



UNIVERSITÀ DELLA  
VALLE D'AOSTA  
UNIVERSITÉ DE LA  
VALLÉE D'AOSTE

**UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA**

Dipartimento di Psicologia

Corso di laurea triennale in Scienze e Tecniche Psicologiche

Tesi di laurea triennale

**LE RELAZIONI AFFETTIVE DIPENDENTI E CO – DIPENDENTI:  
SINDROME DI STOCCOLMA E DI LIMA**

Relatrice:

Prof.ssa Laura Ferro

Laureanda: Nicole Crevoli

Matricola: 21 D03 390

**Anno Accademico 2023 – 2024**



## INDICE

<b>INTRODUZIONE</b>	<b>1</b>
<b>CAPITOLO 1: Attaccamento e Dipendenza: le basi</b>	<b>3</b>
1.1 Storia dell'attaccamento e dei suoi stili	3
1.1.1 Stile di attaccamento, stile di relazione e personalità	6
1.2 Paradigma della Dipendenza	9
1.2.1 Old and New Addictions	12
1.3 Dipendenze Affettive	13
1.3.1 Atteggiamenti della Persona con Dipendenza Affettiva	14
1.3.2 Profili delle persone con Dipendenza Affettiva: co - dipendente	16
1.3.3 Il Disturbo di Personalità Dipendente nel DSM	18
1.3.4 Perché la dipendenza è essenziale per noi?	20
<b>CAPITOLO 2: Dalla teoria alla vita reale</b>	<b>23</b>
2.1 Sindromi dovute allo stress di limitazione della libertà	23
2.2 Sindrome di Stoccolma	24
2.2.1 Fattori importanti nella Sindrome di Stoccolma	25
2.2.2 Disturbo Post Traumatico da Stress	26
2.2.3 Motivazioni legate alla Sindrome di Stoccolma	29
2.2.4 Perché non sempre si manifesta?	30
2.2.5 Trasformazione dell'immagine del sequestratore dal punto di vista della vittima: prima, durante e post la relazione	32
2.2.6 Trasformazione dell'immagine della vittima dal punto di vista del sequestratore: prima, durante e post la relazione	33
2.2.7 Disimpegno Morale	33
2.2.8 Rappresentazione cinematografiche	37
2.3 Sindrome di Lima	38
2.3.1 Storia	38

2.3.2 Fattori importanti nella Sindrome di Lima	39
2.4 Legare le due Sindromi	39
<b>CAPITOLO 3: Violenza Domestica e Stalking</b>	<b>41</b>
3.1 Compendio della psicologia giuridica	41
3.2 Violenza e le sue tipologie	42
3.2.1 Violenza Domestica	43
3.2.2 Fattori di rischio	44
3.2.3 Le vittime perché non denunciano?	44
3.2.4 Violenza Domestica in ambito giuridico	45
3.3 Stalking	46
3.3.1 Caratteristiche delle vittime di Stalking	46
3.3.2 Caratteristiche dello Stalker	47
3.3.3 Stalking in ambito giuridico	50
<b>CONCLUSIONE</b>	<b>52</b>
<b>RINGRAZIAMENTI</b>	<b>53</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>55</b>
<b>SITOGRAFIA</b>	<b>59</b>





## INTRODUZIONE

*Joker: “Domandina... Moriresti per me?”*

*Harley Quinn: “Sì”*

*Joker: “Troppo facile... Sei disposta a vivere... Per me?”*

(Ayer, 2016), Suicide Squad, minuto 66.

Chiunque si è trovato in una relazione o è all'interno di una relazione. Ed è da qui che tutto parte, infatti, alcuni magari si sono sentiti dire che mettono in atto dei comportamenti tossici sia in amore sia in amicizia. Che dovrebbero rivedere i loro principi nei rapporti e modificarli, perché non fanno vivere l'altro o cose simili. Ma l'apparenza non sempre è corretta, infatti dietro ad ogni comportamento c'è sempre una motivazione, un perché si agisce in quello specifico modo, un perché che forse non avrà mai risposta o che forse osservando ed ascoltando ogni storia si può trovare. Sovente ci si può chiedere quali siano le motivazioni che spingano le persone a rimanere in una relazione che non li soddisfi. Quali siano le motivazioni delle persone che fanno del male in nome dell'amore. Ma soprattutto, che cos'è l'amore? L'amore può essere tante cose, ma una libera e possibile interpretazione può essere, che esso sia quando si accantona la parte soggettiva della vita e si inizia a vivere l'altro, senza abbandonare il proprio essere, le proprie necessità e i propri desideri. Perché è solo a quel punto, quando le persone si dimenticano di loro stesse, quando si considerano troppo poco, quando pensano di valere solo quando l'altro li gratifica, che trovano l'essenza dipendente. Personalmente posso dire che durante i tre anni passati ad Aosta, ho vissuto varie esperienze ed emozioni che mi hanno portato forse, in modo inconscio a scegliere di raccontare questa piccola parte del mondo della psicologia. La parte che tratta di relazioni che iniziano con un semplice incontro casuale, che diventano con il tempo relazioni e poi forse relazioni dipendenti. Ma che forse alla fine di casualità non hanno troppo, dato che a volte nella casualità possiamo trovare la causalità.

La causalità forse risiede proprio nell'aver un certo stile di attaccamento, ovvero un certo stile di relazione che mettiamo in atto con le persone per sentirci bene e al sicuro. Ecco che il primo capitolo si apre con una rassegna dei grandi teorici dell'attaccamento. Per poi seguire, un filone particolare, ovvero il concetto di Dipendenza, poiché come vedremo a volte le modalità di attaccamento ci fanno compiere certe azioni e non altre. Le Dipendenze trattate non sono un qualcosa di generico, ma si osserva in primis la Dipendenza Affettiva. Essa racchiude comportamenti che ci privano della nostra identità e ci permettono di vivere unicamente con l'ansia e paura per il nostro partner. Ma ci permette di osservare anche come in realtà tutti noi siamo dipendenti, o quanto meno lo siamo stati, e che è normale attuare certi comportamenti e che non sempre sono dannosi.

Soprattutto la Dipendenza Affettiva è un campo vasto e complesso. Dove al suo interno è possibile vedere una costellazione di relazioni, ognuna differente dall'altra, ma con uno sfondo di unicità. Questa

unicità può risiedere anche all'interno di una specifica relazione o, meglio, una Sindrome che è quella di Stoccolma. La Sindrome in questione è abbastanza nota, una specie di contorta storia d'amore, la vittima che difende il proprio carnefice e magari con il tempo riesce ad amarlo. Ma una Sindrome un po' meno nota, è quella di Lima, una sua complementare, il carnefice che lascia ogni tipo di libertà ai propri prigionieri e che forse in fondo li ama. Nel capitolo sono presenti anche le spiegazioni dell'attuazione di questi comportamenti ed altri approfondimenti. Ma... La Dipendenza Affettiva e le Sindromi possono essere presenti unicamente in questi contesti o anche in altri, magari un po' più "moderni"?...

Ecco che il terzo capitolo tratta di una nuova realtà, la realtà della Violenza Domestica e dello Stalking. La prima riporta come la vittima non vuole lasciare il proprio abusante, in modo più specifico, fa fatica a lasciare andare colui che le fa del male. Il secondo è colui che ama la propria vittima, ne è dipendente, non la vuole lasciare andare, la perseguita e non accetta che la relazione sia finita. Ma perché vengono attuati questi comportamenti? La risposta non è mai ovvia: si deve solo osservarli da vicino.

*Buona Lettura*

## CAPITOLO 1

### ATTACCAMENTO E DIPENDENZA: LE BASI

#### 1.1 Storia dell'attaccamento e dei suoi stili

Prima di poter parlare ed analizzare il tema centrale della tesi, ovvero, le manifestazioni di dipendenze psichiche e i campi di studio connesse ad esse, è necessario affrontare altri costrutti che potrebbero apparire concettualmente distanti, ma che in realtà si trovano alla loro base. Il primo di questi è il costrutto dell'attaccamento. Le caratteristiche e le peculiarità di esso sono state osservate maggiormente nei libri: "Psicologia dello Sviluppo" di Santrock (2021) e "L'attaccamento: dal comportamento alla rappresentazione" di Main (2008).

L'attaccamento è il fondamento di tutte le interazioni e relazioni che si sviluppano lungo il corso della vita. Utilizzato specialmente per lo sviluppo affettivo (Bonino, 2000). L'attaccamento per definizione è lo stretto legame emotivo tra due persone e, in senso generale, ha un processo di costruzione molto precoce che unisce in modo stabile il bambino al proprio caregiver, solitamente la madre, anche se non sono da escludersi altre figure genitoriali, parentali e giuridiche. Il caregiver è colui o colei che si occupa della crescita del bambino fin dalla nascita. La teoria dell'attaccamento si contrappone con la teoria delle relazioni oggettuali, poiché si ritenete che il bambino non cerchi un oggetto ma uno stato fisico che viene dettato dalla prossimità con il proprio caregiver (Gabbard, 2007). L'attaccamento presenta tre componenti differenti: sistema, comportamenti e legame. Il primo serve maggiormente alla funzione di elaborazione delle informazioni. I comportamenti che derivano dal sistema vengono attivati o soppressi in relazione alla somministrazione di alcuni stimoli. I comportamenti servono maggiormente per andare a ridurre la distanza che si percepisce con il proprio caregiver, per una ricerca continua di equilibrio. Poiché nell'ambiente sono presenti innumerevoli pericoli. I comportamenti sono pre-programmati. Infine, il legame di attaccamento è il risultato effettivo dell'attivazione del sistema di attaccamento. Esso presenta connotazioni differenti in funzione alla disponibilità del caregiver, soprattutto, a quanto il caregiver può rispondere in maniera adeguata ai bisogni e alle necessità del bambino (Bonino, 2000). La figura del caregiver si differenzia da qualsiasi altra figura che orbita attorno al bambino, dal momento che il legame che li unisce è differente e comporta delle caratteristiche necessarie per definirlo tale, e sono: la considerazione della relazione come una base sicura su cui poter contare, una forte ansia nei confronti del bambino se vi è una separazione e che si manifesta con grida e pianti. Le teorie dell'attaccamento prese in considerazione in questa tesi fanno riferimento agli studi tradizionali sull'argomento condotti da: John Bowlby, Mary Ainsworth e Mary Main. Le loro teorie si sviluppano a partire dagli anni '50 -'60 del 900 fino agli anni '80 del 900. Il primo ad occuparsene fu: John Bowlby (1907 – 1990). Egli pur essendo uno psichiatra psicoanalitico formula la sua teoria con fondamenti dell'evoluzionismo e della selezione naturale, con uno stampo maggiormente etologico

(promosso da Lorenz, 1963. Bonino, 2000). Pone l'accento su come l'essere umano manifesti una predisposizione innata a sviluppare relazioni di attaccamento con figure di riferimento primarie. Lo scopo della relazione che si manifesta dal primo anno di vita in poi con il proprio caregiver, non è legato unicamente al soddisfacimento del bisogno primario ovvero quella della nutrizione; ma ha anche lo scopo di garantire un livello di sicurezza elevato contro i possibili pericoli e un senso di protezione costante, per il bambino. Bowlby con i suoi studi riuscì ad osservare due stili di attaccamento: sicuro ed insicuro (Bonino, 2000). Essi verranno ripresi ed approfonditi dalla collega Mary Ainsworth. Bowlby non si limita ad osservare l'attaccamento come relazione tra bambino e caregiver nel breve termine, ma lo osserva come interiorizzazione, come un Modello Operativo Interno (MOI: Internal Working Models). Essi sono delle strutture mentali affettivo – cognitive costituite da rappresentazioni di sé e del caregiver. Comprendono ricordi autobiografici, credenze, attitudini, motivazioni, organizzate in base alle aspettative di risposta delle figure significative dell'infanzia. Queste strutture nascono dall'introiezione del modello di relazione sviluppata tra il bambino ed il proprio caregiver. Infatti, a seconda della differente interiorizzazione della relazione formano la base, per come un soggetto entrerà in relazione con le altre persone e di conseguenza come cercherà di mettere in atto la medesima relazione. Le funzioni dei MOI sono molteplici: rete di informazioni, modelli di previsione dell'esperienza che serve alla previsione ed interpretazione dell'altrui e proprio comportamento e vengono utilizzati, per anticipare, guidare l'interpretazione degli eventi, quindi, per pianificare il comportamento sulla base delle aspettative. I MOI creati in modo sano sostengono una rete di comunicazione aperta tra bambino e caregiver, che permette un aggiornamento continuo ed un perfezionamento delle abilità sociali. In opposizione, la deliberata attività negativa di comunicazione del caregiver che cerca di falsificare l'esperienza affettiva del bambino, porta a delle contraddizioni nei MOI. Di fatto nella seconda situazione il bambino crea due differenti modelli di lavoro di sé e del caregiver: uno che è accessibile e consapevole e che rispecchia con ciò che è stato detto al bambino. Il secondo invece riguarda l'esperienza del bambino, che rimane stabile dalle interpretazioni dei genitori e questo risiede nella parte inconscia e di conseguenza molto difficile da modificare nel tempo (Bretherton, 1997). La teoria dell'attaccamento venne approfondita da Mary Ainsworth (1913 – 1999). Nel 1971 la psicologa canadese con alcuni collaboratori iniziò ad osservare l'interazione tra caregiver – bambino per mezzo della *Strange Situation* (Bonino, 2000; Simoncelli, Moretti, Penta e Maffei, 2012). Questa sperimentazione permise di stilare una classificazione più dettagliata dello stile di attaccamento insicuro osservato da Bowlby, soprattutto, grazie all'osservazione dei comportamenti dei bambini e dei caregiver nei momenti di allontanamento e di ricongiungimento; ma anche degli atteggiamenti dei bambini una volta soli. I pattern riscontrati furono: sicuro (tipo B), insicuro evitante (tipo A) ed insicuro ansioso/ambivalente (tipo C). Il bambino che ha avuto un caregiver responsivo, empatico, sensibile, sintonizzante, mentalizzante (teoria di Fonagy del 1998, citata da Gabbard, 2007; si intende la capacità di comprendere che i propri ed altrui pensieri sono dati da condizioni interiori

come pensieri e sentimenti: “teoria della mente”. Processo che si riferisce all’attività mentale che permette i comportamenti umani riconducibili a stati mentali (desideri, emozioni, intenzioni e credenze) e di regolare le proprie azioni di conseguenza), sufficientemente buono ed attento ai suoi bisogni sia primari che secondari (Cristofanelli, 2023), potrà maggiormente sviluppare uno stile di attaccamento sicuro che comporta specifici comportamenti, come, il sapere di avere una base sicura che gli possa dare la sicurezza necessaria, per esplorare l’ambiente che lo circonda con poche paure. Al contrario quando il caregiver non rispecchia tutte le caratteristiche elencate precedentemente, in particolare dimostra di essere poco disponibile, poco costante con il bambino vi è il rischio che si possano sviluppare gli altri due pattern di attaccamento, quello evitante ed ansioso/ambivalente. I due stili riportano caratteristiche differenti: lo stile insicuro evitante porta il bambino a non piangere durante gli allontanamenti dal caregiver, si dimostra assorto all’interno dell’ambiente in cui si trova. Quando il caregiver ritorna, lo evita e lo ignora in modo consapevole ed attivo, si allontana, si volta dall’altra parte o si dimena quando viene preso in braccio. Non esprime alcuna emozione, persino la rabbia non è presente. Questo perché il caregiver nei suoi confronti si dimostra essere indisponibile o rifiutante, esso non risponde ai segnali del bambino e quando interagisce con il bambino presenta un atteggiamento arrabbiato o irritato e privo di espressioni emotive. Mentre lo stile insicuro ansioso - ambivalente porta il bambino ad essere preoccupato dagli spostamenti del caregiver durante tutta la procedura, al contrario dell’altro stile, egli mostra rabbia cercando il caregiver e l’istante dopo rifiuta il contatto con esso, oppure mette in atto un comportamento passivo. Al ricongiungimento con il caregiver il bambino non si calma e non torna ad esplorare, resta orientato nella direzione del caregiver e non smette di piangere. In questo stile il caregiver risponde in modo incoerente ai bisogni del bambino, a volte si dimostra rispondente altre volte meno. Essi tendono ad essere poco affettuosi e mostrano poca sincronia quando si pongono in relazione con i bambini. In conclusione, Patricia Crittenden (2008), allieva della Ainsworth, idea il Modello Dinamico – Maturativo. Dove afferma che gli schemi di attaccamento appresi in realtà sono delle strategie protettive che vengono apprese dal caregiver. L’approccio postula come lo sviluppo evolutivo sia maggiormente unito all’esperienza e che porta cambiamenti nella qualità dell’attaccamento in relazione al grado di maturità che si è raggiunto. Anche perché alcuni eventi ritenuti e giudicati come stressanti possono portare ad una riorganizzazione dello stile (Aceti e Liverano, 2009). L’ultima autrice che ha dato un contributo importante alle teorie fondanti per lo studio classico dell’attaccamento è Mary Main (1943 – 2023). Nel 1985, individuò l’ultimo stile di attaccamento ovvero, l’insicuro disorganizzato. Il bambino mette in atto comportamenti disorganizzati o disorientati in presenza del caregiver. Infatti, quando le due figure si uniscono, il bambino si può bloccare, come se fosse in trance, agitare le mani in aria, alzarsi e poi cadere prono. La loro disorganizzazione nasce maggiormente dalla contraddizione dei gesti motori che compiono. I caregiver in questo caso si dimostrano essere spesso trascuranti, abusanti nei confronti dei bambini (gli abusi possono essere di differente natura: fisica, sessuale, emotiva e psicologica). Infatti, questo tipo di legame è influenzato

dalle caratteristiche emotive del caregiver che spesso sono associate a situazioni patologiche di tipo depressivo, di lutto irrisolto e di manifestazioni psichiatriche (Di Giacomo, 2003). Il bambino può presentare questo stile di attaccamento anche se vi sono disturbi neurologici e terapie farmacologiche. Si è supposto che il comportamento disorganizzato sia prevedibile ogni qualvolta che il bambino è fortemente spaventato dal suo caregiver (base sicura). Si è osservato come le persone che hanno questo stile di attaccamento siano quelli con il maggiore rischio di psicopatologie.

#### 1.1.1 Stile di attaccamento, stile di relazione e personalità

Nel sotto - paragrafo precedente ci si è occupati dello stile di attaccamento e di come il caregiver si relazioni al bambino, e come questo influisca sulle sue emozioni e comportamenti, quindi anche sulle sue rappresentazioni interne. Ci si potrebbe chiedere se vi siano delle reali conseguenze al differente stile di attaccamento e se sì, quali esse siano. In realtà non è lo stile di attaccamento che è alla base della nostra personalità, e del nostro rapportarci con le altre persone, ma è la relazione che si è appresa: il sistema di attaccamento. Lo si può osservare nelle differenze che riguardano vari ambiti appresi: il pensare sé stessi, il porsi in relazione con gli altri e le possibili ripercussioni in ambito psicopatologico (Main, 2008). Di fatto, si può osservare una possibile correlazione tra stile di attaccamento e Disturbo di Personalità. Per avere una solida base su cui poter affermare questa correlazione si farà riferimento a dati riportati dei cluster descrittivi di personalità del DSM 5 (APA, 2013, citati nel libro di Durand, Barlow & Hofman, 2023) uniti agli stili di attaccamento. Il tutto riportato da Lorenzini e Sassaroli, 2005 citati da Aceti e Liberano (2009, p.7), ma osservato anche da Gori, Russo e Topino (2023). La correlazione, inoltre, la si può osservare nella modalità di relazione che rimane pressoché stabile, questo lo si è potuto osservare per mezzo dell'AAI (Adult Attachment Interview, ideato da Main et al., 1985) (Main, 2008) che permette l'osservazione in età adulta dello stile di attaccamento introiettato, per mezzo di un'intervista semi strutturata. Le correlazioni osservate sono:

Stile sicuro: le persone che presentano questo stile sono relativamente indipendenti ed oggettivi nei loro giudizi. Sono consapevoli della natura delle loro esperienze. Si sentono liberi e sicuri di esplorare differenti contesti, vengono anche definiti come esploratori, in alcuni casi. Sanno di avere una base sicura su cui fare affidamento. Lo stile sicuro permette alla persona di avere un maggiore sviluppo sociale. Sono convinte di essere persone degne d'amore e di confronto, per questo presentano delle relazioni maggiormente soddisfacenti e più stabili. Infatti, non hanno paura dell'abbandono, neanche di perdere per sempre le persone care a lui, riesce a creare una relazione stabile con il proprio partner e investe nella propria sessualità e nell'ambiente che ruota attorno alla famiglia. Inoltre, non temono di perdere il controllo sul mondo esterno o sulla propria indipendenza. Si può ipotizzare lo stile sicuro sia l'unico stile che non preveda o non faccia ipotizzare facilmente ad un'alterazione dalla personalità, sia in relazione a possibili sindromi che disturbi (Guerreschi, 2011; Congia, 2017; Aceti e Liverano, 2009).

