

Erica Pugliese, Angelo Maria Saliani, Francesco Mancini

UN MODELLO COGNITIVO DELLE DIPENDENZE AFFETTIVE PATOLOGICHE

Erica Pugliese. Associazione Psicologia Cognitiva, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Associazione “Millemé” Violenza di Genere e Dipendenze Affettive. erica.pugliese@gmail.com

Angelo Maria Saliani. Associazione Psicologia Cognitiva, Scuola di Psicoterapia Cognitiva. saliani@apc.it

Francesco Mancini. Associazione Psicologia Cognitiva, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Università Guglielmo Marconi, Roma. mancini@apc.it

{Ricevuto il 29 gennaio 2019; Accettato per la stampa il 26 febbraio 2019}

Riassunto. Negli ultimi anni le dipendenze affettive come forma di sofferenza psicopatologica hanno raccolto sempre più attenzione, pur non essendo riconosciute fra i sistemi nosografici ufficiali.

Il presente articolo ha l’obiettivo di definire il costrutto di dipendenza affettiva, tracciare il profilo del dipendente affettivo tipico in termini di scopi, coping disfunzionali, fattori di mantenimento e introdurre il ruolo del conflitto intrapsichico (esterno, semplice o akrasico) nella spiegazione della sofferenza psicopatologica. Questo lavoro rappresenta il punto di partenza per un progetto più ampio, finalizzato a costruire un protocollo cognitivo-comportamentale per la riduzione della morbilità e degli esiti subiti in termini di disturbi della salute mentale.

Parole chiave: dipendenza affettiva, co-dipendenza, dipendenza emotiva, relazioni violente, violenza domestica, stalking

A COGNITIVE MODEL OF PATHOLOGICAL AFFECTIVE DEPENDENCE

Summary. In recent years the Pathological Affective Dependence (PAD) has undergone considerable analysis as a form of psychopathological suffering although it is not officially recognized among the nosographic systems. This article aims to define the construct of PAD, to track the profile of the affective dependent using a framework of goals, beliefs, dysfunctional behaviors, maintenance factors and intrapsychic conflicts (external, simple or akrasic) as an explanation to the psychopathological suffering. This work is part of a broader project aimed at building a cognitive-behavioral protocol that reduces morbidity and the suffering of patients with PAD.

Keywords: affective dependence, co-dependence, emotional dependence, abusive relationship, domestic violence, abusive partner.

Introduzione

Negli ultimi decenni, il tema delle dipendenze affettive ha conosciuto un notevole sviluppo. A questo si affianca, dal punto di vista clinico, un crescente numero di pazienti che si rivolgono a psicoterapeuti e/o psichiatri in seguito alla comparsa di sintomi depressivi e ansiosi riconducibili a relazioni intime disfunzionali. Nonostante l'universalità del tema, l'impennata d'interesse e delle richieste di trattamento tale problematica non è stata ancora riconosciuta dai sistemi nosografici ufficiali e lo stato dell'arte sulle dipendenze affettive rimane discrasico: è assente una definizione univoca, non si conoscono l'etiologia, i sintomi, le determinanti cognitive e comportamentali e manca un protocollo di trattamento adeguato in termini di efficacia. Di questo costrutto sappiamo solo che esiste, ricopre un ruolo importante nella definizione del caso, spiega una lunga serie di sintomi clinici, ricorre parallelamente in numerosi disturbi psichiatrici e che questa condizione è chiamata *love addiction*, amore immaturo, co-dipendenza (Gayol, 2015), dipendenza relazionale, dipendenza affettiva (Borgioni, 2015) o dipendenza affettiva patologica (Fernandez-Alvarez, 2002), confondendo anche sulla stessa denominazione del fenomeno.

Che cosa è dunque la dipendenza affettiva? Come si spiega questa condizione? Chi è il dipendente affettivo? Sono queste le domande alle quali quest'articolo proverà a rispondere, cercando di sintetizzare quanto presente in letteratura e tentando altresì di proporre un modello cognitivo del funzionamento psico-patologico.

La presente tesi sostiene l'idea che la dipendenza affettiva sia un fattore trans-diagnostico e dunque una disfunzione della relazione potenzialmente rintracciabile in diverse personalità, non necessariamente patologiche, secondo i criteri stabiliti nel DSM 5. In condizione di dipendenza affettiva, la soddisfazione di bisogni fondamentali, verrebbe meno pur di mantenere la relazione patologica con conseguenze importanti sul benessere della persona. La specialità di questa relazione è la presenza di un conflitto nevrotico fra lo scopo di voler rimanere nella relazione e quello vissuto come terrifico di chiuderla, che spesso il dipendente affettivo risolve ricercando nuovamente la stessa relazione o una simile e fantasticando un eventuale cambiamento che il più delle volte non avviene. L'illusione del dipendente affettivo diviene nel tempo un potente anestetico che può congelare la relazione a lungo con conseguenze anche gravi, come quando il rapporto degenera nella violenza (fisica o psicologica) o si decide di porre fine alla sofferenza con gesti estremi come il suicidio o l'omicidio-suicidio del quale purtroppo le cronache sono ancora oggi piene.

E' evidente l'urgenza di un'analisi scientifica e chiarificatrice della condizione di dipendenza affettiva, non solo ai fini degli esiti clinici ma anche in termini sociali per combattere un fenomeno che ancora oggi presenta un conto eccessivamente salato. Basti pensare che nel 2018 in Italia, ogni giorno, una persona su tre muore per mano di un partner o ex partner e nel corso della loro vita circa 3 milioni di persone hanno subito una qualche forma di violenza. Si stima che il numero di coloro che non fanno parola dei maltrattamenti ancora sia elevatissimo (Dati Instat, 2018).

