

Dipendenza affettiva. Un disturbo autonomo in asse I o in Asse II?

Ilaria Agnelli¹

¹Psicoterapeuta, Grosseto

Riassunto

Obiettivo del presente lavoro è l'analisi della definizione e dell'attenzione rivolta alla Dipendenza Affettiva in letteratura, allo scopo di fare chiarezza rispetto agli interrogativi che tale problematica pone. La Dipendenza Affettiva non è attualmente presente in nessun sistema diagnostico e non è chiaro se poterla considerare un disturbo autonomo. Questo solleva un'altra importante questione rispetto a dove collocarla, se tra i Disturbi in Asse I oppure tra i Disturbi di Personalità in Asse II. Nella prima parte ci si propone di definire la Dipendenza Affettiva cercando di individuare eventuali studi epidemiologici. Successivamente si individuano le analogie neurobiologiche, psicologiche e comportamentali tra "l'amore romantico", la Dipendenza Affettiva e la Dipendenza da uso di sostanze, facendo riferimento agli unici due studi che si sono occupati del rifiuto romantico (Najib et al., 2004; Fisher et al., 2010). Si passa poi ad individuare le analogie con altri disturbi, in particolare con il Disturbo Ossessivo-Compulsivo, con i Disturbi dell'Umore, con la Co-dipendenza e con il Disturbo Dipendente di Personalità. A fine lavoro la Dipendenza Affettiva è stata considerata da un punto di vista cognitivo, poiché per lo più trattata in letteratura secondo un'ottica psicodinamica. E' ragionevole concludere che quando si parla di Dipendenza Affettiva è plausibile pensare ad essa come ad una configurazione psicopatologica di tipo Asse I, anche in considerazione del fatto che non sembra essere una modalità di funzionamento continuativo o comunque necessariamente a lungo termine. Gli unici riferimenti attendibili dal punto di vista della prossimità nosografica sono quelli della sindrome di Dipendenza da uso di sostanze, i cui elementi costitutivi la Dipendenza Affettiva condivide sotto il profilo comportamentale, emotivo e del deterioramento psico-sociale.

Love addiction: independent disorder in Axis I or Axis II?

Summary

The aim of this work is the analysis of the definition and the attention paid to Love Addiction in the literature, in order to clarify this issue relative to the questions that it arises. Love Addiction is not currently present in any diagnostic system and it doesn't definite whether it can be considered an independent disorder. Another important question is where to place it, between Axis I Disorders or Axis II Personality Disorders. In the first part we propose to define Love Addiction trying to identify any epidemiological studies. Then we

paid attention to the neurobiological, psychological and behavioral similarities between "Romantic Love", Love Addiction and Substance Use Disorder, referring to the only two studies that are about the romantic rejection (Najib et al., 2004; Fisher et al., 2010). Later we were looking for the similarities with other disorders, in particular with Obsessive-Compulsive Disorder, Mood Disorders, Co-dependency and Dependent Personality Disorder. Finally we have considered Love Addiction from a cognitive point of view, because many literature according to the psychodynamic perspective. We can infer that when we talk about Love Addition we can refer to Axis I psychopathology configuration, because Love Addiction doesn't seem to be a mode of functioning continuous or long-term. The only reliable references about the proximity nosographic concern the Substance Use Disorder, whose constitutive elements are shared with Love Addiction about behavioral, emotional and psycho-social deterioration aspects.

Introduzione

Un bisogno d'amore "sano" è insito in ogni essere umano sin dalla nascita. Non esistono, infatti, indipendenza e autonomia allo stato puro, cioè svincolate dai legami. I legami sono comunque fonte di dipendenza, tutti siamo inseriti in una trama di relazioni e di legami senza i quali non potremmo esistere. La dipendenza di per sé, non è un concetto negativo in quanto non esiste una persona che possa dichiararsi indipendente dal contesto e dalle circostanze relazionali (Guerreschi, 2011). Ognuno di noi è dipendente in qualche misura degli altri, tutti noi abbiamo bisogno di approvazione, empatia, di conferme ed ammirazione per sostenerci e per regolare la nostra autostima. La vera indipendenza non è né possibile, né auspicabile. Ricordiamo che Maslow, (1954) nella scala dei bisogni dell'uomo, metteva al quarto e quinto posto i bisogni di appartenenza e di autostima. Tali bisogni possono venire soddisfatti soltanto da altre persone. Questo implica una notevole dipendenza dall'ambiente. La frustrazione o l'assenza di esperienze serene di questi sentimenti umani, purtroppo molto frequenti nell'attuale società ricca di rapporti instabili, possono generare un disconoscimento o una negazione di questi bisogni, che rappresentano, invece, un importante ingrediente di un sano sviluppo psicofisico e di una buona salute mentale e fisica nella vita adulta (Guerreschi, 2011).

“Il bisogno di amare è il bisogno fondamentale dell'uomo, superiore per urgenza a quello della fame, della sete o dello stesso “sesso”, in quanto per soddisfarlo questi ultimi possono anche essere messi a tacere. Da dove nasce questo bisogno?

L'uomo è cosciente di sé stesso come realtà unica e irripetibile, della propria individualità. Questa coscienza di sé stesso come realtà separata, la consapevolezza della propria breve vita, del fatto che è nato senza volerlo e che contro la propria volontà morirà; che morirà prima di quelli che ama, o che essi moriranno prima di lui, il senso di solitudine, d'impotenza di fronte alle forze della natura e della società, possono rendergli insopportabile l'esistenza.

Diventerebbe pazzo, se non riuscisse a rompere l'isolamento, a unirsi agli altri uomini, al mondo esterno" (Erich Fromme, *L'arte di amare*, Mondadori, Milano, 1995).

L'amore nelle sue diverse forme di attaccamento e nelle sue diverse manifestazioni più positive e più sane, rappresenta un'importante capacità e allo stesso tempo un naturale e profondo bisogno di ogni essere umano. E' normale che in una relazione, soprattutto durante la fase dell'innamoramento o in quella più passionale, ci sia un certo grado di dipendenza, altrimenti non sarebbe nemmeno possibile godere dell'intimità e della profondità del rapporto stesso. Due persone che formano una coppia, pur mantenendo la loro fisionomia di soggetti distinti, io/tu, costruiscono un insieme che si nutre delle due individualità e dei reciproci sogni, cioè di quello che ciascuno dei due diventa nella mente dell'altro. In ogni legame si attua una sorta di contaminazione dei confini delle due soggettività che ne rappresentano il potenziale creativo. Sia l'attaccamento che la dipendenza hanno in comune la capacità di stabilire un legame con un'altra persona, ma di solito l'attaccamento non impedisce il distacco, mentre la dipendenza sì. Si pensi a tale proposito all'attaccamento madre-bambino. Il bambino, ad un certo punto del suo percorso evolutivo, cerca il distacco dalla madre per esplorare il mondo circostante, per conquistare la sua autonomia. L'attaccamento è alla base di ogni legame affettivo incentrato sulla ricerca di sicurezza, di stabilità, di benessere. Ogni individuo, raggiunta l'età adulta, organizza la propria vita affettiva sulla base dei legami di attaccamento sperimentata durante l'infanzia (Guerreschi, 2011).

Quando l'amore incatena, fa soffrire, nega la libertà dell'individuo, allora siamo di fronte a quel fenomeno che la psicologia contemporanea definisce "Dipendenza Affettiva" o in inglese, "Love Addiction" (Guerreschi, 2011).

"Amare è come una droga: all'inizio viene la sensazione di euforia, di totale abbandono. Poi il giorno dopo vuoi di più. Non hai ancora preso il vizio, ma la sensazione ti è piaciuta e credi di poterla tenere sotto controllo. Pensi alla persona amata per due minuti e te ne dimentichi per tre ore. Ma, a poco a poco, ti abitui a quella persona e cominci a dipendere da lei in ogni cosa. Allora la pensi per tre ore e te ne dimentichi per due minuti. Se quella persona non ti è vicina, provi le stesse sensazioni dei drogati ai quali manca la droga. A quel punto, come i drogati rubano e si umiliano per ottenere ciò di cui hanno bisogno, sei disposto a fare qualsiasi cosa per amore" (Paulo Coelho, *Sulla sponda del fiume Piedra mi sono seduta e ho pianto*, Bompiani, Milano, 1994).

Il concetto di dipendenza patologica o sindrome da dipendenza, coerentemente con una visione prettamente organicista, è stato da sempre associato principalmente a problematiche fisiologiche e/o psicologiche date dall'uso ripetuto di sostanze psicoattive (Baiocco, Couyoumdjian & Del Miglio,

2005). Per esempio, l'Organizzazione mondiale della sanità indica la dipendenza come quella "condizione psichica e talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo vivente e una sostanza tossica, e caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni, che comprendono sempre un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione" (Pigatto, 2004). Anche nell'ultima versione pubblicata del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV, 1994), la nozione di dipendenza presuppone esclusivamente l'uso di sostanze psicoattive. Al di là di queste impostazioni largamente condivise, negli ultimi anni nella letteratura scientifica e nella pratica clinica la nozione di dipendenza è stata sempre più frequentemente utilizzata per spiegare sintomatologie derivanti dalla riproduzione di attività, nella maggior parte socialmente accettate, prodotte indipendentemente dall'uso di sostanze (Baiocco, Couyoumdjian & Del Miglio, 2005).

La dipendenza affettiva viene fatta rientrare tra le "New Addiction", nuove dipendenze comportamentali tra cui anche: dipendenza da Internet, gioco d'azzardo patologico, dipendenza da sesso, dipendenza da sport, shopping compulsivo. Le "dipendenze senza droghe", come vengono anche definiti questi disturbi, possono essere considerati tra i disordini psichiatrici per i quali risulta più evidente un'eziologia di tipo multifattoriale che comprende sia aspetti di tipo culturale, sociale ed economico, sia fattori relativi alla dimensione neurobiologica, psicologica e psicopatologica (Caretti & La Barbera, 2009). Esse costituiscono un insieme eterogeneo di disturbi che condividono caratteristiche psicopatologiche comuni, quali la progressiva perdita di controllo sul comportamento di dipendenza e la compromissione della vita dell'individuo a vari livelli: socio-relazionale, familiare, lavorativo (Caretti & La Barbera, 2009).

Caretti & la Barbera (2009) mettono in evidenza come diversi autori pongono l'accento sulle analogie tra le nuove dipendenze e la dipendenza da sostanze – su cui esiste una mole di dati più cospicua- sia rispetto alle loro manifestazioni cliniche, sia in relazione alle basi neurobiologiche che sottendono il comportamento dipendente.

Negli ultimi anni sono stati condotti studi di biochimica, di neuroimaging funzionale e di genetica che confermano l'esistenza di una stretta relazione sul piano neurobiologico tra le dipendenze di tipo comportamentale e la dipendenza da sostanze che, verosimilmente, condividono le stesse alterazioni funzionali (Grant, Brewer, Potenza, 2006).

Secondo Caretti e La Barbera (2009) il cibo, il sesso, il gioco d'azzardo sono in grado di attivare i circuiti responsabili della gratificazione in modo simile a quanto accade nel reward (gratificazione) prodotto dall'assunzione di sostanze psicoattive. La gratificazione non è, tuttavia,

l'unico meccanismo che spiega l'istaurarsi del complesso fenomeno della dipendenza, che implica l'alterazione funzionale anche dei sistemi preposti alla regolazione degli affetti e all'inibizione corticale dei comportamenti disfunzionali (Goodman, 2008).