Tutti gli altri stili prendono la dicitura di insicuri. Essi si dividono in tre differenti categorie. Gli stili insicuri comportano una maggiore probabilità di sviluppare delle possibili condotte di tipo dipendente. Inoltre, ogni stile di attaccamento insicuro ha le sue caratteristiche, che verranno riportate successivamente. La loro base comune è la modalità di risposta del caregiver nei confronti del bambino, che ne scaturisce differenti comportamenti. Poudat (2005, citato da Guerreschi, 2011) afferma che il sentimento di insicurezza, generato dagli stili insicuri, generino a loro volta manifestazioni affettive insane, come una preoccupazione smisurata su dove si trovi la figura di attaccamento ed una mancanza di fiducia. Nel dettaglio:

Stile insicuro evitante: i soggetti con questo stile di attaccamento hanno avuto difficoltà a porsi in relazione con il proprio caregiver e con il tempo hanno appreso di non poter contare su di esso. Ecco perché si dimostrano come se fossero indipendenti. Andando a comportarsi come se le persone non esistessero. Con il tempo possono andare a tralasciare le possibili imperfezioni nel caregiver benché vi siano delle evidenze che dimostrano il contrario o possono addirittura denigrare l'attaccamento poiché incapaci di ricordarle in modo integro dal momento che rivivono le emozioni del ricordo stesso (Guerreschi, 2011). Tendono a minimizzare le loro emozioni e l'ansia, per dare sempre un'immagine migliore di loro stessi, che deve essere forte e indipendente. Inoltre, hanno la tendenza a svalutare l'importanza dell'attaccamento, questo perché introiettano con il tempo il pensiero che essi debbano essere autosufficienti, poiché l'ambiente è inaccessibile (Aceti e Liverano, 2009). Il caregiver nei loro confronti appare incapace di sintonizzarsi con i loro bisogni secondari e a loro volta i figli anche se, accuditi per i bisogni definiti primari, non riescono a cogliere i propri ed altrui stati psichici. Il cluster del DSM 5 che corrisponde a questo stile è quello A che racchiude le personalità "strane, bizzarre o meglio incomprensibili" e sono coloro che soffrono di Disturbo di Personalità: Schizoide, Schizotipico ed Paranoide. Essi dipendono dalla costanza dell'ambiente e reagiscono con disagio, rabbia o in modo persecutorio in casi in cui le loro aspettative vengano in qualche modo modificate. Prediligono la solitudine che comporta ad un eccessivo investimento sul proprio mondo interno e potrebbero essere dei perfetti candidati per delle possibili dipendenze: abuso di sostanze, dipendenza da internet, cyber relazioni, videogiochi, giochi di ruolo on line, TV, parafilie, shopping compulsivo e workaholic.

Stile insicuro ambivalente (ansioso – resistente): essi appaiono soggetti confusi, non oggettivi, iper – coinvolti all'interno delle relazioni passate. Gli adulti possono dimostrarsi passivi, vaghi, spaventati, sopraffatti, arrabbiati, in conflitto ed analitici (Guerreschi, 2011). Inoltre, hanno una dimensione relazione orientata all'iper - controllo. Si ha un senso perenne di inadeguatezza che può derivare dalla sproporzione tra sviluppo e comportamenti di inversione dei ruoli che i genitori richiedono ai figli. Dato che hanno sperimentato l'imprevedibilità del caregiver, tentano di mantenere quasi perennemente una vicinanza con esso, andando a rinunciare al movimento esplorativo autonomo. A livello cognitivo non si addentrano in nuovi concetti, rimangono nel loro spazio, odiano le novità. Infatti, hanno uno stile di

evitamento, evitano di mettere alla prova le proprie tesi. Hanno introiettato il pensiero che essi debbano farsi accettare all'ambiente. Le persone con questo stile quando si trovano in una relazione sentimentale portano con sé un iper – coinvolgimento quasi o del tutto ossessivo per la relazione, di fatto viene anche definito come “amore nevrotico”. La relazione comporta una forte ansia, un'idealizzazione del partner, una gelosia morbosa nei suoi confronti ed uno stato d'innamoramento perenne. Infatti, si prenderà in considerazione coloro che presentano questo stile di attaccamento in relazione ad una maggiore possibilità di inclinazione per la dipendenza, soprattutto per quella amorosa andando a riprodurre in modo fedele lo stile trasmesso dal caregiver, per cercare di sollecitare una possibile retroazione. Il cluster di riferimento è il C ovvero le “personalità inibite”, sono coloro che soffrono di Disturbo di Personalità: Evitante, Ossessivo – Compulsivo e Dipendente. I primi hanno un controllo basato sulla vergogna, rifiutano di farsi carico dell'ansia e temono maggiormente i giudizi. I secondi hanno un controllo eccessivo per regole e disciplina e cercando nelle regole ferree degli ancoraggi a cui aggrapparsi. Gli ultimi presentano un eccesso di controllo iperprotettivo che li porta a sperimentare la propria insicurezza ed incapacità di affermare un proprio obiettivo. Inoltre, quest'ultimo si caratterizza per la paura eccessiva dell'abbandono e di non essere mai amato abbastanza; cercherà in tutti i modi di unirsi con il partner e di evitare ogni situazione che richieda una separazione, ma il partner di fronte a questo stile morboso solitamente adotta comportamenti di fuga. Con questo cluster si sperimentano dipendenze di tipo: alcoliche (per le donne a causa della depressione), droghe narcotizzati e farmaco – dipendente (soprattutto benzodiazepine, per l'ansia e depressione) (Guerreschi, 2011; Aceti e Liverano, 2009).

Stile insicuro disorganizzato - disorientato: è causato quando la figura del caregiver viene percepita come minacciosa, pericolosa persino abusante, in taluni casi. Il bambino per poter comprendere ed apprendere se le situazioni che sta vivendo sono pericolose o meno fa affidamento al volto del proprio caregiver (rispecchiamento). Nel momento in cui il caregiver si presenta spaventato/spaventante in qualsiasi situazione, il bambino apprenderà che il mondo è solo un luogo colmo di situazioni pericolose dalle quali non può sottrarsi. Di fatto, le situazioni che potrebbero essere definite neutre da altri per il bambino e caregiver vengono denominate danneggianti; ma questa percezione non vale solo per la situazione ma si estende anche a persone, tra le quali è compreso il caregiver, per il bambino, che lo percepisce come una fonte di pericolo. Le persone con questo stile di attaccamento presentano una personalità che agisce con comportamenti contraddittori, paradossali, incoerenti, afinalistici in cui la protezione di sé avviene con la fuga o il freezing e presentano uno stile cognitivo basato sull'ostilità. Possono reagire in due modi in relazione alle invalidazioni delle loro tesi: ricostruire una realtà che si è già rivelata fallimentare e quindi rimanere nel loro, oppure ignorare il tutto. Il pensiero introiettato che l'ambiente è minaccioso. Essi usano l'emotività come modalità di espressione di sé e di influenza delle relazioni interpersonali. Si può raffigurare la persona come un bambino arrabbiato, che si oppone,

oppure fragile, insicuro. Ecco che questa dicitura richiama il cluster B “personalità emotivamente instabile, drammatica, conflittuale”. In cui si trovano i Disturbi di Personalità di tipo: Narcisistico, Borderline, Istrionico ed Antisociale. Infatti, vi sono due categorie di bambini che possono rientrare in questi disturbi ovvero coloro che sono arrabbiati, che eccedono in modo negativo nel comportamento e nella manifestazione delle loro emozioni oppure i bambini fragili, insicuri e che possono essere facilmente suscettibili. Nel primo caso vi è una tendenza al il Disturbo di Personalità legato all’Antisociale, nel secondo caso invece una maggiore tendenza all’Istrionico; mentre se fosse eccitabile ed angosciabile allo stesso tempo si potrebbe sviluppare un disturbo di tipo Borderline. In questo caso si può ipotizzare una dipendenza da: abuso di sostanza (soprattutto ipnotico – sedative, eroina, cocaina per i narcisisti), alcolismo (antisociali), comportamenti sessuali promiscui e rischiosi, gioco d’azzardo, dipendenza da cibo e tabagismo. Le reazioni del bambino e dell’adulto tendono ad oscillare dal panico (si accorge che il proprio caregiver non sa e/o non vuole occuparsi di lui) e vissuti compensatori di potenza sul saper fare a modo suo, per poter sopravvivere. L’eccitazione provata in queste manovre compensatorie è proporzionale al panico che il soggetto sperimenta quando non riesce ad attivarle (Santrock, 2021; Aceti e Liverano, 2009).

In conclusione, come riportato nel sottoparagrafo si evince come lo stile di attaccamento abbia una connotazione con lo sviluppo della personalità e di possibili dipendenze che non sono categorizzabili solo con sostanze ma anche con comportamenti. Questa connessione tra i disturbi di personalità e possibili dipendenze è utile come introduzione e parte fondamentale per la comprensione delle Sindromi comportamentali che verranno prese in considerazione (Aceti e Liverano, 2009).

## 1.2 Paradigma della Dipendenza

Nel sottoparagrafo precedente si è osservato come gli stili di attaccamento abbiano delle correlazioni in possibili comportamenti. Essi sono definiti: Dipendenze. Innanzitutto, il termine Dipendenze non è corretto, infatti si dovrebbe usare il termine *Addiction*: comportamento compulsivo di ricerca della sostanza (o dell’azione), nonostante si sia a conoscenza delle sue congruenze sfavorevoli. Il termine deriva dal verbo addicere, sostantivo addictus “schiavo per debito”. Di fatto in italiano, il termine Dipendenza priva la dimensione clinica del concetto di *Addiction*. Dal momento che in modo concreto si riferisce al normale adattamento (del Sistema Nervoso Centrale) alla continua somministrazione di una sostanza (Croce, 2023).

Storicamente nel 1969, l’OMS descrisse nel 16° Rapporto la dipendenza, ma con il passare del tempo sono cambiati i termini di assunzione e la gamma di sostanze; quindi, si ha avuto la necessità di modificare la definizione passando da “tossicodipendenza” a “dipendenza patologica”. Infatti, se prima le *Addictions* erano intese solo legate all’uso ed abuso di droghe o di alcool e si è visto sempre più l’introduzione di *Addictions* legate ad oggetti o comportamenti presenti nella vita quotidiana (Ministero

della Salute, 2022). La “Dipendenza” viene definita dall’OMS come: *“condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall’interazione tra un organismo, una sostanza e/o uno specifico comportamento, caratterizzato da risposte psicofisiche che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza e/o di mettere in atto un determinato comportamento disfunzionale in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e di evitare il malessere della sua privazione”* (Ministero della Salute (2022) (p.3)). La Dipendenza è presente all’interno di un continuum che va dal normale al patologico lungo il quale è possibile osservare la degenerazione dei vari comportamenti: un estremo è caratterizzato da fenomeno di tolleranza, astinenza e craving che non intaccano la cognitività, l’affettività e le volizioni. Mentre l’altro estremo presenta normali comportamenti che non hanno a che fare, con le caratteristiche proprie della dipendenza e che non presentano fattori patologici (Ministero della Salute, 2022). La Dipendenza Patologica viene letta da differenti punti di vista come: una vulnerabilità narcisistica per la mancanza di una rappresentazione mentale dell’oggetto interno d’amore a cui poter fare riferimento quando ci si sente minacciati da intense emozioni che non si riescono a mentalizzare se non per mezzo di comportamenti compulsivi, definito così da Tronick (1989, citato da Aceti e Liverano, 2009). Oppure il modello psicoanalitico osserva come i comportamenti messi in atto di fronte ad una dipendenza siano dei tentativi disfunzionali che il soggetto compie per sopravvivere o per contrastare l’emergere incontrollato di vissuti traumatici infantili (Carretti, Craparo, Schimmenti, 2008), ma definisce che essi siano attuati per una mancanza di stima e comprensione con e verso il padre che non permetterebbe il raggiungimento dello stato affettivo definito maturo (Mangialavori e Cacioppo, 2020). Tutto questo per affermare che le Addictions non insorgono per un semplice motivo, con una teoria deterministica, ma vi sono più elementi alla base che si uniscono tra di loro. Questo si osserva maggiormente nella prospettiva di tipo bio – psico – sociale. Ci si può chiedere quindi quali siano i fattori di rischio che possono creare un possibile comportamento dipendente. Essi risiedono in differenti contesti e sono: neurobiologici (caratteristiche genetiche, anomalie della disponibilità di alcuni importanti neurotrasmettitori, come quelli indirizzati per la dopamina, serotonina, noradrenalina che regolano il tono dell’umore), individuali (esperienze di vita, caratteristiche specifiche della personalità, come una ricerca di sensazioni forti, propensione maggiore al rischio, desiderio di successo o di inseguire un ideale, bassa autostima, ma anche delle caratteristiche psicologiche e temperamentali come una scarsa tolleranza alla frustrazione ed una difficoltà nella regolazione emotiva) e socio – ambientali (ambiente familiare, possibili traumi familiari, rete sociale familiare non sufficientemente forte; ambiente amicale, legame con certe tipologie di pari ed amici che creano la cultura di gruppo; ambiente socio culturale ed economico della comunità in cui si vive ed ambiente scolastico con l’osservazione delle politiche di prevenzione alle droghe) (Ministero della salute, 2024). Vi sono alcune caratteristiche di base osservate per tutte le Dipendenze Patologiche e sono state inserite all’interno del DSM 5 (2013), l’uso della sostanza deve condurre a disagio o

compromissione clinicamente significativa in vari ambiti di vita del soggetto. Bastano unicamente due condizioni seguenti che devono verificarsi in un periodo di 12 mesi (Croce, 2023):

- ◆ La sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto;
- ◆ Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza;
- ◆ Una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza (per es. Recandosi in visita da più medici o guidando per lunghe distanze), ad assumerla (per es., fumando "in cantina"), o a riprendersi dai suoi effetti;
- ◆ Craving o forte desiderio o spinta all'uso della sostanza;
- ◆ Uso ricorrente della sostanza che causa un fallimento dell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola, a casa;
- ◆ Uso continuativo della sostanza nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti della sostanza;
- ◆ Importanti attività sociali, lavorative o ricreative vengono abbandonate o ridotte a causa dell'uso della sostanza;
- ◆ Uso ricorrente della sostanza in situazioni nelle quali è fisicamente pericolosa;
- ◆ Uso continuato della sostanza nonostante la consapevolezza di un problema persistente o ricorrente, fisico o psicologico, che è stato probabilmente causato o esacerbato dalla sostanza;
- ◆ Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti: a) il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato; b) un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità della sostanza;
- ◆ Astinenza, come manifestata da ciascuno dei seguenti: a) la caratteristica sindrome di astinenza per la sostanza (riferisci ai Criteri A e B dei set di criteri per Astinenza delle sostanze specifiche); b) la stessa sostanza (o una strettamente correlata) è assunta per attenuare o evitare i sintomi di astinenza.

Un concetto nuovo inserito è il Craving, ovvero: desiderio intenso, incoercibile, una fame irresistibile ed un'urgenza appetitiva di natura patologica (Carretti, Craparo e Schimmenti, 2008); nelle differenti addictions il craving assume le caratteristiche dell'impellenza e della compulsività, soprattutto in presenza di specifici stimoli, interni o esterni (trigger) verso il comportamento di dipendenza. Le Dipendenze hanno visto una loro evoluzione.

### 1.2.1 Old and New Addictions

Lo studio riguardante le Addictions negli ultimi anni ha portato con sé delle nuove dipendenze definite "New Addictions" o "Dipendenze comportamentali". Esse sono state classificate dal Ministero della Salute (2022) come:

- ◆ Dipendenza generalizzata da Internet - GIA: internet addiction, smartphone (nomofobia), giochi online, social – network, cyber sex e pornografia online. Definito come “particolare tipo di disturbo compulsivo – impulsivo che si manifesta con sintomi quali desiderio irrefrenabile di connettersi al web”;
- ◆ Dipendenza da gioco d’azzardo compulsivo: GAP. Essa è l’unica dipendenza comportamentale che viene riconosciuta del DSM – 5: “Disturbo da Gioco d’Azzardo”. Mentre l’ICD - 10 lo ha inserito tra “Disturbi delle abitudini e degli impulsi”. Forma patologica che produce effetti sulle relazioni sociali o sulla salute seriamente invalidanti (Ministero della Salute, 2020);
- ◆ Dipendenza da shopping - BSD: shopping compulsivo. Disagio psicologico e comportamentale che presenta una tendenza a crisi di acquisto anche in forma maniacale;
- ◆ Dipendenza affettiva – tossicomania oggettuale;
- ◆ Dipendenza dal lavoro: workaholism. Introdotta nel 1971 da Oates, è una sindrome ossessivo – compulsiva, per tutte quelle persone troppo dedite al lavoro e con grande dispendio di energia personale;
- ◆ Dipendenza da attività fisica: definita anche vigoressia ovvero culto ossessivo della perfetta forma fisica e della massa muscolare, che viene mantenuta con diete esagerate e spesso squilibrate (Definizione di Vigoressia, Treccani). Si vede una maggiore ossessione per la palestra, per l’allenamento, con un controllo compulsivo di vedere il proprio aspetto allo specchio o pesarsi in modo fruente e si soffre di una insoddisfazione “cronica” (Farina, 2024);
- ◆ Dipendenza dal mangiare sano e naturale: definita come ortoressia;
- ◆ Dipendenza da cibo: DCA osservati nel DSM 5.

Le New Addictions presentano una problematicità per il loro riconoscimento, ovvero per la messa in atto del comportamento deviante, dal momento che sono legate ad oggetti o comportamenti presenti nella vita quotidiana di tutti e che non hanno a che vedere con l’introduzione di sostanze. Le Dipendenze Comportamentali sono simili alle Dipendenze classiche per vari aspetti, ad esempio, entrambe cercano di esprimere un disagio psichico per una realtà dolorosa (Leissur, 1994 citato dal Ministero della Salute, 2022). Utilizzano anche, i medesimi circuiti neurobiologici e gli stessi recettori. Dato che vanno ad influenzare il circuito della ricompensa e l’aumento dei livelli di Dopamina: creando una ridotta funzionalità dopaminergica. Sono stati osservati quattro circuiti implicati maggiormente nel GAP, ma che possono essere potenzialmente associati anche ad altre Dipendenze Comportamentali ovvero: il circuito della ricompensa (maggiormente associato al Nucleus Accumbens), circuito della motivazione (corteccia orbito – frontale), circuito della memoria/apprendimento (MTL, Amigdala e Ippocampo) e circuito del controllo (corteccia prefrontale e giro cingolato anteriore). In generale si sono osservati alcuni circuiti che possono essere considerati centrali nelle dipendenze comportamentali. Essi sono, ad esempio, il network di salienza (salience network) che regola il cambio fra i networks neurali per

aumentare le risposte adeguate. Alterazioni di questo specifico network si sono osservate maggiormente con il fenomeno del carving e la mancanza di controllo comportamentale (incremento dello spessore corticale insulare) (Ministero della Salute, 2022).

### 1.3 Dipendenze Affettive

*“Amare è come una droga: all’inizio viene la sensazione di euforia, di totale abbandono. Poi il giorno dopo vuoi di più. Non hai ancora preso il vizio, ma la sensazione ti è piaciuta e credi di poterla tenere sotto controllo (...) Se quella persona non ti è vicina provi le stesse sensazioni dei drogati ai quali manca la droga. A quel punto, come per i drogati rubano e si umiliano per ottenere ciò di cui hanno bisogno, sei disposto a fare qualsiasi cosa per amore”*

(Paulo Coelho, Sulla sponda del fiume Piedra mi sono seduta e ho pianto, 1994, citato da Guerreschi, 2011 pag. 42)

La relazione è la base da cui si sviluppano le Dipendenze Affettive. Essa è una costruzione di legami tra persone. I legami sono creati e mantenuti nel corso del tempo grazie ad esperienze vissute assieme, alla storia condivisa, composta anche da una forte componente emotiva (Anzivino, 2015). In generale si può affermare, che una relazione è una connessione o corrispondenza che intercorre, in modo accidentale o meno, tra due o più enti come, ad esempio, un vincolo reciproco che può essere di parentela o di lavoro (Definizione di relazione, Treccani). La Dipendenza Affettiva viene anche definita “Love Addiction”. Questo costrutto venne introdotto da Peele e Brodsky nel 1975, nel libro “*Love and Addiction*” (Anonelli, Fortunati, Salvatori e Giunti, 2021; Mangialavori e Cacioppo, 2020). Inoltre, venne osservato per la prima volta con il termine di co – dipendenza, legato alla relazione dei famigliari con le persone che soffrivano di dipendenza da alcol (Maugeri, 2023) per poi essere introdotto in “Donne che amano troppo” di Robin Norwood, 1985 (Guerreschi, 2011). Nei decenni successivi è stata esplorata e definita, come un disturbo autonomo che mostra tratti analoghi, a tutte le patologie di dipendenza e con caratteristiche peculiari che riguardano l’innamoramento e la relazione sentimentale. Nella Dipendenza Affettiva le esperienze ricadono in due categorie: fantasie romantiche, che aiutano a sopperire alla paura della solitudine e del rifiuto e l’esperienza del legame di attaccamento, che attenua la paura sia che sia consapevole o meno (Ministero della Salute, 2022). Di fatto, l’amore romantico può essere seguito da un lungo periodo di attaccamento che non presenta i medesimi aspetti pervasivi della Dipendenza Affettiva (Agnelli, 2014). Infatti, può essere definita come stato patologico in cui la relazione di coppia è vissuta come condizione unica, indispensabile e necessaria per la sopravvivenza, nella quale viene sottratta l’autonomia emotiva: “non poter vivere con” e “non poter vivere senza”. Di fatto l’altro diventa talmente importante che la propria persona non conta più, non vengono più ascoltati i propri bisogni, le proprie esigenze e i propri desideri, ma solo quelli dell’altro. Il passaggio che avviene dalla relazione definita “sana” alla dipendenza non sempre, può essere percepito. La si può definire

come fase in cui il desiderio assume una sfumatura di bisogno compulsivo, dal piacere si passa alla sofferenza e non si pensano più alle conseguenze negative che vi possono essere all'interno della relazione (Agnelli, 2014). Nelle prime fasi dell'innamoramento le persone esibiscono dei sintomi legati alle dipendenze sia che si tratti di sostanze sia comportamentali (euforia, astinenza, tolleranza, dipendenza fisica e psicologica) e l'amore di per sé, si potrebbe paragonare ad una sostanza d'abuso. Infatti, si ha una stimolazione delle aree legate alla ricompensa e al Sistema di Ricerca mentre si avranno delle reazioni negative come ansia e depressione, fino al suicidio e/o omicidio correlate alla chiusura della relazione, queste informazioni vennero osservate grazie a Fischer nel 2010 (Agnelli, 2014). La Dipendenza Affettiva utilizza gli stessi centri cerebrali legati alla ricompensa che sono presenti nel Sistema Limbico che permette il controllo delle risposte emotive, che hanno la facoltà di rilasciare o meno dopamina (per indurre o meno sensazioni di benessere ed euforia). Anche le altre Dipendenze Comportamentali possono creare delle condizioni in cui viene stimolata la dopamina. I segni e sintomi della Dipendenza Affettiva sono quasi speculari ad altri: piacere derivante dell'oggetto, tolleranza, astinenza e perdita di controllo (Ministero della Salute, 2022). Quindi grazie a questi comportamenti vengono rilasciate all'interno del corpo le endorfine, oltre alla dopamina (noradrenalina ed ossitocina) per aumentare la sensazione di benessere che comporta un'accentuazione sempre più maggiore della dipendenza in generale (Guerreschi, 2011).