Questo lavoro rappresenta il punto di partenza per un progetto più ampio, finalizzato a costruire un modello di trattamento sulla base di scopi, credenze e comportamenti disfunzionali del dipendente affettivo e di un protocollo cognitivo-comportamentale per la riduzione della morbilità e degli esiti subiti in termini di disturbi della salute mentale.

Che cosa è la dipendenza affettiva patologica?

Storicamente il costrutto di dipendenza affettiva è stato introdotto negli anni 50 per la prima volta usando il termine di co-dipendenza e con riferimento a compagni o in genere ai familiari di dipendenti da alcol che sembravano vivere un malessere comune e invalidante. Tale condizione si caratterizzava per la tendenza a prendersi eccessivamente cura di un altro problematico, in genere il partner o il genitore alcolizzato, sacrificando la propria vita. Per questa ragione, per i familiari di dipendenti da alcol furono creati dei gruppi di auto-aiuto chiamati *Al-Anon/Alateen* e *Al-Anon Family Groups*, mettendo per la prima volta in risalto

una condizione psicopatologica che oggi sappiamo essere non necessariamente collegata al solo abuso di sostanze. Da quel momento, il costrutto di dipendenze affettive è entrato a pieno titolo nel gergo comune e in quello della psicopatologia, come abbiamo visto con una molteplicità di nomi e definizioni. Tra le varie denominazioni presenti in letteratura, quella di dipendenza affettiva patologica (*Pathological Affective*, PAD) sembra essere quella più vicina al fenomeno che andremo a spiegare, per la distinzione apportata al costrutto di dipendenza che può divenire maladattiva in circostanze particolari. Va specificato infatti che la dipendenza in sé non ha un valore negativo: bisogni come quello di approvazione, stima, conferma, ammirazione o protezione e accudimento sono universalmente riconosciuti come fondamentali e necessitano anche degli altri per la loro soddisfazione (e.g., Maslow, 1943; Bowlby, 1969). Questi possono renderci dipendenti dall'altro e legati al contesto e alle circostanze relazionali senza ripercussioni negative sulla salute mentale dei partner (Guerreschi, 2011). Sono la frustrazione continuata di questi bisogni mediante un disconoscimento della loro importanza durante l'infanzia, eventuali esperienze traumatiche come violenza familiare, perdite affettive precoci o convivenza prolungata con persone con una sofferenza fisica o psichica (Potter-Efron, 1989, Gayol, 2015) o ancora ambienti iperprotettivi che possono compromettere la buona salute fisica e mentale e, nella vita adulta, essere predittivi di relazioni caratterizzate da dipendenza affettiva patologica. La dipendenza dunque può essere considerata come un fenomeno etologicamente adattivo e appropriato in alcuni contesti ma che, solo in alcune situazioni cliniche, può condurre a un funzionamento maladattivo personale e sociale (Nicolò e Carcione, 1996). Henderson e Cunningham (1993) hanno dimostrato infatti un'associazione negativa della dipendenza affettiva con autostima, soddisfazione per la vita e positiva con i sintomi depressivi (Albano e Gulimanoska, 2006; Guerreschi, 2011).

Alla luce di quanto detto, e in base all'osservazione clinica, è possibile definire la PAD un fenomeno relazionale nel quale un individuo sembra avere un legame apparentemente irrinunciabile con un partner problematico. Questo legame si caratterizza per la presenza nel tempo di abusi, violenza e/o manipolazioni perpetrati da uno o da entrambi i partner ed è per almeno uno dei due fonte di sofferenza: chi soffre crede di non essere in grado di porre termine alla relazione e/o di tollerare che sia l'altro a decidere di separarsi. Quando questo scenario è minacciato, provano ansia e sono disposti a tutto per prevenirlo, mentre quando è attuale provano disperazione e/o rabbia e tendono a fare il possibile per recuperarlo e/o eliminare il distress emotivo che ne deriva. La relazione che si verrebbe a stabilire si qualificerebbe per la presenza di un conflitto intrapsichico, non sempre consapevole nella mente del dipendente affettivo. Come vedremo in dettaglio di seguito, è possibile ipotizzare tre tipi di conflitto (esterno, semplice, akrasico) la cui evoluzione può seguire un processo a 4 stadi.

La PAD inoltre si può generare all'interno di una qualsiasi relazione che sia d'amore, d'amicizia o genitoriale ed eventualmente anche in ambito lavorativo o nella relazione terapeutica (Gayol, 2015; Borgioni, 2015). In genere, i confini tra gli individui coinvolti nella condizione patologica appaiono non bilanciati e a sfavore del dipendente affettivo che lentamente si annullerà per soddisfare i bisogni di un altro maltrattante in un vortice di dolore. I maltrattamenti che i dipendenti affettivi subiscono o agiscono comprendono tutte quelle forme di violenza, da quella psicologica e fisica a quella sessuale e atti persecutori come lo *stalking* e il femminicidio.

Prima di introdurre il modello cognitivo della PAD è importante porre l'accento sul ruolo ricoperto dalla cultura e dalla società nell'influenzare la scelta del partner e il prototipo di relazione di coppia (Henderson e Cunningham, 1993) incoraggiando l'attaccamento duraturo, la realizzazione di sé nel matrimonio e il ruolo spesso subordinato e dipendente della donna. I messaggi e le immagini veicolate dai mass media di famiglia felice e amore romantico promuovono inoltre norme e valori sul tipo di relazione che si dovrebbe stabilire (Young-Bruehl, 2003) che il più delle volte non coincidono con la realtà della vita. La PAD potrebbe dunque essere supportata dai processi d'apprendimento sociale ed essere poi influenzata dai messaggi e dalle immagini fornite dai mass media o da altri eventi culturali in termini di stereotipi di genere.