Secondo una prospettiva più generale, Caretti e La Barbera (2009), suggeriscono di considerare la dipendenza come una sindrome caratterizzata da segni e sintomi caratteristici che si manifestano in soggetti che presentano un substrato di vulnerabilità determinato da fattori biologici e psicosociali comuni. Ovviamente, spiegano gli autori, le modalità con cui ciascuna forma di dipendenza si manifesta variano in relazione allo specifico oggetto di dipendenza, comportando conseguenze psicofisiche diverse per l'individuo; il coinvolgimento totale nell'esperienza addittiva e la perdita progressiva delle capacità di esercitare un controllo sul comportamento, nonostante le conseguenze negative che esso comporta rappresentano, invece, elementi trasversali alle diverse forme di *addiction*.

La lingua inglese opera un'importante distinzione tra due termini che in italiano vengono tradotti con la stessa parola, pur avendo significati molto diversi: *Addiction* e *Dependence*.

Con *Dependence* si vuole indicare la dipendenza fisica e chimica, la condizione in cui l'organismo necessita di una determinata sostanza per funzionare, perciò la richiede.

Con *Addiction* si intende definire una condizione generale in cui la dipendenza psicologica spinge alla ricerca dell'oggetto, senza il quale l'esistenza diviene priva di significato.

Guerreschi (2011) e Reynaud e collaboratori (2010) considerano la Dipendenza Sessuale e la Dipendenza Affettiva due problematiche ben distinte.

Reynaud e i suoi collaboratori (2010), nello specifico mettono in evidenza che mentre nella Dipendenza Sessuale (le cui caratteristiche secondo gli autori sono quelle del Disturbo Ipersessuale descritto nel DSM IV-TR) il piacere e il craving sono essenzialmente legati con il rapporto sessuale, il partner è intercambiabile e la motivazione è prevalentemente orientata a calmare la tensione sessuale; nella Love Addiction, invece, il piacere, la sofferenza, la motivazione e il premio, sono forniti da un amato e mediati soprattutto dalla relazione emotiva.

Guerreschi (2011), inoltre, sottolinea l'opportunità di distinguere anche tra Dipendenza Affettiva e Co-dipendenza, termine quest'ultimo, che secondo l'autore dovrebbe essere riferito soltanto ai familiari dei dipendenti o a coloro che, vivendo accanto ad un dipendente, mettono in atto una serie di comportamenti malati che vanno solamente a rinforzare la dipendenza e che, invece, in letteratura viene identificato con la Dipendenza Affettiva.

Questo lavoro si pone l'obiettivo di analizzare come viene definita e considerata la problematica della Dipendenza Affettiva in letteratura, allo scopo di fare chiarezza rispetto agli interrogativi che tale problematica pone.

E' frequente leggere su Internet che "gli studi degli psicoterapeuti si stanno affollando di malati d'amore", tuttavia, attualmente la problematica della Dipendenza Affettiva non è riconosciuta nei sistemi diagnostici come il DSM; quindi non esistono criteri la cui presenza/assenza possa consentire al clinico di fare diagnosi di tale disturbo, ammesso che si possa parlare di essa come di un disturbo.

Non è ancora chiaro, infatti, se poter considerare la Dipendenza Affettiva come un disturbo autonomo. Considerarlo come tale, inoltre, solleva un'altra importante questione, ovvero, dove collocarlo se tra i Disturbi di Asse I oppure tra i Disturbi di Personalità in Asse II.

Dipendenza Affettiva o "Love Addiction".

La Dipendenza Affettiva fa riferimento alla tendenza a stabilire relazioni dominanti o sottomesse, oppure a richiedere aiuto agli altri, sempre secondo una modalità sottomessa o dominante.

Il soggetto con dipendenza affettiva ha la tendenza ad instaurare relazioni caratterizzate da una ricerca ossessiva di approvazione esterna a scapito della propria individualità. Il soggetto può, per esempio, assumere in modo rigido e stereotipato il ruolo di colui che fornisce un "aiuto", senza che l'altro esprima un reale bisogno o ne faccia esplicita richiesta (Baiocco, Couyoumdjian, & Del Miglio, 2005).

Scrittori, poeti, cantanti, hanno presentato regolarmente l'amore come una dolorosa dipendenza. Chiunque sia stato innamorato ha sperimentato, non solo il piacere squisito, ma anche il disperato desiderio per l'altra persona che diventa il più importante scopo della propria vita (Reynaund, Karila, Blecha & Benyamina, 2010). Il termine "Love Addiction" associa una condizione patologica (la dipendenza) ad una naturale (l'amore o "Love Passion"). Con il termine "Love Passion", Reynaund e collaboratori (2010) intendono uno stato universale e necessario per gli esseri umani, che implica una motivazione importante verso gli altri e, quindi, un imperioso desiderio. Con il termine "Love Addiction", invece, intendono uno specifico disturbo, caratterizzato, oltre che dal bisogno imperioso e dal desiderio, anche da un pattern problematico delle relazioni d'amore che spinge ad una continua e persistente ricerca dell'altro, nonostante la persona sia consapevole delle conseguenze negative di tale comportamento.

Antropologi come Jankowiak (1995) e Fisher (2004) hanno evidenziato come l'amore romantico, sia stato descritto nel corso della storia e in tutte le culture. Questo stato generalmente si verifica 3-5 volte nel corso della vita di ciascun individuo e dura da alcune settimane a pochi anni (Fisher, 2004). L'amore romantico può essere seguito da un lungo e duraturo periodo di attaccamento, durante il quale si mantengono le peculiarità caratteristiche dello stato amoroso anche se, probabilmente, senza gli aspetti pervasivi e ossessivi che si riscontrano, invece, nella dipendenza affettiva (Acevedo & Aron, 2009).

Non siamo a conoscenza di eventuali dati pubblicati sull'epidemiologia della "Love Addiction".

E' difficile, infatti, effettuare studi epidemiologici in assenza di una convalidata definizione operativa, in particolare per quanto riguarda la differenza tra "amore passionale" e "love addiction."

Amore romantico: punto di partenza per un “sana” relazione d’amore o al contrario per una Dipendenza Affettiva

Le attuali teorie generali sull'amore romantico, lo considerano un fattore biologico nell'imperativo della riproduzione umana (Aron et al., 2005; Fisher, 2004, Lewis et al., 2000; Xu et al., 2011), oppure un'emozione come tante altre (Shaver et al., 1996).

La ricerca si è concentrata sui predittori dell'innamoramento e dell'inizio di una relazione, sulle influenze culturali, sull'espressione dell'amore romantico (recensione in Aron et al., 2006), sulle caratteristiche speciali associate con sentimenti di intenso amore romantico, sui processi di relazione che sottolineano il valore di ricompensa del partner romantico (Aron & Aron, 1986; Kelley, 1983), sulle differenze individuali nei diversi modi di vivere ed esprimere l'amore (per esempio, Mikulincer & Shaver, 2007), sulla costruzione cognitiva di come l'amore sia riconosciuto come tale (Fehr, 1988), sulle tipologie che distinguono diversi tipi e funzioni d'amore (Hendick & Hendrick, 2003; Sternberg, 1986) e su studi biologici che si sono concentrati sul ruolo dell'amore romantico nell'accoppiamento selettivo e nel legame di coppia (Fisher, 1998; Fisher et al., 2006). L'amore romantico è stato associato a uno specifico set di caratteristiche fisiologiche, psicologiche e comportamentali (Fisher, 1998; Gonzaga et al., 2001; Harris & Christenfeld, 1996; Hatfield & Sprecher, 1986; Tennov, 1979). Queste caratteristiche includono l'attenzione focalizzata sull'individuo preferito, riorganizzazione delle priorità, aumento di energia, sbalzi d'umore, risposte del sistema nervoso simpatico tra cui sudorazione e batticuore, dipendenza affettiva, elevato desiderio sessuale, possessività sessuale, pensieri ossessivi su di lui o di lei, desiderio per l'unione emotiva con l'individuo preferito, gesti affiliativi, comportamenti orientati allo scopo e intensa motivazione per ottenere e mantenere questo particolare accoppiamento con il partner.

Tre studi che si sono focalizzati sulle prime fasi dell'amore romantico, hanno analizzato, attraverso la risonanza magnetica funzionale, l'attività cerebrale di soggetti che erano intensamente innamorati, osservando come queste fasi siano associate con l'attività in regioni del mesencefalo ricche di dopamina nelle vicinanze dell'Area Ventrale Tegmentale (VTA) e dello striato (Aron et al., 2005; Bartels & Zeki, 2004; Xu et al., 2010). Ortigue e collaboratori (2007) conducendo uno studio con le stesse caratteristiche dei precedenti hanno, inoltre, riscontrato attivazione del mesencefalo coerente con la VTA in associazione con l'intensità dell'amore romantico, misurata usando i punteggi della "The Passionate Love Scale" (PLS).

L'amore romantico mostra le caratteristiche di una dipendenza, ciò si rende evidente nell'attenzione intensamente focalizzata dell'amante su un individuo preferito, nell'umore altalenante, nel desiderio (craving), nell'ossessione, nella compulsione, nella distorsione della realtà, nella dipendenza emotiva, nei cambiamenti di personalità, nell'assunzione dei rischi, nella perdita di autocontrollo; aspetti caratteristici nei soggetti innamorati e nella dipendenza (Griffin-Shelley, 1991; Halpern, 1982; Liebowitz, 1983; Mellody et al., 1992; Peele & Brodsky, 1975; Schaefer, 1989; Tennov, 1979).

Considerando l'amore romantico un fattore associato con la ricompensa e la riproduzione in un sistema biologico, allora diventano più comprensibili i motivi per cui esso condivide caratteristiche comportamentali con la dipendenza (Frascella, et al., 2010) e perché è così devastante quando viene perduto. Può essere una forma costruttiva di dipendenza quando il proprio amore viene ricambiato; diventa invece una forma distruttiva di dipendenza quando il proprio amore viene rifiutato (Fisher, 2004). In altri termini, il normale stato di amore romantico può evolvere in una sana relazione d'amore o al contrario in una dipendenza affettiva.

Il normale stato di amore romantico coinvolge tre livelli di funzionamento cerebrale: le sensazioni, le emozioni e le cognizioni (Esch & Stefano, 2004).

Sensazioni ed emozioni

1. Sensazione di euforia e una visione gioiosa della vita: quando l'innamorato è rassicurato dal fatto che l'amato ricambia la passione sente un'irrazionale allegria e vede la vita attraverso "occhiali di colore rosa", dove tutto è bello e possibile.

2. Dipendenza emotiva: l'amato diviene il principale oggetto dei propri desideri e dei propri pensieri e per questo rapidamente percepito come assolutamente necessario per vivere.

3. L'instabilità emotiva è molto forte, con oscillazioni dell'umore, dall'estasi alla disperazione, a seconda della disponibilità dell'oggetto d'amore (Aron, et. al., 2005).

Aspetti cognitivi

1. Attenzione focalizzata (fissazione): l'“oggetto dell'amore” assume un "significato speciale" tanto da diventare il principale centro di interesse per la persona innamorata.

2. Strategia: continua ricerca dell'unione emotiva con l'amato mediante la pianificazione della seduzione e della vicinanza all'“oggetto del proprio amore”.

3. Intensa ondata di energia: l'intensità del sentimento amoroso incoraggia le persone a volere e a fare ogni cosa insieme, stando fisicamente vicini e condividendo gli aspetti intellettuali e sociali della vita. La fissazione, la motivazione e l'energia, sono necessari per lasciare il nido familiare (genitoriale o coniugale precedente) ed intraprendere una nuova avventura.

