

KARINA. IL LEGAME IRRINUNCIABILE: SCOPI, ANTI-GOAL E CONFLITTI TIPICI DELLA DIPENDENZA AFFETTIVA PATOLOGICA

Alessandra Iannucci^a, Claudia Perdighe^a, Angelo Maria Saliani^a e Erica Pugliese^{a,b}

^a Associazione di Psicoterapia Cognitiva, Scuola di Psicoterapia Cognitiva.

^b Associazione "Millemé" Violenza di Genere e Dipendenze Affettive.

Corrispondenza

Alessandra Iannucci

E-mail: a.iannucci.psy@gmail.com

Riassunto

L'articolo descrive il caso clinico di una paziente con una problematica interpersonale di Dipendenza Affettiva Patologica (DAP). L'interesse per questo caso verte principalmente su alcuni aspetti specifici della condizione DAP: (a) l'iperinvestimento nell'evitamento di tre anti-scopi terminali, quali la solitudine, intesa come perdita di accudimento, l'indegnità e la sofferenza dell'altro, innanzi allo scopo trasversale di non perdere la relazione; (b) il ruolo del conflitto intrapsichico nella spiegazione della sofferenza psicopatologica e (c) la trasmissione a livello intergenerazionale della DAP. In assenza di un trattamento di comprovata efficacia, in accordo con la letteratura, si è ritenuto opportuno utilizzare le indicazioni di trattamento del Disturbo Dipendente di Personalità (DDP). Sebbene il DDP condivida con la DAP alcuni tratti, non può essere sovrapposto completamente a tale problematica. Dall'analisi clinica, assimilare il trattamento del DDP per la DAP, presenta alcune limitazioni, quali la presenza di scopi terminali e *pattern* di comportamento diversi e non ascrivibili ad entrambe le condizioni. Allo stato attuale, emerge l'esigenza di un protocollo di trattamento che tenga conto degli scopi, delle credenze e dei comportamenti disfunzionali del dipendente affettivo, per risolvere la sofferenza che deriva dalla condizione di DAP e per una prevenzione delle ricadute a lungo termine. Tale protocollo, è in corso di validazione, ad opera degli autori del modello cognitivo-comportamentale della DAP.

Parole chiave: dipendenza affettiva patologica, modello cognitivo delle dipendenze affettive patologiche, co-dipendenza, dipendenza emotiva

KARINA. THE FUNDAMENTAL BOND: GOALS, ANTI-GOALS AND SPECIFIC CONFLICTS OF PATHOLOGICAL AFFECTIVE DEPENDENCE

Abstract

This article describes the clinical case of a patient with Pathological Affective Dependence (PAD). The interest in reporting this case is related to some specific aspects of PAD: (a) the overinvestment in avoiding loneliness, meant as loss of nurture, unworthiness and sufferance, due to the cross-scope of not losing relationships; (b) the role of the intrapsychic conflict in explaining the psychological suffering, and (c) the intergenerational transmission of PAD. Giving the lack of an effective treatment for PAD, guideline to treat Dependent Personality Disorder (DDP) were considered adequate in this case. However, even if

DOI: 10.36131/COGNCL20210206

SOTTOMESSO 20 MARZO 2021, ACCETTATO 10 GENNAIO 2022

DDP shares some common traits with PAD, it does not totally overlap with it. From a clinical point of view, this treatment overlap between PAD and DDP, shows some limitations such as objectives and behavioural patterns not shared between the two disorders. As such, there is the need of creating a specific treatment protocol for PAD that takes into account objectives, beliefs, and maladaptive behaviours to prevent long-lasting difficulties and pathological relapses. Such protocol is currently under validation with the authors of the PAD cognitive model.

Key words: affective dependence, cognitive theory of affective dependence, co-dependence, emotional dependence

Introduzione

La teoria dell'attaccamento, definita da Bowlby «un modo per concettualizzare la tendenza dell'essere umano a strutturare solidi legami affettivi con particolari persone, e per illustrare le varie forme di profondi turbamenti emotivi e di disturbi della personalità [...] originati da perdite e separazioni involontarie», si occupa di fenomeni considerati «in termini di bisogno di dipendenza [...] o di individuazione e simbiosi». Come sottolineano Mikulincer e Shaver (2004) «le interazioni ripetute con altri significativi capaci di protezione e sostegno tendono a produrre un senso relativamente stabile di sicurezza nell'attaccamento (per esempio, la sensazione di poter fare riferimento, per ottenere protezione e sostegno, alle persone più vicine; di poter esplorare l'ambiente in modo sicuro ed efficace; di stabilire relazioni soddisfacenti con gli altri), che in vari modi conduce allo sviluppo di un modello di sé stabile e positivo e a una serie di strategie di regolazione affettiva riuscite e in buona parte autonome». Da questo *back-ground* evolutivo e relazionale si sviluppa una personalità adulta relativamente autonoma, ma al tempo stesso capace di fidarsi, chiedere aiuto e appoggiarsi agli altri.

Nella dipendenza patologica è presente un'idea immodificabile dell'altro come oggetto «nutriente» esclusivo, o comunque molto idealizzato, e sempre a rischio di perdita, e un'idea di sé come soggetto eternamente e assolutamente bisognoso, incapace di contribuire al proprio sostentamento e benessere. Una concezione sana della dipendenza, invece, presuppone i temi, intersoggettivi per eccellenza, della mutualità e del patteggiamento, e dunque si basa sulla capacità di accettare le tensioni insite nel riconoscimento reciproco e nell'irriducibilità della differenza. Quando nella regolazione reciproca che struttura le relazioni (la relazione bambino-caregiver, il rapporto di coppia, il legame terapeutico, ecc.) questa tensione viene meno, il gioco della dipendenza comincia ad assumere le caratteristiche della dominanza e della sottomissione, nelle loro molteplici varianti.

Gli individui dipendenti spesso provengono da nuclei familiari con figure controllanti, inattendibili, ipercoinvolte e intrusive che in modo più o meno esplicito, comunicano l'idea che l'autonomia sia piena di pericoli e per questo vada evitata, oppure che crescere e differenziarsi equivalga a «tradire» i genitori (Masterson et al., 1975). La conseguenza diretta di questo messaggio è che essere dipendenti rappresenta l'unica modalità per mantenere il legame e che crescere e individuarsi significa perdere l'amore materno. Così il bambino impara a rinunciare all'autonomia, affidandosi agli altri anche per i problemi più banali. Da adulto, tenderà a cercare solo all'esterno una fonte di sicurezza e accudimento e li aspetterà passivamente che qualcuno prenda l'iniziativa di fornirgli il sostegno la sicurezza di cui sente il bisogno. «Anche l'oblatività coatta, può essere un segno delle conseguenze relazionali dello sviluppo traumatico» (Liotti e Farina, 2011)

Anche Bornstein (1993) e Lorna Benjamin (1996) sostengono l'esistenza di un legame diretto

tra un atteggiamento parentale iperprotettivo-autoritario e lo sviluppo di tratti di personalità dipendente in età infantile, con conseguente rinforzo di comportamenti dipendenti che impediscono la nascita di quell'autonomia che si sviluppa tramite l'apprendimento per tentativi e errori. Secondo Bornstein (1993) la dipendenza è uno stile (o un tipo) di personalità caratterizzato da quattro componenti principali: a) motivazionale (per esempio, forte bisogno di ricevere guida, approvazione, e sostegno dagli altri); b) cognitiva (per esempio, percezione di sé come tendenzialmente impotente e inefficace, accompagnata dalla credenza che gli altri siano potenti e sappiano governare le situazioni); c) affettiva (per esempio, tendenza a diventare ansioso e spaventato di fronte alla necessità o alla richiesta di funzionare in modo indipendente, soprattutto quando i risultati di questo sforzo devono essere valutati dagli altri); d) comportamentale (per esempio, tendenza a cercare aiuto, sostegno, approvazione, guida, e rassicurazioni dagli altri e a sottomettersi nelle relazioni interpersonali).

Il fatto che il disturbo dipendente di personalità sia diagnosticato con più frequenza nelle donne (Bornstein, 1996; Loranger, 1996) è correlabile all'esistenza di stereotipi di genere che favoriscono la dipendenza delle donne e al tempo stesso consentono un'espressione più vistosa e socialmente «organizzata» della loro dipendenza.

I fenomeni della dipendenza relazionale sono un argomento centrale della riflessione psicoanalitica di Jessica Benjamin (1988, 1995, 1998, 1999). Secondo la stessa, la relazione d'amore primaria, quella tra madre e bambino, è connotata da un conflitto ineludibile tra il bisogno dell'altro e l'affermazione di sé. Una dialettica che, ruota attorno al delicato equilibrio tra riconoscimento e la distruzione dell'altro. Inizia qui la riflessione sulla nascita della soggettività attraverso l'intersoggettività. Lo sviluppo della personalità si dispiega in una tensione continua tra contatto e separazione, riconoscimento dell'altro e affermazione di sé. È ciò che la Benjamin definisce il «paradosso del bisogno di riconoscimento»: nel momento stesso in cui realizziamo la nostra indipendenza, diventiamo inevitabilmente dipendenti da un altro perché la riconosca. Il bambino che inizia a vedere la madre come centro di volontà indipendente si trova alle prese con la consapevolezza della propria separatezza che lo porta a confrontarsi con la propria vulnerabilità. Ora, infatti, non è più solo il bambino che può andarsene dalla madre, è anche la madre che può andarsene da lui. Il paradosso del riconoscimento, il bisogno di accettazione che ci riporta alla dipendenza dall'altro, apre una lotta per il controllo. Da questa lotta può venire la coscienza che, negando completamente l'altro, ovvero assumendo su di lui il controllo assoluto e distruggendo la sua identità e volontà, avremo negato anche noi stessi. Infatti non resterà nessuno a riconoscerci, nessuno da desiderare (Benjamin, 1988).