### 1.3.1 Atteggiamenti della Persona con Dipendenza Affettiva

Le persone che presentano una Dipendenza Affettiva presentano differenti tipologie di comportamenti, specifici e sono: bisogno compulsivo di trovarsi in una relazione anche se essa presenta delle conseguenze negative, trova molto difficile, anzi quasi impossibile stare da solo. Quando trova un partner, esso diventa il fulcro delle sue azioni, di conseguenza diventa ossessionato dal partner, iniziando a provare un bisogno compulsivo di stare con la persona amata e prendersene cura, sacrificando sé stesso e tutti i suoi interessi posti al di fuori della relazione (amici, hobby, lavoro ed accademiche); infine l'assenza del partner viene vissuta con estrema sofferenza. Ma non solo, le emozioni del partner diventano più importanti delle sue, la stima di sé dipende unicamente dall'approvazione che dimostra l'altro, non riesce a prendere una decisione a causa dei sensi di colpa, non riesce a riconoscere ed esprimere i propri pensieri ed emozioni e la maggior parte del tempo lo passa a controllare il partner (Ministero della Salute, 2022). Inoltre, non è raro che le persone con Dipendenza Affettiva siano coloro che presentano traumi ed un attaccamento insicuro in infanzia (Antonelli, Fortunati, Salvatori e Giunti, 2021). Guerreschi (2011) osserva altri comportamenti come: difficoltà a riconoscere i propri bisogni e tendenza a sottovalutarli, atteggiamento negativo verso il Sé ed hanno una forte paura del cambiamento. Lo scopo delle relazioni della persona che soffre di Dipendenza Affettiva è quella di ricercare un piacere immediato, alleviare la tensione o anche superare una propria insicurezza. Egli propone che uno stile di attaccamento sovente riscontrato nei dipendenti

affettivi è quello definito ambivalente e lo stile amoroso sviluppato viene definito “amore nevrotico” in quanto vi è un iper-coinvolgimento ossessivo nella relazione di coppia, che presenta uno stato di innamoramento perenne. Il soggetto viene definito altresì “tossicodipendente d’amore”. Miller (1994, citato da Guerreschi, 2011) ha osservato una differenza tra i generi binari, affermando che il 99% delle persone con dipendenza affettiva sono di sesso biologico femminile, dato che vedono nell’amore una possibile soluzione dei problemi che hanno maggiormente origine nei vuoti affettivi infantili. Al contrario gli uomini tendono a reagire diversamente, essi tendono ad allontanare dalla mente il dolore delle violenze o delle carenze che hanno subito per mezzo di meccanismi di difesa di identificazione con colui o colei che commette la violenza, oppure cadono vittime di abuso di sostanze per manifestare la modalità di relazione affettiva avuta. Di fatto gli uomini al termine di una relazione sono più propensi ad utilizzare altri mezzi (abuso di sostanze) per continuare a mantenere la stessa modalità di rapporto mentre le donne sviluppano un modello maggiormente depressivo e non cercano altri “sostituti” affettivi (Guerreschi, 2011). La persona che soffre di Dipendenza Affettiva comporta delle differenze con coloro che soffrono di Disturbo di Personalità Dipendente, soprattutto per una concezione di maggiore autonomia nel provvedere a sé stesso, non si ha la necessità di essere accuditi e può avere un esordio a qualsiasi età, di fatto è necessario ricordare che non vi può essere un esordio di un Disturbo di Personalità in età adulta – anziana (Laboratorio di Psicologia Applicata, 2024). Ulteriori differenze di tipologia di relazioni disfunzionali potrebbero essere dovute al riflesso dei disturbi di personalità come: Borderline, Narcisistico o Dipendente; essi potrebbero sviluppare una dipendenza di tipo affettivo, ma solo come una delle tante possibili conseguenze del Disturbo di Personalità (diagnosi di co - morbilità) (Guerreschi, 2011, Agnelli, 2014).

### 1.3.2 Profili delle persone con Dipendenza Affettiva: co – dipendente

L’associazione americana “Dipendenti affettivi anonimi” (Love Addicted Anonymous, 2004 che sono stati riportati dal Ministero della Salute, 2022 e Guerreschi, 2011) ha delineato alcuni profili rilevanti delle persone con dipendenza affettiva:

- ◆ Dipendenza affettivo ossessivo: non riesce a distaccarsi dalla propria relazione, anche quando il partner non è emotivamente e sessualmente disponibile, incapace a comunicare, è distante, svalutante, abusante, egocentrico, egoista e magari anche dipendente da qualsiasi Addicitions;
- ◆ Dipendenza affettivo co - dipendente: il soggetto soffre di mancanza di autostima, hanno una prevedibilità nel pensare e nell’agire e cerca di trattenere con sé la persona che è dipendente, attuando azioni di cura eccessiva, di manipolazione con strategie passivo – aggressive o accettando abusi ed abbandoni. La persona che si rispecchia in questo profilo aspetta con ardore che le attenzioni date vengano ricambiante;

- ◆ Dipendenza dalla relazione: egli non è più innamorato del partner, ma non riesce a lasciarlo; essi solo estremamente infelici e spaventati dal cambiamento ed hanno una paura innata di rimanere soli per sempre;
- ◆ Dipendenza affettivo narcisista: il soggetto dipendente usa la seduzione e la dominanza per controllare il partner, il / la persona narcisista non lascia che qualcosa possa mettersi fra lui ed il suo benessere, non è minimamente preoccupato della relazione e di come essa si sviluppi. Infatti, la loro mancanza di autostima viene coperta dalla loro grandiosità. Mettono in atto comportamenti ambivalenti, infatti, pur di non far capire all'altro quanto in realtà tengano alla relazione appariranno freddi e distaccati, apparendo agli occhi degli altri come persone dipendenti. Però quando si trova di fronte alla minaccia di abbandono cerca di mantenere la relazione più stabile possibile, fino ad arrivare alla violenza;
- ◆ Dipendenza affettivo ambivalente: la persona dipendente ha un disturbo di personalità evitante - ansioso, che lo porta a cercare in modo spasmodico l'amore, ma allo stesso tempo ha il terrore dell'intimità che potrebbe sviluppare. Questa sua condizione lo spinge a cercare l'amore in persone che non sono disponibili oppure a interrompere le relazioni appena essere diventano intime e serie;
- ◆ Seduttore rifiutante: la persona dipendente ricerca un partner per ottenere affetto, compagnia e magari anche rapporti sessuali, poi nel momento in cui si sente insicuro, rifiuta il partner; il ciclo che mette in atto è creato da due fasi: disponibilità ed indisponibilità e si continua a ricreare;
- ◆ Dipendenza romantica: la persona dipendente è legata a più partner simultanei; riconosciuti in modo differente da quelli sessuali dato che il dipendente romantico instaura legami con tutti i suoi partner a differenti gradi di importanza e anche se le relazioni sono di breve durata o si sviluppano in modo simultaneo.

Un particolare profilo che si deve osservare, in questo contesto, è quello co - dipendente, o meglio, la condivisione della dipendenza. Dato che è l'unico profilo di persona dipendente che esplicita la necessità di una condivisione della dipendenza con un'altra persona. Il primo che parlò della co - dipendenza, fu Johnson nel 1973, la definì come una condizione manifestata da ogni disfunzione o sofferenza associata ad una focalizzazione su bisogni o comportamenti dell'Altro relazionale. Nei soggetti co - dipendenti si assiste ad un tentativo di esercitare un controllo quasi assoluto sul partner problematico, assumendo funzioni dell'Io dell'Altro. Biolcati e Pani lo definiscono come: "La debolezza dell'Io del co - dipendente è il prerequisito per comprendere la motivazione a coinvolgersi con un partner disfunzionale, mantenendo la relazione come unica modalità per sopravvivere" (2006, pag.19 - 20). Inizialmente la persona co - dipendente veniva associata unicamente ai familiari dei dipendenti o a coloro che vivendo accanto ad una persona che mostrava comportamenti di dipendenza,

mettevano in atto comportamenti che avevano come fine involontario quello di andare a rafforzare la dipendenza; di fatto venne osservato principalmente con le coppie di alcolisti e non alcolisti; poi con persone legate a soggetti emotivamente o mentalmente disturbati (Guerreschi, 2011). La persona co – dipendente viene descritta come un soggetto che non riesce in alcun modo a staccarsi dalla relazione con la persona dipendente, egli stesso è portato ad ammettere che è una relazione autodistruttiva ed insoddisfacente. Alla base di questa relazione vi è quasi sempre una mancanza di rispetto, incompatibilità dei progetti per la vita, che portano a bisogni e desideri che sono differenti e che quindi portano ad un'insoddisfazione reciproca. Nell'articolo di Agnelli (2014) sono presenti tre autori che danno una particolare visione della co – dipendenza: Subby (1987) evidenzia come le persone co – dipendenti hanno sperimentato in età infantile un ambiente familiare pieno di regole oppressive che gli hanno impedito di vivere e sperimentare le loro emozioni. Whitfield (1997) sottolinea come queste persone tendono a trascurare i propri bisogni per la relazione che li lega “malattia del Sé perduto”. Infine, Cermak (1986) ritiene che la forma di dipendenza che si instaura nei soggetti co – dipendenti è simile alle caratteristiche delle persone con il Disturbo di Personalità Borderline, per una diffusione di identità, vuoti cronici, impulsi e compulsioni. A livello di diagnosi non si è ancora arrivati alla decisione se questo specifico caso corrisponda ad una possibile comorbidità o ad una possibile variante della personalità della persona co – dipendente.

### 1.3.3 Il Disturbo di Personalità Dipendente nel DSM

In ambito clinico vi sono vari strumenti che vengono utilizzati ogni giorno per stilare valutazioni e diagnosi. Essi vengono categorizzati a seconda dell'orientamento e della fascia di età; il manuale più conosciuto ed usato è il DSM ovvero il Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali curato dall'APA. Il DSM ha visto una sua evoluzione da un modello psicodinamico, ad un modello multi-assiale per poi divenire un modello ibrido, con una concezione dimensionale. Il Disturbo di Personalità Dipendente viene trattato nel DSM 5 (APA, 2013) che viene definito come una situazione pervasiva di inibizione sociale, con sentimenti di inadeguatezza ed ipersensibilità al giudizio negativo, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti e presenta un'eccessiva necessità di essere accuditi, che determina un comportamento sottomesso, aggrappante e con paura di separazione. In modo controverso le persone che soffrono hanno paura di diventare o di sembrare più competenti, poiché credono che questo li conduca all'abbandono. I criteri sottoelencati sono quelli presenti al suo interno e per mantenere il concetto nomotetico del manuale vi devono essere quattro o più criteri all'interno della diagnosi per valutare una persona con Disturbo di Personalità Dipendente:

- ◆ Ha difficoltà a prendere le decisioni quotidiane senza un'eccessiva quantità di consigli e rassicurazioni da parte di altri;

- ◆ Ha bisogno che gli altri si assumano la responsabilità per la maggior parte dei settori della sua vita;
- ◆ Ha difficoltà ad esprimere disaccordo verso gli altri per timore di perdere supporto o approvazione (non includere realistici timori di punizione);
- ◆ Ha difficoltà ad iniziare progetti o a fare cose autonomamente (per una mancanza di fiducia nel proprio giudizio o nelle proprie capacità, piuttosto che per mancanza di motivazione o di energia);
- ◆ Può giungere a qualsiasi cosa pur di ottenere accudimento e supporto da altri, fino al punto di offrirsi per compiti spiacevoli;
- ◆ Si sente a disagio o indifeso/a quando è solo/a a causa dell'esagerato timore di essere incapace di prendersi cura di sé;
- ◆ Quando termina una relazione intima, cerca con urgenza un'altra relazione come fonte di accudimento e di supporto;
- ◆ Si preoccupa in modo non realistico di essere lasciato/a solo a prendersi cura di sé.

La letteratura su questo disturbo è principalmente descrittiva e presenta poche ricerche con validazioni a supporto di un particolare trattamento efficace. Dal momento che sono persone che apparentemente si "affidano totalmente" al clinico, possono essere considerate come pazienti ideali, ma è proprio la loro tendenza alla sottomissione e all'adesività che impedisce uno dei principali scopi della terapia: rendere la persona più autonoma e personalmente responsabile. Durante la psicoterapia bisogna prestare maggiormente attenzione a questi pazienti poiché potrebbero sviluppare una estrema dipendenza dallo stesso psicoterapeuta. Questo disturbo di personalità si evidenzia come maggiormente presente nelle donne. Con una presenza pari al: 13,0% - 15,0% nella popolazione clinica (Durand, Barlow & Hofman, 2023). Gli adolescenti che presentano questo Disturbo di Personalità sovente permettono ai genitori di scegliere su vari settori della vita, come ad esempio il vestiario, chi frequentare, come trascorrere il tempo libero o anche a quale facoltà universitaria iscriversi. Negli adulti la si osserva con una marcata dipendenza dal genitore o dall'altro partner e anche in questo caso le scelte vengono delegate e si spazia dal dove andare a vivere o anche quali amici si possono avere. Vi sono delle accortezze ovvero, che la diagnosi per questo Disturbo non dovrebbe essere affatto utilizzata con i bambini e con adolescenti. Inoltre, si devono sempre osservare i comportamenti attuati sia in relazione all'età, ma anche in relazione alla cultura di appartenenza. Di fatto, come per ogni altra diagnosi, si devono considerare i comportamenti in relazione all'eccesso rispetto alle norme culturali dell'individuo o poiché riflettono delle preoccupazioni non realistiche. La considerazione delle differenze culturali è essenziale poiché esse incoraggiano o meno alcuni comportamenti. Alcuni Disturbi di Personalità possono essere confusi con il Disturbo di Personalità Dipendente, ad esempio, il Disturbo di Personalità Borderline con il quale ha in comune il timore dell'abbandono solo che la persona dipendente risponde ponendosi in modo

ancora maggiormente passivo, mentre la persona borderline con rabbia, ostilità o vuoto emotivo; con il Disturbo di Personalità Istrionico per il bisogno eccessivo e compulsivo di rassicurazione, attenzione ed approvazione, apparendo quasi infantile e disinibito; infine, con il Disturbo di Personalità Evitante che ha in comune sentimenti di inadeguatezza, ipersensibilità alla critica e una continua necessità di rassicurazione; solo che coloro che presentano il Disturbo di Personalità Evitante evitano le relazioni, poiché possibili fonti di critiche. In generale si può affermare che molti individui manifestano tratti dipendenti di personalità. Ma solo quando essi diventano inflessibili, disadattivi, persistenti e causano una significativa compromissione funzionale o di disagio soggettivo, si può denotare il Disturbo di Personalità Dipendente. Questo particolare Disturbo di Personalità può essere diagnosticato in presenza di altre condizioni (co - morbilità), che possono avere differenti origini come condizioni mediche ed altre tipologie di Disturbo. Ovvero, Disturbo Post – Traumatico da Stress (conseguente ad abusi sessuali, ma non solo), Disturbo di Personalità Ossessivo – Compulsivo e con tutti i Disturbi del cluster C e spesso sono presenti altri tipi di Dipendenze (alcool, cibo, sesso, gioco d’azzardo, attività fisica), Disturbo Distimico, Disturbi Depressivi (sia Maggiore che Persistente), Disturbi da Panico, Disturbi dell’Umore, Agorafobia e Disturbi d’Ansia (Zimmerman, 2023; APA, 2013; Guerreschi, 2011).

#### 1.3.4 Perché la dipendenza è essenziale per noi?

Fino ad ora si è osservato esclusivamente la dipendenza sotto l’aspetto dell’eccesso, della sua condizione patologica, ma in realtà si deve osservare lo stesso costrutto sotto un punto di vista differente. Dato che la dipendenza di per sé non è un concetto puramente negativo e che in realtà è una caratteristica degli esseri umani e si presenta in relazione al contesto vissuto dal singolo e dalle circostanze relazionali nelle quali è inserito (Guerreschi, 2011). La dipendenza trova la sua forma positiva anche nelle teorie dello psicologo Maslow (1954) il quale osservò una serie di fattori essenziali rappresentabili in una piramide che raffigura i bisogni dell’uomo essi partono dai bisogni fisiologici (respirazione, alimentazione, sessualità, sonno), sicurezza (sicurezza fisica, occupazionale), appartenenza (amicizia, affetto ed intimità), fino a raggiungere la stima ed autorealizzazione (D’Alisio, 2016). Questo porta alla considerazione della dipendenza come funzione normale, ma trova la sua forma pura quando si tratta di iniziare una nuova relazione e si è nella fase più romantica e bella, ovvero la fase dell’innamoramento. Questo perché ha la funzione di creare la coppia e di far godere in modo sempre più profondo l’amore reciproco. Per mezzo della dipendenza funzionale, è possibile anche vedere come attaccamento e dipendenza siano due concetti che hanno alla base un unico denominatore, ovvero la capacità di stabilire dei legami (Gerhardt, 2006; Agnelli, 2014). La differenza è che l’attaccamento non viene vissuto come un ostacolo al distacco che si vive, al contrario della dipendenza, come si è visto. Ecco perché i concetti esposti fino ad ora non sono da considerarsi come argomenti differenti, dal momento che hanno origine nella fase più precoce della vita ovvero l’infanzia ed è per questo che crescendo, i bambini creano in modo continuo ed assiduo i legami che riflettono in modo

concreto il legame di attaccamento sperimentato durante la crescita (Guerreschi, 2011). La dipendenza oltre ad essere importante per la creazione della coppia è fondamentale nel momento in cui ci si deve relazionale con i bambini, poiché essi devono e sono dipendenti dal loro caregiver. Essi non sanno camminare, parlare, non sanno fare nulla, la loro intera esistenza dipende dall'Altro, dalla persona che sta sempre con loro e che ha il compito di nutrirli e proteggerli (Main, 2008). Inoltre, il caregiver ha la funzione di compiere un'azione di socializzazione primaria, ne ha parlato Rosati (2015) nel suo articolo citando, Habermas: *“Attraverso il processo di apprendimento chiamato socializzazione i soggetti potenzialmente capaci di agire interiorizzano gli orientamenti di valore e costituiscono le motivazioni che li mettono in grado di interpretare dei ruoli sociali”* (pp. 361). In questo caso la funzione di dipendenza è da considerarsi sana, necessaria per la nostra evoluzione, siamo programmati per nascere incapaci di affrontare il mondo nella sua interezza, poiché si necessita di un mediatore tra noi e la realtà, che ci possa comprendere ed aiutare a definire il mondo. La “pre - maturazione della nascita” definita in tale senso dai biologi è ciò che caratterizza l'essere umano. La lentezza nella maturazione e la neotenia (fenomeno per cui un organismo raggiunge la maturità sessuale conservando i caratteri giovanili, in conseguenza di fattori ambientali o genetici) (Definizione di Neotenia Treccani) (Cattaneo, 2020); sono fondamentali per la capacità di modellare le funzioni che si sviluppano nel corso della vita.

Della stessa corrente di pensiero fu Maria Montessori che lo difende profondamente affermando che le spiegazioni scientifiche sono da unire all'esperienze educative (setting, relazioni e ruolo delle varie figure educative). La ricerca neuroscientifica nei confronti della mente del bambino conferisce vigore all'idea; infatti, definisce i primi anni di vita come esperienze funzionali a livello sociale (Cattaneo, 2020). Atteggiarsi al bambino come essere pensante fa in modo che il suo cervello e la sua personalità si possano sviluppare e portare di conseguenza ad una maturazione della sua coscienza e di un Sé diverso dal Sé del caregiver. Questo è importante anche nelle azioni di rispecchiamento, ovvero la capacità del caregiver di accogliere l'emotività che il bambino trasmette con la sua espressione facciale, di sintonizzarsi con essa, di integrarla nella rappresentazione mentale del caregiver ha dell'oggetto che il bambino le comunica, dandole senso, per poi ridarla, elaborata attraverso il suo volto. Il rispecchiamento è solo una delle funzioni fondamentali per la formulazione di un'iniziale senso di Sé ed è la base da cui partire per creare relazioni sane con gli altri. Nei bambini si sviluppano altre funzioni cognitive superiori che sono fondamentali per la riuscita della formazione del bambino ovvero la mentalizzazione (vedere 1.1). Queste osservazioni vennero altresì compiute da un'altra psicologa già citata ovvero Mary Main, la quale lo definì come un monitoraggio metacognitivo; ma si possono citare anche altri noti psicologi che sostengono questa tesi ovvero lo stesso Bowlby, Winnicott e Bion. Per concludere l'importanza della dipendenza e del caregiver è importante citare l'essenzialità del tatto. Esso venne osservato da René Spitz ed il libro “Dialoghi dall'infanzia” (2000). Infatti, all'inizio del XX secolo si osservò un tasso sempre maggiore di mortalità infantile soprattutto in America, Baltimora.

Scoprendo che solo il 10% dei bambini che sopravviveva a lungo termine comportava, senza eccezioni, dei disturbi psichiatrici, disturbi asociali, di delinquenza e psicotici. Negli studi condotti in questo ambito hanno portato alla luce che vi era una maggiore suscettibilità alle infezioni, anche in ambienti sterilizzati e con standard igienici sempre maggiori nelle strutture. Scoprendo che dopo gli otto mesi di vita si aveva un'emersione di gravi disturbi psichiatrici. Al termine degli studi si osservarono due particolari fattori, ovvero: la mancanza di stimolazione e l'assenza della madre, in generale il caregiver. Infatti, nel primo caso gli istituti che presentavano maggiore igiene erano anche quelli in cui i bambini erano nelle peggiori condizioni. Mentre nel secondo caso la stimolazione del caregiver è percepita sempre come più intensa di quella di uno staff. Da queste osservazioni nacque il termine ospedalismo, ovvero la condizione corporea viziata, che è dovuta ad un soggiorno prolungato in un ospedale o la condizione morbosa dell'atmosfera caratterizzata dall'ambiente sterile stesso. In termini più generali si è riscontrato che essi soffrivano di una deprivazione emotiva, dato che i pediatri vedevano i sintomi come collegati alla sindrome di ospedalizzazione e non come effetti dell'isolamento e della carenza del contatto (Campelo, 2021). Di fatto, con il tempo venne adottato per indicare gli effetti nocivi che provoca la vita in istituto sui bambini molto piccoli.