4. Ricordi pervasivi: colui che è profondamente innamorato ritorna ripetutamente con la memoria a ricordi precedenti: immagini mentali, canzoni, lettere, ecc., associate all'amato.

5. Processi di pensiero invasivi: pensieri intrusivi con l'ossessiva presenza dell'amato (Reynaud, 2005).

Passaggio dal “normale” stato di amore romantico alla Dipendenza Affettiva

Il passaggio dal “normale” stato amoroso alla dipendenza affettiva potrebbe essere a mala pena percepibile, essendo presenti nel normale stato amoroso sia la dipendenza che il bisogno dell'altro. La dipendenza affettiva, pertanto, potrebbe essere definita, come la fase in cui il desiderio diventa un bisogno compulsivo, la sofferenza sostituisce il piacere, l'innamorato persiste nella ricerca e nel mantenimento della relazione nonostante sia consapevole delle conseguenze negative che questo comporta (compresa l'umiliazione e la vergogna). Questo passaggio rappresenta il nucleo centrale delle dipendenze comportamentali in generale, come proposto da Potenza (2006), i cui elementi caratteristici sono: uno stato di desiderio (craving), l'impegno compulsivo, la compromissione del controllo del comportamento problematico e il persistere di tale comportamento, nonostante la consapevolezza delle conseguenze negative che questo comporta (Reynaud, 2005). Con il passaggio dal normale stato amoroso alla "Love Addiction", la vita appagata e colorata, diventa vuota, grigia, poco attraente e poco interessante. Compare anedonia e perdita dei precedenti interessi (i rapporti con gli amici stretti, prendersi cura dei bambini, lo sport, il lavoro) proprio come accade nella dipendenza da sostanze. Segnali esterni (luogo, odore, forma del corpo, situazioni) associati con l'amato, evocano potenti ricordi relativi alla relazione, proprio come l'effetto dei segnali associati alla droga dal tossicodipendente. Per giustificare a se stesso questa relazione distruttiva, il love addict sottostima i costi della relazione, proprio come farebbe un substance addiction (Reynaud, Karila, Blecha, & Benyamina, 2010). Inoltre come nel caso della dipendenza da sostanze, anche nella "Love Addiction" è richiesta la presenza di un individuo vulnerabile e di un oggetto

gratificante e desiderato (sostanza/partner amato). Nel caso della dipendenza da sostanze i fattori di vulnerabilità nell'individuo, la rapidità dell'inizio e l'intensità sperimentati con gli effetti della droga, influenzano il rischio di dipendenza molto più che la natura chimica della droga stessa. Analogamente, nella "Love Addiction" i fattori di vulnerabilità nell'individuo, i contatti iniziali con il partner vissuti con intenso piacere, con particolare riferimento a quello sessuale, influenzeranno la dipendenza e con questa la passione distruttiva. Quando l'innamorato si confronterà con l'assenza dell'amato, meno disponibile, lontano, inaccessibile (a causa di differenze di classe, cultura, età, etc.), allora aumenterà il processo di dipendenza e con questo gli episodi d'astinenza e la ricerca del partner amato (Reynaund, Karila, Blecha, & Benyamina, 2010). Sulla base delle analogie tra la "Love Addiction" e la dipendenza da sostanze, Reynaund e i suoi collaboratori (2010) propongono i seguenti criteri diagnostici, basati sulla durata e sulla frequenza della sofferenza del love addict, simili ai criteri diagnostici per la dipendenza da sostanze secondo il DSM-IV.

"Un modello disadattivo o problematico della relazione d'amore che porta a deterioramento o angoscia clinicamente significativa, come manifestato da tre (o più) dei seguenti criteri (che si verificano in ogni momento, nello stesso periodo di 12 mesi, per i primi cinque criteri): (fonte: DSM-IV).

1. Esistenza di una sindrome caratterizzata da astinenza, in assenza dell'amato, da significativa sofferenza e un bisogno compulsivo dell'altro.
 2. Considerevole quantità di tempo speso su questa relazione (in realtà o nel pensiero).
 3. Riduzione di importanti attività sociali, professionali o di svago.
 4. Persistente desiderio o sforzi infruttuosi per ridurre o controllare la propria relazione.
 5. Ricerca della relazione, nonostante l'esistenza di problemi creati dalla stessa.
 6. Esistenza di difficoltà di attaccamento (vedi 3.5. per maggiori chiarimenti), come manifestato da ciascuno dei seguenti:
 - (a) ripetute relazioni amorose, esaltate, senza alcun periodo di attaccamento durevole;
 - (b) ripetute relazioni amorose dolorose, caratterizzate da attaccamento insicuro".
- (Reynaund, Karila, Blecha, & Benyamina, 2010).

Collegamenti neurobiologici tra amore passionale e Dipendenza da sostanze

I meccanismi neurobiologici della mediazione sessuale, dell'accoppiamento (negli animali) e dei comportamenti d'amore, possono essere confrontati con quelli della dipendenza da sostanze (Di Chiara & Imperato, 1988; Volkow, Fowler, Wang & Goldstein, 2002). Due sistemi neurochimici

endogeni sembrano svolgere un ruolo importante: la dopamina (Kelley & Berridge, 2002; Becker, Rudick & Jenkins, 2001), l'ossitocina (OT) e la vasopressina (Insel, 2003; McGregor, Callaghan & Hunt, 2008). Anche altri sistemi di neurotrasmettitori, come il GABA e il glutammato (Goodman, 2008), la noradrenalina (Ventura, Cabib, Alcaro, Orsini & Puglisi-Allegra, 2003), la serotonina (Tassin, 2008), gli oppioidi (Spanagel, Herz, & Shippenberg, 1992) e i cannabinodi, sono implicati in questi fenomeni, come il sistema corticotropo, che è modulato dai sistemi ossitocinergici e dopaminergici (Goeders, 2002; Koob & Kreek, 2007).

Dati di neuroimaging a sostegno delle similitudini tra amore passionale, Dipendenza Affettiva e Dipendenza da sostanze

Recenti dati di neuroimaging sul desiderio sessuale, sull'orgasmo e sulle relazioni amorose, suggeriscono che i meccanismi del cervello e i circuiti neurali coinvolti, sono simili a quelli coinvolti con la dipendenza da sostanze (Zeki, 2007). A livello globale, in tutte le dipendenze da sostanze (alcool, oppioidi, cocaina, cannabis, tabacco) esiste una iperattivazione dell'area tegmentale ventrale (VTA), dello striato ventrale (nucleo accumbens), della corteccia cingolata anteriore (ACC), della corteccia orbitofrontale (OFC), della corteccia prefrontale e dell'insula (Volkow, Fowler, Wang & Goldstein, 2002; Fowler, Volkow, Kassed & Chang, 2007; Volkow, Fowler, Wang, Swanson & Telang, 2007). Le stesse regioni frontali e lo striato ventrale, che si attivano con stimoli associati alla cocaina in pazienti dipendenti da cocaina, si attivano anche in soggetti normali che guardano video sessuali (Childress et. al., 2008). Il collegamento di questi studi relativi al desiderio incoercibile della droga con impulsive condizioni naturali, mette in evidenza che la dipendenza da sostanza dirotta gli endogeni circuiti di ricompensa che si sono evoluti per garantire la sopravvivenza (Dackis & O'Brien, 2005). Inoltre, il circuito di ricompensa del cervello risponde sia alla droga che agli stimoli sessuali presentati, fuori della consapevolezza (Childress et. al., 2008). E' interessante confrontare i dati disponibili nel PG (Pathological Gambling), un altro comportamento dipendente: un coinvolgimento del tegmento ventrale della corteccia orbito frontale (van Holst, van den Brink, Veltman & Goudriaan, 2010), un consistente incremento fronto-talamico durante le situazioni di alto rischio e una diminuzione in situazioni di basso rischio; un aumento dello striato ventrale e del cingolo posteriore al momento dell'attività del vincitore (Miedl, Fehr, Meyer, & Herrmann, 2010). Alcuni risultati sono anche abbastanza simili alla dipendenza da gioco online (Ko, et. al., 2009). Soggetti "profondamente innamorati," quando vedono un'immagine del loro amato, mostrano una maggiore attivazione durante la risonanza magnetica funzionale (fMRI) delle regioni cerebrali associate con il piacere e la motivazione, ad

esempio, l'area tegmentale ventrale, il nucleo caudato, la corteccia cingolata anteriore (ACC), la regione insulare sinistra e un'aumentata secrezione ormonale ipotalamica (Aron et. al., 2005; Bartels & Zeki, 2000; Bartels & Zeki, 2004). Più è intensa la passione, maggiore è l'attivazione di queste regioni (Aron, et. al. 2005; Meston, Levin, Sipski, Hull & Heiman, 2004; Bartels & Zeki 2000). L'attivazione di queste regioni del cervello è anche associata con la dipendenza da sostanze (Volkow, Fowler, Wang & Goldstein, 2002; Fowler, Volkow, Kassed & Chang, 2007; Volkow, Fowler, Wang, Swanson & Telang, 2007), suggerendo che la "Love Addiction" è mediata da meccanismi che sono abbastanza simili a quelli per la dipendenza da sostanze. L'amore romantico e materno attivano, sovrapposte regioni del sistema di ricompensa nel cervello, che coincidono con le regioni ricche di recettori per l'OT e per la vasopressina (Bartels & Zeki, 2004). Studi in soggetti con il "cuore spezzato" hanno rivelato, una simmetria invertita con l'amore passionale, una ridotta attività dello striato ventrale (nucleo accumbens), della corteccia cingolata anteriore (ACC), della corteccia orbitofrontale (OFC) e della corteccia prefrontale, del talamo e dell'insula, in particolare sul lato sinistro e una maggiore attività nelle aree corticali associate alla "mentalizzazione" (Najib, Lorberbaum, Kose, Bohning & George, 2004; Fisher, Aron & Brown, 2006). Se i circuiti implicati nelle dipendenze sono abbastanza chiaramente definiti, ulteriori ricerche sono necessarie per comprendere le dinamiche del bisogno e della soddisfazione e per confrontarle con altre dipendenze, in aggiunta ai cambiamenti nella sensibilità dei recettori e al metabolismo neuronale implicato.

Studi sul rifiuto romantico

Il processo dell'amore non corrisposto e il rifiuto romantico hanno avuto e hanno tutt'oggi pochissimo spazio in letteratura (Aron et al., 1998; Baumeister et al., 1993; Fisher, 2004). Il comportamento conseguente al rifiuto romantico (Lewis et al., 2000) ricorda per molti aspetti le fasi di "protesta" e "disperazione" presenti durante lo sviluppo quando il bambino viene separato da un genitore (Bowlby, 1969). Durante la fase di protesta, gli individui sentimentalmente respinti, spesso, cercano ossessivamente di riconquistare l'amato. Non appena interviene la rassegnazione, si arrendono e scivolano nella disperazione. Tuttavia, in queste generali fasi di rifiuto, il dolore non è ancora giustificato.

Quanto detto sopra emerge da alcuni studi. Mearns (1991) ha condotto uno studio su 114 soggetti, uomini e donne, che erano stati rifiutati dal loro partner nelle ultime otto settimane osservando come il 40% dei soggetti avesse vissuto una depressione clinicamente misurabile; di questi, il 12% mostrava depressione da moderata a grave.