Alcuni autori (per esempio, Guerreschi, 2011) ritengono che fino a quando la PAD non verrà riconosciuta come entità nosografica è opportuno utilizzare i criteri del disturbo dipendente di personalità (DDP) per fare diagnosi. Questa sembra essere una grossa limitazione per lo sviluppo di un trattamento efficace della PAD, prima di tutto perché se è vero che gli individui con DDP possono sviluppare una PAD non è altrettanto vero il contrario. Inoltre la PAD essendo un sintomo multidimensionale e trasversale è rintracciabile in diversi disturbi di personalità. Attraverso l'analisi della letteratura è possibile affermare che, oltre al dipendente affettivo, inteso come personalità con disturbo dipendente, esiste un'ampia gamma di soggetti non affetti da alcuna patologia o che non soddisfano criteri diagnostici così come definiti dall'APA (2013) per il DDP che possono sviluppare relazioni patologiche caratterizzate da dipendenza e malessere psicologico, sociale e lavorativo.

A questo punto, è lecito domandarsi che cosa accade nella mente del dipendente affettivo, cosa lo spinge a rinunciare al suo benessere pur di mantenere una relazione insoddisfacente? Per rispondere a questa domanda, è possibile fare riferimento alla teoria degli scopi e alla loro centralità nella spiegazione dello sviluppo dei sintomi psicopatologici.

Un modello cognitivo delle Dipendenza Affettive Patologiche

Caratteristica del dipendente affettivo è il timore di separarsi o che sia l'altro a porre fine alla relazione e, quando la separazione è quindi lo scopo della dipendenza è minacciato, la tendenza è a ricercare nuovamente la relazione per ridurre lo stress emotivo e l'angoscia che prova, sentimenti ancora più intollerabili del malessere generato dalla relazione stessa. Questa condizione diviene comprensibile alla luce della teoria degli scopi e porta in primo piano il ruolo del conflitto fra scopi nella spiegazione della psicopatologia (Mancini, 2016). La condizione del dipendente affettivo può essere infatti spiegata come la conseguenza di un conflitto intrapsichico che il più delle volte si risolve con la persona che sceglie di non separarsi ritenendo il legame irrinunciabile nonostante stia compromettendo la sua salute psicologica/o fisica, con derive negative nell'ambito relazionale, familiare e del lavoro.

E' possibile ipotizzare tre scenari di conflitto:

- Il primo conflitto non vive nella persona ma solo negli occhi di un osservatore esterno (per esempio, un familiare, un amico o un terapeuta, ecc.). La dipendenza è dunque ego-sintonica e la persona sceglie di non separarsi poiché ritiene, secondo i suoi valori, i vantaggi del rimanere nella relazione come maggiori dei costi.

- Il secondo tipo di conflitto possiamo definirlo semplice o a corrente alternata. In esso la persona oscilla fra stati mentali diversi: per esempio, lo stesso evento, ovvero la possibilità di separarsi, viene valutato positivamente rispetto allo scopo di ritornare a stare bene ponendo fine alla relazione e negativamente rispetto ad altri, come perdere una guida esclusiva o l'amore del proprio compagno. Dato che gli stati mentali si attivano in modalità separata, è possibile che si passi da una condotta all'altra, favorendo da una parte la separazione e, dall'altra, facendo di tutto per evitarla, senza riuscire a integrare in maniera coerente gli stati mentali e le condotte che ne derivano. Per smettere di soffrire la persona minaccia la separazione o si separa, ma ben presto il dolore della perdita e il vuoto percepito come terrifico si fa sentire costringendo il dipendente a rintanarsi nella relazione patologica.

- Il terzo conflitto si caratterizza per una condizione di akrasia intesa come l'oscillazione all'interno dello stesso stato mentale dovuta alla sovrapposizione di due scopi tra loro molto diversi come ad esempio il volersi separare per il malessere provato e il volere a tutti i costi indugiare nella relazione per non rimanere soli. Mancini e Giacomantonio (2018) affermano che la modalità di risoluzione di questo di conflitto può essere spiegata alla luce della *Construal Level Theory* (Lieberman e Trope, 2008; Trope e Liberman, 2010), al concetto di distanza psicologica (temporale, spaziale, sociale e ipotetica) e al fenomeno del *temporal discount* (Frederick et al. 2002): quello che infatti accade spesso nei pazienti con dipendenza affettiva è che venga preferito un bene minore ma immediato (come la riduzione tempestiva dell'ansia e del dolore dovuto alla separazione attraverso il ricongiungimento con il partner) a discapito di uno molto più grande ma lontano nel tempo (come la possibilità di ritornare a stare bene da soli o in una relazione non patologica). In genere quindi più uno scopo è

prossimo su ognuna delle quattro diverse distanze e in particolar modo rispetto a quella temporale più verrà preferito a discapito anche di uno più importante ma non così immediato. Il dipendente affettivo, infine, oltre a vedersi frustrato uno degli scopi coinvolti soffre anche per la consapevolezza della loro co-presenza e prova incertezza, sensazione d'inadeguatezza e sfiducia nella risoluzione: non è infrequente che la persona che si tormenta in questo tipo di conflitto, crolli in uno stato di profonda depressione e vuoto che risolve impulsivamente tornando sui suoi passi, confermando la sua inabilità a uscire dalla relazione.