Per concludere tutto ciò che è stato osservato in questo capitolo è di fondamentale importanza per comprendere in modo più specifico il prossimo argomento, dove si potrà vedere una possibile risultante dell'attaccamento e della dipendenza.

## CAPITOLO 2

### DALLA TEORIA ALLA VITA REALE

Il presente capitolo si pone l'intento di analizzare, come i meccanismi illustrati nel precedente capitolo si concretizzano in alcuni quadri clinici: la Sindrome di Stoccolma e la Sindrome di Lima. Oltre, alla loro storia, i meccanismi di protezione attuati per la modifica della relazione ed ulteriori specificità. Tali sindromi sono caratterizzate per l'evidenza di pattern comportamenti e/o psicologici che risultano, essere " clinicamente significativi" ma non invalidanti, a tal punto da essere definite disturbi. Le alterazioni delle funzioni non sono solo valutate in relazione ai parametri biologici, ma devono essere clinicamente compromessi anche i parametri amicali, relazionali e di lavoro.

#### 2.1 Sindromi dovute allo stress di limitazione della libertà

Le sindromi che si andranno ad analizzare sono iscritte in un quadro clinico molto più ampio. In generale ci si è trovati di fronte alla necessità di osservare le situazioni, in cui l'essere costretti a vivere in certi ambienti contro la propria volontà, può portare a reazioni psicologiche e patologiche di varia tipologia, con differente gravità. Esse sono definite, *sindromi reattive alla carcerazione* dal momento, che l'ambiente e l'esperienza vissuta sono le cause delle sindromi. Nel libro di Monzani e Bugini (2023) si può osservare una classificazione di talune sindromi creata da Carlo Serra (2003):

- ◆ Sindrome persecutoria: caratterizzata da sospettosità, atteggiamento guardingo, aspettative di danno, tendenza a sentirsi ostacolato, insultato, minacciato. Le presenti caratteristiche possono essere associate ad un disturbo di tipo paranoide;

- ◆ **Sindrome di innocenza:** caratterizzata da una continua negazione della propria responsabilità. Infatti, in questo caso l'autore del reato inizialmente potrebbe confessare una versione senza omissioni, affermando anche le sue stesse colpe. Mentre in un secondo momento potrebbe ritrattare e a modificare alcune parti che riguardano le sue azioni deleterie. In questo caso abbiamo dei forti meccanismi di difesa che sono la minimizzazione, razionalizzazione, proiezione, ecc... Soprattutto perché il soggetto si sente giustificato, quando non è del tutto obbligato ad eseguire il delitto, questo gli permette di pensare che in fondo non è proprio una cattiva persona, almeno non del tutto;
- ◆ **Sindrome dell'amnistia o della grazia:** caratterizzata da una speranza ferrea di ottenere una riduzione del periodo di detenzione, si ha una forte convinzione che la situazione non sia adeguata a lui e quindi spera in una condizione sempre più bella. Questa sindrome provoca episodi depressivi autolesionistici;
- ◆ **Sindrome di isolamento e privazione sensoriale:** caratterizzata da tentativi di far trascorrere il tempo senza annoiarsi (scrivere, cantare, disegnare, contare...). Si possono avere degli stati di irrequietezza, irritabilità, ostilità, persino attività allucinatoria con spunti deliranti e sensazione di depersonalizzazione e disturbi somatici;
- ◆ **Sindrome del guerriero:** caratterizzata dalle persone che “non hanno nulla da perdere”, sono quelle persone che sono condannate a lunghe pene, che reagiscono in modo eccessivo e con aggressività contro qualsiasi persona o azione mossa nei loro confronti che non trovano adeguata. Tali soggetti utilizzano una manipolazione narcisistica per affermare il loro dominio sugli altri;
- ◆ **Sindrome da congelamento:** caratterizzata dai soggetti che rimangono immobili, inerti, che preferiscono il “non fare nulla”, avviene soprattutto nei primi momenti in cui il soggetto entra in carcere, Questa sindrome porta con sé un blocco di idee, di azioni e nei casi più gravi anche fenomeni di onirismo ed una forte forma di confusione mentale;
- ◆ **Sindrome motoria:** caratterizzata da gravi episodi di aggressività, molte volte anche immotivati o inadeguati alla situazione. I comportamenti aggressività si manifestano in modo motorio come attacchi epilettici o crisi isteriche, fino a giungere a delle azioni di autolesionismo.

Tutte le sindromi citate hanno in comune, l'azione di carcerazione e di azioni che molte volte non sono conformi allo stimolo. L'ambiente influenza in modo considerevole le azioni e i comportamenti dei soggetti, in questo caso, si può citare tutta quella branca della psicologia che ritiene che l'ambiente sia fondamentale per lo sviluppo e per la struttura stessa dell'individuo. Questo specifico pensiero lo si può vedere in modo amplificato nella:

## 2.2 La sindrome di Stoccolma

*“E’ come se assecondassi tutto ciò che loro mi dicevano... E in quel modo forse, più mi rendevo vicino al loro modus operandi, a quello che loro pensavano, e più forse pensavo di essere rpotetto. Non ci si uccide da trani, no?”*

Parole di un ostaggio del 1973 (Monzani e Bugini, 2023, pag. 153)

Esso è un fenomeno particolare, molto complesso, che può essere definito come “legame traumatico” o “legame terroristico” (Palermo, 2020). Non rientra in nessun sistema internazionale di classificazione psichiatrica. Questo poiché la Sindrome di Stoccolma presenta molte caratteristiche comuni al legame traumatico (Dipendenza) e al Disturbo Post Traumatico da Stress. Oltre alla principale motivazione, ovvero che è una sindrome molto rara e riguarda molto spesso un settore che deve nascondere i dati sensibili, ovvero l’esercito e i soldati fatti prigionieri. Anche se non esiste una diagnosi condivisa, viene utilizzata come modo clinico per spiegare, un certo tipo di manifestazioni comportamentali rari e peculiari nelle vittime di rapimento. Ma prima di parlare delle conseguenze è doveroso affrontare la storia del perché si chiama “di Stoccolma”. Il tutto ebbe inizio venerdì 23 agosto 1973, alle 10.15 quando Jan Erik Olsson uno scassinatore evaso di carcere, di 32 anni, decise di compiere una rapina con il suo ex compagno di cella Clark Olofsson, di 26 anni. Il tutto di svolse nella sede della Sveriges Kreditback di Stoccolma, per compiere una rapina. Ma come in un film, ben presto si trasformò in un sequestro di persona. Essi presero come ostaggi quattro impiegati tra i 21 e 31 anni; essi vennero tenuti sotto tiro dai rapinatori per ben 131 ore, nel caveau della banca di 11 x 47 piedi, ricoperto da moquette (Strentz, 1980). Al termine delle trattative e quindi della liberazione degli ostaggi, la polizia notò che i prigionieri invece di essere felici o sollevati dalla loro cessazione di ostaggi, mostravano emozioni negative verso coloro che li avevano liberati, mentre le emozioni era quasi positive per i rapinatori. Questo strano modo di provare sentimenti era stato reso noto in una chiamata fatta al Primo Ministro Olaf Palme, nella quale uno degli ostaggi gli aveva detto: *“I ladri ci stanno proteggendo dalla polizia”*. Nelle settimane successive a questo evento traumatico, le vittime vivevano la lontananza con i rapinatori con uno stato di profonda angoscia e dolore, affermando che essi si erano affezionati ai sequestratori, addirittura che gli avevano ridato la vitalità che avevano perso. Inoltre, per completare il paradosso, durante il processo gli stessi ostaggi chiesero al giudice di non condannare i sequestratori, rifiutandosi addirittura di testimoniare. Secondo alcuni rapporti, una vittima arrivò a sposare uno dei sequestratori. Al termine di questa controversa situazione, venne coniato il termine di Sindrome di Stoccolma da uno psicologo e criminologo: Nils Bejerot (Della Rocca, 2022). Anche se venne utilizzato per la prima volta da Conrad Hassel, un’agente speciale dell’FBI dopo l’evento. (Monzani e Bugini, 2023; Biagini, Marasco, Vargas e Zenobi, 2010; Foglia, 2003).

Per dimostrare che non fu solo un caso isolato, l'anno dopo avvenne un altro caso simile. Patricia Campbell Hearts venne rapita il 4 febbraio del 1974 all'età di ventidue anni dall'esercito di Liberazione Simbionese (SLA). Essi erano un gruppo di fanatici che lottavano contro il capitalismo. Dopo due mesi, ella venne rilasciata per mezzo di un riscatto. Ma non tornò mai a casa, al contrario iniziò ad essere simpatizzante per il l'esercito Simbionese, unendosi alle loro file. Dopo alcune rapine in banca ed attacchi mirati, venne arrestata il 18 settembre del 1975. Durante il processo il suo avvocato difensore affermò che le era stato fatto il "lavaggio del cervello" e che era vittima della Sindrome di Stoccolma (RaiNews, 2014; Biagini, Marasco, Vargas e Zenobi, 2010).

### 2.2.1 Fattori importanti nella Sindrome di Stoccolma

Secondo la letteratura e gli studi scientifici (Biagini, Marasco, Vargas e Zenobi, 2010; Palermo, 2020; Teggi, 2022; Monzani e Bugini, 2023), la sindrome di Stoccolma, si articola in differenti fasi:

- ◆ Sentimenti positivi degli ostaggi verso i sequestratori;
- ◆ Sentimenti negativi degli ostaggi verso la polizia o anche altri fonti di autorità riconosciute;
- ◆ Reciprocità dei sentimenti positivi da parte dei sequestratori nei confronti dei prigionieri.

La sindrome di Stoccolma ha un'importante variabile che deve essere tenuta in considerazione ovvero il tempo. Esso è essenziale per determinare se il legame che si sviluppa sarà positivo o negativo anche a seconda delle interazioni tra ostaggi e sequestratori. Questo però non deve far pensare che più tempo passi maggiore è la probabilità che si sviluppi un legame di tipo affettivo. Ma non è così, di fatto la Sindrome di Stoccolma ha maggiore impatto se la durata è breve. Il fattore che deve incidere sul tempo è la qualità della relazione, che non deve fermarsi unicamente alla semplice conoscenza ma deve presentare una profonda interazione e scambio tra le due parti. L'azione positiva nasce solo nel momento in cui non sono presenti esperienze negative; come azioni di violenza, violenza sessuale, abusi fisici o psicologici. Dal momento che vi sono delle caratteristiche che ne determinano la sua attuazione, si può andare a compiere anche un parallelismo con un Disturbo, molto più studiato e comune. Ovvero:

### 2.2.2 Disturbo Post Traumatico da Stress

Il Disturbo Post Traumatico da Stress si può riscontrare nelle persone che hanno vissuto direttamente o indirettamente una situazione stressante e/o traumatica. L'evento traumatico ovvero il trauma può essere tale in due differenti modi a seconda del manuale di riferimento. Per quanto riguarda il DSM – IV verrà trattato successivamente mentre l'ICD - 10 (1990) lo definisce come "un evento o situazione stressante (di breve o di lunga durata) di natura eccezionalmente minacciosa o catastrofica, in grado di provocare diffuso malessere in quasi tutte le persone" (Borzi e Montano, 2019). L'utilizzo delle parole

“in quasi tutte le persone” serve per ricordare che non tutte le persone sviluppano un Disturbo Post – Traumatico da Stress. Mentre se si osserva il trauma nel DSM – 5 esso viene inteso come una revisione del criterio A del PTSD e comprende: un’esperienza diretta, l’assistere ad un evento traumatico accaduto ad altri, il venire a conoscenza di un evento traumatico accaduto ad una persona con cui si ha una relazione intima ed estrema o ripetuta esposizione a dettagli accurati dell’evento come i primi soccorritori (Borzi e Montano, 2019). Il Disturbo Post Traumatico da Stress lo si può legare alla Sindrome di Stoccolma poiché viene vista come una sua diretta conseguenza, di fatto le persone che hanno sofferto della Sindrome di Stoccolma possono riportare degli effetti presenti, descritti e diagnosticati nel disturbo in questione. Gli avvenimenti che possono essere causa di questa patologia sono d’origine naturale (uragani, terremoti, maremoti ed eruzioni) o causati dall’uomo (situazioni belliche, violenze sessuali o sequestri di persona, contatto sessuale abusivo, attacco terroristico). I principali fattori che concorrono alla costruzione del disturbo sono: esposizione al trauma (vicinanza fisica all’evento, più la persona è vicina al fulcro dell’evento più ha probabilità di sviluppare il disturbo, anche se giocano un importante ruolo i fattori di gravità, durata e coinvolgimento emozionale), caratteristiche individuali (età, genere, fase evolutiva dello sviluppo, struttura della personalità, storia personale, sviluppo cognitivo e salute fisica), familiari (sostegno familiare, appoggio emozionale) e i fattori sociali (condizione sociale ed economica che segna in modo profondo la salute fisica e mentale) (Albiol, Cicognani e Occhi, 2007).

Per poter parlare del Disturbo Post Traumatico da Stress si devono osservare differenti sintomi, di seguito verranno riportati i criteri diagnostici del DSM 5 (APA, 2013):

- ◆ Esposizione a morte reale o minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale uno o più dei seguenti modi: esperienza diretta dell’evento traumatico, assistere all’evento traumatico accaduto ad altri, venire a conoscenza di un evento traumatico accaduto ad un membro della famiglia o ad un amico stretto, fare esperienza ripetuta o estrema esposizione a dettagli crudi dell’evento traumatico (primi soccorritori, agenti di polizia e soldati o civili che sono esposti agli eventi bellici);
- ◆ Presenza di uno o più dei sintomi intrusivi associati all’evento traumatico che hanno inizio solo dopo l’evento traumatico: ricorrenti, involontari ed intrusivi ricorsi, sogni ricorrenti in cui il contenuto e / o le emozioni sono collegati all’evento, reazioni dissociative in cui il soggetto sente o agisce come se l’evento traumatico si stesse presentando nuovamente (le azioni possono essere presenti anche in un continuum, con l’espressione estrema caratterizzata da una perdita della consapevolezza dell’ambiente esterno), intensa o prolungata sofferenza psicologica all’esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che assomigliano all’evento traumatico e

marcate reazioni fisiologiche a fattori scatenanti interni o esterni che assomigliano in qualche modo all'evento traumatico;

- ◆ Evitamento persistente degli stimoli associati all'evento traumatico, iniziato dopo l'evento traumatico: evitamento o tentativi di evitare ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o associati all'evento traumatico, evitamento tentativi di evitare fattori esterni (persone, luoghi, oggetti e situazioni) che suscitano ricordi spiacevoli pensieri o sentimenti legati all'evento traumatico;
- ◆ Alterazioni negative di pensieri ed emozioni associate all'evento traumatico, iniziate o peggiorate dopo l'evento traumatico: incapacità di ricordare qualche aspetto importante dell'evento traumatico, tipicamente conosciuto come amnesia dissociativa e non associati ad altri fattori come traumi o abuso di alcol o droghe, persistenti ed esagerate convinzioni o aspettative negative relativi a se stessi, persistenti e pensieri distorti relativi alla causa o alle conseguenze relative all'evento traumatico, marcata riduzione di interesse o partecipazione ad attività significative, sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri, persiste incapacità di provare emozioni positive;
- ◆ Marcate alterazioni dell'arousal e della reattività associate all'evento traumatico, iniziate a peggiorare dopo l'evento traumatico: comportamento irritabile ed esplosioni di rabbia (con minima o nessuna provocazione) tipicamente espressi con aggressione verbale o fisica nei confronti di persone od oggetti (come gridare contro le persone o distruggere oggetti), comportamento spericolato o autodistruttivo (come una guida pericolosa, uso eccessivo di alcol e droghe varie), iper - vigilanza (aumento della sensibilità alle possibili minacce sia collegate che non collegate all'evento traumatico), esagerate risposte di allarme (come sussultare a rumori forti ed improvvisi), problemi di concentrazione e difficoltà relative al sonno (nell'addormentarsi, nel rimanere addormentati o un sonno che non è riposante);
- ◆ La durata delle alterazioni superiore a 1 mese;
- ◆ L'alterazione provoca disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o altre aree;
- ◆ L'alterazione non è attribuzione agli effetti fisiologici di una sostanza o un'altra condizione medica.

A volte possono essere anche presenti sintomi differenti che devono essere specificati all'interno della diagnosi che sono i sintomi dissociativi che possono essere caratterizzati da due criteri differenti: depersonalizzazione (persistenti o ricorrenti esperienze di sentirsi distaccato, come se si fosse un osservatore esterno dei propri processi mentali o dal proprio corpo) e derealizzazione (persistenti o ricorrenti esperienze di irrealtà dell'ambiente circostante) (APA, 2013).

Quando si tratta il Disturbo Post Traumatico da Stress si deve osservare anche la componente neuronale che è decisamente importante. Le informazioni riportate sono tratte da Bremner (2006). Le regioni del cervello che sono importanti per questo disturbo sono l'ippocampo, l'amigdala e la corteccia prefrontale mediale. A livello ormonale sono implicati maggiormente il cortisolo e la norepinefrina (prodotti in relazione allo stress). Il sistema di asse di librazione corticotropina e l'ipotalamo con l'ipofisi surrenale svolgono un ruolo importante per la risposta data allo stress. La prima struttura agisce in modo centrale per mediare i comportamenti legati alla paura ed innescare delle risposte neurochimiche per lo stress. Inoltre, permette di aumentare i comportamenti di allerta e di vigilanza. Condotti degli accertamenti si sono viste delle alterazioni nella funzione di memoria dopo l'evento traumatico, soprattutto la zona dell'ippocampo che diviene molto sensibile agli effetti dello stress (di fatti subisce una notevole riduzione fisica). Inoltre, l'esposizione stessa ad un ricordo traumatico causa un rilascio potenziato di cortisolo nel Disturbo Post Traumatico da Stress. Infine, vi sono delle anomalie localizzate nella corteccia frontale anteriore e nel lobo temporale (emisfero sinistro).

Vi possono essere alcuni interventi per ridurre e prevenire l'incidenza di disordini psichiatrici. Per la prevenzione si utilizza sia la prevenzione primaria, che include selezione, preparazione e training per gli individui che rischiano maggiormente di essere esposti ad eventi traumatizzanti. Anche perché non tutte le persone che hanno subito un trauma sviluppano un disturbo post – traumatico, anche perché i fattori protettivi del singolo aumentano la capacità di far fronte al trauma. La prevenzione secondaria consente di usare tecniche psicologiche applicate, nell'istante successivo l'evento stressante. Ovvero, si ha una modalità di intervento che ha lo scopo di evitare che si instauri un vero e proprio disturbo. Le principali tecniche che vengono usate sono: il debriefing, terapie evidence – based, terapia cognitivo – comportamentali e cognitiva (Albiol, Cicognani e Occhi, 2007).

### 2.2.3 Motivazioni legate alla Sindrome di Stoccolma

Nel libro di Monzani e Bugini (2023) è possibile trovare una motivazione legata all'insorgenza della Sindrome di Stoccolma. In prima battuta si è presa in considerazione la teoria psicoanalitica, soprattutto la parte legata ai meccanismi di difesa di Sigmund ed Anna Freud. Infatti, l'ostaggio non risponderebbe alla relazione con il rapitore in modo cosciente, ovvero con il fine di salvarsi, ma il tutto avverrebbe in modo inconscio. Dal momento che il Sé è minacciato, l'Io si deve adattare alla situazione di stress e consentire alla personalità di continuare a funzionare anche in momenti stressanti, dolorose. I meccanismi di difesa che vengono introdotti più frequentemente sono di tipologia aggressiva con un comportamento meno maturo di quello che si ha e che molto spesso è quasi irrealistico. Infatti, questi comportamenti possono essere identificati con il meccanismo di difesa conosciuto come dell'*identificazione con l'aggressore*, nel quale l'Io dell'ostaggio si identifica alla persona che le

trasmette ansia, paura e che l'aggrede, assumendone i suoi comportamenti ed atteggiamenti (apprendimento imitativo). Secondo Hall (1954) (citato all'interno del libro), l'identificazione in questo caso avrebbe per mezzo della paura e non dall'amore. Molto simile si potrebbe ipotizzare anche il meccanismo di difesa dell'*introiezione* che permette di introiettare i valori e le norme altrui, questo vale anche quando essi sono contro quello a cui crede la persona stessa, come nel caso della vittima e del carnefice. Infine, abbiamo anche il meccanismo di *regressione*, nel quale l'ostaggio diventa come un neonato: piange per la sua libertà, per mangiare e per bere, ma non può parlare o non riesce a parlare ed è costretto al rimanere fermo, immobile. Il neonato/vittima è dipendente dal suo carnefice ed inoltre si sente minacciato dal mondo esterno che in questo caso sono le forze dell'ordine ad esempio. Infatti, il comportamento adottato da neonato lo utilizza anche in questa relazione particolare. L'ostaggio a questo punto inizia ad immedesimarsi con l'aggressore perché lo inizia a vedere come "una persona" con un problema comune ovvero: uscire, essere liberi di vivere la propria vita. Mentre vede la presenza della polizia come un ostacolo. "A un certo punto abbiamo iniziato ad odiare la Polizia e a pensare che se la Polizia non fosse stata lì fuori noi saremmo liberi" parole di un prigioniero (Monzani e Bugini, 2023, pag. 153) questo comporta un legame positivo tra vittima e sequestratore.

La seconda teoria che viene presa in osservazione è il paradigma della *Dipendenza*: "Modalità relazione in cui un soggetto si rivolge continuamente agli altri per essere aiutato, guidato, sostenuto. L'individuo dipendente, avendo una scarsa fiducia in sé stesso, fonda la propria autostima sull'approvazione e sulla rassicurazione altrui ed è incapace di prendere decisioni senza un incoraggiamento esterno" (Galimberti, 2004, p. 96). L'ostaggio sa che la sua vita è nelle mani del carnefice, quindi, sa che se verrà risparmiato avrà un profondo senso di gratitudine nei confronti del suo sequestratore. Inoltre, il concetto di dipendenza potrebbe collegarsi al meccanismo di difesa della regressione, dal momento che il sequestratore controlla elementi essenziali per la sopravvivenza della vittima come cibo ed acqua che alla fine sono dei rinforzi positivi che vengono creati dal carceriere. Alcuni autori pensano anche ad una dissonanza cognitiva per cui le vittime modellano informazioni contraddittorie, che creerebbero delle contraddizioni a livello emotivo; quindi, cercano di giustificare il proprio comportamento (Monzani e Bugini, 2023).