La Dipendenza Affettiva Patologica (DAP) è una problematica interpersonale definita dalla tendenza dell'individuo a percepire il legame con un/a *partner* problematico/a apparentemente irrinunciabile. Queste relazioni si caratterizzano nel tempo per la presenza di abusi, violenza fisica, sessuale, psicologica e verbale e/o manipolazioni, perpetrate da uno o da entrambi i *partner* ed è, per almeno uno dei due, fonte di sofferenza. Nonostante questo, chi soffre non intende, o non sempre intende porre fine, alla relazione e non tollera che l'altro decida di separarsi (Pugliese et al., 2019; Pugliese et al., 2021).

La DAP è una problematica della quale si conosce ancora poco, sebbene ci sia stato negli ultimi anni un ampio proliferare di pubblicazioni sull'argomento. Il tema infatti, riscuote notevole attenzione da parte di clinici e accademici, non solo per via della gravità delle conseguenze psicologiche sul paziente, come la compromissione della sfera sociale, lavorativa e relazionale, ma perché questa condizione è spesso associata e spiega il fenomeno sociale ancora irrisolto, della violenza di genere nelle relazioni intime. La DAP inoltre, è una condizione democratica.

Non fa discriminazione di genere, di età, di cultura, di orientamento sessuale e di condizione socio-economica. La sua peculiarità e importanza risiede nell'essere trasversale alle varie condizioni psicopatologiche, ma di non risolversi, se non attraverso interventi mirati che si basano su concettualizzazioni chiare del caso. Per capire dunque, come intervenire quando ci si trova di fronte a pazienti che vivono una simile sofferenza, è fondamentale comprendere cosa è che origina la DAP, cosa tema nello specifico la persona con una problematica di Dipendenza Affettiva Patologica, tanto da congelarsi nella relazione insoddisfacente e quindi come mai resti bloccata.

L'analisi clinica, ha nel tempo evidenziato che le persone che vivono relazioni di questo tipo, anche quando solo immaginano di separarsi dalla relazione disfunzionale, provano stati di forte ansia e angoscia e sono disposti a tutto per prevenire questa possibilità, o per recuperare il rapporto quando la separazione è in corso. La relazione che si verrebbe a stabilire, si qualificerebbe per la presenza di tre diversi conflitti intrapsichici (Pugliese et al., 2019; Mancini e Giacomantonio, 2018), non sempre consapevoli nella mente del dipendente affettivo. Il primo conflitto, definito "assente", in genere non è nella mente del dipendente affettivo, mentre può esserlo in quello delle persone che lo conoscono, come genitori, amici, fratelli o il terapeuta stesso. Questi potrebbero provare a farglielo notare e invitarla/o a parlare con un professionista. Spesso questa condizione di conflitto (Stadio 1) si presenta poco dopo l'inizio della relazione (Stadio 0 o della "luna di miele"), quando il rapporto è nel pieno del processo di idealizzazione e i pazienti riferiscono di aver finalmente trovato il/la *partner* dei loro sogni. Per il/la dipendente affettivo/a tipico/a i vantaggi superano ancora gli svantaggi e, nonostante le sollecitazioni di amici o parenti a separarsi o la loro manifestazione di preoccupazioni sulla sanità della relazione, non ha alcuna intenzione di interrompere il rapporto, anzi potrebbe sentirsi infastidito/a e incompreso/a o pensare che gli altri siano invidiosi della loro felicità. In una fase successiva (Stadio 2), la persona potrebbe iniziare ad avvertire i primi svantaggi della relazione a fasi alterne, momenti di grande felicità, si sostituiscono letteralmente a momenti di grande tristezza e insoddisfazione. Il conflitto a questo stadio è un *conflitto a corrente alternata*, gli stati sperimentati sono dunque separati e mai integrati. Infine, il terzo conflitto che coincide con lo Stadio 3, viene definito *conflitto akrasico*, in quanto gli stati mentali sono integrati e quindi la persona è consapevole della contraddittorietà delle credenze su di sé (Sè vulnerabile e deontologico - rappresentazione di Sè fragile e indegna vs rappresentazione di Sè efficace - per esempio quando è decisa ad avere un figlio) e sulle credenze sull'altro (rappresentazione dell'altro fragile e sofferente per via delle scelte e i comportamenti della paziente e abusante quando la svaluta o la insulta). La persona è, dunque, consapevole della propria sofferenza ma allo stesso tempo è pienamente cosciente di non riuscire a liberarsi della relazione e interrompere l'abuso. Sia nello Stadio 2, che nello Stadio 3, il dipendente affettivo potrebbe provare a separarsi (Stadio 4), soprattutto quando la sofferenza provata dentro la relazione è davvero molto forte, ma le conseguenze della separazione a livello emotivo gli farebbero dichiarare ritirata, riportandolo a pieno regime nel dolore apparentemente senza uscita della relazione, con un conseguente ritorno allo Stadio 0.

Coerentemente con il presupposto che ogni costruzione di significato che continua a essere utilizzata, nonostante ripetutamente invalidata, è patologica (Kelly, 1955), ci si domanda cosa cercherebbe di evitare il dipendente affettivo e come mai non vada via. L'analisi clinica, sembra indicare che il dipendente affettivo tema principalmente tre scenari: la solitudine, nei termini di mancata sicurezza, la perdita della dignità e la sofferenza dell'altro. Questi tre *anti-goal*, non devono necessariamente essere presenti contemporaneamente nella mente del dipendente affettivo, è infatti sufficiente che se ne attivi uno, per mettere in "stallo" l'individuo nella

relazione apparentemente irrinunciabile. L'origine di questi tre *anti-goal* terminali e dell'*anti-goal* trasversale di "non perdere la relazione", sembra risiedere dietro la frustrazione di bisogni fondamentali durante le relazioni precoci (Dweck, 2017) del dipendente affettivo, per esempio con i genitori. I tre timori, nel tempo diventerebbero per questo tipo di personalità inaccettabili, attivando il desiderio di riscatto, in relazioni che non fanno altro che ricalcare il modello di base, in un *loop* interminabile di rapporti caratterizzati da DAP. Al fine di comprendere meglio il funzionamento mentale del dipendente affettivo, può risultare utile presentare un caso clinico la cui sofferenza è principalmente ascrivibile alla condizione di Dipendenza Affettiva Patologica.

Presentazione del caso clinico

Karina è una donna di 35 anni, di origine straniera. Figlia unica, nasce e cresce nel paese di origine in un clima familiare anaffettivo e invalidante. Entrambi i genitori risultano essere importanti figure di riferimento per la donna, che attualmente vive insieme a loro, in attesa di trasferirsi nella propria casa. Karina ha una relazione da sei anni con Ruggero, un avvocato che occupa una posizione professionale di rilievo; un uomo di 35 anni più grande. Ruggero inoltre, ha due figli avuti da un precedente matrimonio, poco più giovani di Karina, che da subito manifestano diffidenza nei suoi confronti. Tale diffidenza, è attribuita dalla donna alla grande differenza di età, alla diversità culturale ed al timore che lei possa approfittarsi economicamente del padre.

Durante il primo colloquio, la donna appare lucida e ben orientata rispetto ai tre assi, è di media statura ed ha un fisico esile; presenta un aspetto curato, ha un trucco leggero, capelli raccolti, indossa gioielli, abiti firmati e sobri. Presenta un eloquio fluente e laconico. Appare inizialmente insicura e timida, parla sottovoce e non sostiene lo sguardo. La mimica è spenta e l'umore risulta leggermente deflesso. Nel corso delle sedute, all'aumentare del grado di confidenza, appare visibilmente più a suo agio e propositiva nel dialogo.

Descrizione del problema

La donna chiede aiuto con il fine dichiarato di comprendere che cosa vuole veramente il *partner*, richiama che successivamente si delinea nel bisogno di comprendere come mai resta in una relazione che le causa sofferenza. Nella fase iniziale del rapporto, dopo appena due mesi di frequentazione "idilliaca", Karina, insospettita da alcuni comportamenti del *partner*, lo pedina. Scopre di essere solo un amante per l'uomo, e permane in questo ruolo non voluto per ben due anni, caratterizzati da continui appostamenti; in tali circostanze fa sempre in modo che lui la veda. Negli anni in cui Ruggero porta avanti la relazione extraconiugale, Karina sviluppa una sintomatologia depressiva: ha un umore depresso per la maggior parte del giorno, piange spesso, ha un calo ponderale importante, soffre di insonnia, non prova più piacere nel fare le cose e smette di uscire. In seguito ad un lungo appostamento sotto la pioggia, torna a casa disperata e decisa a troncare la relazione. A seguito dell'assunzione di una dose eccessiva di sonniferi, non mirata al suicidio secondo la donna, ma ad eliminare le immagini intrusive di Ruggero con "l'altra", dorme per due giorni. I genitori allarmati chiamano Ruggero, il quale, immaginando l'accaduto, arriva prontamente e la soccorre. A questo punto, l'uomo decide di interrompere l'altra relazione, "fa di tutto per non perderla" e iniziano una convivenza. Il loro rapporto tuttavia presenta ancora delle difficoltà: l'uomo continua ad evitare di rendere del tutto pubblica la loro relazione, fattore che lei attribuisce alla grande differenza di età, nonostante lui abbia sempre

smentito tale motivazione.