Baumeister e collaboratori (1993) hanno condotto uno studio su degli studenti universitari durante il quale il 93% dei soggetti ha riferito di essere stato respinto da qualcuno che aveva amato appassionatamente; il 95% ha dichiarato di aver respinto una persona profondamente innamorata di loro. Altri studi, inoltre, evidenziano che cross-culturalmente, alcuni amanti respinti commettono suicidio o omicidio (Meloy & Fisher 2005; United-Nations, 1995; Wilson & Daly, 1992).

Nonostante le conseguenze potenzialmente gravi del rifiuto romantico, la sua incidenza cross-culturale, i forti effetti comportamentali e l'associazione in letteratura con comportamenti di dipendenza, soltanto due studi si sono occupati del rifiuto romantico.

Najib e i suoi collaboratori (2004) hanno condotto uno studio su nove donne che avevano espresso "dolore acuto" per una relazione romantica che si era conclusa nei precedenti 4 mesi. Ai partecipanti, sottoposti a risonanza magnetica funzionale, veniva chiesto di "ruminare" su di un pensiero triste che riguardava la persona amata alternando questo pensiero con un pensiero su di una persona neutra che conoscevano dallo stesso tempo del partner.

Partendo dall'ipotesi che il dolore acuto possa essere un fattore di rischio per la depressione, gli autori hanno ipotizzato che nel confrontare le due condizioni (pensiero triste vs pensiero neutrale) i soggetti avrebbero mostrato un'alterazione dell'attività cerebrale nelle regioni deputate alla tristezza. Gli autori hanno chiesto ai soggetti di "ruminare", basandosi sugli studi che hanno dimostrato che la ruminazione nell'affrontare una perdita è uno dei fattori di rischio per la depressione maggiore (Nolen-Hoeksema et al, 2000; Kuehner & Weber, 1999).

Il "dolore acuto" è stato associato con un aumento dell'attività cerebrale nelle regioni posteriori del cervello, compreso il cervelletto, il tronco cerebrale posteriore e le regioni posteriori temporoparietali e occipitali. Nonostante soltanto un soggetto abbia soddisfatto i criteri di un episodio depressivo maggiore in fase di studio, gli autori hanno dimostrato come le regioni cerebrali che si sono attivate in queste donne erano per la maggior parte le stesse regioni attivate in studi precedenti relativi all'induzione di un umore triste.

Questo studio pone le basi per studi futuri di brain imaging che esaminino il rapporto tra la tristezza, il dolore acuto e la depressione clinica.

Il rifiuto romantico causa un profondo senso di perdita ed emozioni negative. Esso può indurre depressione clinica e in casi estremi portare la suicidio e/o all'omicidio. Per identificare i sistemi neurali associati a questo naturale stato di perdita, Fisher ed i suoi collaboratori (2010) hanno utilizzato la risonanza magnetica funzionale per studiare 10 donne e 5 uomini che sebbene respinti di recente dal loro partner, avevano dichiarato di essere ancora molto innamorati. Ai partecipanti sono state mostrate, alternandole, una fotografia del partner che li aveva rifiutati e una fotografia di

un familiare (stimolo neutro), intervallati da un compito di distrazione dell'attenzione che consisteva nel contare mentalmente all'indietro con intervalli decrescenti del valore di sette, a partire dal numero da loro mostrato.

Nel loro studio Fisher e collaboratori (2010) hanno testato quattro ipotesi. In primo luogo, hanno ipotizzato che i soggetti rifiutati dal partner, nonostante ancora innamorati di questo, durante la visione della fotografia del partner rifiutante avrebbero dovuto mostrare attivazione nelle aree che mediano la motivazione e la gratificazione (reward), in particolare l'area del mesencefalo del VTA e dello striato. Quest'ipotesi è stata formulata tenendo conto di alcuni studi secondo i quali le avversità tendono ad esaltare i sentimenti di amore romantico (Fisher, 2004; Hatfield & Rapson, 1996) e altri secondo i quali un premio che tarda ad arrivare prolunga l'attività dei neuroni coinvolti nel sistema di ricompensa, in quanto questi continuano ad aspettarlo (Schultz, 2000). In accordo con le previsioni degli autori, i soggetti hanno mostrato una maggiore attivazione nell'area del mesencefalo del VTA durante la visione del partner rifiutante che non durante la visione della faccia neutra in una regione che si sovrappone con un'area attiva in individui felicemente innamorati, da loro indagata in un precedente studio (Aron et. al., 2005).

In secondo luogo, gli autori hanno ipotizzato che gli uomini e le donne che erano stati rifiutati, quando vedevano il rifiutante rispetto alla fotografia neutra, avrebbero espresso attività neurale nelle aree corticali e sottocorticali associate con il desiderio e la dipendenza, in particolare il nucleo accumbens e la corteccia orbitofrontale/prefrontale, visto che i soggetti rifiutati avevano riferito di aver pensato ossessivamente al loro partner rifiutante e di aver desiderato l'unione emotiva con questo. Quest'ipotesi è stata formulata tenendo conto di studi che hanno evidenziato la similitudine tra l'amore romantico e la dipendenza (Fisher, 2004; Frascella et al., 2010). Anche in questo caso la loro ipotesi è stata confermata.

In terzo luogo, Fisher e i suoi collaboratori (2010) hanno ipotizzato che durante la visualizzazione del rifiutante rispetto alla fotografia neutra, gli uomini e le donne che erano stati rifiutati, avrebbero espresso attività nelle regioni del cervello associate con la regolazione delle emozioni, dato che tutti i partecipanti cercavano dei modi per risolvere i loro forti sentimenti contrastanti e per controllare la loro disperazione. Questo sulla base di precedenti studi che suggeriscono che la corteccia orbito-frontale (dove Fisher e i suoi collaboratori (2010) hanno trovato attivazione) è coinvolta nell'apprendimento relativo alle emozioni e nel controllo del comportamento (Kringelbach & Rolls, 2004; Watanabe et. al., 2007). Anche in questo caso la loro ipotesi è stata confermata. Inoltre, l'attivazione della corteccia prefrontale ventrolaterale che Fisher e i suoi collaboratori (2010) hanno trovato nei soggetti rifiutati durante la visualizzazione del

rifiutante rispetto alla fotografia neutra, potrebbe essere particolarmente coinvolta nella rivalutazione cognitiva di successo di difficili situazioni emotive.

Infine Fisher e i suoi collaboratori (2010) avevano ipotizzato che durante la visualizzazione del rifiutante rispetto alla fotografia neutra, i soggetti rifiutati avrebbero espresso attività nelle regioni neurali associate con le emozioni, dato che i soggetti rifiutati durante la pre-intervista e l'intervista finale, avevano espresso dolore psicologico e tristezza. Molti soggetti riferivano difficoltà a dormire, tremavano, piangevano, sospiravano oppure si arrabbiavano quando discutevano del loro partner rifiutante. Gli autori avevano ipotizzato che questi comportamenti avrebbero coinvolto la corteccia insulare e anche in questo caso la loro ipotesi fu confermata. Le regioni della corteccia insulare dove Fisher e i suoi collaboratori (2010) avevano trovato attivazione sono state associate in altri studi (Brooks et al., 2005; Dube et al., 2009; Treede et al., 2000) con il dolore fisico e/o distress (angoscia). Anche una vasta area del cingolato anteriore, in cui Fisher e i suoi collaboratori (2010) avevano trovato attivazione, è coinvolta nella regolazione del dolore (per esempio, Petrovic et al., 2002). Gli autori hanno riscontrato nei soggetti rifiutati anche alcune regioni associate a risposte emotive generali e al dolore.

Gli studi di Najib e collaboratori (2004) e Fisher e collaboratori (2010) hanno evidenziato pochi punti in comune. L'attivazione di alcune piccole aree dei gangli basali e della corteccia orbitofrontale è stata evidenziata nei soggetti di entrambi gli studi; ma nelle altre regioni cerebrali in cui Fisher e i suoi collaboratori (2010) hanno trovato attivazione Najib e i suoi collaboratori (2004) hanno trovato disattivazione.

Le differenze tra i due studi, potrebbero essere dovute a due diversi disegni sperimentali. Mentre Fisher e i suoi collaboratori (2010) presentavano ai loro partecipanti uno stimolo esterno durante il compito loro richiesto, Najib e i suoi collaboratori (2004), invece, no. Questi diversi approcci necessitano, tuttavia, di ulteriori indagini, poiché possono produrre importanti differenze nel modo in cui il cervello elabora il rifiuto e potrebbero potenzialmente portare ad approcci terapeutici considerevolmente differenti per il trattamento da rifiuto romantico.

Differenze psicologiche tra una “sana” relazione amorosa e la Dipendenza Affettiva partendo in entrambi i casi da un “normale” stato di amore romantico

Un criterio che ci permette di distinguere una dipendenza affettiva o “Love Addiction”, da un sano sentimento amoroso, è il tipo di relazione esistente nella coppia. La relazione di dipendenza è una relazione dolorosa, insoddisfacente, umiliante ed autodistruttiva, dalla quale si esce con molta difficoltà. Sono quasi sempre presenti incompatibilità, mancanza di rispetto, diversità progettuale,

ostilità, non condivisione di bisogni e desideri; è il contrario dell'amore "sano" che permette agli elementi della coppia di crescere insieme, di provare piacere, gioia di vivere e favorisce lo sviluppo di complicità e senso di appartenenza.

La dipendenza nasce dal "rifiuto" e se non vi fosse il rifiuto, probabilmente finirebbe presto. La voglia di lottare e di vincere aumenta quanto più aumentano le difficoltà e il dolore. I sintomi ricorrenti nella dipendenza affettiva sono gli stessi di una sindrome depressiva e spesso le persone si ritrovano in una diagnosi ufficiale di depressione. Questa descrizione, tuttavia, non è appropriata al loro malessere che è legato all'innamoramento (Prassede Capozio, 2008). Se rileggiamo le vecchie diagnosi di mal d'amore dei secoli scorsi, ci accorgiamo che coincidono quasi perfettamente con un'odierna diagnosi di disturbo ossessivo con alterazioni dell'umore. Ci sono molti aspetti dell'innamoramento simili ad un disturbo mentale, in modo così fedele che forse non c'è nessuna vera differenza tra l'ossessione per la persona amata ed un'ossessione propriamente detta. La malattia d'amore e la conseguente dipendenza s'instaurano quando cerchiamo di soddisfare i nostri bisogni in relazioni con individui che non vogliono o non possono soddisfare quei bisogni. Le aspettative diventano troppo elevate e per niente realistiche rispetto a quello che il partner può dare. Si crea un circolo vizioso: più l'uno insegue più l'altro scappa, perché ha paura di essere soffocato o "vampirizzato". In un rapporto così sbilanciato, il dipendente affettivo prova ansia e ha un ricorrente bisogno di essere rassicurato; ciò lo porta ad essere sempre più insistente e pervicace. L'amato inizialmente dimostra di gradire le attenzioni; spesso è lui che per primo manifesta il proprio interesse per il dipendente affettivo, ma quanto più quest'ultimo si fa audace e si espone, tanto più lui si ritira (Prassede Capozio, 2008).

Comorbidità e diagnosi differenziale

La Dipendenza Affettiva o Love addiction, in cui il soggetto sacrifica ogni spinta evolutiva e ogni desiderio in favore del mantenimento di un amore parassitario ossessivo, inibito, stagnante e vissuto come una droga, cela in sé un forte difficoltà dell'autostima.

Secondo Burke e collaboratori (1990) in campo psichiatrico è corretto parlare di comorbidità quando si riscontra la presenza di più di un disturbo specifico (e non di un sintomo) in un medesimo soggetto durante un periodo di tempo definito.