Nel modello cognitivo delle dipendenze affettive si mette dunque in evidenza il ruolo del conflitto nella sofferenza psicopatologica, perché è proprio alla luce dei tentativi di soluzione impiegati dalle persone invischiate in questo tipo di relazioni che vengono adottati comportamenti disfunzionali con costi nel breve e nel lungo termine anche importanti come quando la persona pone fine alla propria vita o a quella del partner che lo ha "rifiutato".

Sulla base di questo modello di seguito è presentato il prototipo di dipendente affettivo, riprendendo alcune descrizioni già presenti in letteratura ma articolandole secondo la prospettiva cognitivista.

Chi è il dipendente affettivo?

Anna, 39 anni, si presenta in studio fortemente depressa. E' stata tradita per l'ennesima volta, è stanca di perdonare il suo compagno, vorrebbe lasciarlo ma il dolore della perdita è troppo. Sa che non le fa bene ma riferisce di non poter fare a meno di lui.

Marta, 55 anni, separata, soffre di attacchi di panico. E' la mamma di un giovane adulto con un disturbo ossessivo compulsivo gravissimo. Da quando il figlio si è ammalmato non esce più di casa per eseguire i rituali richiesti dal figlio: lo veste, lo sveste anche trenta volte al giorno, gli lava i denti, chiude e apre le tapparelle di casa fino a quando è soddisfatto, per fare qualche esempio. Se si rifiuta, lui l'umilia e l'accusa di essere di una madre cattiva. Vorrebbe potersi rifare una vita, aver del tempo per se stessa, ma all'idea di vedere soffrire il figlio, si terrorizza e piuttosto che sentirsi in colpa sceglie di sacrificarsi. Pensa, differentemente dal marito, che questa situazione sia la normalità di ogni madre, che sacrificarsi completamente sia quello che farebbe qualsiasi persona al posto suo.

Laura, 43 anni, è una professionista affermata, appassionata di viaggi. Ha avuto una relazione di due anni e mezzo con un uomo violento e dipendente da sostanza, che manteneva anche economicamente. Laura nonostante lo abbia denunciato due anni fa, non si capacita del fatto che non riesce a distaccarsene e ciclicamente pensa di tornare dal suo aguzzino.

Luca, 35 anni, dopo aver chiuso e riaperto la relazione con una donna descritta come fredda e anaffettiva, viene lasciato, crollando in una grave depressione. Luca, inizierà a seguire la compagna prima sotto casa e, inseguito all'ordinanza restrittiva per il reato di stalking che non gli permetteva di avvicinarsi, ha iniziato a controllare continuamente la donna mediante account fake sui vari social network, senza che questa ne sapesse nulla. Oscilla da momenti nei quali si dispera per la sua perdita a momenti nei quali medita la vendetta, come risarcimento al danno subito.

Antonio, 28 anni, è un ragazzo brillante, disponibile e dai toni gentili. Colpisce quindi, fin dalla prima seduta, il racconto delle numerose esplosioni di rabbia che si sono verificate nell'ultimo anno. Alcuni episodi sono degenerati in condotte violente (dal punto di vista fisico e verbale) verso la sua ex-compagna, borderline e ossessiva, che non perde occasione per svalutarlo e della quale Antonio si prende cura completamente da sei anni con grandi sacrifici economici e infinite rinunce lavorative. L'uomo è depresso, vorrebbe riconquistare il perdono della compagna e rinunciare per l'ennesima volta al lavoro tanto agognato per poterle stare nuovamente vicino. Ma è consapevole che quando si concretizza l'idea di tornare con lei, si sente oppresso e prova rabbia.

Cosa hanno in comune queste persone? Tutti i casi descritti condividono la condizione già definita di dipendenza affettiva patologica e quindi la presenza di un conflitto intrapsichico che conduce la persona a ritenere il legame irrinunciabile nonostante stia compromettendo anche gravemente la salute psicologica, con derive nell'ambito relazionale, familiare e del lavoro. Laura, per esempio, nonostante la ciclica violenza fisica e psicologica del compagno,

non riesce a distaccarsene e soffre di clinomania: il letto è per lei l'unico conforto momentaneo all'angoscia dovuta alla separazione. Vorrebbe chiudere definitivamente con il suo compagno, sa che questa persona non le fa bene, eppure medita di tornare da lui pensando che questa volta sarà diverso. Luca invece continua a cercare Maria e a sentire il bisogno di sapere cosa sta facendo, con chi sta, se è felice, eppure appena ottiene informazioni su di lei crolla in un fortissimo stato depressivo, piange tutto il tempo, la ricerca disperatamente e minaccia di farla finita. Ma per quale ragione non riescono a separarsi nonostante la tossicità di quello che vivono o che hanno vissuto? Cosa pensano? Come si comportano? Nel paragrafo successivo, proveremo a rispondere a queste domande fornendo una descrizione dettagliata del dipendente affettivo per la prima volta in termini di determinanti cognitivi.

Il prototipo del Dipendente Affettivo

La presente analisi fornirà un identikit cognitivo-comportamentale del dipendente affettivo tipico (DAT) sulla base dell'osservazione clinica e delle descrizioni presenti in letteratura.

Il DAT si rivolge generalmente al clinico con il fine dichiarato di comprendere:

1. Che cosa vuole veramente da un partner o un ex-partner
2. Perché maltratta il partner o viene maltrattato – dal punto di vista psicologico, emotivo, economico, fisico e/o sessuale
3. Come mai torna (o resta) in una relazione patologica nonostante sia ben consapevole della sofferenza che quella relazione le/gli causa.
4. Perché continua a scegliere partner sbagliati.