Dopo tre anni di convivenza, Karina decide di condividere con il *partner* il proprio desiderio di maternità. Sebbene in passato il compagno non le avesse mai negato apertamente tale possibilità, di fronte alla richiesta esplicita di lei, Ruggero invita Karina ad andare via da casa, senza lasciarle la possibilità di argomentare. Torna a vivere con i propri genitori. In un primo momento, ha la sensazione di stare per ricadere nella depressione già sperimentata, cerca di reagire e si concentra sul lavoro.

Nonostante il trattamento subito, la storia tra i due continua, seppur non più da conviventi e numerosi distanziamenti nel momento in cui Karina riafferma ciclicamente il proprio desiderio di maternità. In questo periodo, Ruggero ha raramente dei ripensamenti che malgestisce. In una occasione, dopo alcuni mesi di astinenza sessuale, una delle modalità con cui Karina è solita esprimere il proprio risentimento, lui le telefona e le enuncia: “*Lo vuoi un figlio? Vieni qua e facciamolo!*”, lei si precipita a casa sua ed hanno un unico rapporto non protetto, inoltre negato successivamente dallo stesso; Karina si sente usata ed umiliata. In un’altra circostanza, le propone di avere un figlio “senza riconoscerlo” o ancora di “tenerlo nascosto”; oppure, di ricorrere alla fecondazione assistita per avere un figlio esclusivamente “suo”. Tali richieste dissennate, secondo la stessa scaturiscono in parte dalla paura di perderla, non tanto per amore ma per il timore di restare solo, e dall’altro per la paura di ritorsioni economiche e la sua difficoltà a sostenere la mancata approvazione dei figli che lo condizionano in tal senso.

Karina inizia la psicoterapia in concomitanza del suo trasferimento nella piccola casa che ha acquistato. All’aumentare della propria autonomia, corrisponde un riavvicinamento dell’uomo, che mette in atto una serie di comportamenti riparatori e chiede l’appoggio dei suoceri. Karina sente di non poter uscire da sola in questa fase di impasse. Gestire la sofferenza che deriva da questa relazione interferisce con altre aree importanti di vita, come quella sociale, che arriva sempre in secondo piano rispetto alle esigenze di Ruggero di vederla, e degli evitamenti che mette in atto quando è nei momenti *down* della relazione. Anche nell’area lavorativa, tende a sovraccaricarsi e sovrainvestire, ma poi si sente poco gratificata e si colpevolizza.

Nonostante tale costrutto non sia ancora riconosciuto tra i sistemi nosografici ufficiali, Karina sembra aver instaurato con il *partner* una relazione caratterizzata da “Dipendenza Affettiva Patologica” (DAP) oscillando senza soluzione tra il “non poter vivere con” e il “non poter vivere senza il partner” (Pugliese et al, 2019). Sebbene siano presenti dei tratti dipendenti di personalità, questi, non risultano sufficienti per il *cut-off* diagnostico del Disturbo Dipendente di Personalità (DDP) secondo il DSM-5. Nello specifico Karina sembra soddisfare quattro criteri diagnostici: ha bisogno che gli altri si assumano la responsabilità per la maggior parte dei settori della sua vita; ha difficoltà a esprimere disaccordo verso gli altri per il timore di perdere supporto o approvazione; si sente a disagio o indifesa quando è sola a causa dell’esagerato timore di essere incapace a prendersi cura di sé; quando termina una relazione intima, cerca con urgenza un’altra relazione come fonte di accudimento e di supporto; tali caratteristiche non risultano sufficienti per il *cut-off* diagnostico. Gli elementi utili per la diagnosi differenziale sono stati la forte rabbia, la reattività e le pretese di Karina conseguenti ai timori abbandonici, in linea con caratteristiche Borderline di Personalità, quali: la pretesa di un rapporto monogamo, la manifestazione della sua presenza sotto casa dell’amante, la ribellione alla richiesta di rinunciare alla maternità e l’affermazione ciclica di questo suo bisogno; non ascrivibili ad una persona con un DDP, che al contrario si sarebbe “passivizzata”, aumentando la pacificazione e la sottomissione e non avrebbe avanzato ulteriori richieste, mettendo a rischio il rapporto con il *partner*, così come poi è stato. Karina mostra inoltre un particolare pattern di relazioni instabili ed intense caratterizzate dall’alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione, ascrivibili maggiormente a tratti Borderline di Personalità,

Profilo interno del disturbo

Karina sperimenta ricorsivamente ed in modo alternato stati mentali positivi e negativi, rispetto al *partner*. Questi due stati mentali, non si attivano parallelamente, ma in modalità separata, come nel *conflitto a corrente alternata* (Pugliese et al., 2019), facendo passare Karina da una condotta all'altra. Da una parte infatti, la donna agevola la separazione, mostrandosi rabbiosa, fredda, scostante e chiusa nei suoi silenzi in un *ciclo sado/masochista*, e dall'altra, fa tutto ciò che è in suo potere per evitarla, apparendo accondiscendente, remissiva, accudente, in accordo con il *ciclo oblativo* del DDP (Carcione, 2003); senza tuttavia riuscire ad integrare in modo coerente gli stati mentali e le condotte che ne derivano. Ogni qual volta Karina minaccia la separazione, ben presto per evitare di affrontare il dolore della perdita, i sentimenti di abbandono, il vuoto disorganizzato ed il senso di colpa che ne conseguono, si rintana nuovamente nella relazione, così come accade nelle persone che soffrono di DAP.

Nelle Tabelle 1 e 2 sono sintetizzati, secondo il modello cognitivo di Ellis (1962), i processi di pensiero che conducono Karina ad agire diversi *pattern* comportamentali.

Nella Tabella 1 è possibile individuare l'alternanza dello *Stato mentale di Illusione amorosa*, tipico dello Stadio 0 o della "luna di miele" del modello cognitivo comportamentale della DAP e dello *Stato mentale di Rabbia*, tipico invece dello Stadio 3 del *conflitto a corrente alternata* nel quale Karina oscilla, rispetto al medesimo scopo di diventare madre.

Tabella 1. Schema di funzionamento mentale di Karina, con tecnica ABC, esemplificativo dell'alternanza dello Stato di Illusione amorosa (tipico dello Stadio 0 del DAP) e dello Stato mentale di Rabbia (tipico dello Stadio 3 del DAP)

A'	B'	C'
Ruminazione che anticipa la decisione di chiedere nuovamente a Ruggero di avere un figlio	-Se mi dirà di sì, avremo un figlio -Avrò una famiglia -Non mi manca niente	FELICITÀ Comportamenti di avvicinamento: è empatica, comprensiva e accondiscendente - È nello Stato di illusione
	-Se mi dirà di no, non mi ama.....-Non avrò più un figlio -Non è giusto dopo tutto quello che ho fatto per noi! -Non mi innamorerò più di nessuno, sono troppo difficile -Non possiamo stare insieme	RABBIA Comportamenti di allontanamento da Ruggero: esprime i propri bisogni, non lo va a trovare, è fredda e distaccata, si lamenta, diventa provocatoria e rivendicativa, rifiuta richieste di uscita, rifiuta il dialogo, minaccia la separazione. (Ruggero si avvicina) - Entra nello Stato di Rabbia
C=A''	B''	C''
	-Lui sta male e soffre per colpa mia -Stiamo così per un mio bisogno -Mi dispiace farlo soffrire -È tanto carino! Mi fa tenerezza -Sono stata cattiva, devo recuperare	SENSO DI COLPA Comportamenti di avvicinamento e recupero, emergono solo le qualità caratteriali più desiderabili: è empatica, comprensiva, accondiscendente – rientra nello Stato mentale di illusione amorosa

Karina fantastica un cambiamento che difficilmente potrà avvenire. In questo *Stato mentale di Illusione amorosa* è possibile individuare la credenza: “*Se Ruggero accetta di avere un figlio, allora mi ama*”. L'*anti-goal* trasversale di “perdere la relazione” (*anti-goal* 0) che è la caratteristica peculiare di chi soffre di DAP, è quindi sostenuto dall'*anti-goal* 1 terminale, che sarebbe “perdere la propria dignità di moglie e compagna”, dunque, non essere scelta come madre dei suoi figli. Per evitare la realizzazione di questi due *anti-goal* 0 e 1, la donna mette in atto una serie di condotte disfunzionali recitando un ruolo cristallizzato, capisce cosa desidera Ruggero e fa emergere solo le qualità desiderabili. Un'aiutante sempre a disposizione dell'altro, che accetta tanto e perdona sempre allo scopo di garantirsi la vicinanza del *partner* (*ciclo oblativo*).