Miller (1997) evidenzia una frequente comorbidità con il Disturbo Post-traumatico da Stress conseguente ad abusi sessuali, con il Disturbo Dipendente di Personalità, con il Disturbo Ossessivo-Compulsivo e con tutti i disturbi del cluster C. Sono spesso presenti altri tipi di dipendenza (cibo, sesso, gioco d'azzardo, attività fisica, sostanze), Disturbo Distimico e Disturbi d'ansia. Con minore

frequenza è possibile riscontrare una comorbidità con i disturbi del cluster B istrionico e borderline, con Disturbo Bipolare e con la Depressione Maggiore (Albano & Gulimanoska, 2006).

Guerreschi (2011) considera la Dipendenza Affettiva un tratto strutturale. Secondo l'autore le diverse forme che essa può assumere in uno stesso soggetto sono a stento contemplate e possono pertanto condurre a registrare più disturbi mentali forse solo apparentemente comorbidi, quando invece una dimensione di spettro psicopatologico sarebbe più appropriata per inquadrare e descrivere la continuità e la contiguità di dette forme di dipendenza. Attualmente, la dipendenza Affettiva non è stata classificata come patologia nei vari sistemi diagnostici psichiatrici, come il DSM-IV e si cerca di farla rientrare nei vari disturbi contemplati in essi (Guerreschi, 2011).

Reynaund e i suoi collaboratori (2010) evidenziano come l'assenza di una definizione ci lasci con una mancanza di dati affidabili. Gli autori, inoltre, sottolineano l'assenza di eventuali studi sistematici a loro conoscenza sulle comorbidità associate a Love Addiction e di eventuali studi di tratti di personalità o fattori genetici che potrebbero essere correlati al rischio di dipendenza da amore.

L'unico studio sulla comorbidità e sulla prevalenza relativo alla Love Addiction fa riferimento al lavoro di Sussman e i suoi collaboratori (2011) che trattando le dipendenze in generale fanno rientrare anche la dipendenza d'amore. Sussman e collaboratori (2011), infatti, hanno condotto una revisione sistematica della letteratura su 83 studi, comprendenti in totale 500 soggetti, trattando 11 tipi di dipendenze (nicotina, alcol, sostanze, disturbi alimentari, gioco d'azzardo, Internet, amore, sesso, attività fisica, lavoro e shopping) con l'obiettivo di fornire una stima della prevalenza di comportamenti di dipendenza e di co-dipendenza nella popolazione generale adulta degli Stati Uniti in un periodo di 12 mesi. Dai risultati è emersa una percentuale del 2-3% relativa alle dipendenze da internet, gioco d'azzardo, sesso, amore, esercizio fisico e disturbi alimentari; gli autori spiegano questa bassa incidenza per le conseguenze immediate e spiacevoli che tali dipendenze comportano. Relativamente alla dipendenza da nicotina, alcol, sostanze, lavoro e shopping la percentuale emersa è stata del 5-15%; tale prevalenza viene spiegata dagli autori identificando in tali dipendenze, comportamenti non limitati dalla società, anzi, a volte, addirittura promossi. Del campione totale circa il 47% mostra di avere una dipendenza comportamentale con serie conseguenze negative, mostrando così come almeno una minoranza della popolazione mondiale soffre di un processo di dipendenza. Gli autori si propongono, tuttavia, di ripetere lo studio su un campione più ampio per una maggiore generalizzabilità dei risultati; inoltre, soltanto una piccola parte degli studi considerati nella revisione ha esaminato le co-dipendenze.

Per quanto riguarda i fattori di rischio associati alla Love Addiction, Reynaund e i suoi collaboratori (2010) non avendo trovato studi sistematici su questo argomento, si limitano ad evidenziare, sulla base della pratica clinica, che alcuni soggetti sono più interessati da relazioni di dipendenza; questi presentano fattori di rischio simili a quelli conosciuti per facilitare l'insorgenza della dipendenza: ricercare sensazioni o calmare la sofferenza.

Reynaund e i suoi collaboratori (2010), inoltre, evidenziano che la Dipendenza Affettiva o Love Addiction può sovrapporsi con la Dipendenza Sessuale, (per quest'ultima rimandano a Garcia & Thibaut, 2010). Gli autori sottolineano, però, che mentre nella Dipendenza Affettiva o Love Addiction, il nucleo del disturbo è focalizzato sulla relazione (psicosociale) con un altro significativo; nella Dipendenza Sessuale o Sex Addiction, invece, il nucleo del disturbo è focalizzato sul bisogno per il fisico atto sessuale (spesso con più partner), in questo caso, l'identità sessuale del partner potrebbe essere irrilevante; secondo gli autori, tuttavia, potrebbe essere difficile separare la ricompensa della relazione d'amore dalla ricompensa sessuale. A livello fenomenologico, inoltre, gli autori mettono in evidenza che la Love Addiction potrebbe avere delle somiglianze con i disturbi dell'umore, poiché l'innamorato passionale potrebbe mostrare esaltazione, aumento dell'energia e vivacità, simile all'ipomania, mentre se privato del suo oggetto d'amore, potrebbe apparire anche depresso, sperimentare irritabilità, anedonia e disturbi del sonno.

Dipendenza Affettiva e Disturbo Ossessivo Compulsivo

Come abbiamo potuto constatare, la Dipendenza Affettiva è caratterizzata da molti sintomi di varia natura clinica. Tallis (2006) evidenzia come in letteratura molti esperti ritengono che il sintomo predominante sia quello ossessivo e che da esso derivino tutti gli altri.

Come fa notare Guerreschi (2011) se confrontassimo le vecchie diagnosi di "mal d'amore", con quella odierna di Disturbo Ossessivo-Compulsivo con alterazioni dell'umore, potrebbe risultare evidente come le due diagnosi si sovrappongano quasi perfettamente.

Il soggetto con DOC viene gestito dalle compulsioni in risposta al pensiero ossessivo e nel tentativo di scacciarlo, al contrario lo fa aumentare in termini di frequenza, con un conseguente aumento delle compulsioni.

Le ossessioni, nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo, consistono in idee, pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e/o persistenti che insorgono improvvisamente nella mente del soggetto e che vengono percepiti come intrusivi, fastidiosi e privi di senso (Mancini & Perdighe, 2008). Nel dipendente affettivo l'attività mentale è orientata sul pensiero ossessivo dell'amato che compare in maniera ricorrente in tutti i momenti della giornata, con un grande dispendio di energie. Lo sguardo

è fisso al telefono o alla posta elettronica, in attesa che lui si faccia vivo. I rapporti con il resto del mondo sono superficiali o inesistenti. Si tralasciano le attività oppure si lavora male; gli affetti familiari a cui prima ci si dedicava diventano secondari (Prassede Capozio, 2008). Le compulsioni, nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo, sono definite come degli atti mentali o comportamenti ripetitivi, messi in atto in risposta ad un'ossessione secondo regole precise, allo scopo di neutralizzare e/o prevenire un disagio e una situazione temuta (Mancini & Perdighe, 2008). Il dipendente affettivo in risposta al pensiero ossessivo dell'amato cerca in maniera improrogabile di vederlo e di comunicare con lui in ogni momento della giornata, allo scopo di ridimensionare l'ansia provata per la sua assenza o per il timore di un rifiuto (Prassede Capozio, 2008). In entrambi i casi, si hanno difficoltà di concentrazione e di impegno in attività quotidiane. Inoltre, gli "innamorati", come le persone con DOC, tendono a diventare superstiziose e a confondere pensiero e azione (Guerreschi, 2011).

La somiglianza tra le due condizioni è stata confermata anche da Marazziti (2002) la quale ha scoperto che i livelli della serotonina sono più bassi del 40% tanto in chi ha una diagnosi di DOC, quanto in soggetti "sani" che si dichiarano "innamorati", rispetto ad altri soggetti. Anche Beech & Mitchell (2005) e Motofei (2007) durante la fase iniziale dell'amore passionale hanno riscontrato una diminuzione della serotonina a livelli prossimi di quelli dei pazienti che soffrono di DOC.

Dipendenza Affettiva e Disturbi dell'Umore

Guerreschi (2011) mette in evidenza che quasi tutti gli autori che hanno scritto di Dipendenza Affettiva, associano tale patologia ai disturbi dell'umore. Secondo l'autore, se facciamo riferimento semplicemente all'amore romantico non è difficile riscontrare in un "innamorato" alcune di queste caratteristiche: marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno (pensa solo al nuovo amore); diminuzione dell'appetito; insonnia; agitazione psicomotoria; maggiore loquacità del solito, oppure spinta continua a parlare; distraibilità (cioè l'attenzione è troppo facilmente deviata da stimoli esterni non importanti o non pertinenti). Quelli appena descritti sono alcuni dei sintomi che il DSM IV-TR attribuisce ai disturbi dell'umore (depressione, ipomania, mania). Alla luce di ciò, Guerreschi (2011) sottolinea che è facile ritrovare una somiglianza tra una persona affetta da un disturbo dell'umore e un adolescente innamorato o un adulto che deve fare i conti con la fine di un amore importante, quindi con l'elaborazione di un lutto; così come di sovente è possibile riscontrare questi sintomi in un paziente affetto da Dipendenza Affettiva. Secondo l'autore, tuttavia, è corretto parlare di comorbidità

soltanto quando si riscontra la presenza di un disturbo specifico, per questo non ritiene opportuno considerare un disturbo unipolare o bipolare in comorbilità con la Dipendenza Affettiva.

Dipendenza Affettiva e co-dipendenza

Con il termine co-dipendenza si vuole intendere un tipo di problematica che tipicamente colpisce una persona la cui esistenza è fortemente condizionata da un rapporto stretto con una personalità dipendente e che provoca in essa squilibri devastanti tanto quanto la malattia del dipendente (Guerreschi, 2000). Il co-dipendente è una persona che non è assolutamente in grado di uscire da una relazione con un dipendente, che egli stesso ammette essere senza speranza, insoddisfacente, umiliante e autodistruttiva. Inoltre si sviluppa una vera e propria sintomatologia con ansia generalizzata, depressione, insonnia, inappetenza, malinconia, idee ossessive. Quasi sempre c'è mancanza di rispetto, incompatibilità di progetti di vita, bisogni e desideri che non possono essere condivisi, oltre ad essere poco presenti momenti di unione profonda e di soddisfazione reciproca (Guerreschi, 2011).

Cercando di risalirne le origini, Guerreschi (2011) mette in evidenza come questa particolare forma di dipendenza è stata inizialmente osservata nei contesti relazionali legati alla vita di coppia di alcolisti o tossicodipendenti. Johnson, nel 1973, osservando le coppie formate da un alcolista e dal suo partner, notò che quest'ultimo spesso presentava inconsciamente aspetti di morboso accentramento intorno alle problematiche dell'altro, contribuendo al mantenimento dello stato patologico del paziente "designato". I co-dipendenti necessitano di relazionarsi con persone dipendenti per un'insana forma di benessere. Tale problematica coincide con una condizione multidimensionale che comprende varie forme di sofferenza o annullamento di sé, associati alla focalizzazione delle proprie attenzioni ed energie sui bisogni e comportamenti di un partner dipendente da sostanze o da un comportamento.

Subby (1987) mette in evidenza che è stato dimostrato da diverse ricerche che i soggetti co-dipendenti, in età infantile, hanno sperimentato un'esposizione nell'ambiente familiare a regole oppressive che impediscono successivamente di vivere ed esprimere serenamente le loro emozioni.

Whitfield, (1997) sottolinea come i co-dipendenti tendono a trascurare i propri bisogni e desideri e nella negazione di essi, a mettere da parte, se stessi, situazione che è stata anche denominata "malattia del Sé perduto".