#### 2.2.4 Perché non sempre si manifesta?

La Sindrome di Stoccolma non sempre si sviluppa, non avendo delle affermazioni certe e concrete non si possono dire quali siano i fattori di rischio o di protezione per la persona stessa (Biagini, Marasco, Vargas e Zenobi, 2010). Si può affermare unicamente che i rari casi di vittime che non hanno manifestato questa particolare sindrome sono definiti come persone con una forte personalità, con forti convinzioni morali e che sono sempre riusciti a mantenere la propria identità ed un rapporto affettivo e

di fiducia nei confronti della realtà esterna. Si pensa che la Sindrome di Stoccolma si presenti in modo inferiore nei casi in cui il soggetto sa che il sequestro di persona potrebbe avvenire; quindi, la rapidità e l'essere un evento non programmato sarebbero altri fattori che causerebbero lo sviluppo di emergenza psichica che favorirebbe le dinamiche per un perfetto innesco per la Sindrome (Foglia, 2003). La manifestazione o meno della Sindrome si potrebbe anche riscontrare in un'altra motivazione che risiede nella tipologia della vittima; infatti, negli ultimi anni si sono compiuti degli studi sempre maggiori sulla vittima e sulla relazione che instaura con il proprio carnefice, la disciplina prende il nome di vittimologia (Definizione di vittimologia, Treccani). Di fatto alcune volte, le vittime possono essere suddivise in differenti categorie nel momento che si trovano di fronte alla giustizia, infatti possono modificare la realtà dei fatti e questo non le rende dei soggetti unicamente passivi. La vittima per definizione viene intesa come una persona che soffre, la cui condizione esistenziale è ben lontana dalla possibilità di gioire della sua vita e della sua stessa condizione. L'etiologia della parola si può osservare all'interno di due verbi latini: vincere (persone che è legata, che non può fuggire) e vincere (condizione chi è nella disposizione del vincitore, lo sconfitto). Entrambi i verbi rimandano all'impossibilità di sottrarsi al proprio destino; quindi, di soccombere nonostante gli sforzi. (Bracalenti, 2022). Sono state analizzate le differenti tipologie di vittima in relazione alle loro testimonianze sia per coloro che mento in modo consapevole o meno (Monzani e Bugini, 2011):

- ◆ Vittime reali: in questa categoria si possono trovare:
  - ◆ vittime fortuite: coloro che sono colpite e danneggiate da eventi naturali;
  - ◆ vittime fungibili – accidentali: che non presentano alcuna relazione con l'autore del reato; infatti, il termine fungibile sottolinea la sua sostituibilità all'interno della relazione. Rientrano in questa categoria le persone che vengono uccise o danneggiate a scopo dimostrativo o come effetto collaterale come nell'iniziativa terroristica o anche frodi del commercio;
  - ◆ vittime non fungibili: che presentano in modo concreto un forte legame con il proprio carnefice. Ulteriore divisione sono le vittime selezionate e partecipanti. Quest'ultime possono entrare nella relazione con il proprio carnefice per impudenza (arrecano il danno per mancanza di accortezza), alternative (entrano di proprio iniziativa in un certo contesto), provocatrici (dopo una loro prima aggressione passano in un ruolo vittimizzante) e volontarie (decidono loro di entrare nella relazione);
- ◆ Vittime false / in – credibili: in questa categoria si possono trovare tutte le vittime che non riferiscono le circostanze degli eventi per come si sono svolti, le prime due riportano eventi che non sono accaduti, mentre le ultime due al contrario negano tutto ciò che è avvenuto:
  - ◆ vittime simulatrici: sono le vittime che affermano di aver subito una violenza o un reato di qualsiasi tipi anche se in realtà stanno mentendo e ne sono consapevoli; infatti,

solitamente queste vittime mettono in atto questo comportamento per vendetta, ricatto fino al reato di calunnia di fatto molte volte compie questo inganno per un ritorno economico;

- ◆ vittime immaginarie: coloro che non sono consapevoli di mentire per differenti motivi di solito è dettato da una psicopatologia o da un'immaturità psichica; di fatto a differenza della vittima simulatrice non è consapevole del suo mentire, dal momento che non fa parte di un piano definito precedentemente e il suo unico scopo è quello di rivendicare il suo status di vittima;
- ◆ vittime negatrici: sono le vittime che riferiscono di non aver subito un reato, anche se in realtà esso è accaduto, e sono nella convinzione di star affermando il vero. Vanno a negare la realtà sia negando il fatto in sé (non ho mai avuto una relazione con quella persona) e negano il significato del fatto (ho avuto una discussione accesa con quella persona, ma non è una violenza perché non ha avuto segni evidenti delle mie percussioni). Essa va a negare sia all'esterno sia all'interno il reato;
- ◆ vittime dissimulatrici: sono le vittime che negano il reato ma solo alle persone esterne; quindi, loro sono consapevoli del reato che hanno subito, ma ogni volta che ne parla a terzi lo nega e non importa che rilevanza abbiano essi per la vittima o per la società, nega sempre (Monzani e Bugini, 2023).

Le tipologie di vittima viste possono essere poste tutte all'interno della relazione che è la Sindrome di Stoccolma. Se dovesse essere presente la vittima negatrice, si dovrebbe tenere presente che non vi sono delle conseguenze legate alla possibile vittimizzazione, dato che non esiste. La conseguenza che si osserva è la mancata consapevolezza dei soggetti in relazione al vissuto traumatico. Di fatto questa situazione si può sviluppare anche nei sequestratori. Mentre se si trova una vittima dissimulatrice la situazione che si crea è legata maggiormente ai concetti di menzogna ed inganno e non in ambiti di conoscenza e di consapevolezza (Monzani e Bugini, 2023).

#### 2.2.5 Trasformazione dell'immagine del sequestratore dal punto di vista della vittima: prima, durante e post la relazione

Nella vittima, per potersi sviluppare i comportamenti tipici della Sindrome di Stoccolma, devono prendere forma dei cambiamenti relativi alla rappresentazione che ha del sequestratore (Monzani e Bugini, 2023). Il cambiamento avviene in varie fasi della relazione, nella prima fase avviene:

- ◆ Trasformazione del sequestratore come risorsa vitale alla propria esistenza: la vittima percepisce il suo carnefice come una figura indispensabile per il suo benessere. In questo caso

dobbiamo tenere in considerazione, il modello di dipendenza, soprattutto quello di dipendenza affettiva, argomento già trattato;

- ◆ Eliminazione delle possibilità alternative rispetto al comportamento violento subito: comprende tutti quei comportamenti che ci si potrebbe aspettare che la vittima metta in atto, come il denunciare o il sottrarsi alla relazione malata che ha con il proprio carnefice ma che alla fine non compie. Questo è dovuto al fatto che la vittima vede le situazioni alternative come peggiori, soprattutto perché non sa che cosa può riservare il futuro mentre una continua situazione di abuso crea delle dinamiche conosciute e “controllabili”.

Durante l’evento: nel caso della Sindrome di Stoccolma si è già reso noto come il tempo sia un fattore quasi determinante per lo sviluppo della relazione.

Dopo l’evento: anche in questo caso si andranno a mettere in atto dei meccanismi di difesa, che operano al di fuori della coscienza ed hanno il compito di deformare in modo minore la realtà stessa che ha vissuto la vittima. I meccanismi di difesa che vengono messi in atto sono innumerevoli, ma verranno riportati solo alcuni con approfondimenti di Gabbard (2007):

- ◆ Negazione: utilizzato quando il fatto risulta inaccettabile ed insopportabile, viene appunto negato come se non fosse accaduto. Nella Sindrome di Stoccolma il sequestratore viene visto come “buono” dalla vittima anche quando il sequestro è terminato. Viene osservato nel comportamento della *vittima negatrice*;
- ◆ Idealizzazione: utilizzato dalla vittima quando inizia ad attribuire al proprio carnefice caratteristiche di perfezione o quasi perfezione per evitare ansie o sentimenti negativi come disprezzo e rabbia. Il meccanismo di difesa appartiene alle difese primitive;
- ◆ Razionalizzazione: quando la vittima cerca di giustificare per mezzo di ragionamenti complessi, forzati e/o credenze che tutto ciò che ha subito sia in realtà colpa sua che deve essere per forza un costrutto socialmente accettato, dal momento che prova un senso di colpa e vergogna scarsamente sostenibile. Al contrario questo messianismo di difesa appartiene alle difese ad alto livello (nevrotiche).

#### 2.2.6 Trasformazione dell’immagine della vittima dal punto di vista del sequestratore: prima, durante e post la relazione

Nel sottoparagrafo precedente si sono analizzati i meccanismi che compie la vittima nei confronti del sequestratore per poter convivere con sé stessa. Ma le trasformazioni messe in atto riguardano anche il punto di vista del sequestratore. Esse riguardano tutto il percorso della relazione. La fase prima e durante l’evento sono da considerarsi simili a quelle osservate precedentemente. Al contrario differisce unicamente l’ultima fase: quella del “dopo”.

Secondo Monzani e Bugini (2023), l'autore dopo aver commesso il reato cerca di cambiare l'immagine che ha della vittima mediante l'impiego di alcuni meccanismi. Essi vengono attuati in modo indipendente dalle strategie che servirebbero al reo per poter avere una riduzione della pena durante il processo. Infatti, i primi hanno come fine quello di proteggere la persona dalle sue stesse azioni. I secondi servono per illudere coloro che li interrogano per avere una riduzione della pena; quest'ultimi verranno osservati nel terzo capitolo. I meccanismi di difesa maggiormente utilizzati sono: proiezione, negazione, idealizzazione ("Non mi rendo conto di come abbia potuto ucciderla è come se non fossi stato io ad averlo fatto") e spostamento ("Non sono stato io, sono state altre persone").

### 2.2.7 Disimpegno Morale

Il disimpegno morale è un'azione che viene utilizzata molto spesso dalle persone che commettono reati per cercare di proteggersi dalle loro stesse azioni. Il costrutto preso come base scientifica venne studiato da uno psicologo contemporaneo, Albert Bandura (1925 – 2021) che ha basato le sue ricerche sull'apprendimento sociale, sull'autoefficacia e sul disimpegno morale (dal 1977), chiedendosi come mai le persone che compiono atti orribili riescono in qualche modo a mantenere una loro integrità e continuando a pensare di essere delle brave e buone persone e in generale come la persona riesce a compiere atti violenti su altri esseri umani. La violazione delle norme morali che queste persone mettono in atto avviene per mezzo del "disimpegno selettivo delle auto sanzioni morali della condotta lesiva". Bandura non fu il primo ed unico autore a trattare del Disimpegno Morale o in generale delle motivazioni che spingono le persone a conservare la propria integrità; infatti fu un successore di David Matza il quale aveva già osservato i meccanismi (Croce, 2024). Questi studi hanno permesso di comprendere come mai quando ci si trova in situazioni moralmente difficili o anche in sfide quotidiane si compiono delle azioni di disimpegno dalla moralità. La moralità, in psicologia sociale, viene considerata come: "dimensione fondamentale di valutazione e giudizio, tanto a livello individuale quanto a livello di gruppo". Infatti, può essere anche intesa come un insieme di principi che ci permettono di distinguere ciò che è giusto e ciò che è sbagliato; vi sono anche degli standard morali che indicano quali comportamento sono virtuosi, che sono maggiormente dati da un simil codice sociale di condotta. Può essere anche intesa come un insieme di principi che ci permettono di distinguere ciò che è giusto e ciò che è sbagliato; vi sono anche degli standard morali che indicano quali comportamento sono virtuosi, che sono maggiormente dati da un codice sociale di condotta; come si possono immaginare alcuni di essi sono universali, mentre altri variano in relazione ai contesti in cui siamo inseriti (Pagliaro, 2013). Lo studio della moralità ha origini molto antiche, infatti i primi studi ed osservazioni vennero fatti nella filosofia di Hume, Kant e Smith. In anni più recenti si è osservata in relazione ai processi di giudizio sociali, soprattutto legate a due concezioni: l'*agency* e *communion* (rispettivamente: orientamento al compito ed orientamento alle relazioni). Dal momento che si sta trattando la parte legata alla moralità soggettiva, si osserverà il primo orientamento. Il termine *agency*

è un concetto molto ampio dal quale si può estrarre il concetto specifico di *agency* concetto possiamo estrarre l'*agency morale* che agisce come rinforzo per le azioni che vanno contro la morale del singolo e viceversa. Mentre quando ci si trova di fronte a stimoli situazioni che inducono comportamenti disumani, le persone possono scegliere di esercitare la propria auto influenza o meno e fare in modo che le auto sanzioni siano coerenti con la morale interna. L'azione dell'*agency morale* ha due aspetti: inibitorio (capacità di comportarsi in modo umano) e proattivo (etica umanitaria che viene attuata quando ci si trova di fronte a delle situazioni che muovono la compassione del singolo). Entrambi vengono mantenuti per mezzo di auto sanzioni o meccanismi di auto regolazione. Vi sono vari meccanismi psicosociali che le persone mettono in atto per disimpegnare in modo selettivo la propria autoregolazione; essi riguardano quattro aree del processo di autoregolazione morale (Bandura, 2017):

- ◆ Livello comportamentale – pratiche lesive: il comportamento nocivo messo in atto viene trasformato in comportamento positivo; con un processo di auto persuasione. A questo livello le persone compiono tre differenti meccanismi; il primo riguarda la legittimazione di certi mezzi, definiti per antonomasia nocivi, per azioni sociali e morali meritevoli; possiamo dire che viene adottato il pensiero “il fine giustifica i mezzi”; di fatto questa moralità viene adottata maggiormente nell’ambito militare, di fatto i comandi dei generali di corpo di armata, vengono utilizzati come giustifiche morali le missioni compiute dai soldati sostenendo che sono utili a livello umanitario e che hanno come fine quello di portare aiuto e pace, ma non solo, infatti i militari quando ingaggiano un combattimento hanno un repentino cambio di comportamento e di atteggiamento e questo non va a modificare la personalità stessa del soggetto, ma è più indicativa con una considerazione moralmente differente dell’omicidio e delle azioni violente che possono compiere, infatti si sentono giustificati dal momento che vanno a proteggere aspetti e valori per loro importanti; maggiori difficoltà le possiamo osservare quando i soldati vengono mandati a combattere per un Paese che non condivide gli stessi valori, si devono compiere delle azioni di raggiramento e manipolazione. Quando il servizio militare cessa, vengono reinseriti all’interno della società, senza alcun processo e sono socialmente accettati; ovviamente in ambito psicologico sappiamo che possono avere delle importanti e considerevoli ripercussioni, che si possono collegare con entrambe le Sindromi trattate. Il secondo è legato più ad un confronto vantaggioso, ovvero il soggetto compie un atto di auto assoluzione per mezzo del confronto del proprio comportamento con azioni molto più deplorabili; di fatto fa sembrare che il male compiuto dal soggetto possa essere considerato quasi giusto in relazione ad un altro male peggiore: maggiore è la forza del contrasto, maggiori sono le probabilità che il comportamento appaia moralmente corretto. Questo meccanismo viene maggiormente utilizzato da parte dai difensori dell’illegalità di personaggi politici che citano in giudizio le trasgressioni degli avversari per far apparire buoni e giusti i propri clienti. Infine, il terzo

meccanismo che viene messo in atto riguarda l'etichettamento eufemistico, dal momento che il linguaggio è un'arma molto potente esso viene utilizzato per distanziare le azioni deleterie dai fautori; di fatto si usano delle circonlocuzioni eufemistiche per depersonalizzare la persona che commette reato anche questo particolare meccanismo viene messo in atto in ambito militare, ad esempio i combattenti illudono la propria morale per commettere un omicidio "travolgere" invece di uccidere, il "fuoco amico", "sedimentazione atmosferica di sostanze acide derivante antropologicamente" questi modi di dire fanno parte del linguaggio utilizzato in modo volontario che ha la finalità di non essere compreso;

- ◆ Livello di risultato – effetto lesivo: colui che compie la violenza fa in modo di minimizzare, ignorare o distorcere le conseguenze delle sue azioni al punto di far mettere in discussione gli effetti nocivi delle sue stesse azioni. Quando è possibile vedere e sentire i danni causati allora si attivano dei meccanismi di autolimitazione come il "disagio vicario" e l'autocensura. Si è osservato che più gli individui sono lontani dai finali distruttivi, minore è il potere di contenimento degli effetti offensivi; quindi, il disimpegno del controllo morale è più facile per gli intermediari dal momento che non hanno la responsabilità delle decisioni prese e non devono eseguirle in prima persona ed assistere al male che hanno inflitto. Dalle osservazioni è emerso che la minimizzazione del danno è maggiore quando la propensione dei partecipanti viene maggiorata in relazione all'esposizione a modelli aggressivi; la pressione esterna viene identificata come causa che porta le persone a spostare la responsabilità e quindi all'autoassoluzione. Le strategie di *locus* del controllo morale agiscono per tenere fuori dalla mente e dalla vista gli effetti lesivi, persino fino a farne dubitare della loro esistenza. Anche in questo livello di analisi possiamo osservarlo in relazione all'esercito, infatti oggi le truppe possono uccidere a distanza con "veicoli aerei senza equipaggio" e questo porta all'ignorare la conseguenza delle proprie azioni;
- ◆ Livello di agency – unione tra pratiche lesive ed effetti lesivi: colui che commette l'atto violento, fa in modo di spostare la propria responsabilità su altri, facendo in modo che chiunque abbia un minimo di responsabilità nella vicenda, questo comporta la sua assoluzione della colpa per il danno causato. Grazie a questo spostamento di responsabilità le proprie azioni possono essere considerate come la mera obbedienza all'autorità vigente e quindi non essendo agenti delle proprie azioni ci si sente esentati dall'autocondanna. Questo meccanismo è stato osservato e riportato in molti casi ed esperimenti come nel processo tenutosi contro Adolf Eichmann, il quale si era sempre dichiarato non colpevole del genocidio degli ebrei, benché con il suo lavoro avesse contribuito in modo molto attivo all'attuazione della "soluzione finale", questo perché obbediva agli ordini che gli venivano imposti e quindi le sue azioni non erano decise in modo volontario ed autonomo da egli. Ma venne sperimentato anche da uno psicologo: Stanley Milgram (1974), il quale aveva chiesto ad un gruppo di universitari di prestarsi per

questo esperimento che consisteva nella rappresentazione di un ambiente carcerario, il gruppo venne diviso in guardie e detenuti. Entrambi i gruppi non avevano avuto delle direttive sui comportamenti da adottare, ben presto si osservò un adeguamento dei propri comportamenti in relazione al ruolo rivestito. La totale identificazione con il ruolo fece in modo che l'identità assunta predominasse sulla persona e sulla sua identità preesistente; le regole che tutti noi osserviamo costituiscono una modalità di controllo del comportamento, che porta con sé il potere dei ruoli. Il ruolo sociale determina il comportamento delle persone e coloro che hanno un certo ruolo si sentono legittimati ad agire e giustificano le proprie azioni (i compiti) come mezzo per soddisfare l'aspettativa che gli altri hanno di lui. Questa assunzione di ruolo porta con sé una sensazione di anonimato che interviene a sostegno del disimpegno morale. Milgram al termine di questo esperimento, durato solo sei giorni dalle due settimane previste, definì questo processo come "Effetto Lucifero". Ma questo non è l'unico processo che viene messo in atto, di fatto le persone hanno una maggiore propensione a compiere atti più crudeli quando si trovano in gruppo; poiché la responsabilità del singolo diminuisce in relazione alla divisione del lavoro. Le attività che compiono sono scollegate le une dalle altre e quindi i soggetti tendono a spostare la loro attenzione dalla moralità ai dettagli dell'attività e alla propria efficienza (Palermo, 2020; Monzani e Bugini, 2023);

- ◆ Livello della vittima: colui che commette l'atto fa in modo che la vittima non venga più vista come una persona umana, viene spogliata dal concetto di umanità o qualità umane e al loro posto vengono imposte delle nuove qualità da animalesche come "selvaggi" e "degenerati" a demonizzanti "invasati dal demonio", il processo in questione viene definito come deumanizzazione che si contraddistingue ad un concetto affine ovvero alla spersonalizzazione che è meno cruento e porta "solo" all'osservazione dell'altro con un maggiore distacco emotivo. Una conseguenza che possiamo osservare è quando le persone vengono ricondotte ad uno stereotipo vengono trattate secondo quel preciso stereotipo, senza considerare le qualità personali. Questo meccanismo viene compiuto perché fa indebolire gli scrupoli morali dell'agente, poiché siamo portati a fare del male a persone che vengono considerate esseri inferiori. Basti pensare alla propaganda effettuata durante le due Guerre Mondiali: i comunisti che mangiavano i bambini o all'uso di associazione tra gli animali ed i nemici che si dovevano combattere. L'ultimo meccanismo messo in atto nel disimpegno morale è l'attribuzione della colpa alla vittima stessa; quindi, è colpa della vittima se è vittima e che tutto quello che le sta accadendo è solo colpa sua o alle circostanze in cui si è svolto l'atto violento. L'attribuzione esterna di colpa permette all'agente di sentirsi come una vittima innocente, indotta a compiere certe azioni per una forte provocazione avvenuta dall'esterno. Le azioni di maltrattamento che vengono messe in atto possono avere delle conseguenze maggiori rispetto alla crudeltà che il perpetratore riconosce: la svalutazione e l'indignazione suscitate dalla percezione di

colpevolezza giustificano i maltrattamenti di qualsiasi natura. Questo ha una forte connotazione in relazione alla percezione dello stereotipo detto precedentemente lo possiamo vedere ad esempio nella nostra società in relazione alle persone considerate colpevoli perché appartengono ad un certo status sociale o ad una minoranza etnica, ma non solo, gli esempi sono anche nelle industrie delle armi che affermano che non sono le pistole ad uccidere, ma le persone che fanno uso (Bandura, 2017).