Quando lo scenario illusorio è minacciato, prova disperazione/rabbia e tende a fare il possibile per recuperare e/o eliminare la sofferenza emotiva che ne deriva. Nello *Stato mentale di Rabbia* è possibile rintracciare altre credenze: “*Se Ruggero mi dice di no allora non mi ama, è solo sesso*”; “*Se mi nega un figlio, non mi ama*”; per la donna questi, sono tutti segnali di una totale assenza di valore personale nei confronti del compagno, che sembra completamente disinteressato alla realizzazione dei suoi bisogni. Da questa analisi, emerge prepotentemente ancora una volta l'*anti-scopo* di “perdita della dignità” (*anti-goal* 1). Karina a questo punto si sente oberata e crolla nello stato di vittima, in questa condizione di lamentela esprime i propri bisogni ed innesca un *ciclo interpersonale di tipo sado-masochista* con il *partner*, che per sue caratteristiche, non intende rinunciare ai vantaggi fino a quel momento ricevuti, né intende ricambiare. Il conflitto a questo punto è tra la di perdita di dignità legata all'incapacità di riuscire ad affermare i propri bisogni (maternità) e l'evitamento della sofferenza dell'altro (*anti-goal* 2).

Nello *Stato mentale di colpa altruistico secondario* infatti, è possibile rintracciare delle credenze disfunzionali: “*Se lo lascio, resterò da solo*”; “*I miei non me lo perdoneranno mai*”; “*Lui alla fine mi ama, sono io che gli sto chiedendo qualcosa che non può darmi*”. L'*anti-goal* che emerge, è dunque l'evitamento della “sofferenza del *partner*”; oltre ad uno scopo di “dignità morale”, nei termini di persona pulita e riconoscente. La forte vulnerabilità alla colpa deontologica ed altruistica, porta Karina a giudicarsi come “cattiva” per le proprie reazioni e per essere fonte di sofferenza per il *partner* e per i genitori. Se subito dopo la separazione sperimenta un breve senso di liberazione, l'attivazione dell'*anti-goal* 2, ossia della sofferenza del *partner*, la fa crollare nelle credenze patogene, ricercando ciclicamente la relazione. Il nuovo ingresso nello *Stato mentale di Illusione amorosa* è facilitato dal ruolo del *partner*, che come da copione, riesce a schierare i suoceri dalla propria parte e mette in atto il lungo repertorio di comportamenti riparatori e lusinghieri. Queste ritrattazioni, alimentano le false speranze di Karina e al contempo ne aumentano la percezione di scarsa efficacia.

Nel corso della terapia, questi stati discordanti diventano maggiormente integrati nella mente di Karina, i conflitti tra i vari scopi, divengono a questo punto di tipo “akrasico” (Pugliese et al., 2019; Pugliese et al., 2021); la donna riferisce di percepirsi incapace di porre fine alla relazione, nonostante la consapevolezza dei costi. È pienamente consapevole che restare in questa relazione le fa male, che il *partner* è abusante ma anche fragile, che vorrebbe liberarsene e seguire i propri scopi di realizzazione ma che si sente allo stesso tempo eccessivamente fragile per farlo. Vi è una tendenza simultanea a voler affrontare ed evitare la separazione, che la porta a sentirsi in una fase di stallo. Perdendo la relazione, Karina si percepisce sempre più vulnerabile e sente di non avere più scopi, essendo questi regolati unicamente sul rapporto interpersonale con Ruggero e non gestiti da strategie di *mastery* autonome (*Stato mentale di vuoto disorganizzato*). A questo punto sembra attivarsi un nuovo *anti-goal* (3) di solitudine e pericolo che co-partecipa insieme ad altri *anti-goal* allo scopo di mantenere alla relazione a tutti i costi, tipico della condizione DAP.

Karina oscilla ancora una volta tra il desiderio di voler lasciare questa relazione di dolore alle spalle e non volersi sentire sola e abbandonata. In questo conflitto, sente di perdersi, ed emerge di conseguenza una forte tendenza all'autoinvalidazione: non riuscire a risolvere il conflitto, diventa conferma della propria stessa inadeguatezza. Nell'inefficacia sperimentata quando prova invano a gestire autonomamente l'assetto mentale, attiva un dialogo interno con tono aggressivo e rimproverante: *"gli altri ci riescono, è chiaro, solo io non ho le palle!"*.

Tabella 2. Schema del funzionamento mentale di Karina, con tecnica ABC, esemplificativo dello Stato mentale di Stallo (tipico dello Stadio 3 del DAP)

A'	B'	C'
Ruggero le comunica che sta per diventare nonno	-Proprio poco dopo che gli ha detto che io volevo un figlio! -Quello stronzo del figlio l'ha fatto apposta per farmi un dispetto! -Si è sbrigato, così cresce il figlio con i soldi del padre -Vuole condizionare il padre	RABBIA vs figlio del partner Comportamenti di allontanamento descritti nella tabella 1 .
	-Ormai Ruggero non farà un figlio con me, non può avere un figlio più piccolo del nipote -Tanto ora un figlio non lo più neanche io -Non ce la faccio più a stare in questa situazione! -Non so più cosa fare	TRISTEZZA Costi secondari: rimuginio, insonnia, isolamento, tendenza simultanea a voler affrontare la separazione (<i>"stasera ci parlo e gli dico che non possiamo continuare"</i>) ed evitare la separazione (<i>"stasera devo fare finta di niente altrimenti sospettoso com'è mi dice che mi sono fatta influenzare dalla psicologa, come fa quando sa che parlo con mia madre"</i>)- Stadio di Stallo
C'=A''	B''	C''
	-La mia collega ci è riuscita! (a lasciare il compagno) -Gli altri ci riescono, io no lo non ho le palle! -Sono proprio una stupida!	RABBIA vs sé stessa Rafforzamento dei comportamenti oblativi e autoinvalidazione

Nello Stato mentale di Stallo, tipico del conflitto intrapsichico, è possibile individuare delle credenze disfunzionali caratteristiche: *"Tanto vale non fare nulla"*; *"Devo sopportare e basta"*; *"Il tempo cambierà le cose"*; *"Sono inaccettabile, aspetto che mi lascerà lui"*. Queste non fanno altro che alimentare la dipendenza affettiva e ancora il senso di inadeguatezza, vissuto in modo sempre più egosintonico. L'intolleranza a tutte le emozioni negative che ne derivano, spingono Karina a ricercare la relazione oppure, a cedere alle richieste di riavvicinamento del partner, riportandola ciclicamente al conflitto iniziale. I costi pagati per il mantenimento della relazione diventano sempre maggiori.

Fattori e processi di mantenimento della Dipendenza Affettiva Patologica

Karina presenta una forte vulnerabilità alla colpa deontologica ed altruistica. Generalmente,

quando è solita reagire all'insofferenza della relazione diventando provocatoria, finisce infatti per sentirsi in colpa. Tale sentimento, viene costantemente alimentato dai comportamenti riparatori di Ruggero e concilianti dei genitori, che la portano a giudicarsi "cattiva" per le proprie reazioni, finendo ben presto per ricollare nelle credenze patogene, che la portano a cercare di recuperare e a ricercare la relazione.

Inoltre, in questi momenti di manifestazione dei propri bisogni e di distanziamento, il timore dello scenario terrifico di vedere il *partner* soffrire (*anti-goal 2*), funge da potente fattore di mantenimento di Karina all'interno del rapporto. Questa immagine fragile dell'uomo, incrementa il senso di colpa altruistico della donna e la costringe a rientrare nella relazione patologica. Tale paura, diviene ancora più reale e vivida quando il compagno le prospetta la sua vita triste e solitaria senza di lei: "*Proprio quando volevo venirti incontro*"; "*Per un tuo bisogno dobbiamo rinunciare al nostro amore*"; "*Non troverò mai più una donna così bella, giovane e attraente, sei stata il massimo della vita*"; "*Quando te ne andrai resterò per il resto della vita solo come un cane*".

I comportamenti di evitamento della sofferenza, non riguardano solamente il *partner*, ma anche sé stessa. Infatti, il dolore per la solitudine (*anti-goal 3*), attivato dall'allontanamento dell'uomo, è considerato da Karina, come inaccettabile ed ingestibile; questo la porta a preferire la sofferenza già sperimentata nella relazione, riavvicinandosi al *partner*, seppure non priva di desideri di risarcimento per il sovrainvestimento.

Restare in questa relazione fonte di sofferenza, comporta per Karina i costi derivanti dallo *Stato di overwhelming*, ossia una sovrapposizione di scopi. Rinunciare a quello che vuole fare per accontentare il *partner*, ha una serie di conseguenze non attese, ossia dei sintomi, quali: insonnia, umore depresso e stati ansiosi, che intensificano la credenza di non avere da sola le capacità sufficienti per uscire dalla relazione.

La continua delegittimazione dei bisogni da parte della madre prima, e del compagno dopo, nel tempo hanno reso Karina poco consapevole delle proprie competenze, fino a volte, a trovarsi a pensare di non essere capace a provvedere a sé stessa, e a chiedere aiuto anche per questioni banali come: effettuare un bonifico, parlare con un notaio, scegliere le tende o partecipare alle riunioni di condominio. Questo ha determinato in parte e contribuito, ad una bassa sensazione di autoefficacia percepita dalla donna.