Nel DAT sembrano albergare più istanze: se da una parte possiamo rappresentarlo come un individuo indipendente, gentile e accomodante dall'altra sarà possibile riconoscere la presenza di un suo opposto dipendente, aggressivo e impulsivo.

Lo **scopo** del DAT è quello di garantirsi la vicinanza, sentirsi necessario ed essere amato da un altro poco o per niente disponibile, fragile e/o maltrattante (sul piano psicologico, emotivo, fisico, sessuale e/o economico) verso il quale sviluppa una vera e propria ossessione. Compagni particolarmente accudenti lo opprimono mentre preferisce partner sfuggenti o distanzianti, tanto che, il tipo che lo ama o che risponde positivamente ai suoi bisogni è spesso descritto come "noioso". Quest'ultimo aspetto conduce a un'interpretazione del fenomeno delle dipendenze affettive distante dalle spiegazioni presenti a oggi in letteratura che inquadrano questo disturbo come l'effetto di un bisogno profondo di accudimento simile a quello del Disturbo Dipendente di Personalità. Se, infatti, lo scopo principale del DAT fosse di essere accudito, non si annoierebbe con un partner che cura con attenzione i suoi bisogni. La sfida del DAT sembra invece essere un'altra: amare e cambiare/salvare qualcuno emotivamente fragile, violento e irraggiungibile, simile al proprio genitore problematico (alcolizzato o con in genere con un disturbo cronico), o ancora per l'identificazione con una madre o un padre non amati.

Il restare nella relazione, nonostante il malessere vissuto, ha origine nel desiderio inconscio di riscatto ai traumi vissuti durante l'infanzia di privazione emotiva o abusi. L'adulto DAT potrebbe essere stato un bambino che per la sua stessa sopravvivenza non poteva perdere l'amore del genitore anche se maltrattante. Potrebbe essere stato un bambino identificato con l'altro genitore, quello con la *mission* di amore e sacrificio verso il partner problematico, o un bambino votato ad amare e salvare il genitore problematico, disprezzato e allontanato dal partner. Il ruolo giocato dall'altro genitore sembra, in altri termini, decisivo nelle dinamiche di sviluppo psicologico del futuro DAT.

Per raggiungere i suoi scopi, il DAT mette in atto una serie di strategie e **comportamenti disfunzionali**. Per esempio, recita un ruolo cristallizzato nella coppia che per lo più è il riflesso di quello che il partner vorrebbe. E' molto abile nel capire cosa esattamente una persona desidera o ha bisogno e con la stessa velocità fa inizialmente emergere solo le qualità desiderate dal compagno. Assume spesso il ruolo di supereroe, diviene un abile aiutante,

sempre disponibile verso l'altro, in grado di accettare tanto e perdonare sempre. Questa recita è funzionale al suo bisogno di contare per il partner e quindi garantirsi la sua vicinanza. Quando si sente però eccessivamente oberato, crolla nello stato di vittima: in questa condizione può esprimere i suoi bisogni in maniera lamentosa innescando un ciclo interpersonale di tipo oblativo con il partner che invece, per le sue caratteristiche, il più delle volte, non intende rinunciare né ai vantaggi fino a quel momento ricevuti né a ricambiare in qualche modo.

A questo punto, in una fase più avanzata del processo, si attiverebbero delle **reazioni secondarie**: di fronte al rifiuto, le richieste potrebbero divenire più pressanti e portare a risposte aggressivo-passive o a veri e propri *acting out* e il DAT e il suo partner decidere di interrompere la relazione o minacciare di farlo. Dinanzi invece alla prossimità della separazione, a causa del dolore provato, potrebbe ricercare nuovamente la relazione e nel tempo sentirsi in trappola e valutarsi incapace e dipendente crollando nello stato ego-distonico di vittima.

Tra i **fattori di mantenimento** del disturbo vi è una forte intolleranza all'incertezza a causa della quale nelle situazioni di dubbio sentimentale (come una pausa o un litigio) ricerca compulsivamente risposte e vicinanza, la credenza illusoria che prima o poi il partner cambierà, l'evitamento del dolore per la solitudine - intesa come distanza dal partner - considerato inaccettabile e ingestibile (*depression sensitivity*) e il desiderio di risarcimento per tutta la sofferenza provata nelle esperienze precoci e in quella attuale e per il sovrainvestimento negli scopi. Il DAT, inoltre, ha una forte vulnerabilità alla colpa, ragion per cui si giudica spesso "cattivo" per le proprie reazioni (per esempio quelle rabbiose o quando prova a separarsi) e per aver in qualche modo generato sofferenza nell'altro. Spesso, subito dopo la separazione, vi è una breve finestra temporale di "lucidità" nella quale il DAT riferisce un forte senso di liberazione e felicità posto poi crollare immediatamente nei binari cognitivi delle credenze patologiche che lo conducono al vuoto e a chiudere il ciclo cognitivo-interpersonale ricercando la stessa relazione o un'altra spesso con caratteristiche simili.

L'incapacità a uscire da questo circolo vizioso e il sostare in una relazione nonostante la sofferenza, comporta per il DAT una serie di **costi e conseguenze non attese**. Infatti, non essendo in grado di mettere i confini, è possibile che ben presto, il DAT si trovi in uno stato di *overwhelming* o di sovrapposizione degli scopi: si lamenterà, per esempio in seduta, di non poter essere se stesso con quella persona, di sentirsi stressato (non riesco a lavorare, non sono concentrato, non ho energie, devo sempre occuparmi di lei/lui, ecc.), usato e non amato ma di non volere né di sapere come separarsi. È possibile che soffra d'insonnia, depressione, attacchi di ansia o panico con conseguenze anche gravi sulla qualità della vita. Infine, la soluzione di ridurre il dolore nel breve termine ritornando nella relazione aumenterebbe nel lungo periodo la sensazione del DAT di dipendenza e di sconforto nelle proprie capacità di gestione della sofferenza.

