

---

# Dipendenza affettiva

---

Diagnosi, assessment  
e trattamento  
cognitivo-comportamentale

---

Antonella Lebruto, Giulia Calamai,  
Laura Caccico e Valentina Ciorciari

**GUIDE**  
PSICOLOGIA



Erickson

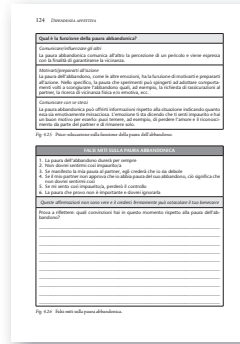
## IL LIBRO

# DIPENDENZA AFFETTIVA

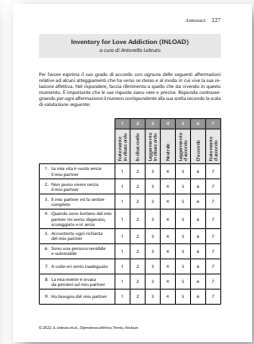
La Dipendenza affettiva è comparabile alle dipendenze comportamentali e si caratterizza peculiarmente per il timore della perdita relazionale. Partendo dal suo inquadramento nosografico e dalla sua eziopatogenesi, questo lavoro propone un modello di funzionamento del disturbo e il corrispondente protocollo di valutazione e trattamento.

**La Dipendenza affettiva è assimilabile alle dipendenze da sostanze o comportamentali.**

Nel volume sono presenti numerosi esempi di schede che possono essere utili al terapeuta nel processo di costruzione della concettualizzazione cognitivo-comportamentale dei casi e nel loro trattamento. Al fine di consentire una valutazione che tenga conto della complessità degli aspetti clinici di questa condizione, e data la carenza in letteratura scientifica di strumenti specifici, il libro include un nuovo strumento clinico per la valutazione e la diagnosi: l'INLOAD (*Inventary for Love Addiction*, a cura di Antonella Lebruto).



Schede di lavoro sulla paura dell'abbandono

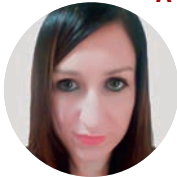


*Inventary for Love Addiction (INLOAD)*

# Come affrontare una forma d'amore patologica e disadattiva?

## LE AUTRICI

### ANTONELLA LEBRUTO



Psicologa clinica e della salute, si occupa di dipendenza affettiva, disturbi d'ansia, disturbi dell'umore, disfunzioni sessuali, DOC, disturbi di personalità e problemi relazionali.

### GIULIA CALAMAI



Psicologa e psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, si occupa di dipendenze da sostanze e comportamentali, disturbi di personalità, disturbi dell'umore e disturbi d'ansia.

### LAURA CACCICO



Psicologa e psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, si occupa di dipendenza affettiva, disturbi di personalità, DOC e disturbi d'ansia.

### VALENTINA CIORCIARI



Psicologa clinica e della salute, si occupa di disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi di personalità e problemi relazionali.

€ 27,50



www.erickson.it

## Indice

<i>Introduzione</i> (Gabriele Melli)	7
CAPITOLO 1	
Inquadramento nosografico	9
CAPITOLO 2	
Ipotesi esplicative eziopatogenetiche	21
CAPITOLO 3	
Descrizione clinica	35
CAPITOLO 4	
Assessment e trattamento cognitivo-comportamentale	61
CAPITOLO 5	
Caso clinico: dall'assessment al trattamento	139
CAPITOLO 6	
Lavorare sulla vulnerabilità storica con le tecniche esperienziali	189
APPENDICE	
Un nuovo strumento per la valutazione della Dipendenza affettiva: <i>Inventory for Love Addiction</i> (INLOAD) (Antonella Lebruto)	217
<i>Bibliografia</i>	231

# Introduzione

*Gabriele Melli*

Le problematiche di tipo relazionale sono tra quelle più frequentemente riportate dai nostri pazienti. Durante una sessione di psicoterapia, o anche di semplice supporto psicologico, si finisce per parlare — anche non volendo — di relazioni affettive. Queste infatti, anche se dovrebbero essere e perlopiù sono una fonte di benessere, talvolta diventano la principale causa di profonda sofferenza.

Quando ciò accade, o meglio, quando le persone ne prendono consapevolezza, sarebbe relativamente semplice far cessare questa sofferenza, interrompendo la relazione stessa. Il più delle volte, magari a fatica, con sensi di colpa, frustrazione e fallimento, chi non sta bene riesce in questo intento e dopo un po' di tempo avverte un gran sollievo. Alcuni però non ci riescono proprio, permangono in modo apparentemente masochistico in rapporti che non li fanno certo star bene, si adattano anassertivamente alle esigenze del partner pur di tenerlo vicino e non rischiare il contrasto, subiscono qualunque cosa ispirati dal principio disfunzionale «Meglio mal accompagnati che soli».

Queste stesse persone, nonostante i loro sforzi, possono essere a loro volta lasciate, tradite, abbandonate. Ciò apre in loro delle ferite devastanti, che spesso sono quelle che le portano a chiedere aiuto professionale. Purtroppo, però, la richiesta iniziale non è quella di aiutarle a elaborare la perdita e andare oltre, ma a recuperare l'oggetto d'amore perduto. Ingaggiano infatti in una ruminazione costante sui propri presunti sbagli per capire come fare a rimediare e a far sì di non essere nuovamente lasciate in futuro. Mettono in discussione se stesse,

oltre ogni buon senso. Pensano dalla mattina alla sera a come riavvicinare a sé l'ex partner, in mancanza del quale si sentono completamente perse. Non c'è altra via d'uscita, serve recuperare la relazione a ogni costo.

Come ogni situazione in grado di generare piacere, di appagare, di euforizzare e di gratificare gli esseri umani, la relazione sentimentale — anche al netto della sessualità — può infatti diventare un qualcosa a cui diventa difficile se non impossibile rinunciare. Il partner si trasforma in qualcosa di indispensabile, da ottenere e mantenere ad ogni costo, anche quando si è pienamente consapevoli del dolore che la relazione genera e dell'insoddisfazione che proviamo: anche quando il prezzo da pagare è il sacrificio dei propri bisogni e talvolta della propria dignità. Siamo quindi di fronte a un vero e proprio meccanismo di dipendenza, al pari di quella che ben conosciamo per le sostanze o quella legata ai comportamenti eccitanti ma disfunzionali e dannosi a lungo termine, come il gioco d'azzardo, solo per citare le più note e studiate.

La dipendenza affettiva, cui è interamente dedicato questo volume, il primo — tra quelli a me noti — così strutturato e che offre un piano dettagliato di assessment e trattamento di questo fenomeno, è sotto gli occhi di tutti i clinici. Tuttavia, essa è sempre stata descritta come un sintomo, ascrivibile perlopiù a disturbi di personalità del cluster B, come il borderline e l'istrionico, in cui il timore di abbandono e gli sforzi intensi per evitarlo sono elementi nucleari. L'ipotesi che guida le autrici di questo volume è invece che questa dipendenza abbia una sua dignità nosografica, anche se non trova ancora riscontro nei manuali diagnostici; che non sia solo un sintomo ma una sindrome, con le sue specifiche caratteristiche, che hanno molto in comune con le dipendenze comportamentali sopra citate.