L'invischiamento della madre, inserita a pieno titolo nelle dinamiche di coppia, accresce il conflitto intrapsichico di Karina, risultando fortemente invalidante nei momenti di separazione: "*Proprio ora che lui si sta decidendo e puoi ottenere quello che vuoi!*"; "*Non avrai più figli!*"; "*Dove lo trovi un uomo che ti dà le sicurezze di Ruggero?!*"; "*È venuto da noi, era un uomo distrutto!*"; "*Proprio ora che ti vuole venire incontro! Forse ha ragione lui, non è che ti sei invaghita di qualcun altro!? Magari pure sposato!?*". Karina reagisce con un *ciclo sado-masochista*, inizialmente prova rabbia, ma poi si sente in colpa per la mancata approvazione genitoriale.

Dal canto suo, Ruggero presenta delle caratteristiche manipolative significative. Quando Karina decide di separarsi, l'uomo è solito attivare dei comportamenti riparatori; dichiara ripensamenti sulla paternità, propone l'acquisto della "casa al mare", prenota il viaggio "dei sogni", contribuisce finanziariamente alle sue spese personali, asserisce di aver messo delle limitazioni economiche ai figli, fa proposte matrimoniali e le lascia intendere che la rivorrebbe in casa. Inoltre, pienamente consapevole dell'importanza che riveste l'approvazione genitoriale per Karina, l'uomo si reca più volte in casa loro, prevalentemente in segreto, mostrando le migliori intenzioni e chiedendo aiuto per un riavvicinamento con la figlia. A quel punto, la madre è solita prendere le parti di Ruggero, invalidando la figlia e sollecitando nuovamente la vulnerabilità alla colpa.

Emergono inoltre delle disfunzioni metacognitive, nello specifico, delle funzioni di decentramento e di integrazione. La prima, la difficoltà ad assumere una prospettiva decentrata, sollecita Karina ad attribuire ai figli di Ruggero delle intenzioni, sulla base dell'effetto provocato in lei, dalla loro condotta; se sollecitata a prendere in considerazione le ipotesi alternative, la donna lo fa senza convinzione o lo nega del tutto: *“Quella è rimasta incinta proprio per farmi un dispetto! Ma chi ci crede che voleva un figlio proprio adesso?”*. Questo salva l'immagine di lui che viene visto come “marionetta”, privo di agentività e risulta secondariamente funzionale rispetto alla diminuzione della rabbia sperimentata. La seconda disfunzione, quella integrativa, spiega invece le rappresentazioni contraddittorie di Ruggero (buona vs cattiva), che contribuiscono a determinare e a mantenere l'instabilità emotiva di Karina, che oscilla in maniera alternata e ciclica tra lo “Stato di illusione amorosa” e lo “Stato di conflitto”.

Lo scompenso

Nella difficoltà specifica che Karina porta in terapia, ossia la sofferenza e la difficoltà sperimentata sia nel restare che nell'uscire dalla relazione, il fattore precipitante è rappresentato dal rifiuto di Ruggero di darle un figlio. Nel momento in cui la donna esprime questo bisogno di maternità, sente di aver creato a stento le giuste condizioni: l'uomo che ama finalmente la riconosce, entra “a pieno” a far parte della sua vita, ha un lavoro che la fa sentire maggiormente integrata in Italia e ha firmato un contratto di lavoro a tempo indeterminato. Sentirsi dire “no”, di fronte ad un'aspettativa certa, compromette lo scopo di diventare madre e avere una famiglia. La seguente uscita da casa, la fa sentire “declassata” dal ruolo di “compagna ufficiale” che sentiva di avere faticosamente conquistato.

In concomitanza, l'avvicinarsi della nascita del nipote del *partner*, viene a raffigurarsi nella sua mente come un ulteriore affronto da parte del figlio e come lo sfumare definitivo della possibilità che lui possa cambiare idea: *“Come potrebbe avere un nipote più grande del figlio!?”*.

Fattori di vulnerabilità

Karina, viene a conoscenza di una relazione extraconiugale del padre all'età di 12 anni. In questa circostanza dolorosa, la mamma espone Karina alla propria sofferenza e si fa accompagnare nei numerosi appostamenti al papà; questi potevano durare anche l'intera nottata, nonostante Karina avesse scuola l'indomani. Appare evidente una ricorsività del modello familiare della condizione di Dipendenza Affettiva Patologica. Il rapporto tra il padre e la madre viene riprodotto nella relazione con Ruggero: il padre, come il compagno, sembra infatti caratterizzarsi per una personalità di tipo narcisistico; traditore seriale e completamente assente rispetto ai bisogni di Karina, che rappresenta il decadimento della figura di uomo che Karina ha amato e dal quale si sarebbe voluta tanto sentire amata. E lei, ricalca fedelmente il ruolo della madre, colei che spera di ritornare all'idillio iniziale e che rivendica con rabbia il diritto di essere l'unica, una donna che pedina e si fa vedere, e che insegna una morale: *“Grazie alla sopportazione, al dolore ed ai sacrifici, la relazione si salva”*; i genitori ad oggi sono ancora insieme. Questa credenza, si configura nella mente di Karina come “motore” che la sollecita ad andare avanti, prima nel ruolo non voluto di amante, e successivamente nel non chiudere una relazione che le causa molta sofferenza, oscillando, prima nel *conflitto a corrente alternata* e poi in quello “akrasico”.

Lo stile genitoriale autoritario, a stampo patriarcale, determina e mantiene nella paziente rappresentazioni di sé come vulnerabile, dipendente e inefficace. Il padre risulta essere una

figura educativa ed affettiva marginale. La madre, ha educato Karina all'obbedienza del ruolo e delle regole, la cui mancata osservazione comportava punizioni di tipo fisico e verbale (urla: "Sei stupida!"; "Non capisci niente!"; "Non lo sai fare!"). Era solita non fornire spiegazioni in merito alle richieste "la mattina ci si alza presto" ed ai divieti imposti "Non puoi andare, perché è no e basta". Offriva pochi *feedback* e sono in termini negativi e critici. La "freddezza" di questa mamma a ridotto nutrimento affettivo e la frustrazione continuata di alcuni bisogni (approvazione, stima, conferma, ammirazione, protezione e accudimento), hanno portato Karina a ricercare l'amore della madre attraverso l'obbedienza, il compiacimento, l'adattamento e comportamenti ineccepibili (credenza: "bisogna comportarsi in un certo modo") e a ricercare l'affetto in altre figure di riferimento esterne alla famiglia. Impossibilitata ad esplorare, in quanto non incoraggiata mai in tal senso, impara l'aderenza passiva e coercitiva alle richieste, ai valori e alle aspettative di altri significativi. Quando Karina si ribella emotivamente, avverte comunque un senso di obbligo che la porta a conformarsi alle norme genitoriali.

A 19 anni, Karina si innamora di un uomo di 35 anni. I genitori disapprovano la scelta sentimentale della ragazza e recidono ogni rapporto con lei. Questo, in un primo momento la spinge ancora di più nella relazione, vuole "tagliare il cordone", ma non è ancora indipendente economicamente, inizia una convivenza e i due si sposano dopo pochi mesi di frequentazione. Ben presto il "sogno" diventa un incubo, lui la sottopone ad una serie di abusi fisici e psicologici. Quando Karina trova la forza di lasciarlo, i genitori la riaccolgono a casa in un clima fortemente invalidante, rafforzandone i tratti dipendenti e la credenza di base che "da sola non è in grado", dunque la tendenza all'autoinvalidazione. Ancora oggi, Karina sente di dover in qualche modo risarcire i genitori della sofferenza arrecata, credendo di non potersi più permettere passi falsi per questo amore genitoriale tutt'altro che "incondizionato".

In tutte le relazioni Karina è attratta da uomini molto più grandi di età, questa caratteristica sembra appagare un bisogno di sicurezza frustrato durante l'infanzia, nella relazione con la madre e con il padre. In qualche modo, la donna cerca di realizzare questo scopo nelle relazioni attuali.

Un'altra relazione, caratterizzata da grande differenza di età della durata di sette anni, è terminata in seguito ad una serie di problematiche di salute dello stesso, che la avrebbero di fatto costretta ad una "vita da badante", quel destino terrifico che tanto teme oggi con Ruggero senza l'arrivo di un figlio.

Il trattamento metacognitivo interpersonale del caso di Dipendenza Affettiva Patologica

La Dipendenza Affettiva Patologica, non ancora riconosciuta dai sistemi nosografici ufficiali, manca attualmente di un protocollo di trattamento adeguato in termini di efficacia, che tenga conto di scopi, credenze e comportamenti disfunzionali del dipendente affettivo (Pugliese et al., 2019). In accordo con alcuni autori (per esempio, Guerreschi, 2011), si è ritenuto opportuno, in attesa di un trattamento di comprovata efficacia, di utilizzare le indicazioni di trattamento del Disturbo Dipendente di Personalità (DDP), nello specifico della Terapia Metacognitiva Interpersonale (Carcione et al., 2017).