Secondo Cermak (1986), invece, la forma di dipendenza che si instaura nei soggetti co-dipendenti è del tutto simile alle caratteristiche del Disturbo Borderline di Personalità e nella fattispecie ne condivide gli aspetti di:

- 1) dispersione o diffusione dell'identità,
- 2) sensazioni e vissuti di vuoto cronico
- 3) impulsi e compulsioni, sullo scenario di un Io debole strutturalmente (Cermak, 1986).

Nel tentativo di delimitare le caratteristiche psicopatologiche della co-dipendenza e di tracciarne pertanto un profilo diagnostico clinicamente percorribile, Cermak (1986) ha proposto alcuni criteri diagnostici in stile DSM per il Disturbo co-dipendente di Personalità:

- A. Continuo investimento dell'autostima nella capacità di controllare sé e gli altri nonostante l'evenienza di serie conseguenze negative;
- B. Assunzione di responsabilità per venire incontro ai bisogni degli altri, fino ad escludere il riconoscimento dei propri;
- C. Ansia e distorsioni del confine di sé in situazioni di intimità e di separazione;
- D. Coinvolgimento in relazioni con soggetti affetti da disturbi di personalità o dipendenti.

Definiti questi come criteri maggiori, l'autore ne aggiunge altri in funzione di criteri minori:

1. Eccessivo ricorso alla negazione;
2. Costrizione delle emozioni;
3. Depressione;
4. Ipervigilanza;
5. Compulsioni;
6. Abuso di sostanze;
7. Ansia;
8. Condizione attuale o pregressa di ricorrenti abusi fisici o sessuali subiti;
9. Malattie da stress;
10. Permanenza in una relazione primaria con un soggetto dipendente per almeno 2 anni senza richiedere un aiuto esterno.

Questo set di criteri fa evidentemente riferimento all'origine della co-dipendenza dall'alcolismo e alla sua iniziale limitata generalizzazione ai disturbi da uso di sostanze, ma verrà applicata successivamente anche ad altre tipologie di partner problematici (caratteriali, multi-impulsivi, borderline, schizofrenici, depressi, etc.) (Guerreschi, 2011). Non è ancora chiaro se considerare in alcuni casi la Love Addiction in comorbidità o piuttosto come variante di personalità co-dipendente, osservata nei partner di soggetti a loro volta dipendenti, che sacrificano la propria vita nel tentativo di "salvare" il compagno sacrificando ogni bisogno personale (Caretto & La Barbera 2009).

Dipendenza Affettiva e Disturbo Dipendente di Personalità

Il Disturbo Dipendente di Personalità, inserito nel DSM IV-TR nei disturbi di personalità del cluster C, fa riferimento a persone la cui caratteristica prevalente sembra essere una costante sfiducia in sé stessi e la percezione di un'enorme insicurezza personale e sociale. Se si leggono con attenzione i criteri diagnostici di seguito riportati, è possibile riscontrare le somiglianze tra essi e la personalità del dipendente affettivo.

Il Disturbo Dipendente di Personalità viene descritto come una situazione pervasiva ed eccessiva di necessità di essere accuditi, che determina comportamento sottomesso e dipendente e timore della separazione, compare nella prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi;

- La persona ha difficoltà a prendere le decisioni quotidiane senza richiedere una eccessiva quantità di consigli e rassicurazioni;
- ha bisogno che altri si assumano le responsabilità per la maggior parte dei settori della sua vita;
- ha difficoltà ad esprimere disaccordo verso gli altri per il timore di perdere supporto o approvazione;
- ha difficoltà ad iniziare progetti o a fare cose autonomamente, per una mancanza di fiducia nel proprio giudizio o nelle proprie capacità piuttosto che per mancanza di motivazione o di energia;
- può giungere a qualsiasi cosa pur di ottenere accudimento e supporto da altri, fino al punto di offrirsi per compiti spiacevoli;
- si sente a disagio o indifeso quando è solo, per timori esagerati di essere incapace di provvedere a se stesso;
- quando termina una relazione stretta, ricerca urgentemente un'altra relazione come fonte di accudimento e di supporto;
- si preoccupa in modo non realistico di essere lasciato a provvedere a se stesso.

Secondo Guerreschi (2011), fino a che la Dipendenza Affettiva non avrà una sua collocazione diagnostica, è opportuno utilizzare i criteri diagnostici proposti per il Disturbo Dipendente di Personalità.

Le origini della Dipendenza Affettiva

Guerreschi (2011) mette in evidenza i tre stili di attaccamento evidenziati da Bowlby (1969, 1973, 1980) sottolineando come la scelta del proprio partner e la costruzione di una vita di relazione affettiva si basi sui modelli di attaccamento:

L'attaccamento sicuro:

In questo stile di attaccamento la madre è attenta alle esigenze del bambino fintanto che egli dipende da lei per tutte le cure, ma è altresì capace di lasciargli esplorare il mondo e di essere presente nel momento in cui il bambino ritorna, dopo essersi allontanato. Da adulto, una persona con questo stile di attaccamento avrà una buona autostima, non sarà particolarmente ansioso e si sentirà a proprio agio nelle situazioni di vicinanza fisica ed emotiva. Nel caso di rottura di una relazione questi individui in genere non perdono la stima di sé e pur in presenza di dolore sanno ricominciare.

L'attaccamento ambivalente:

In questo stile di attaccamento la madre è presente in maniera imprevedibile. Trasmette al figlio l'idea che lo accoglie, ma in un momento successivo non è più attenta alle sue esigenze. Questo genera nel bambino paura dell'abbandono, insicurezza e bassa autostima. Lo stile amoroso in queste persone può essere definito un "amore nevrotico" in quanto s'accompagna ad un ipercoinvolgimento ossessivo. Nella relazione di coppia è presente una forte ansia, l'idealizzazione del partner, uno stato d'innamoramento perenne. Il soggetto può essere definito un "tossocodipendente d'amore", ha paura di perdere il partner di cui è molto geloso. Questi individui reagiscono nei confronti del compagno a volte in modo pressante, altre volte respingendolo quando è il partner ad avere bisogno di attenzione. Questo stile di attaccamento è quello che hanno sperimentato la maggior parte dei dipendenti affettivi.

L'attaccamento evitante:

In questo stile di attaccamento la madre allontana il bambino, si cura dei bisogni primari ma non dei bisogni emotivi, quali il bisogno di sicurezza e d'appartenenza. Queste persone da adulti, nella relazione di coppia, appaiono distanzianti, evitano il coinvolgimento affettivo e si sentono a disagio con l'intimità sia fisica che emotiva.

Guerreschi (2011) evidenzia che quando i bisogni primari non vengono soddisfatti, si originano sentimenti di ira, terrore, tristezza e senso di abbandono. Il bambino, secondo l'autore, finirà per credere che i suoi sentimenti sono "cattivi", dal momento che egli non riceve una risposta costante da parte delle sue figure di attaccamento e i suoi sentimenti vengono ignorati o addirittura messi in ridicolo. Questa credenza, che le sue necessità, i suoi bisogni ed i sentimenti sono "cattivi", fa sì che il bambino si convinca che è lui stesso ad essere cattivo. E, come i suoi genitori l'hanno

abbandonato sia emotivamente che fisicamente, così crede che anche da adulto sarà abbandonato, sempre. Dopo tutto, chi è che starebbe con una persona così “cattiva”? Ognuno di noi sviluppa le proprie abilità per trattare con questa paura cronica dell’abbandono. Le abilità di sopravvivenza sono necessarie per vincere l’ansia, la vergogna, la paura e la tristezza che generano le credenze negative dei dipendenti affettivi. Essi tendono, infatti, a dire a loro stessi: “Poiché io sono cattivo, non ci sarà nessuno che si prenderà cura di me”; “Se resto da solo, morirò, quindi devo trovare qualcuno che si prenda cura di me e che mi ami”. Questa è la dipendenza (Guerreschi, 2011).

Conclusioni

Il modo di provare le emozioni, il modo di esprimerle, nonché il modo di agire in maniera congrua ad esse, deriva dai significati soggettivi con cui ciascun individuo “legge” sé stesso e il mondo.

Si tratta di pattern di funzionamento sostanzialmente stabili, modi individuali di “costruire” la realtà

e di “essere nel mondo”, specifici per ciascuna persona. In altre parole il modo con cui la persona attribuisce significato al mondo esterno, interagisce e costruisce relazioni, dipende dalle caratteristiche del proprio stile cognitivo. Secondo l’approccio cognitivo, infatti, il soggetto non è mai passivo rispetto all’ambiente esterno, al contrario è dotato di strutture mentali che lo orientano attivamente nella selezione e nell’attribuzione di significato alle informazioni, ma anche all’azione, coerentemente ai significati soggettivi. Tali strutture sono definiti schemi cognitivi e sono condizionati dallo stile di attaccamento durante le prime fasi di vita.

Sulla base delle analogie rispetto alla fenomenologia clinica della Love Addiction e della Tossicodipendenza, riscontrate in letteratura, ritengo che il ruolo dei Modelli Operativi Interni nello sviluppo delle dipendenze e dei DCA descritto da Travaglini (2009) nel suo lavoro, possa essere ragionevolmente esteso alla Love Addiction, altrimenti definita Dipendenza Affettiva.

La teoria dell’attaccamento permette di capire l’importanza ed il ruolo del sintomo nello stile di conoscenza di un individuo rispetto a sé e al mondo, indipendentemente dal tipo di sostanza o dal tipo di comportamento a cui si fa ricorso. Il sintomo “uso di sostanza” o “uso del comportamento di ricerca del partner”, diventa uno strumento di gestione degli stati emotivi problematici e delle frustrazioni, quindi un prezioso meccanismo di adattamento a cui è difficile rinunciare. Questo approccio, a mio avviso, ha anche importanti implicazioni sull’intervento terapeutico, in quanto evidenzia la necessità di comprendere caso per caso il significato e la funzione del sintomo prima di lavorare insieme al paziente sulla gestione più funzionale di questo.

Rappresentazioni di sé e del mondo conseguenti ad uno stile di attaccamento insicuro e allo stile di conoscenza sviluppato nel tempo, possono spiegare la motivazione a ricercare e a mantenere “ad ogni costo” una relazione sentimentale, anche disfunzionale, nel dipendente affettivo. Suggestisco pertanto di riflettere sulla possibilità di distinguere tre diverse tipologie di dipendenti affettivi che orientano il loro comportamento di ricerca del partner in funzione di scopi diversi:

I dipendenti affettivi che non si sono sentiti riconosciuti importanti dalle figure significative.

Questi considerano il rifiuto un destino ineluttabile. Una volta stabilita la loro non amabilità e accettato il destino di solitudine, ricercano partner certamente rifiutanti e incapaci di stabilire relazioni intime. Questi confermandogli la credenza di dover fare da soli e di non poter accedere a relazioni intime, mantengono in loro un atteggiamento di rinuncia depressiva rispetto alla possibilità di relazioni meno sofferenti.