Basandosi su questo presupposto e forti della loro esperienza con le altre forme di dipendenza, esse hanno quindi tentato di sistematizzare quanto presente nella letteratura scientifica sull'argomento, per poi proporre un modello originale di concettualizzazione del fenomeno, che tiene conto dei fattori remoti di vulnerabilità, nonché di quelli di mantenimento. Un modello clinico, fortemente spendibile nella pratica terapeutica, condivisibile con il paziente e su cui può essere basato l'intervento di tipo cognitivo-comportamentale che viene illustrato passo per passo nel testo.

Penso sinceramente che fosse un libro che mancava, di cui io stesso sentivo il bisogno, perché non potrò fare a meno di farvi riferimento in futuro nel programmare e condurre gli interventi clinici con i tanti pazienti che presentano questo problema, indipendentemente dalla loro diagnosi personologica. Mi auguro che al termine della lettura la penserete tutti come me.

## Inquadramento nosografico

### Introduzione

L'Enciclopedia Treccani si riferisce al termine «nosografia» per indicare la descrizione delle malattie. La scienza basilare della medicina — la patologia — necessita, come ogni altra scienza naturale, di una terminologia univoca che indichi in modo preciso le diverse entità teoriche di cui la medicina stessa tratta, cioè le malattie. Per l'inquadramento della Dipendenza affettiva (Love addiction) il lavoro non è così semplice, dato il molteplice uso di termini che indicano la stessa condizione e la mancanza di studi in letteratura che diano un'indicazione chiara e comprensibile del fenomeno. Negli ultimi decenni, il tema della Dipendenza affettiva ha conosciuto un decisivo sviluppo, anche a causa, dal punto di vista clinico, del crescente numero di pazienti che si rivolgono a psicoterapeuti e/o psichiatri a causa della comparsa di sintomi depressivi/ansiosi che poi risultano riconducibili a una (o più) relazioni sentimentali disfunzionali. Nonostante ciò, la problematica della Dipendenza affettiva (in questo volume indicata anche con «DA») non è stata ancora riconosciuta dai sistemi nosografici ufficiali e lo stato dell'arte vede l'assenza di una definizione univoca (ci sono molteplici ipotesi sull'eziologia e sui sintomi caratterizzanti) e quindi anche la mancanza di un protocollo di trattamento efficace. Questo lavoro rappresenta il tentativo delle autrici, una volta ricostruiti l'eziopatogenesi e il modello di funzionamento del disturbo, di proporre il corrispondente protocollo di valutazione e trattamento, sullo

sfondo della cornice teorica cognitivo-comportamentale, a partire dalla attenta analisi della esigua ma variegata letteratura scientifica esistente sul tema e dalla loro pratica clinica.

### **Cenni storici**

Sulla fenomenologia della Dipendenza affettiva sono state scritte da poeti, scrittori, cantanti le più belle espressioni artistiche che tutti noi conosciamo come dolorose forme di dipendenza. Già nella letteratura classica è possibile rintracciare la descrizione del fenomeno: ad esempio, nel terzo libro delle *Metamorfosi* del poeta latino Ovidio è riportato il mito di Narciso ed Eco. La ninfa Eco, condannata dalla moglie di Zeus a ripetere sempre le ultime parole di ciò che le veniva detto, incontra Narciso, un giovane forte, di rara bellezza, che preferiva stare nella solitudine della sua vanità; se ne innamora perdutamente, ma viene brutalmente respinta, per cui, piena di dolore, si dimentica di vivere e il suo corpo deperisce rapidamente fino a scomparire e a lasciare di lei la sola voce che ripete ossessivamente il nome di Narciso.

Nel panorama della psicologia e psicopatologia, Freud descriveva la condizione di Dipendenza affettiva come simile alla dipendenza da droghe, descrivendo l'innamoramento come uno stato acuto di intossicazione da una sostanza ancora non conosciuta (Falzeder, 2002): «Un elisir del corpo (una pozione d'amore) perfettamente in linea con questa importante intuizione, che a tutti noi inebria lo spirito e i nostri alcaloidi stimolanti sono solo un surrogato per una singola sostanza, che deve essere ancora scoperta, la stessa che procura l'intossicazione d'amore».

Fenichel (1945) diede una delle prime definizioni di Dipendenza affettiva parlando di «amore-dipendenti» in riferimento a persone che necessitano dell'amore come del cibo o della droga.

Storicamente il costrutto di Dipendenza affettiva è stato introdotto negli anni Cinquanta per la prima volta usando il termine di Co-dipendenza con riferimento ai 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.

Procedendo cronologicamente, lo psicanalista Erich Fromm, nel libro *L'arte di amare* (1957), descrive l'amore come una forma d'arte che, per essere appresa, necessita di allenamento, di impegno e di pazienza. Egli si è inoltre soffermato sulla differenziazione tra amore immaturo («Ti amo perché ho bisogno di te»), caratterizzato dalle dinamiche dominanza-sottomissione e dalla paura sottostante della solitudine, e amore maturo («Ho bisogno di te perché ti amo»), ossia l'unione con l'altro, a condizione di preservare la propria integrità e la propria individualità.

Per Kohut (1971), autore di riferimento della Psicologia del Sé, l'adulto che dipende patologicamente da un'altra persona non sarebbe riuscito, nel corso dell'infanzia, a sviluppare una struttura psichica adeguata, a causa di esperienze affettive negative. In questo senso tenderebbe a sopravvalutare irrealisticamente l'Altro, perdendo contatto con la realtà.

Il concetto di Dipendenza affettiva entra a far parte del lessico psicopatologico italiano intorno alla fine degli anni Ottanta grazie al libro *Donne che amano troppo* di Robin Norwood (1985). L'autrice, nota a un grande pubblico di lettori proprio per via delle diverse opere pubblicate su questo tema, sottolinea le caratteristiche familiari, emozionali e le modalità tipiche di pensiero delle donne co-dipendenti. Tra le peculiarità della storia personale e familiare condivise da chi è coinvolto in un problema di Love addiction, secondo l'autrice, ci sono: la provenienza da una famiglia in cui sono stati trascurati, soprattutto in età evolutiva, i bisogni emotivi della persona; una storia familiare caratterizzata da carenza di affetto autentico; la tendenza a ri-attribuirsi nella propria vita di coppia un ruolo simile a quello vissuto con i genitori e l'assenza nell'infanzia della possibilità di sperimentare una sensazione di sicurezza che successivamente genera, nel contesto della Co-dipendenza, il bisogno di controllare in modo ossessivo la relazione e il partner.