Contratto e scopi del trattamento

È stato formulato un contratto terapeutico nei termini di promozione dell'autonomia, più che di contrasto alla dipendenza (Carcione, 2003). Si è perseguita la rottura di circuiti di interazione

tra stati mentali, disfunzioni metacognitive e cicli interpersonali disfunzionali, con il fine di raggiungere i seguenti obiettivi: aumentare la consapevolezza di stati mentali caratteristici e ricorsivi problematici, dapprima riconoscendone l'ingresso e, successivamente riducendone la permanenza; maturare la capacità di identificare scopi e desideri "autonomi" rispetto al contesto relazionale; una migliore gestione delle problematiche interpersonali, grazie alla promozione di abilità meta-rappresentative (monitoraggio degli scopi e desideri, decentramento, differenziazione sé/altro e integrazione); modificare la rappresentazione di sé come "inadeguata", riducendo l'eccessivo bisogno di protezione (Benjamin, 1993) e al contempo incrementando la percezione di autonomia ed autoefficacia (Sperry, 1995); infine, l'acquisizione di nuove strategie di padroneggiamento dello stato di vuoto, facendo propri *pattern* comportamentali maggiormente adattivi, rispetto a quelli di ricerca o di recupero della relazione.

Razionale e descrizione della terapia

L'obiettivo iniziale è stato quello della "regolazione dell'alleanza" attraverso l'individuazione precoce da parte del terapeuta, degli indicatori personali di attivazione dei cicli interpersonali disfunzionali, quali: senso di protezione, tendenza a dare suggerimenti e consigli e possibile irritazione verso la sua passività (Perry, 1996). Mediante la ricostruzione di *narrazioni prototipiche* è stato possibile riconoscere e definire gli stati mentali caratteristici e ricorsivi determinanti uno stato di sofferenza (vuoto depressivo, vuoto disorganizzato, ansia e rabbia). La narrazione, in particolare, ha reso la donna maggiormente conscia dello stato mentale di vuoto, in cui era solita entrare nei momenti di separazione dal *partner*.

È stato possibile osservare la focalizzazione della stessa, sullo stato mentale di Ruggero, tanto da confonderlo con il proprio: *"L'altro giorno ero tanto contenta di fare shopping, mi piace andare al centro commerciale da sola la mattina... poi mi ha chiamata Ruggero, mi ha detto che si era liberato e voleva vedermi... e così come un automa corro da lui, non finisco neanche di vedere il negozio, si esaurisce ogni piacere di essere lì... è come se ogni volta che provo a sperimentarmi nella mia vita subissi continue e pesanti interferenze che prendono spazi sempre più grandi, e così passo il mio tempo a capire cosa vuole fare Ruggero, come far stare meglio Ruggero, cosa starà facendo Ruggero, quando è il caso di chiamare Ruggero... Alla fine mi sono ritrovata ad aspettarlo per 45 minuti perché lui si era fermato a parlare con un amico".* Anche i desideri dell'altro finiscono per diventare i suoi stessi desideri: *"Finiamo per fare sesso solo quando lui sale in camera con quell'atteggiamento, ormai lo riconosco, glielo leggo negli occhi... mi basta sapere che lui vuole ed io sono sempre lì, sempre disponibile e a disposizione, in realtà non so neanche più se in fondo c'è il mio desiderio, non sono abituata neanche a chiedermelo; questo non succede solo nel sesso...".* Questi episodi aiutano Karina a comprendere l'instaurarsi progressivo della dipendenza.

Nella fase successiva, è stato possibile evidenziare come il *partner* sia ricercato compulsivamente per evitare lo stato di vuoto e come questo, di fatto impedisca l'accesso a stati adattativi, che la facciano sentire meno inadeguata e dipendente.

Karina mostra un deficit nella rappresentazione cosciente degli scopi nei periodi di assenza della relazione, momenti in cui vive forti stati di vuoto. Secondo Carcione et al. (2004) in una regolazione equilibrata delle scelte la marcatura somatica (dunque emozioni e desideri), valori (norme e regole) e il sé ideale, ed il contesto interpersonale, si influenzano reciprocamente in modo da regolare incompatibilità e conflitti. I deficit metarappresentativi, come nel caso di Karina, determinano l'incapacità di riconoscere e monitorare i propri stati emotivi, in

questi casi avvengono delle strategie di compensazione alternative alla marcatura somatica. Secondo Carcione et al. (2001; 2003) infatti, nei pazienti con DDP è presente un deficit nella rappresentazione cosciente di scopi e desideri, dunque una carenza della marcatura somatica che determinerà Alessitimia e conseguente debolezza di volontà. Per compensare tale carenza, questi individui si caratterizzano per un uso massivo ed unilaterale dell'etero-regolazione basata sul contesto. Sono difatti individui molto abili nell'anticipazioni dei desideri altrui. In assenza della relazione questi individui sperimentano stati di vuoto disorganizzato, caratterizzato dall'incapacità a rappresentarsi scopi coscienti ed attivi. La ricerca di scopi personali che possano essere fonte di piacere, diventano la strategia principale per uscire da questo stato mentale. Nello specifico l'assunzione di un atteggiamento rivolto al *problem solving*, dunque all'azione, che dia alla persona un senso di riorganizzazione al fine di combattere lo stato di vuoto disorganizzato.

In questa fase, sono stati necessari costanti interventi di *validazione emotiva* con lo scopo di normalizzare l'esperienza di Karina, chiarendo che fosse in discussione la problematica legata al disturbo e non il valore e la dignità personale, al fine di bloccare i meccanismi di invalidazione legati alla rappresentazione di sé come inadeguata. Sono state individuate le strategie di padroneggiamento usuali della donna, ed è stato possibile esplorare nuove strategie di *mastery* che le permettessero una gestione autonoma dell'assetto mentale, senza ricorrere al contesto relazionale. Per favorire delle scelte consapevoli, ed evitare la tendenza indotta da questi pazienti, a fornire consigli aumentando la dipendenza dal terapeuta come suggerito da Sperry (1995), si è favorito il ricorso alle tecniche standard di *dialogo socratico* e di *scoperta guidata*, con l'ausilio di piccoli "esperimenti comportamentali" scelti da Karina stessa (come proporre alla collega di andare a correre insieme; andare a vedere un concerto o un comico al teatro con un'amica; leggere un libro;). Questi, non potevano essere concordati in precedenza con il *partner* e con la madre. È stata inoltre invitata ad utilizzare la *marcatura somatica* come indicatore più autentico per individuare gli scenari desiderati, ponendosi con un atteggiamento curioso del tipo "fare questa cosa mi è piaciuto?", valutandone successivamente l'assetto emotivo che ne conseguiva (Carcione, 2003). L'obiettivo di questo intervento è stato quello di raggiungere la sensazione di libera scelta e di padronanza.

Karina diviene maggiormente consapevole che nei momenti di allontanamento da Ruggero, tende ad entrare in uno stato di vuoto disorganizzato: "*Quando penso alla mia vita senza Ruggero, non so più cosa fare, ho l'impressione di essere su una zattera senza bussola, in balia del mare, mi sento impotente e a quel punto preferisco non fare niente, lasciarmi andare alle onde... poi a questa situazione sconosciuta e angosciante in cui non vedo evoluzioni alla fine preferisco stare con Ruggero perché mi dà un senso di stabilità, seppure nella sofferenza*". È stato concordato che il primo punto fosse quello di riconoscere l'ingresso nello stato di vuoto, per poi contrastarlo con l'azione, assumendo un atteggiamento di *problem solving*. Essendo a conoscenza della fatica sperimentata in quei momenti a rappresentarsi uno scopo autonomo, è stato importante avere una lista di attività piacevoli, redatta in seduta, e imporsi di farle, vedendo che poi piano piano sarebbe arrivato anche il piacere di metterle in pratica.

È stato importante lavorare sulla difficoltà di Karina ad integrare le rappresentazioni contraddittorie di Ruggero. La convinzione che lui fosse l'uomo ideale, intelligente, disponibile, innamorato e generoso (visione che rimanda allo Stadio 0 del modello della DAP), era ripetutamente smentita da fatti di vita quotidiana, in cui lo stesso veniva invece descritto come: manipolatore, sottomesso, noioso, autocentrato, insensibile, narcisista, indisponibile, interessato e non realmente innamorato (negli stadi di conflitto). Con lo scopo di mostrare in vivo il *deficit* di integrazione, Karina è stata sollecitata a descrivere il *partner*, evitando di fornire in modo troppo

esplicito la contraddittorietà: “*Quindi Ruggero è un manipolatore, insensibile, indisponibile, ...!*” e per stimolare il decentramento, il terapeuta, nei momenti di svalutazione del *partner*, dichiarava con aria sorpresa che riusciva difficile immaginarlo così.