I dipendenti affettivi a cui è mancata la legittimazione dei propri bisogni e delle proprie percezioni. Questi ricercano relazioni sentimentali, mediante le quali essere riconosciuti come persone di valore e perciò accettati e amati in quanto “esseri speciali”. A tal fine, si prodigano nella cura del partner, mettendo spesso in secondo piano i propri bisogni personali, nella speranza di non essere abbandonati. Essere riconosciuti dall’altro legittima la loro esistenza, senza l’altro la loro vita perde di significato, per tale ragione un rifiuto (indipendentemente dalla durata della relazione) per questo tipo di dipendenti è particolarmente doloroso. Inoltre non essendo stati validati i loro bisogni e le loro percezioni, si trovano in un costante dubbio amletico circa l’appropriatezza dei propri pensieri, comportamenti ed emozioni. Dubbio che si risolve solo attraverso la conferma esterna del partner a cui vengono fatte eccessive richieste, oppure attraverso un controllo ossessivo delle prestazioni, (proprie e del partner) che devono rispondere ad elevati criteri di valutazione, al fine di non percepirsi inadeguati e perciò indegni, non amabili o meritevoli soltanto di un partner imperfetto, difettato, compromettendo il già precario valore personale. Il partner sfinito dalle eccessive richieste di rassicurazioni, dai controlli ossessivi, dalle pretese di elevate prestazioni che questo tipo di dipendente richiede, in primo luogo a sé stesso, può abbandonarlo, confermando in lui la credenza di non essere accettato, amato, poiché di scarso valore personale e mantenendo in lui la convinzione della necessità di ricercare un nuovo partner, al fine di smentire tale credenza e porre fine alla dolorosa sofferenza provata per l’abbandono.

I dipendenti che non hanno avuto modo di sperimentare il processo di separazione-individuazione.

Questi possono ricercare relazioni sentimentali, al fine di individuarsi dai genitori, ma non essendosi potuto realizzare un reale processo di separazione e individuazione da questi, a causa di

una loro eccessiva intrusione o di una loro continua svalutazione circa le proprie percezioni e opinioni personali, questo tipo di dipendente affettivo sviluppa un'idea di sé come persona debole e incapace. Impossibilitato a sostenere conflitti, per un'incapacità ad argomentare i propri bisogni ed esprimere le proprie opinioni personali, difficilmente riesce a negoziare con il partner per giungere a compromessi utili al benessere della coppia. Alternerà passività qualora tema l'abbandono del partner, ma successivamente percependosi "sottomesso" da questo, reagirà in maniera aggressiva, secondo modalità adolescenziali e oppositive che impedendo la crescita del rapporto, potrebbero portare alla chiusura di questo per volontà dell'altro. Ciò confermerebbe in lui la credenza di avere scarsa efficacia personale, di essere debole e incapace di mantenere un rapporto sentimentale duraturo, basato anche sull'impegno a negoziare bisogni che non sa esprimere e che in maniera oppositiva non vuole negoziare. Inoltre, nonostante l'amore provato per il partner e la sofferenza provata per la chiusura "oppositiva" del rapporto, si manterrà, tuttavia, il sentimento provato verso il partner che lo porterà a riavvicinarsi a lui, ma sempre imponendosi e prevaricando su questo. Il dipendente probabilmente nuovamente verrà rifiutato e soffrirà per questo, fin tanto che non troverà un nuovo partner con cui riniziare il "copione".

Relativamente alla Dipendenza Affettiva Janiri & de Risio (2002) si chiedono se è possibile parlare di un disturbo autonomo analogo o identico a quello che gli autori anglosassoni chiamano Relationship Addiction (Black, 1990). Nel caso in cui fosse possibile si chiedono, inoltre, se considerarlo un Disturbo di Personalità o un Disturbo in Asse I. Nel caso in cui consideriamo la Dipendenza affettiva un Disturbo di Personalità, come sottolineano Janiri & de Risio (2002), bisogna considerare i confini nosografici e verificare che questa non si venga a sovrapporre con altri disordini della personalità, proposti e già contemplati dal sistema di classificazione: ad esempio che essa non sia una replica, una variante o una forma vista da altre angolazioni della co-dipendenza o del Disturbo Dipendente di Personalità. La questione può essere risolta entrando nel merito delle definizioni e del core del problema psicopatologico: mentre la co-dipendenza necessita di un partner disfunzionale, la Dipendenza Affettiva si può sviluppare anche all'interno di un rapporto con un soggetto apparentemente non problematico; inoltre, mentre il soggetto con personalità dipendente permette passivamente che altri s'impossessino di aree della propria vita e le gestiscano al posto suo, nella Relationship Addiction questo avviene di rado (Janiri & de Risio, 2002). Nella Relationship Addiction sembrerebbe che le caratteristiche sopra menzionate della dipendenza strutturale si rendano manifeste soltanto in occasione di particolari relazioni (e quindi neanche in tutte), in cui per motivi reali o simbolici il paziente perde il controllo nei confronti del partner. Del resto la frequenza di comorbidità tra Dipendenza Affettiva e alterazioni dell'umore o altri disturbi

dello spettro impulsivo-compulsivo, secondo gli autori, lasciano pensare ad essa come ad una configurazione psicopatologica di tipo Asse I, anche in considerazione del fatto che non sembra essere una modalità di funzionamento continuativo o comunque necessariamente a lungo termine. In realtà, come evidenziano anche gli autori, gli unici riferimenti sicuri dal punto di vista della prossimità nosografica sono quelli della sindrome di dipendenza da sostanze, i cui elementi costitutivi la Relationship Addiction condivide sotto il profilo comportamentale, emotivo e del deterioramento psico-sociale.

Bibliografia

- Acevedo, B. P., & Aron, A., (2009). *Does a long-term relationship kill romantic love?* American Psychological Association. 13(1): 59–65.
- 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
- Aron, A., & Aron, E. N., (1986). *Love and the expansion of self: Understanding attraction and satisfaction*. New York: Hemisphere.
- Aron, A., Aron, E.N., & Allen, J., (1998). *Motivations for unreciprocated love*. Pers Soc Psychol Bull. 24: 87–796.
- Aron, A., Fisher, H., & Strong, G., (2006). *Romantic love*. In Vangelisti, A., & Perlman, D., The Cambridge Handbook of Personal Relationships. New York: Cambridge. 595–614.
- Aron, A., Fisher, H., Mashek, D. J., Strong, G., Li, H., & Brown, L. L., (2005). *Reward, motivation, and emotion systems associated with early-stage intense romantic love*. J. Neurophysiol; 94(1): 327–337.
- Baiocco, R., Couyoumdjian, A., & Del Miglio, C., (2005). *Le dipendenze in adolescenza: aspetti epidemiologici, differenze di genere e fattori psicologici*. In Caretti, V. & La Barbera, D. (2005). *Le dipendenze patologiche: Clinica e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore, pp.279-304.
- Bartels, A., & Zeki, S., (2000). *The neural basis of romantic love*. Neuroreport; 11(17): 3829–3834.
- Bartels, A., & Zeki, S., (2004). *The neural correlates of maternal and romantic love*. Neuroimage. 21: 1155–1166.
- Baumeister, R.F., Votman, S.R., & Stillwell, A.M., (1993). *Unrequited love: On heartbreak, anger, guilt, scriptlessness and humiliation*. J Pers Soc Psychol 64: 377–394.
- Becker, J. B., Rudick C. N., & Jenkins, W. J., (2001). *The role of dopamine in the nucleus accumbens and striatum during sexual behavior in the female rat*. J Neurosci; 21(9): 3236–3241.
- Beech, A. R., Mitchell, I. J., (2005). A neurobiological perspective on attachment problems in sexual offenders and the role of selective serotonin re-uptake inhibitors in the treatment of such problems. Clin Psychol Rev; 25(2): 153–182.
- Black, C., (1990). *Double duty*. New York: Ballantine.
- Bowlby, J., (1969). *Attaccamento e perdita: Vol. 1. L'attaccamento alla madre*. Torino: Boringhieri (1972).
- Bowlby, J., (1973). *Attaccamento e perdita: Vol. 2. La separazione dalla madre*. Torino: Boringhieri (1975).
- Bowlby, J., (1980). *Attaccamento e perdita: Vol. 3. La perdita della madre*. Torino: Boringhieri (1983).
- Brooks, J. C., Zambreau, L., Godinez, A., Craig, A.D., & Tracey, I., (2005). *Somatotopic*
- Burke, J. D., Wittchen, H.U., & Reigen, D. A., (1990). *Extracting information from diagnostic interviews an concurrence of symptoms of anxiety and depression*. In Master, J. D., Cloning, C. R., (1990). Comorbidity of mood and anxiety disorders. Washington DC., pp. 649-67.
- Caretti, V., La Barbera, D., (2009). *Le nuove dipendenze: Diagnosi e clinica*. Roma: Carocci
- Cermak, T.L., (1986). *Diagnosis and treating co-dependence: a guide for professional*. Minneapolis, MN: Johnson Institute Books
- Childress, A. R., Ehrman, R.N., Wang, Z., Li, Y., Sciortino, N., Hakun, J., Jens, W., Suh, J., Listerud, J., Marquez, K., Franklin, T., Langleben, D., Detre, J., & O'Brien, C. P., (2008). *Prelude to passion: limbic activation by "unseen" drug and sexual cues*. PLoS ONE; 3(3):e1506.

- Dackis, C., & O'Brien, C., (2005). *Neurobiology of addiction: treatment and public policy ramifications*. *Nat Neurosci*; 8(11): 1431–1416.
- Di Chiara, G., & Imperato, A., (1988). *Drugs abused by humans preferentially increase synaptic dopamine concentrations in the mesolimbic system of freely moving rats*. *Proc Natl Acad Sci USA*; 85(14): 5274–5278.
- DSM IV- TR, (2000). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Quarta edizione., Text Revision, American Psychiatric Association. Milano:Masson
- Dube, A.A., Duquette, M., Roy, M., Lepore, F., Duncan, G., & Rainville, P., (2009). *Brain*
- Esch, T., & Stefano, G. B., (2004). *The neurobiology of pleasure, reward processes, addiction and their health implications*. *Neuro Endocrinol Lett*. 25(4): 235–251.
- Fehr, B., (1988). *Prototype analysis of the concepts of love and commitment*. *J Pers Soc Psychol*. 55: 557–579.
- Fisher, H. E., (1998). *Lust, attraction, and attachment in mammalian reproduction*. *Hum Nature*. 9: 23–52.
- Fisher, H. E., Aron, A., & Brown, L. L., (2006). *Romantic love: a mammalian brain system for mate choice*. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 361: 2173–2186.
- Fisher, H. E., Brown, L.L., Aron, A., Strong, G. & Mashek, D., (2010). *Reward, addiction, and emotion regulation systems associated with rejection in love*. *J. Neurophysiol*. 104:51-60
- Fisher, H., (2004). *Why We Love?* New York: Owl Books.
- Fowler, J. S., Volkow, N. D., Kassed, C. A., & Chang, L., (2007). *Imaging the addicted human brain*. *Sci Pract Perspect*; 3(2):4–16.
- Frascella, J., Potenza, M. N., Brown, L.L., & Childress, A. R., (2010). *Shared brain vulnerabilities open the way for non-substance addictions: Craving addiction at a new joint?* *Ann N Y Acad Sci*. 1187: 294–315.
- Goeders, N. E., (2002). *The HPA axis and cocaine reinforcement*. *Psychoneuroendocrinology*; 27(1-2):13–33.
- Gonzaga, G., Keltner, D., Londahl, E., & Smith, M., (2001). *Love and commitment problems in romantic relations and friendship*. *J Pers Soc Psychol*. 81: 247–262.
- Goodman, A., (2008). *Neurobiology of addiction An integrative review*. *Biochem Pharmacol*; 75(1):266–322.
- Goodman, A., (2008). *Neurobiology of addiction. An integrative review*. In *Biochemical Pharmacology*, 75:266-322
- Grant, J. E., Brewer, J. A., Potenza, M., (2006). *The neurobiology of substance and behavioural addictions*. In *CNS Spectrums*, 11, pp. 924-930
- Griffin-Shelley, E., (1991). *Sex and love: Addiction, treatment and recovery*. Westport, CT: Praeger
- Guerreschi, C., (2000). *Giocati dal gioco*. Milano: San Paolo.
- Guerreschi, C., (2011). *La dipendenza affettiva: Ma si può morire anche d'amore?* Milano: Franco Angeli.
- Halpern, H. M., (1982). *How to Break Your Addiction to a Person*. New York: McGraw-Hill.
- Harris, C.R., & Christenfeld, N., (1996). *Gender, jealousy and reason*. *Psychol Sci*. 7: 364–366.
- Hatfield, E., & Rapson, R.L., (1996). *Love and sex: Cross-cultural perspectives*. Needham
- Hatfield, E., & Sprecher, S., (1986). *Measuring passionate love in intimate relationships*. *J Adolesc*. 9: 383–410.
- Hendick, C., & Hendrick, S. S., (2003). *Romantic love: measuring cupid's arrow*. In Lopez, S.J., Snyder, C. R., Washington, D. C., (2003). *Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures*. Am. Psychol. Assoc., p. 235–239.
- Insel, T. R., (2003). *Is social attachment an addictive disorder?* *Physiol Behav*; 79(3): 351–357.
- Janiri, L., & de Risio, S., (7 Gennaio, 2002). *Dipendenza affettiva e spettro impulsivo-compulsivo*. PSYCHOMEDIA Telematic Review.
- Jankowiak, W., (1995). *Romantic Passion: A Universal Experience?* New York: Columbia University Press.
- Johnson, V. E., (1973). *I'll quit Tomorrow*. San Francisco: Harper & Row.
- Kelley, A. E., & Berridge, K. C., (2002). *The neuroscience of natural rewards: Relevance to addictive drugs*. *J Neurosci*; 22(9): 3306–3311.
- Kelley, H. H., (1983). *Love and commitment*. In Kelley, H. H., Berscheid, E., Christensen, A., Harvey, J. H., Huston, T. L., Levinger, G., McClintock, E., Peplau, L. A., Peterson, D. R., (1993). *Close Relationships*. New York: Freeman. 265–314.
- Ko, C. H., Liu, G. C., Hsiao, S., Yen, J. Y., Yang, M. J., Lin, W. C., Yen, C. F., & Chen, C. S., (2009). *Brain activities associated with gaming urge of online gaming addiction*. *J Psychiatr Res*; 43(7):739–747.