## **Dipendenza affettiva e DSM-5**

Per fare chiarezza, partiamo dal manuale cui i professionisti del settore fanno riferimento per le diagnosi categoriali (e ora anche dimensionali per i disturbi di personalità), il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (APA, 2013). Per metà del secolo scorso, fino all'inizio della diagnosi formale, la nosologia psichiatrica ha compartimentalizzato la ricerca compulsiva di sostanze (alcol, cocaina, eroina, nicotina, ecc.) dalle non sostanze (gioco, cibo, sesso, ecc.). Le ricerche emergenti su cervello, comportamento e ge-



netica hanno «sfidato» i limiti diagnostici, sottolineando la condivisione di punti di contatto tra la ricerca di ricompense dalle sostanze o quella dalle non sostanze. Il DSM-5 (APA, 2013) ha ridefinito tali confini, includendo nei disturbi da dipendenza anche le non sostanze (Frascella, Potenza, Brown, & Childress, 2010). Per questi tipi di disturbi vi è quindi stato un cambiamento, supportato anche dai dati della letteratura. La riscrittura nosologica delle dipendenze riflette un passaggio nella clinica e nella ricerca pensato sulla vera essenza di questo disturbo. Ad esempio, nel capitolo dedicato ai «Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction», come novità rispetto al DSM-IV-TR (APA, 2000), è stato inserito il paragrafo «Disturbi non correlati a sostanze», a cui si fa riferimento anche con il termine «addiction comportamentale», in cui il disturbo da gioco d'azzardo ha assunto dignità clinica a sé stante. Ma non vi è ancora traccia del costrutto di «Dipendenza affettiva», di cui non abbiamo riferimenti espliciti e chiari nel DSM-5, né come problematica degna di approfondimento, né tantomeno come disturbo con una propria entità clinica. In effetti, alcuni autori (Valleur & Matysiak, 2004; Caretti & La Barbera, 2005) hanno proposto la classificazione della Dipendenza affettiva tra le *new addictions*, ovvero le nuove dipendenze comportamentali (dipendenza da Internet, gioco d'azzardo patologico, ecc.), ma nella sezione III che «contiene una descrizione degli strumenti e delle tecniche atte a migliorare il processo decisionale clinico, un inquadramento del contesto culturale dei disturbi mentali e le proposte diagnostiche che potranno essere oggetto di ulteriori studi» (APA, 2013, p. 849) troviamo, tra le «Condizioni che necessitano di ulteriori studi», i criteri proposti per il Disturbo da uso di caffeina e per il Disturbo da gioco su Internet, ma non vi è traccia di un'ipotesi di Dipendenza affettiva che ne favorisca l'approfondimento.

Indirettamente, però, una serie di criteri simili alla Dipendenza affettiva, quanto meno nella fenomenologia, li ritroviamo nei disturbi che riportiamo elencati di seguito. Per non essere ridondanti abbiamo selezionato solo i criteri che ci interessano, in quanto sovrapponibili alla definizione di Dipendenza affettiva presentata in questo lavoro. Per una maggiore completezza nella descrizione dei disturbi di seguito citati è possibile riferirsi al DSM-5 (APA, 2013), mentre gli aspetti di diagnosi differenziale saranno trattati nel capitolo della descrizione clinica (capitolo 3). Un paragrafo a parte, nel presente capitolo, sarà dedicato al Disturbo da uso di sostanze e al Disturbo da gioco d'azzardo, poiché le similarità con la Dipendenza affettiva di questi due disturbi assumono una rilevanza centrale per la proposta di inquadramento diagnostico e di trattamento presentata in questo manuale.

### *Disturbo da ansia di separazione*

Il primo disturbo i cui criteri sembrano assimilabili alla Dipendenza affettiva è il Disturbo da ansia di separazione. Di seguito i criteri che, a un primo esame, potrebbero sembrare simili alla Dipendenza affettiva.

1. Ricorrente ed eccessivo disagio quando si prevede o si sperimenta la separazione da casa o dalle principali figure di attaccamento.
2. Persistente ed eccessiva preoccupazione riguardo alla perdita delle figure di attaccamento, o alla possibilità che accada loro qualcosa di dannoso, come malattie, ferite, catastrofi o morte.
3. Persistente ed eccessiva preoccupazione riguardo al fatto che un evento imprevisto comporti separazione dalla principale figura di attaccamento (ad es., perdersi, essere rapito/a, avere un incidente, ammalarsi).
4. Persistente riluttanza o rifiuto di uscire di casa per andare a scuola, al lavoro o altrove per paura della separazione.
5. Persistente ed eccessiva paura di, o riluttanza a, stare da soli o senza le principali figure di attaccamento a casa o in altri ambienti.
6. Persistente riluttanza o rifiuto di dormire fuori casa o di andare a dormire senza avere vicino una delle principali figure di attaccamento.
7. Ripetuti incubi che implicano il tema della separazione.
8. Ripetute lamentele rispetto a sintomi fisici (ad es., mal di testa, dolori di stomaco, nausea, vomito) quando si verifica o si prevede la separazione dalle principali figure di attaccamento.

In effetti, fenomenologicamente parlando, il disagio per la separazione dalla figura di attaccamento, la preoccupazione per la perdita del legame con la figura di riferimento, la paura della separazione, la riluttanza a stare da soli o senza le principali figure di attaccamento sono temi centrali per la persona che soffre di Dipendenza affettiva. Procedendo, nel *Manuale* troviamo i disturbi di personalità. Aspetti di Dipendenza affettiva vengono descritti nei criteri dei seguenti disturbi: borderline, istrionico, narcisistico e dipendente. Riportiamo di seguito alcune sezioni delle caratteristiche diagnostiche così come appaiono nel DSM-5 (APA, 2013), evidenziando in corsivo le descrizioni che potrebbero sembrare in sovrapposizione con la Dipendenza affettiva.

### *Disturbo borderline di personalità*

Gli individui con disturbo borderline di personalità *compiono sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono* (Criterio 1). La percezione

della separazione o del rifiuto imminenti, o la perdita di qualche strutturazione esterna, possono portare ad alterazioni profonde dell'immagine di sé, dell'umore, della cognitività e del comportamento. Questi individui sono molto sensibili alle circostanze ambientali. *Provano intensi timori di abbandono e rabbia inappropriata anche quando si trovano ad affrontare separazioni reali limitate nel tempo o quando intervengono cambiamenti inevitabili di progetti* (per es., disperazione improvvisa come reazione all'annuncio del clinico che il tempo del colloquio è terminato; panico o furore quando qualcuno per loro importante è in ritardo di pochi minuti o deve disdire un appuntamento). Possono credere che questo «abbandono» implichi che essi siano «cattivi». Questi timori di abbandono sono associati all'intolleranza a restare soli e alla necessità di avere persone con loro. *Gli sforzi disperati per evitare l'abbandono possono comportare azioni impulsive*, come comportamenti suicidari o automutilanti, che vengono descritti separatamente nel Criterio 5. *Gli individui con disturbo borderline di personalità hanno un pattern di relazioni instabili e intense* (Criterio 2). *Possono idealizzare caregiver o amanti potenziali al primo o secondo incontro, chiedere di trascorrere molto tempo insieme e condividere i dettagli più intimi all'inizio di una relazione.* Tuttavia, possono passare rapidamente dall'idealizzare le altre persone allo svalutarle, sentire che l'altra persona non si occupa abbastanza di loro, non dà abbastanza, non è abbastanza «presente». Questi individui possono empatizzare con altre persone e accudirle, ma solo con l'aspettativa che le altre persone saranno «presenti» a loro volta per soddisfare le loro necessità a richiesta. Sono inclini a cambiamenti improvvisi e drammatici della loro visione degli altri, che possono essere visti alternativamente come supporti benefici o come crudelmente punitivi. Tali variazioni spesso riflettono la disillusione nei confronti di un caregiver le cui qualità di accudimento sono state idealizzate, o da parte del quale ci si aspetta il rifiuto o l'abbandono (APA, 2013, pp. 768, 769).

