Borderline Phenomena in the Psychoanalytic Situation. *The Psychoanalytic Study of the Child*, *26*(1), 403–424. <https://doi.org/10.1080/00797308.1971.11822279>
30. Perrotta, G. (2021). Affective Dependence: From Pathological Affectivity to Personality Disorders: Definitions, Clinical Contexts, Neurobiological Profiles and Clinical Treatments. *Health Sciences*, *2* (2021). <https://doi.org/10.15342/hs.2020.333>
31. Redcay, A., & Simonetti, C. (2018). Criteria for love and relationship addiction: Distinguishing love addiction from other substance and behavioral addictions. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment & Prevention*, *25*(1), 80–95. <https://doi.org/10.1080/10720162.2017.1403984>
32. Salani, A., Antonelli, P., Salvatori, G., Gritti, M.C., Bisciglia, R., Mascherini, F., & Dèttore, D. (2022). Love Addiction, Emotional Dysregulation and Attachment Bonds: A Quantitative Study of 344 Females. *Sexual Health & Compulsivity*, *29*, 127 - 148. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2024.100255>

33. Sanches, M., & John, V. P. (2019). Treatment of love addiction: Current status and perspectives. *The European Journal of Psychiatry*, 33(1), 38–44. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2018.07.002>
34. Stackert R. A., Bursik K. (2003). Why am I unsatisfied? Adult attachment style, gendered irrational relationship beliefs, and young adult romantic relationship satisfaction. *Personality and Individual Differences.*; 34(8):1419–1429. doi:10.1016/s0191-8869(02)00124-1
35. Sussman, S. (2010). Love addiction: Definition, etiology, treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment & Prevention*, 17(1), 31–45. <https://doi.org/10.1080/10720161003604095>
36. Sussman S, Lisha N, Griffiths M. (2011) Prevalence of the Addictions: A Problem of the Majority or the Minority? *Evaluation & the Health Professions.*;34(1):3-56. doi:[10.1177/0163278710380124](https://doi.org/10.1177/0163278710380124)
37. Thaxton, L., (2016). Physiological and psychological effects of short-term exercise addiction on habitual runners. *J. Sport Psychol.* 4 (1), 73–80. <https://doi.org/10.1123/jsp.4.1.73>.
38. Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monographs of society for Research in Child Development.* vol 59 (2-3):25-52. PMID: 7984164.
39. Timmreck, T. C. (1990). Overcoming the loss of love: Preventing love addiction and promoting positive emotional health. *Psychological Reports*, 66, 515–528
40. Venuti, P., Simoncelli, A., Rigo, P., (2018). Basi biologiche della funzione genitoriale. Capitolo 5 pp 99-120. Raffaello Cortina Editore.
41. Wright, A. G. C., Hopwood, C. J., Skodol, A. E., & Morey, L. C. (2016). Longitudinal validation of general and specific structural features of personality pathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(8), 1120 - 1134. <https://doi.org/10.1037/abn0000165>