È stato condiviso il modello di funzionamento dei cicli interpersonali problematici per migliorarne la gestione. Per quanto riguarda il *ciclo oblativo* è stato significativo lavorare sul senso di colpa del sopravvissuto sperimentato con la mamma nei termini di: “*Non posso darle questo dolore!*” e con Ruggero, nei termini di credenze del tipo: “*Se lo lascio, lui resterà completamente da solo!*”. Sono stati eseguiti interventi di validazione dell’esperienza emotiva e di differenziazione da queste figure, evidenziando quanto l’assunzione del loro stato mentale fosse controproducente rispetto al raggiungimento dei propri scopi, rispettivamente: essere felice e chiudere una relazione che la fa soffrire. Per la gestione del *ciclo sado-masochista* è stato di estrema efficacia mostrare il circuito che si autoperpetua. Karina è stata inoltre invitata ad esporre eventuale disaccordo o risentimento nei confronti del terapeuta per evitare comportamenti di oppositività passiva.

Risultati ottenuti dall’intervento terapeutico

Attraverso una *Ristrutturazione del sé*, Karina ha cominciato ad utilizzare nuove modalità di regolazione delle scelte, scoprendo di palesare scopi e desideri che prima non immaginava di avere. Scopre che il piacere di fare *shopping* o andare al cinema da sola, non arreca danno a Ruggero; impara a ritagliarsi spazi maggiori per uscire con la migliore amica e con i colleghi; rispolvera il vecchio desiderio di iniziare un corso di salsa, perché non piaceva a Ruggero; è maggiormente assertiva, riesce a declinare gli inviti del *partner* quando è stanca e ha bisogno di rilassarsi a casa sua; sul lavoro smette di sostituirsi a colleghi meno intraprendenti; ascolta il desiderio passare qualche giornata al mare con il suo cane; riprende a vedere dei film in spagnolo e a leggere i libri della sua lingua madre.

In alcuni casi, percepire una nuova rappresentazione di sé, più autonoma e decisa l’ha portata ad invalidarsi con forti autocritiche: “*Delle volte mi stupisco di come sono diventata, un anno fa non avrei mai pensato, per certi aspetti è positivo, ma delle volte penso di essere diventata un’insensibile anaffettiva*”. In questi momenti di forte scoraggiamento, è stata riaffermata con forza la storia del processo terapeutico, sottolineando i motivi del cambiamento, in particolare evidenziando come la sensibilità di prima fosse accompagnata da un forte senso di costrizione, rendendola poco autentica e contribuendo al logorio della relazione sentimentale con Ruggero. Le continue validazioni, hanno contribuito ad una nuova rappresentazione di sé, come capace di agire in autonomia: “*Sono stata proprio brava domenica, ho ripensato alla lista delle attività costruite in terapia, potevo scegliere di restare a casa tutto il giorno crogiolandomi, ripensando a quanto non so cosa fare della mia vita e al fatto che sia meglio tornare con Ruggero, ma poi ho pensato che avevo un’altra opzione. Ho combattuto contro il mio corpo, mi sono vestita, ho messo la pettorina al cane, mi sono preparata un panino e siamo andati al mare... siamo stati tutto il giorno, sono stata così bene, il sole sulla pelle, il rumore delle onde, la sabbia sui piedi, il tramonto che amo tanto... all’apparenza sembrano cose stupide, ma le ho vissute come una sorta di autocura*”. Inizia ad avere una visione più integrata di Ruggero.

Dopo un lungo percorso oscillante, proprio come gli stati mentali di Karina, la stessa, decide in autonomia di chiudere la relazione con Ruggero, per la prima volta dichiara di non amarlo più. In questo periodo rispetta quanto concordato in terapia, coerentemente con il proprio desiderio di distanziamento, non risponde ai messaggi ed alle telefonate, ed evita di contattarlo per chiedere

supporto. In questa direzione, è stata determinante anche una condizione esterna alla terapia, un *feeling* speciale con un collega, Angelo, della durata di vari mesi; lui è un uomo sposato, il loro rapporto stava evolvendo ed assumendo i connotati di una relazione extraconiugale.

In terapia Karina ha avuto modo di riflettere su quanto sarebbe facile gettarsi tra le braccia di Angelo, evitando nuovamente la famosa sensazione di vuoto, per lei tanto angosciante, e d'altra parte ritrovandosi nuovamente in un ruolo non voluto di amante. Cogliere questo meccanismo, le ha permesso di prevenire l'ingresso in questo stato, imparando a vivere il distacco utilizzando le nuove strategie di *mastery*. Si sente rinascere, non sentire Ruggero limita la colpevolizzazione che funziona da potente fattore di mantenimento. In questa fase si immerge nelle attività che le piacciono, alcune volte sente la spinta a coinvolgere Angelo, ma non lo fa, e per alcuni giorni decide di allontanarsi anche da lui per vivere più consapevolmente ed in autonomia questo distacco, senza ricorrere ad altre relazioni.

In questo frangente, Ruggero reitera come da copione le diverse strategie di riavvicinamento, ma Karina dà dignità alla propria posizione. Con l'inizio della quarantena da covid-19, chiede una sospensione della terapia, in quanto non si sentirebbe a suo agio in una relazione telematica, il terapeuta rispetta la sua scelta e la invita a contattarlo in caso di necessità. Nell'ultima telefonata, appare evidente che Karina sia ricaduta nei meccanismi della dipendenza. Ruggero ha utilizzato il meccanismo più potente di mantenimento, la madre, la quale dichiara alla figlia il proprio appoggio a Ruggero e le espone gli scenari temuti. Karina completamente disregolata, si ribella emotivamente, ma si conforma ancora una volta alle rigide norme familiari: "*Preferirei uccidermi che farla soffrire di nuovo! Se sapessi di Angelo, stavolta non mi farebbe più entrare in casa, basta mi sono rassegnata, faccio le valigie e torno da Ruggero, ma io non ci parlo più con loro [i genitori], hanno quello che vogliono, ma devono sapere che avranno una figlia infelice!*". Contatta telefonicamente Ruggero e gli dice: "*Sarete contenti adesso! [tu e i miei genitori] ok, torniamo insieme, hai vinto tu!*" lui l'accoglie a braccia aperte; rientra dunque nella relazione, in pieno ciclo *sado-masochista*.

Conclusioni

La Dipendenza Affettiva Patologica (DAP) è una problematica che lega a doppio filo due persone e si caratterizza per la presenza di un conflitto intrapsichico tra il voler restare in una relazione dolorosa e il desiderio di chiuderla per poter tornare a stare bene. In questo tipo di legami, ritroviamo un/a *partner* che rincorre un/un'altro/a *partner* che distanzia o maltratta, e non è quindi completamente disponibile a investire nella relazione. Il comportamento ambivalente e abusante di questo *partner*, congela il dipendente affettivo nella relazione patologica, che si accanirà ad essa, anche a costo della vita, come accade nei casi di violenza nelle relazioni intime. Il legame irrinunciabile si caratterizza infatti nel tempo, per la presenza di abusi che possono essere di tipo psicologico, emotivo o verbale e si può arrivare a situazioni ancora più gravi di violenza fisica e sessuale, fino all'omicidio (Pugliese et al., 2019; 2021).

Nella mente di Karina, tipicamente come accade in tutte le persone che soffrono a causa della DAP, sembra esserci un iperinvestimento verso tre *anti-goal* temuti (senso di indegnità, sofferenza dell'altro e perdita di sicurezza) che la donna cercherà per tutto il tempo di evitare di realizzare e che la "costringono" a sopportare il maltrattamento del *partner* o a trovare il modo di ritornarci insieme, nonostante la consapevolezza della problematicità della relazione.

Come emerge dall'analisi del profilo interno della paziente, Karina si blocca prima in un *conflitto semplice* (alternando gli stati mentali in maniera non integrata) e successivamente nel

conflitto akrasico, quando diviene contemporaneamente consapevole delle rappresentazioni disfunzionali di sé e dell'altro, e quindi dei numerosi costi della relazione, ma dichiara di non essere in grado di separarsi.

Le persone che vivono questa condizione nelle relazioni, non soffrono solo quando si separano effettivamente, ma anche quando immaginano di chiudere la relazione disfunzionale, provando stati di forte ansia e angoscia, ed essendo disposti a tutto per prevenire questa possibilità. L'origine di questi sentimenti, risiede nel desiderio di Karina, e in genere del dipendente affettivo tipico, di evitare la realizzazione dei suddetti tre *anti-goal* terminali e dell'*anti-goal* trasversale di non perdere la relazione. Come dimostrato dalla storia di vita di Karina, l'origine di questi anti-scopi sembra risiedere nella frustrazione di bisogni fondamentali da parte di entrambi i genitori (Dweck, 2017) e nella condizione di Dipendenza Affettiva Patologica che sembra caratterizzare il rapporto tra la madre e il padre. Gli *anti-goal* della mamma sembrano infatti gli *anti-goal* di Karina stessa, mostrando come spesso la DAP sia un fenomeno psicologico trasmesso a livello intergenerazionale.