### *Disturbo istrionico di personalità*

Gli individui con disturbo istrionico di personalità possono avere difficoltà a raggiungere l'intimità emotiva in relazioni sentimentali o sessuali. Senza rendersene conto, spesso recitano una parte (per es., di «vittima» o di «principessa») nelle loro relazioni con gli altri. Possono cercare di controllare il partner attraverso la manipolazione emotiva o la seduttività da una parte, *mentre manifestano una marcata dipendenza dall'altra. Questi individui sono spesso intolleranti delle, o frustrati dalle, situazioni che prevedono una gratificazione posticipata e le loro azioni sono spesso dirette a ottenere sod-*

*disfazione immediata*. Sebbene inizino un lavoro o un progetto con grande entusiasmo, il loro interesse può rapidamente venir meno. Le relazioni di lunga durata possono essere trascurate per far posto all'eccitazione di nuove relazioni (APA, 2013, p. 774).

### *Disturbo narcisistico di personalità*

Relativamente al Disturbo narcisistico di personalità, «*gli individui con disturbo narcisistico di personalità sono spesso assorbiti da fantasie di successo, potere, fascino, bellezza illimitati, o di amore ideale (Criterio 2) [...] Gli individui con questo disturbo generalmente richiedono eccessiva ammirazione (Criterio 4). La loro autostima è quasi invariabilmente molto fragile. Possono preoccuparsi di quanto si stiano comportando bene e di quanto vengano giudicati favorevolmente dagli altri*» (APA, 2013, p. 776).

Anche, la Dipendenza affettiva sembra essere legata al bisogno di mantenere la propria autostima.

### *Disturbo dipendente di personalità*

La caratteristica essenziale del disturbo dipendente di personalità è una necessità pervasiva ed eccessiva di essere accuditi, che determina *comportamento sottomesso e dipendente e timore della separazione*. Questo pattern inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti. Il comportamento dipendente e sottomesso è finalizzato a suscitare protezione e nasce da una *percezione di sé come incapace di funzionare adeguatamente senza l'aiuto di altri. Essi mancano di sicurezza in se stessi* e credono di avere necessità di aiuto per iniziare e portare avanti dei compiti. Sono pronti a sottomettersi a ciò che gli altri vogliono, anche se le richieste sono irragionevoli. *La loro necessità di conservare un legame importante spesso conduce a relazioni sbilanciate o distorte. Possono fare sacrifici straordinari o tollerare l'abuso verbale, fisico o sessuale*. La loro convinzione di essere incapaci di funzionare in assenza di una relazione intima li motiva ad *attaccarsi rapidamente e indiscriminatamente a un'altra persona*. Si vedono così totalmente dipendenti dal consiglio e dall'aiuto di un'altra persona importante che *temono che questa li abbandoni anche quando non vi sono motivi per giustificare tale paura* (APA, 2013, p. 783).

In aggiunta, nel DSM-5 (APA, 2013), troviamo altri disturbi in cui è possibile rintracciare degli aspetti simili alla Dipendenza affettiva. A livello

fenomenologico, la Dipendenza affettiva può avere delle somiglianze con i disturbi dell'umore: l'innamorato passionale può mostrare esaltazione, maggiore energia e vivacità somigliante all'ipomania, mentre l'innamorato deprivato del suo oggetto d'amore può apparire depresso e sperimentare irritabilità, anedonia e disturbi del sonno (Reynaud, Karila, Blecha, & Benyamina, 2010).

Accanto ai disturbi dell'umore, un'altra categoria diagnostica che potrebbe richiamare degli aspetti tipici della condizione trattata nel presente lavoro è quella del Disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), in particolare del DOC da relazione, un sottotipo di Disturbo ossessivo-compulsivo. Nello specifico, la Dipendenza affettiva condivide delle caratteristiche fenomenologiche con il DOC da relazione: la presenza di pensieri «ossessivi», da un lato, e il ricorso, in maniera compulsiva, al comportamento patologico, dall'altro. Tuttavia, quando nel capitolo 3 affronteremo gli aspetti di diagnosi differenziale, sarà chiaro come le condizioni cliniche trattate nel presente paragrafo, pur avendo degli elementi in comune con la Dipendenza affettiva, siano in realtà categorie diagnostiche differenti da essa.

## **Dipendenza affettiva e Dipendenza da sostanze**

Poiché l'amore passionale è associato a un insieme di tratti legati a tutte le dipendenze, diversi psicologi hanno proposto che l'amore possa potenzialmente divenire una dipendenza (Peele, 1975; Tennov, 1979; Hunter, Nitschke, & Hogan, 1981; Halpern, 1982; Schaeff, 1989; Griffin-Shelley, 1991; Melody, Miller & Miller, 1992; Fisher, Xu, Aron, & Brown, 2016). Un certo numero di teorici delle addiction ha sostenuto che fenomeni innocui legati all'amore possono essere qualificati come additivi se assumono una forma estrema o maladattiva (Earp et al., 2014). Analizzando la letteratura scientifica è possibile rintracciare i contributi di diversi studiosi che hanno messo in evidenza le notevoli similitudini tra la forma estrema e maladattiva di amore, oggetto del presente lavoro, e la Dipendenza da sostanze (Reynaud et al., 2010; Burkett & Young, 2012; Fisher et al., 2016).

Sophia e colleghi (2009), in base al confronto tra i criteri diagnostici per la dipendenza da sostanze stabiliti dall'American Psychiatric Association nel DSM-IV (APA, 1994) e le caratteristiche degli individui con amore patologico, hanno proposto i sei criteri di seguito elencati per identificare l'amore patologico.

1. Segni e sintomi di astinenza (quali insonnia, tachicardia, tensione muscolare, ecc.) che si possono manifestare quando il partner non è disponibile (fisicamente o emotivamente) o quando c'è una minaccia di abbandono.
2. Un comportamento di cura del partner eccessivamente intenso.