A definire la peculiarità di questo tipo di relazioni è dunque l'estrema difficoltà del DAT a chiudere il rapporto nonostante la, più o meno conscia, compromissione del benessere psicologico e/o fisico ai livelli personale, sociale e della sfera lavorativa. Il DAT vivrebbe, infatti, un forte conflitto intrapsichico fra lo scopo di voler stare con quella persona e quello di separarsi.

Nella maggior parte delle relazioni caratterizzate da dipendenza affettiva si osserva uno **stadio zero** contraddistinto dall'assenza totale di questo conflitto e quindi di eventuali costi, nella quale il partner del DAT mostra la parte migliore di sé: cioè, nonostante qualche segno di una personalità emotivamente labile e sfuggente - segni necessari per suscitare interesse nel DAT - il partner è a sua volta innamorato, presente, generoso, voglioso di condividere cose. È la fase dell'illusione romantica, quella dell'*omnia vincit amor* nella quale l'amore magicamente cura e salva tutto. Questa condizione sarà quella che il DAT cercherà di ritrovare quando la relazione degenererà nelle fasi successive. In seguito allo stadio zero sono, infatti, ipotizzabili tre scenari: è possibile che il DAT rimanga fermo in uno di questi tre così come è possibile immaginare un processo con fasi iniziali di conflitto semplice nei quali uno solo dei due scopi, in maniera alternata, è saliente e oscura l'altro, e fasi avanzate nelle quali il conflitto diviene akrasico con la persona consapevole dei costi e dell'impossibilità a

separarsi, come meglio spiegato di seguito. Quest'ultima condizione è quella che conduce nella maggior parte dei casi il DAT a rivolgersi e chiedere aiuto a un professionista.

In un primo stadio, che in genere coincide con la fase successiva alla conquista amorosa (stadio zero), nonostante i costi inizino a essere evidenti nella mente di un membro esterno alla coppia come un amico, un familiare o un terapeuta, il conflitto è assente nel DAT. Il DAT pensa di stare bene, è felice, ha ottenuto o sta provando a ottenere ciò che vuole e gli scopi di salvaguardia di sé non sono ancora attivi.

Nel secondo stadio, il conflitto fa il suo esordio ma è a corrente alternata (**conflitto semplice**) e quindi la persona riconosce bene i propri stati mentali ma non la loro alternanza (oscillando fra momenti di grande benessere e malessere senza possibilità d'integrazione). In questa fase è possibile che i costi per il DAT:

- Aumentino progressivamente
- Ne compaia qualcuno eclatante fino a quel momento assente (ad esempio, un'umiliazione in pubblico)
- Restino gli stessi ma spariscono momentaneamente i vantaggi seppur piccoli che c'erano prima o semplicemente qualcuno glieli inizia a far notare
- Si attivino momentaneamente gli scopi di salvaguardia di sé, compaia l'ego-distonìa e quindi le prime forme di protesta/ribellione.

Si osserva un'alternanza tra stati di tensione verso lo scopo di mantenimento della relazione e stati di rabbia/protesta senza una sintesi consapevole e duratura delle implicazioni dei due stati.

Nel terzo stadio, la persona entra stabilmente in un **conflitto akrasico** ed è quindi pienamente consapevole che restare in quel tipo di relazione le fa male, vorrebbe e potrebbe liberarsene ma non lo fa. Lo stress che ne deriverebbe nasce sia dalla tendenza simultanea a voler affrontare ed evitare la separazione che lo porta a sentirsi come in trappola e sia dalla presenza di una meta-valutazione che lo porta a giudicarsi male proprio perché incapace di porre fine alla relazione nonostante i costi evidenti.

Per tutte queste ragioni l'elaborazione del lutto della separazione di un DAT è difficoltosa e la rabbia e il controllo che spesso conseguono possono sfociare in gesti estremi come lo stalking, il suicidio e/o l'omicidio-suicidio. I DAT non è infatti solo vittima passiva: dentro questa personalità convive la rabbia del danno subito che può trasformare il *coping* della sottomissione in aggressione attiva, vessando i partner con richieste eccessive e difficili da soddisfare. Sebbene nulla giustifichi una possibile risposta di maltrattamento da parte del partner, questo tipo di dinamica può condurre a un'escalation di rabbia molto pericolosa, spesso affrontata nelle pagine di cronaca nera. Questi, sono episodi nei quali le vittime non sono solo gli attori coinvolti, ma famiglie intere, bambini e futuri adulti che potrebbero aver ereditato le stigmate di un modello comportamentale completamente deviato. Di seguito in Fig.1 il modello cognitivo delle DAT che ci permette di avere una visione definitiva dello stato mentale di questo tipo di pazienti e di garantire dunque un intervento mirato.