In conclusione, il caso di Karina si presta bene a portare in primo piano il tema della Dipendenza Affettiva Patologica come entità nosografica specifica, come una condizione trasversale ai diversi disturbi di personalità e non necessariamente come un disturbo in comorbilità o un sintomo parallelo. Emerge dunque, l'importanza di approfondire questa problematica in termini teorici e di intervento, anche alla luce dei livelli di *impairment* di questa problematica in ambiti di vita importanti della persona. Infatti, nel caso di Karina ci si trova di fronte a una altissima sofferenza, senza che possano essere soddisfatti i criteri diagnostici, per esempio del Disturbo di Personalità Dipendente o del Disturbo Borderline di Personalità. L'intervento e la comprensione di questo caso, sono stati invece resi possibili attraverso la sua concettualizzazione in termini di scopi, *anti-goal* e conflitti intrapsichici del dipendente affettivo tipico, come suggerito nel modello cognitivo comportamentale delle DAP di Pugliese et al. (2019; 2021). Questo, ha dunque permesso di inquadrare con chiarezza il profilo interno della paziente, e di intervenire in maniera adeguata sulla risoluzione dei conflitti che bloccavano la donna nel legame, che percepiva apparentemente irrinunciabile. Dato che l'intervento di elezione al momento risulta assente, coerentemente con la letteratura sulle DAP (Guerreschi, 2011), si è però intervenuti facendo riferimento al trattamento meta-cognitivo del Disturbo Dipendente di Personalità che, sebbene condivida con le DAP alcuni tratti, non può essere sovrapposto completamente alla problematica della DAP. Infatti, se nel Disturbo Dipendente di Personalità, l'anti-scopo terminale che mantiene la patologia è non perdere l'accudimento, nella DAP, esattamente come in Karina, gli scopi principali sono deontologici, altruistici e di sicurezza. Karina, sebbene manifesti delle fragilità e si renda vulnerabile quando si sente abbandonata, rimane comunque una donna indipendente, che lavora e si apposta sotto casa dell'amante del compagno facendosi appositamente vedere, pretende un figlio e si separa per questo, non accetta di immaginare il suo "aguzzino" sofferente sentendosi in dovere di prendersi cura di lui, tutte caratteristiche che, chi non può vivere senza l'accudimento dell'altro, come accade nel Disturbo Dipendente di Personalità, non possiede. Per queste ragioni si ritiene che assimilare l'intervento sulla DAP, con quello sul DDP, abbia delle forti limitazioni.

Sembra dunque emergere a gran voce l'esigenza di un intervento cognitivo comportamentale *evidenced based* che lavori su questi elementi, al fine di risolvere la sofferenza che deriva dalla condizione di DAP in maniera definitiva, e che riduca o annulli le ricadute. Tale trattamento, secondo gli autori del modello cognitivo-comportamentale della DAP (Pugliese et al., 2019; 2021) è al momento in corso di validazione.

Bibliografia

- Albano, T., & Gulimanoska, L. (2006). *In-dipendenza: un percorso verso l'autonomia vol. 2 - Manuale per la cura e la prevenzione delle dipendenze*. Franco Angeli.
- Benjamin, L. S. (1993). *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*. Guilford Press.
- Benjamin, J. (2015). *Legami d'amore. I rapporti di potere nelle relazioni amorose*. Psicologia Clinica E Psicoterapia.
- Benjamin, J. (1995). *Soggetti d'amore: genere, identificazione, sviluppo erotico*. Raffaello Cortina Editore.
- Benjamin, J. (1997). *Shadow of the Other: Intersubjectivity and Gender in Psychoanalysis*. Routledge.
- Benjamin, J. (1999). *Riconoscimento e distruzione: dopo*. In S. A. Mitchell & L. Aron (a cura di), *Psicoanalisi relazionale: l'emergere di una tradizione* (pp. 201-210). Hillsdale, NJ: La stampa analitica.
- Benjamin J. (2002). The rhythm of recognition: comments on the work of Louis Sander. *Psychoanal. Diaps*, 12, 1, 43-54.
- Benjamin L. S. (1996). *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi della personalità* (2a ed.). Guilford Press.
- Bornstein, R. F. (1995). Comorbidità del Disturbo Dipendente di Personalità e di altri Disturbi Psicologici: Una Revisione Integrativa. *Journal of Personality Disorders*, 9(4), 286-303. <https://doi.org/10.1521/pedi.1995.9.4.286>
- Bornstein, R.F (1996). Differenze di sesso nei tassi di prevalenza del disturbo di personalità dipendente. *Psicologia clinica: scienza e pratica*, 3(1), 1-12. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1996.tb00054.x>
- Bornstein R.F. (1998). Depathologizing dependency. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 67-73.
- Bowlby J. (1969). *Attaccamento e perdita, vol. 1- L'attaccamento alla madre*. Bollati Boringhieri.
- Bowlby, J., & Viviani, S. (1982). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Cortina Raffaello.
- Bowlby, J. (1989). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Psicologia Clinica E Psicoterapia.
- Castelfranchi, C., Mancini, F., & Miceli, M. (2002). *Fondamenti di cognitivismo clinico*. Bollati Boringhieri.
- Carcione A., & Conti L. (2003). *Disturbo dipendente di personalità. Modello clinico*. In: Dimaggio G, & Semerari A (a cura di). *I disturbi di personalità. Teoria e modelli*. Laterza. In G. Dimaggio e A. Semerari (a cura di). *I disturbi di personalità. Teoria e modelli*. Laterza, 267-294.
- Carcione, A., Conti, L., Dimaggio, G., Nicolò, G., Semerari, A. (2001). Estados mentales, déficits metacognitivos y ciclos interpersonales en el trastorno de personalidad por dependencia. *Revista de Psicoterapia*, 45, pp.39-64.
- Carcione, A., De Marco, M. C., Dimaggio, G., Procacci, M., Semerari, A., Nicolò, G., (2004). La regolazione delle scelte nei disturbi di personalità. *Cognitivismo clinico*, 1(1), 32-48
- Carcione, A., Falcone, M., Magnolfi, G., Manaresi, F. (1997). La funzione metacognitiva in psicoterapia: Scala della Valutazione della Metacognizione (SVaM). *Psicoterapia*, 3, pp. 91-107
- Carcione, A., Nicolò, G., Semerari, A. (2016). *Curare i casi complessi. La terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*. Scienza della mente.
- Carcione, A., Semerari, A., (2020). I cicli interpersonali problematici nei disturbi di personalità. *QUADERNI DI PSICOTERAPIA COGNITIVA*, 45, 67-82. <https://doi.org/10.3280/qpc45-2019oa8988>
- Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R., Salvatore, G., (2013). *Terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*. Raffaello Cortina Editore.
- Dimaggio, G., Semerari, A., (2003). *I disturbi di personalità: Modelli e trattamento. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Laterza.
- Dweck, CS (2017). From needs to goals and representations: Foundations for a unified theory of motivation, personality, and development. *Psychological Review*, 124(6), 689-719. <https://doi.org/10.1037/rev0000082>
- Ellis, A. (2000). Alcune omissioni alla rassegna di ragione ed emozione in psicoterapia di Leonard Rorer. *Contemporary Psychology*, 45(2), 234-235.
- Gayol, GN (2015). *Il copione di codipendenza nella relazione di coppia. Diagnosi e piano di intervento*. Alpes Italia.

- Guerreschi, C. (2011). *La dipendenza affettiva: Ma si può morire anche d'amore?* Franco Angeli.
- Liotti, G., Farina B. (2011). *Sviluppi traumatici: eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Cortina editore.
- Mancini, F., (2016). Sulla necessità degli scopi come determinanti prossimi della sofferenza psicopatologica. *Cognitivismo Clinico*, 13(1), 7-20
- Mancini, F., & Giacomantonio, M. (2018). I conflitti intrapsichici. *QUADERNI DI PSICOTERAPIA COGNITIVA*, 42, 41–64. <https://doi.org/10.3280/qpc2018-042004>
- Mikulincer M., Shaver R. (2008). *L'attaccamento adulto e la regolazione delle emozioni*. In J. Cassidy, R. Shaver, *Manuale dell'attaccamento*, Seconda edizione, Fioriti Editore, 2010, 581-614.
- Masterson, J. F., e Rinsley, D. B. (1975). La sindrome borderline: il ruolo della madre nella genesi e nella struttura psichica della personalità borderline. *The International Journal of Psychoanalysis*, 56(2), 163–177.
- Kelly, G. (2020). *The Psychology of Personal Constructs* (1st ed.). Routledge.
- Perdighe, C., Mancini, M. (2016). *Elementi di psicoterapia cognitiva* (2a ed.). Giovanni Fioriti Editore.
- Perry, J. C. (1996). *Dependent Personality Disorder*. In G. O. Gabbard, S. D. Atkinson (a cura di). *Synopsis of Treatment of Psychiatric Disorders*, American Psychiatric Press.
- Pugliese, E., Maria Saliani, A., & Mancini, F. (2019). Un modello cognitivo delle dipendenze affettive patologiche. *PSICOBIETTIVO*, 1, 43–58. <https://doi.org/10.3280/psob2019-001005>
- Pugliese E., Saliani, A. M., Mancini F., Mosca, O., Vigilante T., Cellitti E., Rienzi S., Bonina F., Lioce P., Orsini, L., Goffredo, M., Foschino-Barbaro, M. G. and Maricchiolo, F. (2021). Pathological affective dependence (PAD) as an antecedent of intimate partner violence: Preliminary findings and psychometric characteristics of PAD model and scale (PADS). *Psicologia Sociale*.
- Semerari, A. (1999). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave: metacognizione e relazione terapeutica*. Raffaello Cortina Editore.
- Sperry, L. (2022). *Handbook of Diagnosis and Treatment of the DSM IV-TR Personality Disorders* (2003-08-29). Routledge.