3. Perdita di controllo sul comportamento.
4. Notevole quantitativo di tempo speso nel controllo delle attività del partner.
5. Priorità ai bisogni e agli interessi del partner accantonando tutte le attività che forniscono realizzazione personale e professionale.
6. Mantenimento del legame patologico nonostante il danno personale, familiare e professionale.

Allo stesso modo, Reynaud e colleghi (2010) hanno proposto dei criteri della Dipendenza affettiva. Essi, utilizzando come fonte il DSM-IV (APA, 1994) e in particolare i criteri diagnostici proposti per la dipendenza da sostanze, hanno definito la Dipendenza affettiva nel modo seguente.

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

1. esistenza di una sindrome da astinenza per l'assenza dell'amato, caratterizzata da significativa sofferenza e da un bisogno compulsivo dell'altro;
2. considerevole quantità di tempo speso per la relazione (in realtà o nel pensiero);
3. riduzione di importanti attività sociali, professionali o di svago;
4. persistente desiderio o sforzi infruttuosi di ridurre o controllare la propria relazione;
5. ricerca della relazione, nonostante l'esistenza di problemi creati dalla stessa;
6. esistenza di difficoltà di attaccamento, come manifestato da uno dei seguenti punti: (a) ripetute relazioni amorose esaltanti, senza alcun periodo di attaccamento durevole; (b) ripetute relazioni amorose dolorose, caratterizzate da attaccamento insicuro.

Dall'analisi di questa definizione si possono rilevare importanti similitudini (se non sovrapposizioni) cognitive e comportamentali con il Disturbo da uso di sostanze e con il Disturbo da gioco d'azzardo. Vediamole nello specifico, analizzando ogni criterio.

*1. Esistenza di una sindrome da astinenza per l'assenza dell'amato, caratterizzata da significativa sofferenza e da un bisogno compulsivo dell'altro.*

Quando siamo innamorati, siamo inondati da sensazioni del nostro amato: il viso, gli occhi, il suono della voce, il profumo e la pelle. Queste sensazioni

sono associate a rinforzi sociali e sessuali e ciò le porta ad assumere ai nostri occhi una forte valenza positiva. Le memorie piacevoli ci guidano a cercare maggiori esperienze con l'amato, ed eventualmente a essere pronti a fare azioni incredibili di romanticismo e autosacrificio. Come coloro che si innamorano, coloro che sono esposti all'uso di sostanze/gioco patologico sperimentano sensazioni di euforia che portano a rinforzare il comportamento di dipendenza. Questo rinforzo porta coloro che fanno uso di droga/gioco a ricercare sempre maggiori esperienze con l'oggetto di interesse, che possono favorire una forte dipendenza (essendosi instaurata la tolleranza). Analogamente, ogni incontro con l'amato è accompagnato da un iniziale *rush* di euforia (potenziale dopaminergico dell'innamoramento). Gradualmente l'euforia svanisce e viene rimpiazzata da sentimenti di vuoto e insoddisfazione. I momenti tra gli incontri sembrano essere sempre più lunghi (anche se sono come prima) e la separazione viene colmata da dolore (si cade in preda a sentimenti spiacevoli e/o a effetti fisici quali pianti, insonnia o ipersonnia, irritabilità, ecc., cioè a sintomi di astinenza) e desiderio (*craving*). Tra il comportamento di dipendenza da droghe/gioco e quello di Dipendenza affettiva sembra sussistere una ulteriore similitudine psicologica: il passaggio da comportamenti impulsivi a comportamenti compulsivi. Come vedremo dettagliatamente nel capitolo dedicato alla descrizione clinica — rifacendoci agli studi compiuti da autori come Cuzen e Stein (2014) —, in tutti i casi di dipendenza patologica l'impulsività gioca un ruolo di ricerca di gratificazione immediata nello stadio iniziale del disturbo, mentre lo stadio più avanzato è caratterizzato da un comportamento di assunzione compulsivo volto a evitare il disagio.

## *2. Considerevole quantità di tempo speso per questa relazione (in realtà o nel pensiero).*

Può essere esperienza di ognuno di noi quella di aver speso un significativo lasso di tempo e di risorse per ottenere un appuntamento, la sensazione di perdere il senso del tempo quando si è con qualcuno di speciale, la ricerca — non semplice — di un compromesso di tempo tra quello da dedicare agli amici, alla famiglia o alle altre attività e responsabilità nel momento in cui inizia una nuova relazione romantica. Quando siamo nel contesto di una dipendenza patologica conclamata è evidente come l'individuo abbia fallito nel tentativo di equilibrare questi diversi aspetti: il comportamento di dipendenza assume una salienza centrale e spropositata in relazione agli altri compiti di sviluppo o aree del funzionamento, talvolta resta l'unico ambito di espressione individuale.

### 3. *Riduzione di importanti attività sociali, professionali o di svago.*

Come anticipato, nella Dipendenza affettiva importanti attività sociali, occupazionali e ricreative sono abbandonate o ridotte a causa dei comportamenti di dipendenza (c'è chi può ignorare i compiti familiari o lavorativi o ridurre il coinvolgimento in hobby mentre persegue la relazione d'amore) e i comportamenti di dipendenza continuano nonostante la consapevolezza di avere persistenti o ricorrenti problemi fisici/psicologici/relazionali che sono stati causati o peggiorati dal comportamento. Qualcuno può sviluppare una depressione e/o perdite finanziarie come risultato della Dipendenza affettiva e tuttavia proseguire la relazione (Fisher, 2006). Anche in questo caso è evidente la netta sovrapposizione con la dipendenza da sostanze o la dipendenza da gioco.

### 4. *Persistente desiderio o sforzi infruttuosi di ridurre o controllare la propria relazione e 5. Ricerca della relazione, nonostante l'esistenza di problemi creati dalla stessa.*

La DA e la dipendenza da sostanze/da gioco hanno in comune anche il senso di «urgenza» nel portare avanti il comportamento di dipendenza — anche quando si riterrebbe ragionevole interromperlo — e la sensazione di disperazione che tale conflitto crea (Anonymous, 1986; Wolfe, 2000). Il comportamento di dipendenza può essere portato avanti anche dopo che la relazione amorosa è finita (Timmreck, 1990; Weiss & Schneider, 2006; Wolfe, 2000). Il persistente desiderio e gli sforzi infruttuosi di interrompere o controllare i comportamenti di dipendenza sono tipici di tutte le forme di addiction: ad esempio, è tipico sentir dire «non mi innamorerò più» ma poi osservare un'incessante ricerca di una relazione per rimpiazzare quella appena finita (o, più frequentemente, cercare di ripristinare la precedente).

Per quanto attiene al criterio 6 («Esistenza di difficoltà di attaccamento»), tale aspetto sarà affrontato nel capitolo successivo dedicato all'eziopatogenesi della DA.

