



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

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

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2019/2020

TESI DI LAUREA

Quando l'amore diventa patologico:

La Dipendenza Affettiva

DOCENTE 1° relatore: Prof. Luca Scacchi

STUDENTE: Luca Macello-Violetta, 17D03935

Sommario

Introduzione	p. 4
CAPITOLO 1: Dipendenza, amore romantico e modelli di attaccamento	p. 6
1.1 L'evoluzione dell'abitudine nella dipendenza.....	p. 6
1.2 Uso, abuso e dipendenza.....	p. 7
1.3 Il sistema di ricompensa nel cervello.....	p. 10
1.4 I sistemi cerebrali associati alla dipendenza da sostanze.....	p. 11
1.5 Oltre le tossicodipendenze: le dipendenze comportamentali.....	p. 13
1.6 Amore romantico e sistema di ricompensa.....	p. 16
1.7 Relazione tra il rapporto di coppia e i modelli di attaccamento.....	p. 20
CAPITOLO 2: La Dipendenza affettiva	p. 23
2.1 Amore romantico: può essere considerato una patologia?..	p. 23
2.2 La dipendenza affettiva.....	p. 25
2.3 Aspetti nosologici della dipendenza affettiva.....	p. 27
2.4 Diagnosi della dipendenza affettiva.....	p. 29
2.5 Dati epidemiologici dipendenza affettiva.....	p. 31
2.6 Sistemi cerebrali associati a dipendenza affettiva e da sostanze.....	p. 32
CAPITOLO 3. Strategie di intervento per la dipendenza affettiva-relazionale	p. 34
3.1 Il trattamento per la cura di una dipendenza.....	p. 34
3.2 L'amore romantico come cura per altre dipendenze.....	p. 37
3.3 Interventi e promozione del benessere nella cura della dipendenza affettiva e del rifiuto romantico.....	p. 38
3.4 Prospettive nel trattamento della dipendenza affettiva: c'è un posto per la farmacoterapia?.....	p. 42
Conclusione	p. 45

Bibliografia.....p. 47

Introduzione

Secondo Grosso e Rascazzo (2014) la società contemporanea, con i suoi imperativi di continua crescita, innovazione e fruibilità delle informazioni, ha portato l'essere umano ad essere costantemente reattivo ad una quantità di stimoli, maturati esponenzialmente con lo svilupparsi delle nuove tecnologie. Lo stile di vita degli individui che ne consegue, così frenetico, intollerante e bramoso di novità, lascia poco tempo da dedicare alla sfera emotiva, la quale viene trascurata e intossicata dalla fretta di ottenere tutto e subito. Personalmente, trovandomi in sintonia con queste considerazioni, ho scelto di affrontare questa tematica approfondendo, nello specifico, la problematica della dipendenza affettiva. In primo luogo, l'ho fatto per un bisogno personale di approfondire l'argomento, capire le sfumature che contraddistinguono questa condizione, nel tentativo di dare una forma più razionale all'amore, ma anche per esplicitare le sensazioni che genera, sia positive che negative, e capire quale sia il substrato biologico coinvolto in questo sentimento così comune, ma così unico al tempo stesso.

Riassumendo sommariamente quanto verrà trattato all'interno della tesi: nel primo capitolo verrà offerta una panoramica sulle dipendenze da sostanze e comportamentali, analizzando la letteratura inerente a queste tematiche e la loro caratterizzazione neurochimica. Si andrà ad analizzare poi la tematica dell'amore romantico, il suo legame con il sistema di ricompensa del cervello, concludendo il capitolo con un approfondimento sul tema dell'attaccamento, alla base di tutti i rapporti che costruiamo e pertanto fondamentale nella trattazione dell'argomento. Per quanto concerne il secondo capitolo, si entrerà nel vivo della trattazione della tematica centrale della tesi, la dipendenza affettiva, analizzando le caratteristiche e gli schemi ricorrenti che affliggono chi è colpito da questo disturbo, facendo soffermare il lettore sulla differenza tra amore romantico e quando questo vada a sfociare in qualcosa di molto più assillante e meccanico, la dipendenza affettiva. Nel terzo ed ultimo capitolo, si concentrerà l'attenzione del lettore sulle possibilità di intervento verso la problematica della dipendenza affettiva, partendo dall'osservazione delle linee guida per la cura delle dipendenze da sostanze, per poi approfondire le possibilità di intervento, seppur ancora non esistano delle linee guida canoniche a cui potersi affidare.