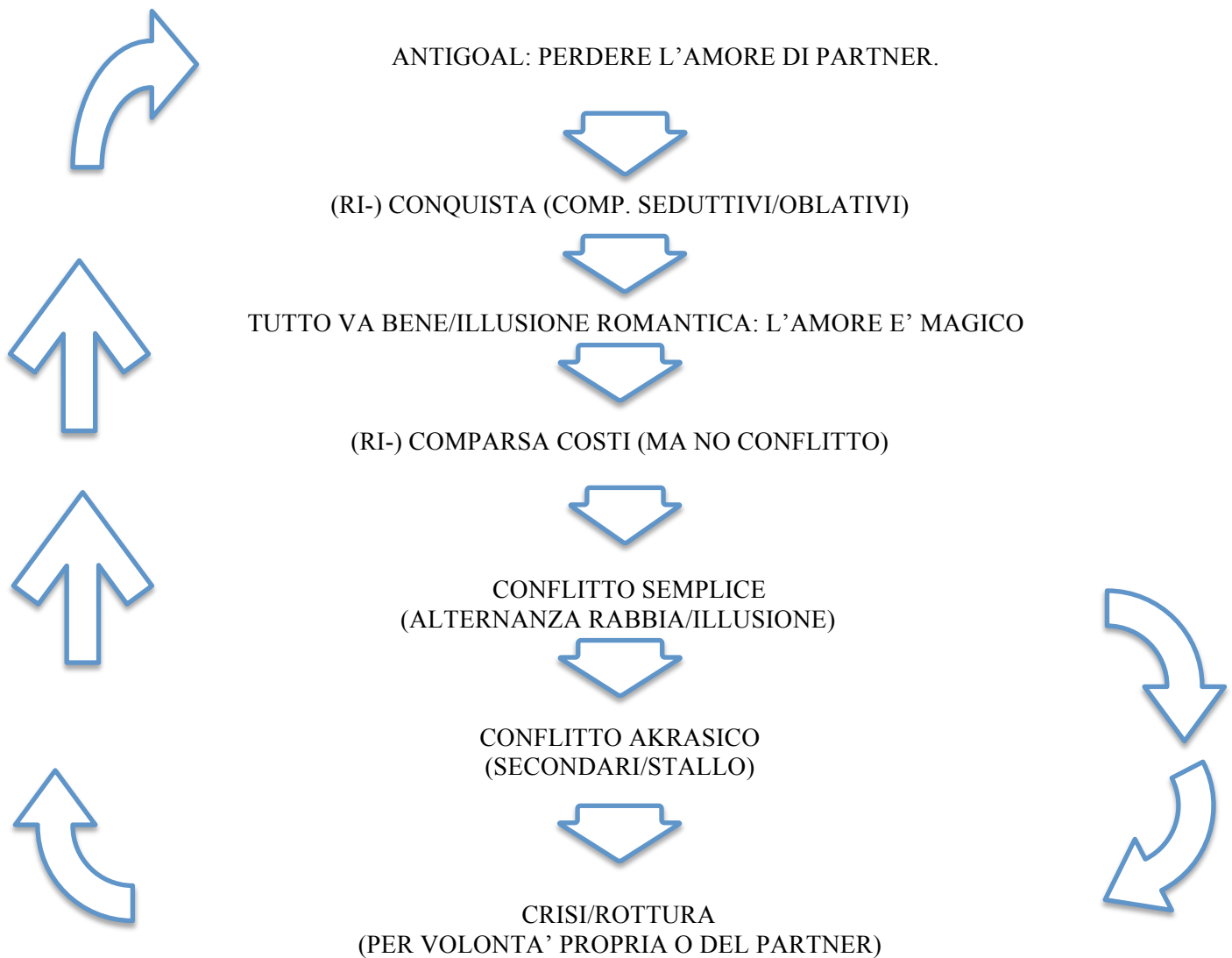


Fig. 1 Modello cognitivo del DAT

Conclusioni

Le dipendenze affettive, la violenza nelle relazioni intime, lo stalking e il femminicidio sono un problema complesso, multidimensionale e le cui conseguenze danneggiano le vittime, le loro famiglie e l'intera società. Nonostante l'impatto di questa problematica, come testimoniano i dati allarmanti dell'Istat (2018) e la salienza dell'argomento, ancora come clinici non possediamo un'idea chiara del fenomeno, mentre internet brulica di articoli divulgativi che incoraggiano l'interesse nell'argomento senza però offrire una visione strutturata e scientifica. Il presente lavoro si è concentrato principalmente nel definire il costrutto di PAD offrendo una visione cognitiva delle sue determinanti, descrivendo un prototipo di paziente afflitto da questo tipo di problematica e identificando sulla base della teoria degli scopi un modello del funzionamento psico-patologico. Quello che sicuramente incuriosisce delle dipendenze affettive è l'incredibile perseveranza del DAT nel rimanere incastrato nella relazione soprattutto quando lucidamente dichiara al clinico che la relazione stessa è la fonte principale di malessere. Intervengono di certo fattori culturali, paura del fallimento, deontologia ma ciò che rende veramente speciale questo tipo di legami apparentemente irrinunciabili è il conflitto nevrotico interno che la persona vive e combatte senza soluzione, dondolandosi aggrappato al lampadario cigolante della relazione, tra il