## **Disturbo da gioco d'azzardo e DA**

In aggiunta a quanto appena visto rispetto alle somiglianze tra la Dipendenza affettiva e la dipendenza da sostanze, una specifica da fare riguarda il Disturbo da gioco d'azzardo e la Dipendenza affettiva e ha a che fare con il ruolo del «rinforzo intermittente». Alcuni tipi di gioco (ad es. le slot-machine)



forniscono premi imprevedibili determinando un «rinforzo intermittente». Anche i premi associati all'amore romantico e al sesso sono particolarmente inaffidabili, dato che essi dipendono dalla risposta di un altro essere umano. Il rinforzo intermittente funziona proprio perché i «premi» (ad es. nella DA un abbraccio, una dimostrazione d'amore, ecc.) possono comparire sporadicamente all'inizio di una relazione o nel corso di essa. Questo obbliga l'innamorato (forse futuro dipendente affettivo) a impegnarsi di più per alimentare la relazione. Il rinforzo intermittente può costituirsi, nelle persone vulnerabili, come un potente fattore d'innesco/di mantenimento della dipendenza. Questo effetto ha un corrispettivo anche a livello biochimico: quando i momenti piacevoli sono pochi e lontani tra loro, i circuiti di ricompensa associati a una relazione si rafforzano.

## **Conclusioni**

Secondo l'idea che intendiamo proporre nel presente lavoro, il costrutto di Dipendenza affettiva è assimilabile alle dipendenze comportamentali. Quando si parla di DA è plausibile pensare a essa come a una condizione psicopatologica di «Asse I», anche in considerazione del fatto che non si tratta necessariamente di una modalità di funzionamento continuativo o a lungo termine (può manifestarsi anche in un'unica relazione nel corso della vita).

Come si evince dalla disamina svolta, i riferimenti più attendibili dal punto di vista della prossimità nosografica sono quelli del Disturbo da uso di sostanze e del Disturbo da gioco d'azzardo, i cui elementi costitutivi (profilo cognitivo, comportamentale e del deterioramento psico-sociale) richiamano fortemente quelli propri della DA.

Sebbene sia consuetudine diffusa tra i clinici utilizzare i criteri del Disturbo dipendente di personalità (DDP) per porre diagnosi di DA, l'idea delle autrici — sviluppata nel presente libro — è che la DA, come disturbo assimilabile al Disturbo da uso di sostanze e al Disturbo da gioco d'azzardo (quindi in «Asse I»), possa essere sviluppata da una persona con tratti o disturbo di personalità di tipo dipendente (ma anche borderline, narcisistico, istrionico, ecc.) e che non costituisca un fattore transdiagnostico e dunque una disfunzione della relazione potenzialmente rintracciabile in diverse personalità. La Dipendenza affettiva, nel presente lavoro, viene concettualizzata, dunque, come una dipendenza comportamentale caratterizzata distintamente dal timore della perdita relazionale.

## Caso clinico: dall'assessment al trattamento

### Riassunto del caso

In questo capitolo sarà presentato il trattamento cognitivo-comportamentale di un paziente affetto da Dipendenza affettiva (DA). Per tutela della privacy, alcune informazioni sono state modificate/omesse. L'intervento si è avvalso di tecniche di psico-educazione, ristrutturazione cognitiva, analisi della motivazione al cambiamento, analisi della negazione, analisi funzionale del comportamento di dipendenza, intervento sugli stimoli trigger, intervento sul craving, riconoscimento delle decisioni apparentemente irrilevanti, approfondimento sui bisogni psicologici, regolazione emotionale, promozione della assertività, coinvolgimento delle persone significative per il paziente, promozione della rete sociale di riferimento, esposizione comportamentale alle situazioni ad alto rischio e prevenzione della ricaduta.

Nel capitolo 6 verrà presentato l'intervento sugli aspetti di personalità soggiacenti al disturbo.

Al termine del trattamento, il paziente ha riportato una remissione della sintomatologia come verificato con test e colloqui di monitoraggio. I risultati sono mantenuti al controllo effettuato a tre mesi dalla dimissione.

## **Presentazione del caso**

### *Dati anagrafici*

Giovanni, nato in una provincia della Toscana, al momento della consultazione ha 27 anni e vive con la compagna Pamela e il figlio (Paco) di poco più di un anno.

### *Modalità di invio*

Il paziente si reca spontaneamente in consultazione. Era già stato in trattamento (presso il servizio pubblico) per una dipendenza da alcol avuta anni prima (dai 19 ai 21 anni circa).

La presa in carico per la dipendenza da alcol era stata risolutiva. La richiesta del paziente era di intraprendere un iter di psicoterapia al fine di: a) «salvare» la relazione con la compagna e madre del figlio (ormai da quasi un anno c'erano liti sempre più violente; b) «risolvere» lo stato depressivo in cui riteneva di essere; c) cercare di comprendere le ragioni della sua sofferenza «multiforme» («è come se non fossi mai stato davvero bene, come se non avessi mai avuto pace nella mia vita»).

Per quanto riguardava la sua relazione, Giovanni riferì che le liti erano sempre state presenti ma si erano molto intensificate a seguito della nascita di Paco. Le liti (dove Pamela era di recente arrivata a picchiarlo o a distruggere oggetti o a minacciare l'abbandono di casa) lo lasciavano sempre più profondamente desolato, vuoto, affranto.

Giovanni aveva anche enormi sensi di colpa rispetto al figlio, spesso presente durante i loro scontri. Ancor più del senso di colpa verso il figlio era però presente la paura, fortissima, di perdere Pamela («una paura che mi lascia senza fiato»).

### *Numero di sedute svolte*

Il paziente, a partire dalla prima consultazione, sostenne un colloquio alla settimana per circa 6 mesi, per poi avviare una fase di monitoraggio ogni 15 giorni per altri 3 mesi e infine effettuare un controllo a cadenza mensile (per altri 3 mesi).

In totale il trattamento ha avuto quindi la durata di un anno. Successivamente sono stati trattati i fattori di vulnerabilità storica rilevati in assessment con un ulteriore trattamento di circa un anno.

## Primo colloquio

### *Descrizione della storia del problema e sintomi lamentati*

Nel corso del primo colloquio era rilevabile la presenza di sintomi depressivo-ansiosi (anedonia, ansia, isolamento sociale, scarsa motivazione, lamentosità somatica, appiattimento emotivo, difficoltà di concentrazione, perdita di memoria a breve termine, ottundimento e perdita di lucidità). L'anamnesi evidenziava sinteticamente: a) atti di prepotenza/bullismo ai danni dei pari effettuati quando il paziente aveva 7/8 anni; b) comportamento oppositivo-provocatorio in ambito familiare; c) difficoltà scolastiche alla scuola secondaria inferiore; d) colon irritabile tra i 6 ei 10 anni; e) importante aumento di peso tra la fine della scuola primaria e la secondaria di primo grado.