### 2.2.8 Rappresentazioni cinematografiche

La Sindrome di Stoccolma o, meglio, il fatto storico che permise l'osservazione della sindrome venne portata sul grande schermo nel 2019 con "Rapina a Stoccolma" diretto da Robert Budreau. Non sempre tutti sono fanatici di questo genere di pellicola, poliziesco drammatico, però tutti almeno una volta nella vita, sia per volontà o perché obbligati hanno guardato un film della Disney, con il suo perfetto finale "... e vissero per sempre felici e contenti". Il film che rappresenta in modo quasi concreto la Sindrome di Stoccolma è proprio un film che ci ha insegnato molto ovvero: "La Bella e la Bestia". Film del 1991, in cui si narra la storia narra di Belle, una ragazza di paese semplice che ama leggere e suo padre, che viene fatta prigioniera al posto del padre nel castello della Bestia, poiché era entrato nel castello della Bestia senza il suo consenso, anche se in altre versioni si dice che il padre ruba una rosa dal giardino della Bestia e che per questo atto decide di punirlo. Però lo svolgimento non cambia, infatti, Belle inizialmente è spaventata dal carattere della Bestia, irascibile, impulsivo, incapace di relazionarsi, un aspetto spaventoso ed aggressivo. Con il tempo inizia a capirlo, inizia a trovare la sua parte dolce, tenera e riesce a raggiungere la vera bellezza che è quella interna e non solo la bellezza esterna. Infatti, questo è il messaggio che vorrebbe trasmettere la favola. Però ci si può rendere conto che vi sono dei comportamenti che possono sembrare un po' particolari. Infatti, basandoci sulle informazioni trattate fino ad ora possiamo dire che Belle diventa una donna che soffre della Sindrome di Stoccolma, infatti non cerca di scappare, anzi è felice di passare tempo con il proprio carceriere, non vuole che Gaston e la folla del Paese la salvino dalla sua condizione, anzi si arrabbia, si sente minacciata quando vogliono rompere la sua relazione che viene vista dalla vittima come una nuova realtà, migliore della precedente, quindi cerca di proteggere il suo carnefice da tutti. Tutti i comportamenti descritti non fanno altro che descrivere in modo concreto la Sindrome di Stoccolma, però nulla toglie che vi sia anche un'ottima morale, ovvero quella di amare in modo vero senza considerare l'aspetto fisico (Senesi, Pescina e Calderaro, 2017).

### 2.3 La Sindrome di Lima

La Sindrome di Lima può essere considerata come l'altra faccia della medaglia per quanto riguarda le relazioni co – dipendenti, in particolare della Sindrome di Stoccolma. La Sindrome di Lima viene

trattata in questa tesi per completezza, per informare che non vi è sempre e solo l'aspetto della vittima, ma anche di colui che commette il reato. E che anch'egli può essere implicato in meccanismi che gli fanno compiere azioni che appaiono particolari (Blanco e Trombetta, 2022).

### 2.3.1 Storia

La Sindrome prende il nome da un sequestro all'Ambasciata giapponese in Perù avvenuta il 17 dicembre 1996, sotto un commando del Movimento Rivoluzionari Tupac Amaru, guidato da Nestor Cerpa Cartolini. Il sequestro avvenne durante i festeggiamenti del compleanno dell'Imperatore, dove vennero presi in ostaggio centinaia di diplomatici di massima importanza, come funzionari governativi militari e dirigenti d'azienda. Vennero trattenuti solo loro, infatti, donne ed anziani vennero rilasciati la sera stessa. Il sequestro finì centoventisei giorni dopo, il 22 aprile 1997, quando i soldati assaltarono l'abitazione. Le persone che erano state tenute sotto – sequestro affermarono durante gli interrogatori che nel corso del sequestro non vi era stata alcuna cattiva condotta da parte dei sequestratori, al contrario la relazione era stata basata sul rispetto dell'integrità umana, di fatto non vi furono maltrattamenti, aggressioni o abusi di nessuna natura; ma al contrario si era instaurato un legame positivo con i sequestratori al punto che alcuni prigionieri chiesero l'autografo a Nestor Cartolini (Pellizzari, 2022; Blanco e Trombetta, 2022).

### 2.3.2 Fattori importanti nella Sindrome di Lima

Al termine di questa esperienza traumatica, durante gli interrogatori fatti ai prigionieri, è emerso che la condotta dei sequestratori si è sempre fondata sul rispetto per l'integrità umana e quindi per i giusti valori morali della cultura. Di fatto non vi furono azioni nocive come: maltrattamenti, abusi, percosse, violenza fisica o anche psicologiche. Al contrario vi era un legame positivo con i sequestratori a tal punto che chiesero anche un autografo a Nestor Cartolini. Questa sindrome ha come caratteristiche: accettazione delle richieste delle vittime da parte dei sequestratori ed assenza di riscatto per liberare i prigionieri. Si può affermare che il legame che li unisce ha come base l'empatia; l'identificazione con l'altra persona; questo è identificativo poiché lo si è potuto osservare nel caso della Sindrome di Stoccolma. Più è maggiore il legame di empatia che ha il sequestratore con la vittima minore è la probabilità che esso possa compiere azioni violente o nocive. Infatti, in generale è stato osservato che non usa la violenza, dà determinate libertà, permette alla vittima di liberarsi, mostra preoccupazione per lo stato psico – fisico – emotivo del sequestrato, stabilisce una comunicazione diretta ed intima su vari argomenti, condivide dati personali (esperienze passate, ricordi d'infanzia e desideri ad esempio), sviluppa un senso di protezione nei confronti della vittima, in alcuni casi possiamo osservare anche l'attrazione fisica o psichica per la vittima (Blanco e Trombetta, 2022).

## 2.4 Legare le due Sindromi

Per concludere il secondo capitolo è importante riuscire a vedere queste due sindromi come se fossero complementari, di fatto, il legame che nasce tra i due soggetti in relazione può essere spiegato con una capacità che tutti noi dovremmo avere, chi maggiore e chi minore, ma tutti dovremmo essere empatici nel comprendere gli altri (Blanco e Trombetta, 2022). Infatti, una possibile spiegazione di legame tra le due condizioni potrebbe essere effettivamente il costrutto dell'empatia. Per definizione è la capacità di immedesimarsi con gli stati d'animo e con i pensieri delle altre persone sulla base della comprensione dei loro segnali emozionali, dell'assunzione della loro prospettiva soggettiva e della condivisione dei loro sentimenti (Bonino, 2000 pag. 258). Anche in inizialmente il termine empatia era rilegato ad un fenomeno molto specifico ovvero: l'esperienza di chi, di fronte ad un'opera d'arte, se ne lascia assorbire, rielaborando e "rivivendo dentro di sé" gli stati d'animo e le sensazioni che l'artista voleva trasmettere. Per Stein, ad esempio, si tratta di un'esperienza paradossale che si traduce con una maggiore coscienza e in un'espansione dell'esperienza. E da questo filo che si arriva alla moderna concezione dell'empatia (Serino, 2009). Il costrutto dell'empatia è stato osservato da Simon Baron – Cohen, nel suo libro, "La scienza del male: l'empatia e le origini del male" del 2012. Egli afferma che l'empatia viene impiegata tutti i giorni con sconosciuti, con i nostri amici e parenti ed è la capacità che ci permette di mantenere costanti i rapporti che tutti noi ci costruiamo ogni giorno e molte volte li porta anche un nuovo sviluppo e ad una maggiore comprensione dell'Altro. Egli identifica per mezzo del Questionario Empatico che ha come scopo quello di analizzare il livello di empatia. Esso viene posto su di una scala dal livello 0 al livello 6: nel con un continuum crescendo del tratto dell'empatia, da coloro che commettono omicidi, stupri senza sensi di colpa e rimorso a coloro che vivono tutta la vita sintonizzati sulle emozioni e percezioni altrui. L'empatia nasce da più strutture del nostro cervello che sono interconnesse tra di loro e funzionano in modo differente a seconda del livello di empatica che presentato i differenti soggetti. Le strutture implicate sono la corteccia mediale frontale, la corteccia orbito frontale, l'opercolo frontale, il giro frontale inferiore, la corteccia cingolata anteriore, l'insula anteriore, la giunzione temporo parietale, il solco temporale superiore, la corteccia somato - sensoriale, il lobulo parietale inferiore (dove al suo interno sono maggiormente presenti i neuroni specchio che hanno il compito di andare ad osservare le intenzioni delle altre persone) ed infine l'amigdala (chiamata anche cervello emotivo). Infine, l'esempio cinematografico preso in relazione alla sindrome di Stoccolma vale anche per la Sindrome di Lima, dal momento che si nota un avvicinamento da parte di tutti e due i protagonisti.

## CAPITOLO 3

### VIOLENZA DOMESTICA e STALKING

In quest'ultimo capitolo si osserveranno delle rivisitazioni della Sindrome di Stoccolma e di Lima in chiave moderna, che si evidenziano in episodi di Violenza Domestica e Stalking. Il capitolo illustrerà i presenti comportamenti in un'ottica clinico - giuridica, con maggiore attenzione a coloro che commettono il reato, alle loro motivazioni, alle reazioni delle vittime e la reazione sociale - legale.

#### 3.1 Compendio della psicologia giuridica

La psicologia giuridica in Italia nacque ai primi del '900, ma solo nel 1925 venne riconosciuta, dopo la pubblicazione della "Psicologia Giudiziaria" di Enrico Altavilla; ma anche precedentemente sono presenti dei contributi importanti come U. Fiore (1909) e S. De Sanctis (1913). Negli anni '70 la psicologia giuridica venne configurata come una disciplina dotata di autonomia scientifica e professionale, soprattutto grazie al lavoro di De Caraldo, Gulotta e Scapparo. Negli ultimi anni sono nate molte associazioni di psicologia giuridica come l'AIPG (Associazione Italiana di Psicologia Giuridica, 1996) (Gulotta, 2011).

La psicologia giuridica è quella disciplina che unisce la psicologia al mondo legale. Possono sembrare due realtà differenti, ma entrambe si occupano del comportamento umano: il diritto pone le regole per il comportamento, andando a definire ciò che lecito o meno; mentre come osservato, la psicologia fornisce indicazioni sull'origine e sulle motivazioni del comportamento. La psicologia giuridica ha varie declinazioni: psicologia criminale (studio dell'uomo in quanto attore di reato, sviluppa i concetti di criminalità e di devianza), psicologia giuridica (uomo in quanto imputato in un processo penale ma anche osservazione dei testimoni, parti lese, giudici e periti), psicologia penitenziaria (si occupa del condannato e della fase di esecuzione della pena), psicologia legale (coordina le nozioni psicologiche che occorrono per le applicazioni delle norme penali e civili) e psicologia legislativa (dà un contributo alla legislazione e all'approfondimento normativo). La psicologia giuridica viene applicata in differenti settori: civile, penale e minorile; viene utilizzata sia in modo diretto, ovvero l'impiego dei contenuti

dell'uomo come la memoria e anche un modo indiretto come l'utilizzo di metodi e tecniche che sono caratteristiche della psicologia clinica. Di fatto la psicologia giuridica viene implicata in differenti attività come, le perizie e le consulenze tecniche di parte o di ufficio ecco perché l'obiettivo dello psicologo è quello anche di affiancare l'avvocato ed il suo assistito nelle situazioni in cui è richiesta una valutazione, o un accertamento psicologico o psicopatologico. Egli assume una differente dicitura a seconda della nomina: giudice del Tribunale è CTU (Consulente Tecnico d'Ufficio, Perito penale) e avvocato dell'accusa e difesa è CTP (Consulente Tecnico di Parte). Con lo scopo di compiere un'analisi della personalità, quindi la capacità di intendere e volere, lo studio della vittima, la pericolosità sociale, capacità di stare in giudizio, capacità di testimoniare e diagnosi di eventi, fenomeni umani e sociali, separazione e divorzi, valutazione dell'identità psico – sessuale, idoneità all'affidamento e all'adozione. I problemi tecnici per lo psicologo giuridico sono complessi, dal momento che ha delle metodologie specifiche, non può scegliere a quale livello intervenire; anche perché egli deve seguire delle Linee Guida Deontologiche (C.D.) e della Carta di Noto (C.N.). In sintesi, è giusto ricordare che lo psicologo giuridico, deve essere consapevole della responsabilità che deriva dal fatto che nel compiere la sua professione può incidere sulla salute, patrimonio altrui; non deve abusare della fiducia e della dipendenza degli utenti; deve mantenere un livello di preparazione professionale adeguato, che deve essere continuamente aggiornato e deve riconoscere la propria autonomia scientifica e professionale. Lo psicologo per diventare specialista in ambito giuridico deve essere iscritto all'albo da almeno tre anni, dopo aver conseguito un percorso di Laurea Magistrale (LM/51) e deve presentare domanda, al Tribunale del Comune di residenza ed essere inserito nell'albo dei periti del Tribunale diviso per categorie professionali e deve aver maturato esperienza nel settore della psicologia giuridica e aver collaborato con consulenti tecnici esperti (Gulotta, 2011; Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi (n.d)).

### 3.2 Violenza e le sue tipologie

La Violenza venne definita dall'OMS nel 1996, come: "l'utilizzo intenzionale della forza fisica e del proprio potere contro sé stessi, contro un'altra persona o contro un gruppo/comunità, tale da determinare (sia in termini di probabilità sia in termini di effetto esito) lesioni fisiche, danni psicologici ed esistenziali, problemi nello sviluppo (nel caso di bambini), morte" (Greco e Tognetti, 2022, pag. 1 – 4). Le Violenze che vengono messe in atto dalle persone possono essere di vario tipo (Margiotta, 2024; Damiano e Savoia, 2022; Houseman e Semien, 2022; Roberto, 2016):

- ◆ **Violenza Fisica:** uso della forza fisica per infliggere lesioni e danni alle vittime; si attua con colpi, spinte e l'uso di oggetti come strumenti per la violenza. Ma anche con comportamenti che non implicano il contatto diretto, come l'avvicinarsi in modo minaccioso alla vittima. Ma in caso di anziani, ammalati e disabili, la violenza fisica viene intesa come carenza nella pulizia,

alimentazione, sorveglianza, assistenza medico – sanitaria con una Sindrome di Muchausen (per procura) e pratiche culturali/ rituali come la mutilazione di genitali di ambedue i sessi;

- ◆ **Violenza Psicologica o Emotiva:** comportamenti che vogliono abbassare l'autostima e il benessere psicologico della vittima. In questo campo sono presenti, insulti, umiliazioni, intimidazioni, isolamento, critiche e controllo. Che sono atti diretti a colpire la dignità personale. Inoltre, hanno lo scopo di denigrare, svalutare ed inibire lo sviluppo di competenze cognitivo – emotive come intelligenza, attenzione e memoria, in caso di bambini;
- ◆ **Violenza Sessuale:** forzatura di atti sessuali senza il consenso della vittima. Rientrano azioni di stupro, molestie sessuali;
- ◆ **Violenza Economia:** controllo o l'uso scorretto delle risorse economiche per compromettere e/o limitare l'indipendenza economica. Infatti, vi sono molti casi di imposizioni non lavorative ad esempio. In merito alla gestione dell'economia familiare, si rinfaccia qualsiasi spesa fatta, la vittima viene costretta a firmare documenti e contrarre debiti;
- ◆ **Violenza Digitate o tecnologica:** abuso di tecnologie digitali per minacciare, intimidire e controllare la vittima.

### 3.2.1 Violenza Domestica

Mentre la Violenza Domestica, è una violenza di tipo interpersonale, ovvero che coinvolge più individui o più gruppi di piccole persone (Giunti Psychometrics, 2020). Viene anche definita come il tentativo di un soggetto abusante di sottrarre alla vittima il potere ed il controllo della propria vita (Lattanzi,2003). Essa viene commessa tra persone che dimostrano di avere un legame affettivo o una dipendenza, che può assumere varie connotazioni. Contrariamente a cosa si potrebbe pensare il termine Violenza Domestica vale anche per tutte quelle forme di violenza che vengono perpetrate nei confronti di donne, certamente, ma anche per altri soggetti come bambini ed anziani (Senato della Repubblica, 2014). Ecco perché assume anche un'altra dicitura ovvero: Intimate Partner Violence (IPV). Nella violenza spesso non vi è una separazione tra il Sé e il Sé dell'altro, ma rappresentano solo uno scontro feroce. Un'intrusione distruttiva. Nella Violenza Domestica sono presenti gran parti delle tipologie di Violenze sopra definite. Esse vengono poste all'interno del Ciclo della Violenza (Walker, 1979 citato da Damiano e Savoia, 2022), che avviene in determinate fasi temporali cicliche nella relazione:

- ◆ **Tensione:** si vedono osservati comportamenti ostili generalmente di tipo verbale, accuse ed attacchi verbali. L'obiettivo principale è quello di esercitare un controllo ossessivo – possessivo della vittima, con l'utilizzo della colpevolizzazione della vittima. La vittima cerca di assecondare la rabbia dell'abusante e si sottomette, sperando che cambi in un futuro. Inoltre, l'abusante mette in atto anche comportamenti di isolamento sociale, amicale, familiare e/o lavorativo. Questa fase porta alla seconda:

- ◆ Esplosione: l'abusante passa ai fatti, aggredisce in modo fisico, psicologico e sessuale la vittima. Viene riconosciuta come la fase in cui la maggior parte delle vittime chiede aiuto;
- ◆ Richiesta di perdono – luna di miele: l'abusante comprende gli effetti negativi delle sue azioni, teme di poter perdere la vittima, considerata di sua proprietà. L'abusante chiede perdono alla vittima, che afferma che non l'abuserà più. Inizia il processo di azioni premurose, di attenzioni. Questa fase permette all'abusante di avere nuovamente il controllo e la vittima, si sente nuovamente bene; quindi, decide di abbandonare qualsiasi azione di allontanamento anche in ambito legale.

Si è potuto osservare come la frequenza e gravità degli episodi tendono ad aumentare con il tempo; infatti, il ciclo diventa sempre più breve e sempre più brutale. Infine, a volte la famiglia ed amici cercano di convincere la vittima ad accettare gli abusi e a definire che in realtà essi sono comportamenti normali e che la questione deve essere risolta in casa e senza andare a parlarne a terzi. (Roberto, 2016).

### 3.2.2 Fattori di rischio

I fattori di rischio che sono presenti nella Violenza Domestica sono da ricercare in differenti fattori (Margiotta, 2024; Damianto e Savoia, 2022; Houseman e Semien, 2022):

- ◆ Individuali: una scarsa autostima, scarsa scolarizzazione, abuso di alcool e sostanze, Disturbi di Personalità, scarso controllo delle impulsività e desiderio di controllo che nasce da caratteristiche individuali, come la difficoltà di gestione della rabbia, un sentimento di inferiorità nei confronti delle altre persone. Il desiderio di controllo viene attuato con monitoraggio costante delle attività, limitazioni di interazioni sociali ed il tutto potrebbe iniziare con una relazione affettiva disfunzionale. Inoltre, il soggetto potrebbe iniziare a commettere violenza psicologiche soprattutto attuando una manipolazione di tipo affettivo;
- ◆ Familiari: dinamiche familiari disfunzionali, modelli di comportamento appresi, esposizione ed espressione della violenza in infanzia. Di interesse anche l'ambito relazione costellato da conflitti relazionali, gelosia, possessività e genitori inadeguati;
- ◆ Socioeconomici: legati ai fattori della società, come tasso di disoccupazione, povertà, stress finanziario, elevato tasso di criminalità all'interno della società;
- ◆ Sociali: disuguaglianze di genere, norme culturali, stereotipi di genere rigidi;
- ◆ Isolamento sociale: mancanza di una rete di supporto ampia e solida;
- ◆ Abuso di sostanze ed alcool.

### 3.2.3 Le vittime perché non denunciano?

A seconda della tipologia della vittima vi possono essere varie motivazioni per cui essi non vogliono denunciare. Per tutte e tre le tipologie di vittime più frequenti, alla base vi è la paura di non essere

creduti, la vergogna e paura delle possibili umiliazioni e nei casi più gravi magari, la non conoscenza dei propri diritti. Le donne non denunciano in modo maggiore per non mettere a repentaglio la propria sicurezza e la sicurezza dei figli, nel caso in cui essi siano presenti, per paura di ritorsioni o abbandono, poiché presentano una dipendenza di tipo psicologica ed economica, un senso maggiore di impotenza e di incapacità di chiedere aiuto. Infine, credono che i problemi che vivono siano normali. Mentre quando le vittime sono i minori hanno paura di perdere l'amore dei propri genitori e di essere, forse, abbandonati. Hanno paura di un'esclusione e del giudizio, della possibile perdita di fiducia e del dolore. Inoltre, possono dimostrare una difficoltà comunicativa, soprattutto se sono molto piccoli. Hanno un senso di impotenza e incapacità di chiedere aiuto e soffrono di una maggiore dipendenza psicologica. Infine, gli anziani possono dimostrare di avere delle difficoltà cognitive o disabilità mentali, una maggiore fragilità fisica, anch'essi dimostrano una dipendenza psicologica ed economica dall'abusante, paura dell'abbandono o di possibili ritorsioni con qualsiasi atto di violenza, paura se sono a casa di poter essere posti in uno ospizio, paura di un intervento che non sia interno alla famiglia, timore di disonorare la famiglia. Un senso di impotenza ed incapacità di chiedere aiuto e soprattutto il pensare di essere responsabili delle violenze (Roberto, 2016).

Le vittime di Violenza Domestica come visto possono non denunciare per una dipendenza psicologica, anche se sono all'interno di una relazione disfunzionale non riescono a prenderne coscienza. Un po' come per la Sindrome di Stoccolma, anche perché negli ultimi anni si è sempre più parlato di una possibile Sindrome di Stoccolma Domestica.