rimanere e lo stare, tra il voler vivere e il continuare a soffrire. Perché scelgono di soffrire? Si formano relazioni per migliorare la qualità della vita ma, quando ci si ritrova coinvolti in situazioni negative con un partner abusante psicologicamente e/o dal punto fisico o sessuale, perché si sceglie di rimanere? La paura delle conseguenze di una separazione e la sensazione di non essere in grado di superarle sono i sentimenti che nutrono in superficie la PAD sia nell'individuo che si prospetta l'abbandono sia in quello che deve affrontare il fatto di essere stato abbandonato. Nell'approfondire la PAD emerge che questa condizione è spiegata principalmente dalla presenza di un conflitto intrapsichico che lungo quattro stadi può divenire sempre più consapevole nella mente del DAT che a quel punto deciderà di chiedere aiuto a qualcuno. Però questa consapevolezza non è condizione sufficiente per la sua risoluzione. Il DAT, infatti, se comprende il razionale della propria condizione, non riesce a sbloccarla emotivamente, il conflitto si presenta come un quiz irrisolvibile e senza un'adeguata terapia, potrebbe perdurare a lungo e condurre a gesti estremi come il suicidio o l'omicidio-suicidio o atti persecutori come lo stalking. Se nel cosiddetto Stadio Zero la persona pensa di aver trovato l'anima gemella, con il passare del tempo e con il deteriorarsi della relazione, vivrà continui tentativi di ricreare quella condizione iniziale, forzando la realtà, illudendosi che il futuro sarà più clemente, che le responsabilità del malfunzionamento risiedono in qualche aspetto esterno alla coppia, come la mancanza di soldi, un problema a lavoro o una discussione con un amico. In questo gioco al massacro, il conflitto sarà inizialmente assente nella mente del DAT ma già chiaro in quella di un osservatore esterno, poi potrebbe divenire cosciente ma scomparire poco dopo e infine è possibile che sia chiara per il dipendente affettivo la consapevolezza di vivere una relazione tossica e della sua spirale di dolore. La capacità del clinico di riconoscere di esser di fronte a una dinamica di questo tipo, individuare i circoli dolorosi del paziente e strutturare un intervento clinico mirato alla risoluzione della problematica, sono una prima risposta a un problema sottovalutato e che meriterebbe l'attenzione di una molteplicità di strutture deposte all'educazione e alla tutela della salute mentale dell'individuo. Se fino a oggi la PAD è stata trattata come una declinazione del disturbo dipendente di personalità o una delle forme di dipendenza (da alcol, droghe, sesso e gioco d'azzardo) ne consegue che i trattamenti impiegati manchino di considerare una molteplicità di aspetti dei quali tale condizione si nutre e che si presentano fondamentali per lo sviluppo di un modello clinico in grado di spiegare al meglio il funzionamento patologico di suddetta dinamica.

Ne consegue la necessità e l'urgenza di un protocollo di terapia che sia in grado di intervenire sulle dipendenze affettive patologiche e che consideri le dinamiche di conflitto interno in base ai vari stadi della relazione. Questo lavoro ha lo scopo di divenire il punto di partenza di un progetto più ampio finalizzato a colmare questo gap mediante la creazione di protocollo cognitivo-comportamentale in grado di ridurre gli esiti negativi sulla salute e sulla società della condizione di dipendenza affettiva patologica.

Bibliografia

- Albano, T., & Gulimanoska, L., (2006). *In-dipendenza: un percorso verso l'autonomia, Vol.1 – Manuale sugli aspetti eziopatogenetici, clinici e psicologici delle dipendenze*. Milano: Franco Angeli
- Bowlby, J., (1969). *Attaccamento e perdita: Vol. 1. L'attaccamento alla madre*. Torino: Boringhieri (1972).
- Borgioni, M. (2015). *Dipendenza e contro-dipendenza affettiva: dalle passioni scriteriate all'indifferenza vuota*. Roma, Alpes Editore.
- Gayol, G.N. (2015). Il copione di codipendenza nella relazione di coppia. Diagnosi e piano di trattamento. Alpes Italia, Roma.
- Fernández-Álvarez, H. (2002). Cognitive Therapy of Affective Dependence. *Cognitive Psychotherapy Toward a New Millennium*, 85–88. doi:10.1007/978-1-4615-0567-9_8
- Frederick, S., Loewenstein, G., & O'donoghue, T. (2002). Time Discounting and Time Preference: A Critical Review. *Journal of Economic Literature*, 40(2), 351–401. doi:10.1257/jel.40.2.351
- Guerreschi, C., (2011). *La dipendenza affettiva: Ma si può morire anche d'amore?* Milano: Franco Angeli.
- Henderson, S. N., & Cunningham, J. D. (1993). Women's emotional dependence on men: Scale construction and test of Russianoff's hypothesis. *Sex roles*, 28(5-6), 317-334.
- Istat, 2018. *Donna oltre il silenzio. Riflessione multidisciplinare sul fenomeno della violenza sulle donne*, Roma.
- Liberman, N., & Trope, Y. (2008). The Psychology of Transcending the Here and Now. *Science*, 322(5905), 1201–1205. doi:10.1126/science.1161958
- Mancini, F. (2016). Sulla necessità degli scopi come determinanti prossimi della sofferenza psicopatologica. *Cognitivismo Clinico*, 13(1).
- Mancini, F., & Giacomantonio, M. (2018). I conflitti intrapsichici. *QUADERNI DI PSICOTERAPIA COGNITIVA*, (42), 41–64. doi:10.3280/qpc2018-042004
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological review*, 50(4), 370.
- Nicolò, G. Carcione, A. (1996). Disturbo Dipendente di Personalità: ipotesi per un modello clinico, in “Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale”, 3, pp. 81-91.
- Potter-Efron, R. T., & Potter-Efron, P. (1989). Assessment of co-dependency with individuals from alcoholic and chemically dependent families. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 6(1), 37-57.
- Trope, Y., & Liberman, N. (2010). “Construal-level theory of psychological distance”: Correction to Trope and Liberman (2010). *Psychological Review*, 117(3), 1024–1024. doi:10.1037/a0020319
- Young-Bruehl, E. (2003). Where Do We Fall When We Fall In Love? *Journal for the Psychoanalysis of Culture and Society*, 8(2), 279–288. doi:10.1353/psy.2003.0050