In sede di primo colloquio Giovanni riferì del suo trascorso con l'alcol: il paziente spiegò che accettò di rivolgersi al Ser.D a seguito del ritiro della patente (e a forti insistenze da parte della madre). Al momento del primo colloquio l'uso problematico di alcol era cessato già da circa 6 anni. Secondo il paziente il disturbo di dipendenza da alcol divenne tale in concomitanza della sua prima relazione sentimentale importante (con Costanza, si veda *infra*): fu infatti in questa occasione che l'uso cominciò e divenne sempre più ricorsivo. Come poi sarà ripreso e approfondito nella anamnesi, Giovanni raccontò che, in generale, le sensazioni di tristezza, demotivazione, mancanza di energia e difficoltà a prendere in mano il «progetto di vita» erano effettivamente ricorsive nella sua vita: la prima volta che ricordava di aver sperimentato queste spiacevoli sensazioni fu alla fine della relazione con Costanza, ma anche successivamente — quando si fidanzò e poi si lasciò con Elena — i sintomi «depressivi» si fecero vivi.

Tuttavia, la cosa che lo angustiava di più riguardava la sua attuale relazione con Pamela. Dal momento in cui era andato a convivere con lei, mentre aspettavano loro figlio, riconosceva di aver sviluppato una specie di «ossessione» nei suoi confronti: non poteva non pensare a lei, al fatto che la loro relazione potesse durare o meno, a cosa lei stesse facendo o a cosa lei stesse pensando, ecc. Questi pensieri intrusivi lo turbavano fortemente e lo portavano a: 1. Rimanere immobile e paralizzato (letteralmente: Giovanni non aveva un lavoro «vero», dava una mano a un amico proprietario di un locale perlopiù in orario serale, non aveva hobby o interessi, non aveva un giro di amici consistente, passava tantissimo tempo in casa, tra tv, computer e videogiochi oppure a dormire); 2. Controllare la compagna (bisogno di sapere dove si trovava, chiamate alle sue amiche, controllo di nascosto di computer e telefono, richieste di rassicu-

razione, ecc.). Questo circolo vizioso si era aggravato notevolmente nel corso dei quasi due anni della loro relazione, fino a generare le violenti liti che avvenivano di recente. Pamela infatti si sentiva «soffocata» da lui: se inizialmente aveva risposto alle sue richieste di rassicurazione cercando di placare la sua ansia, adesso vi reagiva con insofferenza e rabbia, arrivando a offenderlo o a denigrarlo. Inoltre Pamela, da un po' di tempo, non poteva più sopportare la sua «indolenza», lo criticava aspramente per le giornate passate «a non fare niente», per il pochissimo aiuto che dava in casa e nella gestione del bambino (quasi sempre con la nonna materna). Le critiche erano poi diventate atti di aggressione, Pamela lo aveva qualche volta attaccato con spinte e botte, aveva distrutto uno dei suoi computer, sempre più spesso se ne andava qualche giorno da casa — con Paco — minacciando di non tornare per poi invece tornare. Detto questo, per Giovanni la sola idea che la sua relazione potesse finire lo terrorizzava. Non poteva nemmeno pensare alla sua vita senza Pamela.

Nel riferire questi elementi, il paziente mostrava segni di dolore e di forte sofferenza. Si dichiarava «sfinito», titubante circa la reale possibilità di «stare bene» ma, al contempo, impossibilitato a proseguire la sua vita come aveva fatto fino a ora. In particolare, era terrorizzato all'idea di compromettere la salute psicologica del figlio con la sua tristezza o con la fine della relazione tra lui e la madre («Dottorressa, diciamoci la verità, che futuro ha un bambino con genitori separati?»).

#### *Eventuali psicoterapie passate (esiti e motivazioni della sospensione)*

Da bambino (quando faceva le elementari) fu portato dalla madre da una psicologa per via del colon irritabile (dopo una serie di accertamenti medici negativi). Il paziente non aveva ricordi specifici di questo tipo d'intervento. Successivamente svolse l'iter al Ser.D della sua zona iniziando a causa del ritiro della patente. Riferì di essersi trovato molto bene con lo psicologo del servizio con il quale si aprì non solo sulla tematica dell'alcol ma cominciò anche a esplorare alcuni aspetti della sua vita relazionale e affettiva. La relazione terapeutica terminò con il trasferimento dello psicologo presso un altro servizio (Giovanni non ritenne di proseguire).

#### *Farmacoterapia assunta in passato e attualmente*

Al momento della richiesta di terapia il paziente assumeva Ciprallex 20 mg. Tale farmaco era stato prescritto per contenere il fenomeno «depressivo» dal medico di base su richiesta di Giovanni (e su forte spinta da parte di Pamela).

*Contrattazione iniziale e progetto terapeutico formulato*

Alla fine del primo colloquio sottolineai la presenza di una serie di sintomi ansioso-depressivi quali anedonia, ansia, isolamento sociale, scarsa motivazione, lamentosità somatica, appiattimento emotivo, difficoltà di concentrazione, perdita di memoria a breve termine, ottundimento e perdita di lucidità, specificando che doveva essere un nostro intento quello di comprendere l'entità di questi sintomi. L'altro aspetto saliente riguardava la dinamica relazionale con Pamela: ciò che il paziente descriveva era un epifenomeno di un assetto relazionale disfunzionale (riconducibile a tratti/un disturbo di personalità borderline? Dipendente?) oppure poteva essere spiegato anche come una Dipendenza affettiva? Sulla base di questa premessa fu specificato al paziente che una valutazione diagnostica, e la rivalutazione della stessa durante l'intervento, sarebbe stata il presupposto fondamentale della terapia: i quadri che potevano manifestarsi erano molteplici e avrebbero richiesto interventi diversi.

Nel corso del primo colloquio, inoltre, gli elementi emersi circa la storia di vita mi avevano lasciato l'impressione, se non la certezza, che sussistesse un assetto di personalità disfunzionale in aggiunta al quadro sintomatologico simil-depressivo. Per questi motivi ritenni di comunicare al paziente che sarebbe stato importante poter mettere a fuoco se esistevano delle «caratteristiche» che si portava dietro da gran parte della sua vita, «aspetti che riguardavano modalità ricorrenti di stare in relazione con gli altri», ad esempio, che potevano avere contribuito alla genesi e al mantenimento dei problemi che lo portavano a richiedere l'intervento.

Chiesi al paziente se avesse domande in merito, o perplessità da esplicitare. Rispose che concordava sul fatto che al di là del problema depressivo e di relazione ci fosse «dell'altro» che lui non era mai riuscito a capire. Ricordo come, mentre esprimeva questi contenuti, il paziente mantenesse una espressione assente e vacua, un tono di voce monocorde e flebile, una postura «abbandonata» sulla sedia.

L'impressione che me ne rimase era quella di un giovane uomo stanco e sfiduciato, incredulo della reale possibilità di riprendere in mano la propria vita e la propria genitorialità.

Per quanto riguardava la valutazione diagnostica, il paziente non mostrò alcuna recalcitranza, anche se ci tenne a comunicarmi che aveva già effettuato dei test al Ser.D ma che non aveva mai saputo «come erano andati» e che invece gli avrebbe fatto piacere conoscere l'esito delle prove che aveva svolto. Naturalmente assicurai al paziente che avrebbe avuto una restituzione in merito ai test. Concordammo infine l'opportunità di effettuare una visita psichiatrica

al fine di valutare se mantenere (e poi eventualmente monitorare) la terapia farmacologica di supporto prescritta dal medico di base.