### 3.2.4 Violenza Domestica in ambito giuridico

La Violenza Domestica non è sempre stata riconosciuta nel Codice penale. Di fatto riconosceva agli uomini delle attenuanti in caso di omicidi delle donne della loro vita (moglie, fidanzata, figlia o sorella) per il semplice motivo che rientravano in "motivi di onore" e lo stupro era un'offesa contro la morale e non contro la persona. Dagli anni '60 in Italia, in poi hanno iniziato a nascere sempre più movimenti contro la violenza. Di fatto si è visto un aumento delle Leggi contro la violenza. 1996 Legge 15 febbraio, n.66: "Norme contro la violenza sessuale" - 2001 Legge 4 aprile, n.154: "Misure contro la violenza nelle relazioni familiari" - 2009 Legge 23 febbraio, n.11: "Misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori" - 2010: "Piano nazionale contro la violenza di genere e lo Stalking" - 2013 Legge n.77/2013: lotta contro la violenza domestica, sottoscritta ad Istanbul l'11 maggio 2011 (Roberto, 2016). La Convenzione di Istanbul pone l'accento sulla violenza sulle donne, senza tralasciare la violenza maschile (prima volta che in un trattato internazionale è stata osservata una possibilità che le donne possano commettere violenza sull'uomo) "designa tutti gli atti di violenza fisica, sessuale, psicologica e economica che si verificano all'interno della famiglia o del nucleo familiare o tra attuali o precedenti coniugi o partner, indipendentemente

dal fatto che l'autore di tali atti condivida o abbia condiviso la stessa residenza con la vittima" (Benedettelli, 2017). Ed infine la Legge 24 novembre 2023, n.168 recante "Disposizioni per il contrasto della violenza sulle donne e della violenza domestica", prevede 19 articoli. Pone l'obiettivo di definire le principali misure introdotte per individuare degli interventi importanti. Tra gli interventi di maggior rilievo vi sono le misure di prevenzione dell'ammonimento del Questore e di informazione alle vittime di violenza. Vi è anche l'introduzione di norme finalizzate a velocizzare i processi in materia di violenza di genere e violenza domestica, con l'applicazione di misure cautelare personali.

### 3.3 Stalking

Il termine Stalking deriva dal verbo *to stalk*, ovvero "fare la posta, seguire ossessivamente la preda" (Baldry e Roia, 2011) oppure venne definito in italiano da Galeazzi e Curci come "Molestie Assillanti". Colui che commette Stalking mette in atto un insieme di comportamenti che sono forme di persecuzione, come: insegue la vittima per mezzo di perpetui agguati, telefonate e lettere anonime, minacce, intrusioni per poi passare a volte all'azione per mezzo di violenza non solo sulla vittima ma anche sulle persone che orbitano attorno ad essa. Inoltre, si è osservato come la persecuzione duri almeno trenta giorni e che i comportamenti si manifestino almeno dieci volte con differenti varianti. Si possono suddividere gli Stalker in: comunicazioni insistenti (telefonate, posta, mail o messaggi lasciati su auto o davanti alla porta di casa), approccio tipo indiretto (seguire, spiare e sorvegliare il posti di interesse) e condotte associate (recapito di doni, di animali vivi o morti, molestie sull'abitazione) (Lattanzi, 2003). Le persone che vengono colpite dagli atti possono essere sia conoscenti che amici o parenti, a volte sono coinvolti anche oggetti che appartengono in modo diretto alla vittima (Guerreschi, 2011). Dare una definizione allo Stalking è molto complesso dal momento che è un insieme di costellazioni di comportamenti che sono spinti da motivazioni varie tra di loro.

#### 3.3.1 Caratteristiche delle vittime di Stalking

Le informazioni osservate hanno come fondo l'articolo di Canadé, del 2009. Nel quale sono riassunte le caratteristiche delle vittime di Stalking. Le vittime sono osservate in base alla relazione che hanno con il proprio persecutore. Riferendo che vi sono autori come Mullen, Pathé e Purcell che osservano la classificazione aggiungendo altri punti di osservazione che sono: la tipologia del molestatore e il contesto in cui le molestie si verificano. Infatti, vi sono:

- ◆ Vittime dirette: sono gli ex intimi, quelle persone che hanno intrattenuto una relazione intima con il loro molestatore (intimità solitamente sessuale). Lo Stalking ha inizio quando la vittima comunica il desiderio di chiudere la relazione. A questo gruppo vi appartengono anche gli amici e le conoscenze occasionali. Dato che le molestie iniziano dopo un incontro casuale o un fallimento di un'amicizia o anche con una banale lite tra vicini. Sempre secondo gli autori della classificazione in questa categoria rientrano anche coloro che svolgono alcune professioni

specifiche come l'insegnante, l'avvocato o l'operatore sanitario. Poiché coloro che commettono atti molesti sovente tendono a fraintendere le dimostrazioni di aiuto e l'empatia dimostrata dalle professioni precedentemente dette. Anche perché quelle persone possono sentirsi vittime dell'azione dei professionisti. Mentre se si osserva l'ambito lavorativo le vittime sono sia datori di lavoro che clienti. Le ultime due categorie sono gli sconosciuti che non sanno dell'esistenza del molestatore prima dei comportamenti, dato che gli Stalker cercano unicamente intimità e sono attratti maggiormente dall'ambito sessuale. Le vittime sono molteplici e riguardano entrambi i sessi e sia adulti che bambini in relazione alle differenti caratteristiche fisiche, status sociale. In questa categoria rientrano anche i grandi personaggi pubblici come politici e star del cinema e sport; che comportano un maggiore interesse da parte dei mass media con l'unico scopo di divulgare le intimità della persona famosa, creando una pseudo intimità tra il personaggio pubblico ed il possibile Stalker;

- ◆ Vittime indirette: coloro che ruotano attorno alla vita della vittima come familiari, amici e colleghi di lavoro. Gli Stalker vedono essi come degli ostacoli per raggiungere il loro obiettivo. Alcuni soggetti si definiscono bersagli di molestie anche se non lo sono e questo ha origine da un possibile disturbo o anche da persone che sono consapevoli di star mentendo.

Le vittime non sempre denunciano, per vari motivi, ad esempio a seconda della loro auto – percezione o dei riferimenti inerenti alla legalità del comportamento (Del Rosso, 2019).

### 3.3.2 Caratteristiche dello Stalker

La persona che commette il reato di Stalking viene definito Stalker. Il soggetto non sempre presenta delle inclinazioni specifiche, quindi che lo possono definire uno Stalker o possibile Stalker a priori. Però è emerso che una gran parte di essi dimostrano di avere un maggiore disturbo relazionale e della comunicazione (Guerreschi, 2011). Baldry e Roia (2011) hanno osservato che nei casi in cui lo Stalker sia un ex partner, commette questa azione sovente per un desiderio di vendetta per l'abbandono oppure per la loro non capacità di gestire l'abbandono stesso dovuto ad un disturbo dell'attaccamento; ma al contrario gli Stalker possono essere anche persone al limite della conoscenza o addirittura sconosciuti. Sempre i due autori nel loro libro "Strategie efficaci per il contrasto ai maltrattamenti e allo stalking: aspetti giuridici e criminologici" riportano la tassonomia di Boon e Sheridan (2002) osservata in relazione alle differenti tipologie di Stalker:

- ◆ Tipologia 1: Molestie/Stalking da parte dell'ex partner, che sono il 50% dei casi di Stalking. Presentano un odio o risentimento per l'ex, un temperamento ostile, maltrattamenti nella relazione, minacce, diffamazione, gelosia e condotta aggressiva ed abusi verbali e/o fisici nei confronti di terze persone. La vittima in questo caso dovrebbe evitare ambienti di solito frequentati dallo Stalker e nei casi peggiori, deve essere protetta in un luogo protetto;

- ◆ Tipologia 2: Atti persecutori dovuti a infatuazione che hanno una divisione tra “amore giovanile” ed “amore adulto”. Entrambi però presentano caratteristiche simili di condotta, ovvero: bassi livelli di pericolosità, le molestie non sono caratterizzate da minacce o azioni malvagie, la persona amata viene trovata e avvicinata con azioni non manipolatorie;
- ◆ Tipologia 3a: Stalking delusionale di fissazione e presenta un alto rischio di pericolosità. Sono gli Stalker che sovente sono incoerenti, hanno una fissazione nei confronti della vittima, la vittima si trova in una situazione di elevato rischio di subire violenza fisica e/o sessuale ed è molto probabile che lo Stalker sia già noto alle forze dell’ordine, o agli operatori sanitari. In questo caso lo Stalker non accetta il rifiuto e non è capace di ragionare; si consiglia un percorso di tipo sanitario nazionale;
- ◆ Tipologia 3b: Stalking delusionale e di fissazione con un basso rischio di pericolosità. Sono coloro che presentano delle convinzioni deliranti, egli conosce appena la sua vittima, non ragiona su quello che vuole la vittima e le vittime sono in prevalenza professioniste. Si ricorda che su questa tipologia di Stalker il rifiuto e il ragionamento non hanno effetto;
- ◆ Tipologia 4: Stalking sadico. La vittima viene vista come un obiettivo ossessivo da parte dello Stalker (come una preda), lo Stalker la sceglie perché vista come persona felice, realizzata. Lo Stalker inizia ad insinuarsi nella sua vita, inizialmente in modo benevolo, per poi divenire persecutorio. La gratificazione dello Stalker sta nel verificare l’impotenza della vittima con un senso maggiore di supremazia. Egli presenta, freddezza emotiva, comportamenti deliberati e disturbo antisociale della condotta; infatti, sovente presentano tendenze a comportamenti simili (soprattutto se hanno più di quarant’anni). Si ha una presenza di violenza fisica, soprattutto legata all’ambito dell’invalidazione delle sicurezze della vittima. Per far cessare lo Stalking è necessario un intervento appropriato, è pressoché inutile fare appello al buon senso.

Non è presente unicamente questa classificazione, infatti ve n’è un’altra un po’ più riconosciuta. Per descriverla si utilizza come fonte un articolo di Stefanelli del 2011, “Lo Stalker. Profili e trattamento”. Mullen e collaboratori (1999; 2001; 2009) proposero una classificazione multi-assiale utilizzata sia in ambito forense che clinico:

- ◆ Valutazione funzionale del comportamento: scopi perseguiti dallo Stalker per mezzo delle molestie assillanti. In questa categoria sono presenti cinque tipologie di Stalker: risentito (pensano che tutti gli stia remando contro, ha lo scopo di ottenere una vendetta per poter mantenere il senso di potere e di controllo sulla vittima), molestatore che cerca intimità (ha lo scopo di stabilire una relazione affettiva, con un partner idealizzato; è la forma di Stalking più persistente ed è perpetrata maggiormente da donne con disturbi psicotici e principalmente con il delirio di tipo erotomane), il rifiutato (risultano essere uomini che perseguitano le loro ex – partners; essi sono la forma più intrusiva e pervasiva di Stalker), il corteggiatore incompetente

(ha lo scopo di stabilire una relazione affettiva, sia di tipo amicale che sessuale; ha un forte bisogno di possesso e di conquista) ed il predatore (segue i propri desideri di grafitazione sessuale e controllo, lo scopo è quello di avere un rapporto sessuale con la vittima. Solitamente, questa tipologia è maggiormente maschile e non di rado vengono arrestati per molestie sessuali);

- ◆ Valutazione del tipo di relazione tra Stalker e vittima. In questa categoria sono presenti gli ex – patterns, colleghi di lavoro, clienti/pazienti e sconosciuti/conoscenti;
- ◆ Presenza o meno di psicosi. In casi di presenza di psicosi si può osservare una condotta con maggiori inclinazioni per schizofrenia, disturbo delirante, psicosi affettiva. Mentre coloro che non soffrono di psicosi presentano maggiormente delle diagnosi di Disturbi di Personalità e in modo minoritario disturbi d'ansia e depressivi.

Lo Stalking viene messo in relazione alla dipendenza affettiva poiché entrambi portano con sé il desiderio di mantenere la presenza, la vicinanza affettiva e fisica con un partner. Però come si può notare, la situazione non rimane sotto controllo, al contrario i comportamenti sono portati agli eccessi, passando dalla normalità alla patologia. Inoltre, per supportare l'idea che lo Stalking sia più forte con le persone che già si conoscono è possibile osservare che la percentuale delle persone che ne è vittima conosce il suo aguzzino la percentuale varia dal 57% al 98%; questo per evidenziare quanto lo Stalking sia legato alla relazione tra i due partecipanti (Del Rosso, 2019). Inoltre, la si può mettere in osservazione con la Sindrome di Lima, poiché il tutto nasce da colui che commette abusi e che desidera mantenere il controllo.

Negli ultimi anni si è potuto osservare un numero sempre maggiore di casi di Stalking da parte degli uomini, ma anche i reati di questo genere commessi da donne vi sono e non devono essere sottostimati. Le differenze di percentuale che si sono osservate hanno cercato una possibile spiegazione assumendo che il comportamento violento di entrambi i sessi sia direttamente proporzionale al livello di intimità che si è raggiunto all'interno di una relazione: nelle donne Stalker maggiormente violente si è vista una maggiore frequenza di Disturbi di Personalità e di Disturbi legati all'Affettività; mentre tra i maschi Stalker prevalgono dei tratti Ossessivi e Disturbi Psicotici (Del Rosso, 2019).

Infine, è doverosa un'ultima osservazione sugli Stalker, che permette un collegamento con tutto ciò che è stato trattato nel Primo Capitolo, ovvero l'attaccamento. Di fatto si è osservato che lo stile che è maggiormente presente nell'attaccamento degli Stalker è quello insicuro ansioso ambivalente, che è maggiormente presente anche nelle persone che soffrono di Dipendenza Affettiva. Essi presentano caratteristiche comuni come: la paura di perdere il partner, la paura di essere abbandonati e la paura di essere rifiutati (Del Rosso, 2019).

### 3.3.3 Stalking in ambito giuridico

Lo Stalking, come detto, è un fenomeno complesso e quindi è stato più volte revisionato anche in ambito legislativo. Il termine effettivo venne utilizzato solamente negli anni '90, prima erano compiuti solo degli studi sulle molestie assillanti. Di fatto tra il 1992 ed il 1994, lo Stalking divenne maggiormente connesso alla Violenza Domestica (Del Rosso, 2019). Negli anni '80 ci fu una maggiore attenzione nel considerare l'erotomania o la molestia sessuale nel contesto criminale (Canadé, 2009). Il primo articolo promulgato all'interno della Gazzetta Ufficiale in relazione alle possibili azioni di Stalking sono stati due Articoli: art. 660 del Codice penale "Molestia o disturbo alle persone" (Lattanzi, 2003) e art. 610 c.p. "Violenza privata". In ordine gli articoli:

Chiunque, in un luogo pubblico o aperto al pubblico, ovvero col mezzo del telefono, per petulanza o per altro biasimevole motivo, reca a taluno molestia o disturbo è punito con l'arresto fino a sei mesi o con l'ammenda fino a lire cinquemila (Gazzetta Ufficiale).

Chiunque, con violenza o minaccia, costringe altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa è punito con la reclusione fino a quattro anni (Gazzetta Ufficiale).

Entrambi gli articoli presentano delle falle, ad esempio nel primo non è presente nessuna azione cautelare nei confronti di colui che commette l'azione mentre nel secondo le direttive non sono così chiare e si necessitava di una grande interpretazione e sovente veniva applicato solo per gli atti definiti maggiormente gravi (Lattanzi, 2003). Per ovviare a queste problematiche venne introdotto l'art. 612 - bis del c.p. "Atti persecutori" (d.l. 23 febbraio 2009, n.11 recante *Misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori*, convertito in legge il 23 aprile 2009, n.38). L'articolo recita:

Salvo che il fatto costituisca più grave reato, è punito con la reclusione (da un anno a sei mesi e sei mesi) chiunque, con condotte reiterare, minaccia o molesta taluno in modo da cagionare un perdurante e grave stato di ansia o di paura ovvero da ingenerare un fondato timore per l'incolumità propria o di un prossimo congiunto o di una persona al medesimo legata da relazione affettiva ovvero da costringere lo stesso ad alterare le proprie abitudini di vita.

La pena è aumentata se il fatto è commesso dal coniuge, anche separato o divorziato, o da persona che è o è stata legata da relazione affettiva alla persona offesa ovvero se il fatto è commesso attraverso strumenti informativi o telematici. (...) (Gazzetta Ufficiale).

Dall'articolo si può evincere che i punti fondamentali siano la ripetitività della condotta, provoca uno stato d'ansia grave e continuo nella vittima. Il delitto è aggravato quando esso è commesso dal coniuge, per mezzo di strumenti informatici o telematici, a danno di un minore o di una donna in gravidanza o persona con disabilità (Senato della Repubblica, 2014). Successive a queste leggi sono riportate il d.l. 14 agosto 2013 n.93, *Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di*

*genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle provincie convertito con modificazione dalla L. 15 ottobre 2013, n.119. Verrà citato solo l'Art. 1: Norme in materia di maltrattamenti, violenza sessuale e atti persecutori, dal momento che apporta delle notifiche al l'art. 612 - bis del c.p.:*

al secondo comma le parole: “legalmente separato o divorziato” sono sostituite dalle seguenti: “anche separato o divorziato” e dopo le parole: “alla persona offesa” sono aggiunte le seguenti: “ovvero se il fatto è commesso attraverso strumenti informatici o telematici” (...) (Gazzetta Ufficiale).

Infine, è possibile osservare l'ultimo cambiamento apportato fu compiuto nella legge del 24 novembre 2023, n.168 dove nell'art. 10 *Arresto in flagranza differita* recita:

(...) Nei casi di cui agli articoli 387-bis, 572 e 612-bis del codice penale, si considera comunque in stato di flagranza colui il quale, sulla base di documentazione video fotografica o di altra documentazione legittimamente ottenuta da dispositivi di comunicazione informatica o telematica, dalla quale emerga inequivocabilmente il fatto, ne risulta autore, sempre che l'arresto sia compiuto non oltre il tempo necessario alla sua identificazione e, comunque, entro le quarantotto ore dal fatto (Gazzetta Ufficiale).

I dati ISTAT (2016) riportano che il 21,5% delle donne fra i 16 e i 70 anni abbiano subito comportamenti di Stalking. Si evince che il 55% degli Stalker sono ex partners ed il 25% condomini (Del Rosso, 2019). Lo Stalking e la Violenza Domestica possono portare ad un risvolto molto più negativo, ovvero all'uccisione di uno dei due protagonisti. In questo caso, la letteratura moderna gli ha dato il nome di femmicidio, ma è doveroso ricordare che vi sono anche atti criminali da parte di donne che non accettano la fine di una relazione o quando la gelosia diventa possessione e in questo caso si parlerà di maschicidio (Benedettelli, 2019).

## CONCLUSIONE

In conclusione, si è osservato come partendo da una semplice relazione, da un semplice legame si può creare uno stile sempre più complesso di modalità di relazione e di comportamenti, che possono sfociare nella Dipendenza. In particolare, nella Dipendenza Affettiva che ha visto notevoli declinazioni, alcune in ambiti specifici: la Sindrome di Stoccolma e la Sindrome di Lima. Altre, in contesti, più vicini alle persone, ovvero la Violenza Domestica e lo Stalking. Nei secondi casi è presente maggiormente una componente di protezione nei confronti delle vittime che si sono osservati per mezzo della psicologia giuridica.

Il filo conduttore che si è evidenziato è la Dipendenza Affettiva. Ma anche come alcuni comportamenti che si pensava potessero essere distanti in realtà siano molto comuni, come la Sindrome di Stoccolma associata alla Violenza Domestica, poiché, i comportamenti, i meccanismi di difesa, gli scopi sono i medesimi. Ovviamente con qualche differenza, ma questo risiede nell'unicità del caso clinico. Oppure la Sindrome di Lima associata allo Stalking, l'amore estremo di una persona, che non accetta un rifiuto, che si innamora della propria vittima o che la continua ad amare in un vortice di paura ed atti persecutori.

Una differenza sostanziale che vi è tra le Sindromi e i comportamenti che si attuano è l'esito; infatti, se gli esiti delle Sindromi possono essere in qualche modo felici, con un finale quasi da fiaba. Nei secondi atteggiamenti quasi sempre il finale comporta delle conseguenze negative sia a livello fisico che mentale, come nel caso di Stalking vi sono le aggressioni con l'acido oppure il cyber – stalking. Mentre nella Violenza Domestica, se compiuta su donne si presenta con maggiori omicidi; i minori possono apprendere un modello di comportamento non adeguato e quindi avere delle difficoltà di relazione in un futuro e gli anziani possono presentare una depressione sempre maggiore e con un rischio di mortalità elevato. Il messaggio che si è cercato di trasmettere è che quando si parla di Violenza si devono guardare tutte le possibili combinazioni.

Vorrei concludere con una delle tante cose apprese in questi anni. Ovvero, molto bella la resilienza delle persone, ma l'empatia è ancora meglio.

## **RINGRAZIAMENTI**

Vorrei che ci fosse un manuale su come scrivere anche i ringraziamenti, ma credo che non esista. Quindi inizierò con il ringraziare la mia relatrice la dott.ssa Laura Ferro per avermi indirizzato al meglio sugli argomenti da trattare e sul come seguire sempre una validità scientifica e non aleatoria. Vorrei ringraziare anche tutte le persone che negli anni ho contatto via e – mail per chiedere informazioni sull'Università, mi scuso per essere stata così assillante. Ma soprattutto un grazie speciale a Patrizia e Federica che mi hanno sostenuto ad ogni esame, che avevano sempre una parola di confronto ed un sorriso per spronarmi a continuare e a finire questa breve ed intensa avventura.