- Koob, G., & Kreek, M. J., (2007). *Stress, dysregulation of drug reward pathways, and the transition to drug dependence*. Am J Psychiatry; 164(8):1149–1159.
- Kringelbach, M.L. & Rolls, E.T., (2004). *The functional neuroanatomy of the human orbitofrontal cortex: Evidence from neuroimaging and neuropsychology*. Prog. Neurobiol. 72: 341-372
- Kuehner, C., & Weber, I., (1999). *Responses to depression in unipolar depressed patients: An investigation of Nolen-Hoeksema's response styles theory*. Psychol Med; 29:1323–1333
- Lewis, T., Amini, F., & Lannon, R., (2000). *A General Theory of Love*. New York: Random House.
- Liebowitz, M. R., (1983). *The Chemistry of Love*. Boston: Little, Brown.
- Mancini, F., & Perdighe, C., (2008). *Il disturbo ossessivo-compulsivo*. In Perdighe, C., & Mancini, F., (2008). *Elementi di psicoterapia cognitiva*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Marazziti, D., (2002). *La natura dell'amore*. Milano: Rizzoli.
- Maslow, & Abram, H., (1954). *Motivation and Personality*. Harper & Row, New York, 1970, (II ed.). Trad. it. *Motivazione e personalità*. Armando, Roma, 1973.
- McGregor, I. S., Callaghan, P. D., & Hunt, G. E., (2008). *From ultrasocial to antisocial: A role for oxytocin in the acute reinforcing effects and long-term adverse consequences of drug use?* Br J Pharmacol; 154(2): 358–368.
- Mearns, J., (1991). *Coping with a breakup: negative mood regulation expectancies and depression following the end of a romantic relationship*. J Pers Soc Psychol. 60: 327–334.
- Mellody, P., Miller, A. W., & Miller, K., (1992). *Facing Love Addiction*. New York: Harper San Francisco.
- Meloy, J.R., & Fisher, H., (2005). *Some thoughts on the neurobiology of stalking*. J Forensic Sci. 50: 1472–1480.
- Meston, C.M., Levin, R.J., Sipski, M. L., Hull, E. M., & Heiman, J. R., (2004). *Women's orgasm*. Annu Rev Sex Res; 15: 173–257.
- Miedl, S. F., Fehr, T., Meyer, G., & Herrmann, M., (2010). *Neurobiological correlates of problem gambling in a quasi-realistic blackjack scenario as revealed by fMRI*. Psychiatry Research; 181(3):165-173
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R., (2007). *Attachment, group-related processes, and psychotherapy*. Int J Group Psychother. 57: 233–245.
- Miller, D. (1997). *Donne che si fanno male*. Milano: Feltrinelli
- Motofei, I. G., (2007). *A dual physiological character for sexual function: the role of serotonergic receptors*. BJU Int.
- Najib, A., Lorberbaum, J. P., Kose, S., Bohning, D. E., & George, M. S., (2004). *Regional brain activity in women grieving a romantic relationship breakup*. Am J Psychiatry; 161(12):2245–2256.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). *The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms*. J Abnorm Psychol; 109:504–511.
- organisation of the human insula to painful heat studied with high resolution functional imaging*. Neuroimage 27: 201–209.
- Ortigue, S., Bianchi-Demicheli, F., Hamilton, A. F., & Grafton, S.T., (2007). *The neural basis of love as a subliminal prime: an event-related functional magnetic resonance imaging study*. J Cogn Neurosci. 19: 1218–1230.
- Peele, S., & Brodsky, A., (1975). *Love and Addiction*. New York: Taplinger.
- Petrovic, P., Kalso, E., Petersson, K.M., & Ingvar, M., (2002). *Placebo and opioid analgesia—imaging a shared neuronal network*. Science 295: 1737–1740.
- Pigatto, A., (2004). *La condizione di dipendenza patologica*. In Nizzoli, U., Pissacroia, M., (2004). *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*. Vol. 2. Padova:Piccin pp.1029-1038
- Potenza, M. N., (2006). *Should addictive disorders include non-substance-related conditions?* Addiction; 101(Suppl 1): 142–151.
- Prassede Capazio, M., (2008). *Aspetti sottovalutati nelle "dipendenze femminili"*. Notiziario dell'ordine degli Psicologi del Lazio. 2/3 p.59-62.
- Reynaud, M., (2005). *L'amour est une drogue douce. . . en g'en'eral*. Paris: Robert Laffont.
- Reynaud, M. Karila, L., Blecha, L., & Benyamina, A., (2010). *Is love passion an addictive disorder?* American Journal of Drug and Alcohol Abuse September 2010, Vol. 36(5): 261-267
- Schaeff, A. W., (1989). *Escape from intimacy: The pseudo-relationship addictions: Untangling the "love" addictions, sex, romance, relationships*. New York: Harper and Row.

- Schultz, W., Tremblay, L., Hollerman, J.R., (2000). *Reward processing in primate orbitofrontal cortex and basal ganglia*. *Creb. Cortex* 10: 272-284.
- Shaver, P. R., Morgan, H. J., & Wu, S., (1996). *Is love a "basic" emotion?* *Pers. Relationships* 3: 81–96.
- Spanagel, R., Herz, A., & Shippenberg, T. S., (1992). *Opposing tonically active endogenous opioid systems modulate the mesolimbic dopaminergic pathway*. *Proc Natl Acad Sci USA*; 89(6): 2046–2050.
- Sternberg, R. A., (1986). *Triangular theory of love*. *Psych Rev.* 93: 119–135.
- Subby, R., (1987). *Lost in the shuffle: The co-dependent reality*. Deerfield Beach, FL: Health Communications.
- Sussman, S., Lisha, N. & Griffith, M., (2011). *Prevalence of the addiction: a problem of the majority or the minority?* *Eval Health Prof.* 34(1):3-56
- Tallis, F., (2006). *Pazzi d'amore: l'amore come malattia mentale*. Milano: Il Saggiatore.
- Tassin, J. P., (2008). *Uncoupling between noradrenergic and serotonergic neurons as a molecular basis of stable changes in behavior induced by repeated drugs of abuse*. *Biochem Pharmacol*; 75(1): 85–97.
- Tennov, D., (1979). *Love and limerance: The experience of being in love in New York*. New York: Stein and Day.
- Travaglini, R., (2009). *I disturbi del comportamento alimentare possono essere considerati una dipendenza? La prospettiva della teoria dell'attaccamento*. *Dipendenze Patologiche*, Vol. 4 (2):51-58
- Treede, R.D., Apkarian, A.V., Bromm, B., Greenspan, J.D., & Lenz, F.A., (2000). *Cortical representation of pain: functional characterization of nociceptive areas near the lateral sulcus*. *Pain* 87:113-119
- United-Nations, (1995). *Human Development Report*. New York: Oxford.
- Van Holst, R. J., van den Brink, W., Veltman, D. J., & Goudriaan, A. E., (2010). *Why gamblers fail to win: a review of cognitive and neuroimaging findings in pathological gambling*. *Neurosci Biobehav Rev*; 34(1): 87–107.
- Ventura, R., Cabib, S., Alcaro, A., Orsini, C., & Puglisi-Allegra, S., (2003). *Norepinephrine in the prefrontal cortex is critical for amphetamine-induced reward and mesoaccumbens dopamine release*. *J Neurosci*; 23(5):1879–1885.
- Volkow, N. D., Fowler, J. S., Wang, G. J., & Goldstein, R. Z., (2002). *Role of dopamine, the frontal cortex and memory circuits in drug addiction: Insight from imaging studies*. *Neurobiol Learn Mem*; 78(3): 610–624.
- Volkow, N. D., Fowler, J. S., Wang, G. J., Swanson, J. M., & Telang, F., (2007). *Dopamine in drug abuse and addiction: results of imaging studies and treatment implications*. *Arch Neurol*; 64(11):1575–1579.
- Watanabe M., Hikosaka, K., Sakagami, M., Shirakawa, S., (2007). *Reward expectancy-related prefrontal neuronal activities: are they natural substrates of "affective" working memory?* *Cortex* 43:53-64
- Whitfield, C. L., (1997). *Co-dependence, addictions and related disorder*. In Lowinson, J. H., Ruiz, P., Millman, R. B., & Langrod, J. G., (1997). *Substance abuse: A comprehensive textbook*, 3rd. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Wilson, M., & Daly, M., (1992). *The man who mistook his wife for a chattel*. In Barkow, J.H., Cosmides, L., & Tooby, J., (1992). *The adapted mind: Evolutionary psychology and the generation of culture*. New York: Oxford.
- Xu, X., Aron, A., Brown, L., Cao, G., Feng, T., & Weng, X., (2011). *Reward and motivation systems: A brain mapping study of early-stage intense romantic love in Chinese participants*. *Human Brain Mapping*. In press. 32 (2): 249-257
- Zeki, S. (2007). *The neurobiology of love*. *FEBS Lett*; 581(14): 2575–2579.

Ilaria Agnelli

Specializzata a Grosseto, training Capo e Gragnani

e-mail: ilaria80agnelli@yahoo.it

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it*