### **Strumenti psicodiagnostici**

Visto quanto emerso in sede di primo colloquio e data la necessità di effettuare una valutazione diagnostica che tenesse conto degli aspetti di funzionamento personologici, scelsi di procedere con la somministrazione degli strumenti descritti nei paragrafi seguenti. Il razionale della somministrazione di questi test (verbalizzato al paziente) fu «la possibilità di formulare una diagnosi completa che consentisse la costruzione di un iter psicoterapico personalizzato, basato non solo sui sintomi ma anche sulle sue caratteristiche di personalità».

Per la parte sintomatologica, visto quanto emerso nel corso del primo colloquio, la scelta ricadde su un test ad ampio spettro con approfondimenti su ansia, depressione, assertività, regolazione emozionale e dipendenza affettiva. Il razionale soggiacente alla somministrazione dei test fu quello di verificare la presenza clinica dei sintomi emersi in colloquio e di quantificarla, stabilendone la significatività.

#### *SCID-5-PD: Intervista clinica strutturata per i Disturbi di personalità del DSM-5*

Per la valutazione della personalità la scelta ricadde sulla SCID-5-PD. Questa intervista prevede un questionario autosomministrato (SCID-5-SPQ), che può essere compilato dal paziente prima dell'intervista. In una prima fase si raccolgono dati demografici, qualche cenno sull'aspetto relazionale e sulla storia di vita, l'anamnesi sentimentale e sociale, mettendo in evidenza le capacità riflessive del soggetto (intervista di «autocaratterizzazione»). La SCID-5-PD procede poi con le domande volte a valutare («?» = informazioni insufficienti, «0» = assente, «1» = sotto-soglia, «2» = soglia) i criteri del DSM-5 per ognuno dei 10 disturbi di personalità, in un ordine finalizzato a favorire il rapporto con il soggetto. L'indagine viene eseguita per quelle aree nelle quali il soggetto ha risposto «sì» a un numero di item che corrispondono o superano la soglia prestabilita. I risultati della somministrazione furono sintetizzati nella tabella 5.1.

Per quanto riguardava la somministrazione, erano da riportare le seguenti osservazioni.

- Il paziente compilò il test con notevole impegno ma anche con grande fatica.
- Faceva difficoltà a stare nella dicotomia «sì/no».

- Si soffermava spesso sugli item del questionario per argomentare le sue risposte e intraprendere una prima condivisione con me riguardo alla storia della sua vita e sulle sue caratteristiche di personalità.

TABELLA 5.1  
Risultati della somministrazione dell'intervista SCID-5-PD

SCID-5-PD (Intervista clinica strutturata per i Disturbi di personalità)						
Modulo di registrazione della diagnosi						
Durata dell'intervista (minuti): 80						
DISTURBO DI PERSONALITÀ	N° ITEM CODIFICATI «2» (Le caselle grigie indicano la soglia per la diagnosi, i numeri sottolineati sono i criteri codificati «2» per il paziente.)					
	01. Evitante	1	2	3	4	5
02. Dipendente	1	2	3	4	<u>5</u>	6
03. Ossessivo-Compulsivo	1	2	3	4	5	6
06. Paranoide	1	2	3	4	5	6
07. Schizotipico	1	2	3	4	5	6
08. Schizoide	1	2	3	4	5	6
09. Istrionico	1	2	3	4	5	6
10. Narcisistico	1	2	3	4	5	6
11. Borderline	1	2	3	4	5	6
12. Antisociale	1	2	3	4	5	6
<b>DIAGNOSI PRINCIPALE:</b>						
<i>I risultati del test lasciano ipotizzare la presenza di un Disturbo dipendente di personalità. Nello specifico, assumono rilevanza clinica (pt = 2) i tratti di seguito elencati.</i>						
10. Il paziente esprime con difficoltà il proprio dissenso, per timore di perdere il sostegno o l'approvazione altrui.						
11. Ha difficoltà a creare progetti o intraprendere iniziative autonomamente (per mancanza di fiducia nel proprio giudizio o nelle proprie capacità o per carenza di motivazioni o energie).						
13. Quando è solo, si sente a disagio o indifeso perché teme in modo eccessivo di essere incapace di provvedere a se stesso.						
14. Non appena termina una relazione importante, ricerca con urgenza un'altra persona in grado di accudirlo e sostenerlo.						
15. Si preoccupa senza motivo di essere abbandonato a se stesso.						



In conclusione, i tratti che emersero come significativi all'intervista diagnostica della SCID-5-PD fecero pensare alla presenza di un Disturbo dipendente di personalità. Gli item segnalati come significativi erano riconosciuti dal paziente soprattutto per quanto riguardava le seguenti caratteristiche: «preoccuparsi senza motivo di essere abbandonato a se stesso» e «avere difficoltà a creare progetti o intraprendere iniziative autonomamente, per mancanza di fiducia nel proprio giudizio, o nelle proprie capacità, piuttosto che per carenza di motivazioni o energie».

### *Young Schema Questionnaire (YSQ)*

Per completare l'indagine sugli aspetti di personalità, la scelta ricadde sullo *Young Schema Questionnaire* (YSQ) di Young e Brown (2001), uno strumento di self-report per la valutazione degli schemi maladattivi precoci, secondo l'approccio terapeutico della Schema Therapy (Young, 1990). Il paziente, utilizzando una scala Likert a 6 punti, stabilì quanto ogni item descriveva il suo modo di essere (gli item sono suddivisi in gruppi, in base allo schema a cui si riferiscono). Si proseguì poi analizzando gli item di ogni gruppo evidenziando quelli rilevanti, ovvero quelli a cui il paziente aveva dato un punteggio elevato (da 4 a 6). Di seguito vengono comunque riportati i punteggi conseguiti a ogni schema (punteggio massimo pari a sei) (tabella 5.2).

Si riportano di seguito gli item che emersero come salienti per il paziente (indipendentemente dai punteggi riportati in tabella, si ritenne comunque di considerare alcuni item che, stante gli elementi emersi in colloquio, potevano risultare descrittivi dell'esperienza del paziente e del suo modo di «vedere il mondo delle relazioni»).

#### a) *Schema: Deprivazione emotiva*

Item significativi YSQ:

- 2 – Non ho ricevuto abbastanza amore e sufficienti attenzioni;
- 3 – Perlopiù non ho avuto qualcuno cui riferirmi per consigli e supporto emotivo;
- 4 – Per la maggior parte del tempo non ho avuto qualcuno che si prendesse cura di me, che condividesse gli eventi con me o che si interessasse a ciò che mi accade;
- 5 – Per la maggior parte della mia vita non ho avuto qualcuno che mi sia stato veramente vicino e abbia passato del tempo con me;
- 7 – Per la maggior parte della mia vita non mi sono sentito speciale per qualcuno;