Adesso credo che sia giunto il momento di ringraziare i miei genitori, i miei fan numero uno, le persone che veramente so che ci saranno sempre per me su cui potrò sempre contare e di cui sono fiera di essere figlia. Grazie a mia madre per avermi sopportato ad ogni esame, con le mie ansie e paure, che mi ha interrogato dal primo corso fatto fino all'ultimo. Che mi ha tenuto compagnia nei tragitti sul treno e poi autobus, soprattutto quando c'erano le gallerie, le prendeva tutte. A proposito di tempismo, mio padre che ogni volta che mi chiamava o ero a lezione o ad un esame o, appunto in galleria. Grazie a mio padre, che anche se di poche parole, mi ha fatto sempre sentire con qualcuno a fianco e soprattutto la prima persona che quando ero triste era sempre pronto a farmi tornare il sorriso. E soprattutto grazie per avermi permesso di studiare e grazie per tutti i sacrifici fatti. Grazie ai miei nonni e a mia zia che mi hanno sempre sostenuto e che ogni ad ogni mio ritorno sembrava che fossi stata in guerra, baci, abbracci ed uscite per recuperare il tempo perduto, grazie per aver sempre creduto nelle mie capacità, grazie per essere stati sempre così, amorevoli, premurosi e grazie anche degli scontri di ogni giorno, perché alla fine anche se litighiamo, non ha importanza e lo sappiamo. Grazie ai miei due migliori amici, Marco ed Ylenia che mi avete accompagnato in questo percorso, grazie per i consigli, grazie per il supporto e sopporto. Grazie per essere stati come me fino a qui, a Marco con la tua gentilezza, sempre presente e con il sostegno di un fratello, siamo ancora qui, otto anni dopo. Grazie a Ylenia per le serate passate a divertirci e a stare a casa per soddisfare il mio bisogno di ordine, grazie di avermi fatto svagare e grazie di esserci stata. Grazie a tutti per essere stati al mio fianco, ma state pur certi, l'avventura non è finita. E per concludere credo che sia doveroso ringraziare le amiche incontrate ad Aosta, che senza di loro, gli anni sarebbero stati notevolmente più lunghi e noiosi. Grazie alle mie coinquiline Gio ed Aly, con le quali ho vissuto momenti indimenticabili, soprattutto grazie alla schiettezza e serenità di Gio ma grazie anche per i momenti passati a disperarci per gli esami, per le risate e per l'avermi mostrato un altro modo di vedere le cose, molto più sereno e sì Gio sei "Più G di Gucci" e grazie Aly per la tua dolcezza, per le sere passate a parlare, per le serate film, per aver cucinato sempre assieme, grazie per il tuo essere così innocente e sì mi mancherà vederti inciampare in qualsiasi cosa. Grazie a voi che siete state le migliori coinquiline del mondo. Poi vi sono altre amiche che vorrei ringraziare, Anna, Simona e Laura per le risate fatte durante le lezioni e grazie a Wissal per la sua pazienza con le mie domande e per la sua disponibilità immensa. Ma soprattutto tu Sara che mi hai fatto conoscere persone così

meravigliose. Ma grazie a te per essere così estroversa, così te, una persona che quando si inizia un discorso non si sa mai dove esso porterò, possiamo partire da un fazzoletto e finire con il citare la Divina Commedia e sinceramente non ci sono altre parole per descriverti. Grazie anche per avermi fatto conoscere altre due persone fantastiche ovvero Andrea, che devo dire grazie soprattutto per le scrocchiate di schiena, ma grazie anche per la tua gentilezza, spontaneità e per le serate e Luca. Grazie Luca per avermi sostenuta in questi mesi, per le giornate passate ad Aosta tra un esame e l'altro, per le lunghissime passeggiate, per i discorsi fino alle 3 di notte sulle panchine, per i gelati e per i pranzi passati assieme, ma soprattutto grazie per le risate e grazie di essere così. Vi voglio solo dire che vi voglio bene e che mi mancherete. Ma credo che prima o poi ci rincontreremo. Adesso per concludere vorrei fare un ringraziamento un po' speciale, non ci saranno nomi, ma chi ha capito le persone, credo mi odierà. Ma volevo che anche quelle persone fossero nei ringraziamenti, perché ci ho vissuto una parte di questa esperienza e come detto forse sono state anche la causa di questa tesi. Ma non importa, vorrei ringraziare le persone che non sono presenti oggi nella mia vita, quelle persone che mi hanno ferito, illuso e fatto del male; ma anche con le quali ho vissuto nuove esperienze, nuove emozioni e nuovi sentimenti, quelle persone che mi hanno fatto sentire speciale e che forse in qualche modo lo continuano ancora a fare. Grazie a loro io sono la persona che sono, la persona che è riuscita in questa piccola grande impresa, non da sola certo, ma è riuscita a farcela. Grazie a voi io sono così e non vorrei essere in altro modo ed ogni tanto riesco a vedere la verità in una frase che mi è stata detta: sei la ragazza più speciale del mondo, una combattente che non ha mai mollato nonostante le insidie.

Grazie mille per l'attenzione e grazie per aver costellato la mia vita.

Sarete per sempre qui, nero su bianco.

## **BIBLIOGRAFIA**

Aceti, T., & Liverano, A. (2009). Dipendenze e stili di attaccamento. *aT Rivista Di Analisi Transazionale E Metodologie Psicoterapeutiche*, 61 – 72. <https://www.sophosformazioneat.it/wp-content/uploads/2020/10/3-2009-dipendenze.pdf>

Agnelli I. (2014). Dipendenza affettiva. Un disturbo autonomo in asse I o in Asse II? *Psicoterapeuti in formazione*. [https://lnx.psicoterapeutiinformazione.it/wp-content/uploads/2014/10/3\\_agnelli\\_dipendenza\\_affettiva.pdf](https://lnx.psicoterapeutiinformazione.it/wp-content/uploads/2014/10/3_agnelli_dipendenza_affettiva.pdf)

Antonelli, P., Fortunati, M., Salvatori, G., & Giunti, D. (2021). La dipendenza affettiva oggi: concettualizzazione, valutazione e trattamento. *Rivista Di Sessuologia Clinica*, 1, 45–65. <https://doi.org/10.3280/rsc2021-001003>

American Psychological Association - APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Baldry, A. C., & Roia, F. (2011). *Strategie efficaci per il contrasto ai maltrattamenti e allo stalking. Aspetti giuridici e criminologici*. FrancoAngeli.

Bandura, A. (2017). *Disimpegno morale: Come facciamo del male continuando a vivere bene*. Edizioni Centro Studi Erickson.

Benedettelli, B. (2017). *50 sfumature di violenza. Femminicidio e maschicidio in Italia*. Extra.

Biagini, V., Marasco, M., Vargas, M., & Zenobi, S. (2010). La sindrome di Stoccolma: fenomeno mediatico o patologia psichiatrica? *Psichiatria E Psicologia Forense*, 379. <https://ojs.pensamultimedia.it/index.php/ric/article/view/736/713>

Bonino, S. (2000). *Dizionario di psicologia dello sviluppo*. Einaudi.

Bremner, J. D. (2006). Traumatic stress: effects on the brain. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(4), 445–461. <https://doi.org/10.31887/dcons.2006.8.4/jbremner>

Bretherton, I. (1997). Bowlby's legacy to developmental psychology. *Child Psychiatry and Human Development*, 33–43. [https://www.researchgate.net/publication/13962735\\_Bowlby's\\_Legacy\\_to\\_Developmental\\_Psychology](https://www.researchgate.net/publication/13962735_Bowlby's_Legacy_to_Developmental_Psychology)

Campelo, F. F. (2021). *La mappa delle emozioni: Amore, paura, entusiasmo, rabbia, empatia. . . Come proviamo ciò che proviamo*. Giunti.

Canadé, M. (2009). Lo stalking: una patologia della comunicazione e della relazione? *Associazione Italiana Di Psicologia Giuridica AIPG*. [https://aipgitalia.org/wp-content/uploads/2010/02/Canade\\_Maria\\_Tesina\\_AIPG9.pdf](https://aipgitalia.org/wp-content/uploads/2010/02/Canade_Maria_Tesina_AIPG9.pdf)

Carretti, V., Craparo, G. & Schimmenti A. (2008). *NUOVE DIPENDENZE. ETIOLOGIA, CLINICA e TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE "SENZA DROGA"*. A cura di: La Barbera, D. & La Cascia, C. *VOLUME MONOGRAFICO RIVISTA NOOS*, p. 107 – 117 <https://iris.unipa.it/handle/10447/56556>

Cohen, S. B. (2012). *La scienza del male. L'empatia e le origini della crudeltà*. Raffaello Cortina Editore.

Congia P. (2017). Relazioni fra le dimensioni dell'attaccamento adulto, la stabilità e la qualità percepita delle relazioni romantiche e la sintomatologia psichica. *Giornale italiano di psicologia, Rivista trimestrale*, 95-116. <https://www.rivisteweb.it/doi/10.1421/86903>

Cristofanelli, S. (2023). Slide PowerPoint del programma del Corso “Metodo Psicodiagnostici e fondamenti di psicopatologia” 85 – 98. Materiale inedito.

Croce, M. (2023). Slide PowerPoint “definizioni diagnosi concetti fondamentali” del programma del Corso “Psicologia delle Addictions”. Materiale inedito.

Croce, M. (2024). Slide PowerPoint “psicologia criminalità 1 2024” del programma del Corso “Psicologia della devianza e della criminalità”. Materiale inedito.

D’Alisio, M. (2016). *La Teoria del Cervello Tripartito di MacLean e le possibili connessioni con: la Piramide dei Bisogni di Maslow & la Seconda Topica di Freud*. (Tesi di Master Universitario di II Livello, Lumsa Università) <https://www.neuropsicoclinic.com/wp-content/uploads/2018/04/La-Teoria-del-Cervello-Tripartito-di-MacLean-e-le-possibili-connessioni-con-la-Piramide-dei-Bisogni-di-Maslow-e-la-Seconda-Topica-di-Freud-2.pdf>

Di Giacomo, D. (2003). Sistemi di classificazione dell’attaccamento ed aspetti neurologici. *Psicologia Clinica Dello Sviluppo*, 1, 29–50. <https://doi.org/10.1449/8774>

Del Rosso, A. (2019). QUANDO LO STALKING SI SNODA NEL LABIRINTO DELLA DIPENDENZA AFFETTIVA. *Cognitivismo Clinico*, 67–85. [https://apc.it/wp-content/uploads/2013/03/07\\_Delrosso\\_CC19-1.pdf](https://apc.it/wp-content/uploads/2013/03/07_Delrosso_CC19-1.pdf)

Durand, M. V., Barlow, D. H., & Hofman, S. G. (2023). *Psicologia clinica*. UTET Università.

Gabbard, G. O. (2007). *Psichiatria psicodinamica*. Raffaello Cortina Editore.

Gerhardt, S. (2006). *Perché si devono amare i bambini*. Raffaello Cortina Editore.

Gori, A., Russo, S., & Topino, E. (2023). Love Addiction, Adult Attachment Patterns and Self-Esteem: Testing for Mediation Using Path Analysis. *Journal of Personalized Medicine*, 13(2), 247. <https://doi.org/10.3390/jpm13020247>

Guerreschi, C. (2011). *La dipendenza affettiva. Ma si può morire anche d'amore?* FrancoAngeli.

Gulotta, G. (2011). *Compendio di psicologia giuridico-forense, criminale e investigativa*. Giuffrè Editore.

Foglia, C. (2003). La “sindrome di Stoccolma.” *AIPG - Associazione Italiana Di Psicologia Giuridica*.  
<https://aipgitalia.org/wp-content/uploads/2008/07/Stoccolma.pdf>

Lattanzi, M. (2003). *Stalking. Il lato oscuro delle relazioni interpersonali*. Ediservice.

Main, M. (2008). *L'attaccamento. Dal comportamento alla rappresentazione*. Raffaello Cortina Editore.

Mangialavori S., Cacioppo M., (2020). Dipendenza affettiva, stili di attaccamento, cure parentali ricevute in infanzia e in adolescenza e qualità della relazione di coppia: quale relazione? doi.medra.org: 10.48237/LIJ\_030

Ministero Della Salute. (2022). *I disturbi da Addiction nelle dipendenze non legate all'uso/abuso di sostanze*. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3313\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3313_allegato.pdf)

Montano, A., & Borzi, R. (2019). *Manuale di intervento sul trauma. Comprendere, valutare e curare il PTSD semplice e complesso*.  
[https://static.erickson.it/prod/files/ItemVariant/itemvariant\\_sfogliolibro/123356\\_9788859019114\\_v27\\_9\\_manuale-di-intervento-sul-trauma.pdf](https://static.erickson.it/prod/files/ItemVariant/itemvariant_sfogliolibro/123356_9788859019114_v27_9_manuale-di-intervento-sul-trauma.pdf)

Monzani, M., & Bugini, S. (2023). *Intrecci criminali. Dalla sindrome di Stoccolma all'effetto Lucifero*. Editore Key.

Occhi, S., Albiol, L. M., & Cicognani, E. (2007). Il disturbo post-traumatico da stress: una rassegna. *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, 323.  
[https://www.researchgate.net/profile/Luis-Moya-Albiol/publication/293175888\\_Il\\_disturbo\\_Post\\_Traumatico\\_da\\_Stress\\_una\\_rasegna/links/5e74790c299b1c76a2010c2/Il-disturbo-Post-Traumatico-da-Stress-una-rasegna.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Luis-Moya-Albiol/publication/293175888_Il_disturbo_Post_Traumatico_da_Stress_una_rasegna/links/5e74790c299b1c76a2010c2/Il-disturbo-Post-Traumatico-da-Stress-una-rasegna.pdf)

Pagliaro, S. (2013). La moralità in psicologia sociale: l'importanza di un approccio basato sui gruppi. *Il Mulino*, 193. <https://www.rivisteweb.it/doi/10.1482/74259>

Pani, R., & Biolcati, R. (2006). *Le dipendenze senza droghe: lo shopping compulsivo, Internet e il gioco d'azzardo*. UTET Università.

Roberto, R. (2016). La violenza intrafamiliare. *Senato WebTV*.  
[https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg18/attachments/documento\\_evento\\_procedura\\_commissione/files/000/001/061/A.I.C.C.EF\\_Allegato\\_1\\_La\\_violenza\\_intrafamiliare.pdf](https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg18/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/001/061/A.I.C.C.EF_Allegato_1_La_violenza_intrafamiliare.pdf)

Rosati, M. (2015). Socializzazione e identità nel pensiero di J. Habermas (Scuola Democratica n. 1-2/1994). *Scuola Democratica*, 2, 361–376. <https://doi.org/10.12828/80461>

Santrock, J. W. (2021). *Psicologia dello sviluppo+connect*. McGraw Hill Education.

Senato della Repubblica. (2014). *Violenza sulle Donne - una sfida per tutti*  
<https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/00750635.pdf>

Senesi, M., Pescina, D., & Calderaro, M. (2017). *Dottor Disney e Mister Hyde: Il crimine nelle favole*. Armando Editore.

Serino, C. (2009). Empathy: Social-Psychological Prospects. *Psicologia Sociale*, 3, 333–346.  
<https://doi.org/10.1482/30688>

Simoncelli, A., Moretti, M., Penta, P., & Maffeis, E. (2012). 1978 - 2008, 40 anni di Strange Situation. *Comportamenti interattivi e pattern di attaccamento: una verifica del modello di Ainsworth*. “Giornale italiano di psicologia, Rivista trimestrale” *Rivista Web*. 619 – 642.  
URL: <https://www.rivisteweb.it/doi/10.1421/38775>

Spitz, R. A. (2000). *Dialoghi dall'infanzia. Raccolta di scritti*. Armando Editore.

Stefanelli, M. (2011). Lo stalker. Profili e trattamento. *Psicoterapeuti In - Formazione*, Numero 7.  
<https://lnx.psicoterapeutiinformazione.it/wp-content/uploads/2011/10/Marco%20Stefanelli%20-%20Lo%20Stolker.%20Profili%20e%20trattamento.pdf>

Strentz, T. (1980). THE STOCKHOLM SYNDROME: LAW ENFORCEMENT POLICY AND EGO DEFENSES OF THE HOSTAGE. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 347(1 Forensic Psych), 137–150. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1980.tb21263.x>

## SITOGRAFIA

Ayer, D. (2016). *Suicide Squad*. Warner Bros.

Anzivino M., (2015) *LA RELAZIONE: L'OVVIO DI CUI NESSUNO SI OCCUPA – Educazione interculturale*. <https://rivistedigitali.erickson.it/educazione-interculturale/archivio/vol-13-n-3/la-relazione-lovvio-di-cui-nessuno-si-occupa/>

Blanco, M. e Trombetta, M. (2022). Carnefici o principi azzurri? I tanti volti della sindrome di Stoccolma. *Scienze Forensi Magazine - Scienze Forensi Magazine | Il giornale delle Scienze Forensi*.

<https://www.scienzeforensi.org/blog/?carnefici-o-principi-azzurri--i-tanti-volti-della-sindrome-di-stoccolma>

Bracalenti, R. (2022). “L’approccio psicologico: la condizione di vittima.” *IPRS - Istituto Psicoanalitico per le Ricerche Sociali*. <https://www.iprs.it/lapproccio-psicologico-la-condizione-di-vittima/>

Budreau, R. (2019). *Rapina a Stoccolma*. M2 Pictures.

Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi. (n.d.). Lo psicologo giuridico e forense. *CNOP - Consiglio Nazionale Ordine Degli Psicologi*. [https://www.psy.it/allegati/aree-pratica-professionale/psicologo\\_giuridico.pdf](https://www.psy.it/allegati/aree-pratica-professionale/psicologo_giuridico.pdf)

Damiano, L. & Savoia, A. (2022). *Gli aspetti psicologici della violenza e il ruolo dell’egemonia maschile*. *Sigmund Freud University* <https://milano-sfu.it/gli-aspetti-psicologici-della-violenza-e-il-ruolo-dellegemonia-maschile/>

Della Rocca, D. A. (2022). *Che cos’è la Sindrome di Stoccolma e come si manifesta?* *ForensicNews*. <https://www.forensicnews.it/che-cose-la-sindrome-di-stoccolma-e-come-si-manifesta/>

Farina, A. (2024). *Cos’è la vigoressia e perché non va sottovalutata*. <https://www.unobravo.com/post/cose-la-bigoressia-e-perche-non-va-sottovalutata#strongvigoressia-e-psicologia-quando-lo-sport-diventa-un%E2%80%99ossessionestrong>

Galeazzi, G., & Curci, P. (2015). *Sindrome del molestatore assillante (stalking): una rassegna - Journal of Psychopathology*. *Journal of Psychopathology*. <https://old.jpsychopathol.it/article/sindrome-del-molestatore-assillante-stalking-una-rassegna/>

Gazzetta Ufficiale (n.d). Art. 660 del Codice penale “Molestia o disturbo alle persone”

Gazzetta Ufficiale (n.d) Art. 612 del Codice penale “Violenza privata”

Gazzetta Ufficiale (n.d) Art. 612 – bis del Codice penale “Atti persecutori”

Legge 24 novembre 2023, n.168 “Disposizioni per il contrasto della violenza sulle donne e della violenza domestica”.

Giunti Psychometrics. (2020). *Violenza: caratteristiche e tipologie*. <https://www.giuntipsy.it/informazioni/notizie/violenza-caratteristiche-e-tipologie>

Greco, S., & Tognetti, M. (2022). Health and violence. In *Springer eBooks* (pp. 1–4). [https://doi.org/10.1007/978-3-319-69909-7\\_1241-2](https://doi.org/10.1007/978-3-319-69909-7_1241-2)

Houseman, B., & Semien, G. (2022). *Florida domestic violence*. StatPearls - NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493194/>

Istat. (n.d.). *Il numero delle vittime e le forme di violenza*. <https://www.istat.it/statistiche-per-temi/focus/violenza-sulle-donne/il-fenomeno/violenza-dentro-e-fuori-la-famiglia/il-numero-delle-vittime-e-le-forme-di-violenza/#:~:text=Lo%20stalking%20%C3%A8%20stato%20subito,16%2C1%25%20delle%20donn>

Laboratorio di Psicologia Applicata. (2024). *Dipendenze Affettive: Domande e Risposte*. Online.

Margiotta, M. (2024). *La violenza domestica: tipologie, segnali e conseguenze*. <https://www.unobravo.com/post/la-violenza-domestica#strongtipologie-di-violenza-domesticastrongbr>

Maugeri, A. A. (2023). *Codipendenza affettiva: sintomi e cura della codipendenza*. <https://www.unobravo.com/post/codipendenza#strongil-significato-di-codipendenzastrong>

Mistero della Salute. (2024). *Dipendenze e problemi correlati*. <https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/dettaglioContenutiPrevenzione.jsp?lingua=italiano&id=5763&area=prevenzione&menu=obiettivi2020>

Ministero della Salute (2020). *Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA)*. [https://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_3\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=dossier&p=dossier&id=66](https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_3_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=dossier&p=dossier&id=66)

*Neotenia - Treccani - Treccani*. (n.d.). Treccani. <https://www.treccani.it/vocabolario/neotenia/>

Pellizzari, D. (2022). *Dr. Damiano Pellizzari*. Dr. Damiano Pellizzari. <http://damianopellizzari.it/2022/02/08/la-sindrome-di-lima/>

Palermo, S. (2020). *Psicologia: Isolamento, effetto Lucifero e cieca obbedienza. La sindrome di Stoccolma tra mito e realtà*. Report Difesa. <https://www.reportdifesa.it/psicologia-isolamento-effetto-lucifero-e-cieca-obbedienza-la-sindrome-di-stoccolma-tra-mito-e-realta/>

Piperno, G. (2024). *Cos'è la Psicologia Giuridica*. AIPG. <https://aipgitalia.org/cose-la-psicologia-giuridica/>

Rainews. (2014). *40 anni fa Patricia Hearst: da ereditiera a terrorista, il più celebre caso di sindrome di Stoccolma*. Rainews. <https://www.rainews.it/archivio-rainews/media/40-anni-fa-Patricia-Hearst-da-ereditiera-a-terrorista-piu-celebre-caso-di-Sindrome-di-Stoccolma-2d878bd7-09bd-45ca-9a21-801fdbe208d3.html#foto-1>

*Relazione - Significato ed etimologia - Vocabolario - Treccani*. (n.d.). Treccani. <https://www.treccani.it/vocabolario/relazione/>

Teggi, E. (2022). *Sindrome di Stoccolma: analisi criminologica e rapporto con i delitti contro la persona*. Ius in Itinere. <https://www.iusinitinere.it/sindrome-di-stoccolma-analisi-criminologica-e-rapporto-con-i-delitti-contro-la-persona-41715>

*Vigoressia - Significato ed etimologia - Vocabolario - Treccani*. (n.d.). Treccani. [https://www.treccani.it/vocabolario/vigoressia\\_\(Neologismi\)/](https://www.treccani.it/vocabolario/vigoressia_(Neologismi))

*Vittimologia - Significato ed etimologia - Vocabolario - Treccani*. (n.d.). Treccani. <https://www.treccani.it/vocabolario/vittimologia/>

Zimmerman, M. (2023). *Disturbo dipendente di personalità*. Manuali MSD Edizione Professionisti. <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-della-personalita%3%A0/disturbo-dipendente-di-personalita%3%A0>