Trattare il tema della dipendenza affettiva è una prova complessa, a partire dalla discutibilità e dalla discussione sulla sua stessa definizione sino alla molteplicità delle eventuali cause che influenzano la sua supposta formazione. Questo tema, però, è di grande interesse in relazione a diversi processi psicologici che si pensa siano coinvolti: dalle malsane abitudini psicoeducative consolidate, agli stereotipi indotti dalla società moderna, dalle giustificazioni

sociali caratterizzate da negazioni, all'incapacità di saper affrontare situazioni di evidente malessere che portano a non manifestare eccessi di comportamenti patologici. E' per questi aspetti e per il grande interesse che mi hanno suscitato, che ho deciso di affrontare questa tematica.

CAPITOLO 1: Dipendenza, amore romantico e modelli di attaccamento.

1.1 L'evoluzione dell'abitudine nella dipendenza.

1.2 Uso, abuso e dipendenza.

1.3 Il sistema di ricompensa nel cervello.

1.4 I sistemi cerebrali associati alla dipendenza da sostanze.

1.5 Oltre le tossicodipendenze: le dipendenze comportamentali.

1.6 Amore romantico e sistema di ricompensa.

1.7 Relazione tra il rapporto di coppia e i modelli di attaccamento.

Introduzione.

Il primo capitolo introduce e descrive le diverse tipologie di dipendenze partendo da quelle più largamente riconosciute, ovvero le dipendenze da sostanze stupefacenti, affiancate dai sistemi cerebrali che caratterizzano questo tipo di patologia, per poi andare ad analizzare le "nuove dipendenze", o dipendenze comportamentali. Successivamente verrà approfondito il tema dell'amore romantico, analizzando il substrato neurale che caratterizza questo stato. Nell'ultima parte del capitolo verrà poi affrontato il tema dell'attaccamento, le teorie sulla sua origine e il ruolo nodale che svolge nella creazione dei legami affettivi in età adulta.

1.1 L'evoluzione dell'abitudine nella dipendenza

Tutti noi coltiviamo personali abitudini, che scandiscono i ritmi delle nostre giornate, e che sono come isole di ristoro e ritorno a noi stessi. Le abitudini nutrono la vita intessendola di pause, punti di riferimento, gratificazioni. Abitudini "benigne" che giocano un preciso ruolo, non sempre secondario, nel mantenimento dell'equilibrio di una persona e del suo stile di vita (Grosso, Rigliano; 2014). La peculiarità di queste abitudini consiste, da un lato nella loro transitorietà, perché molto spesso le abbandoniamo spontaneamente nel corso del tempo, dall'altro nel poter essere oggetto di rinuncia, pur con fatica, a fronte di impedimenti sopravvenuti o dell'evidenziarsi di conseguenze negative e non desiderate (Grosso, Rigliano; 2014). Il fattore che segna il confine tra un'abitudine e una dipendenza patologica è la capacità di rinunciare a un comportamento gratificante, che fornisce inequivocabili vantaggi e che si pone, a un certo punto della sua traiettoria, come costitutivo degli equilibri stessi della persona (Grosso, Rigliano; 2014). Secondo diversi autori (Smith, 2012; Zou, Wang; 2017; Amass et al., 2019), la dipendenza patologica è una malattia cronica primaria, che

coinvolge ricompensa cerebrale, motivazione, memoria e circuiti correlati; può portare a ricadute, sviluppo progressivo e potenziale fatalità se non trattata. Essa consiste in una modalità d'essere, una condizione esistenziale globale, determinata dall'uso compulsivo di una sostanza e/o da un coinvolgimento totalizzante con un "oggetto" del desiderio, che per essere raggiunto spinge il soggetto a mettere in atto un comportamento vissuto come incoercibile (Smith, 2012; Zou, Wang; 2017; Amass et al., 2019). Il soggetto, pur consapevole dei danni che ne derivano a sé e agli altri, sceglie di continuare a varcare confini, vincoli, norme di salvaguardia e protezione. La dipendenza è patologica quando, a differenza delle consuete abitudini della vita, si configura in tutta la sua durezza e prepotenza, allorché appare come impulso irresistibile alla ripetizione del comportamento, malgrado e contro tutto, a qualsiasi costo (Smith, 2012; Zou, Wang, 2017 Amass et al., 2019). I progressi nell'ultimo ventennio hanno identificato i circuiti cerebrali più vulnerabili ai cambiamenti indotti dalle sostanze stupefacenti, così come molte basi molecolari e morfologiche associate (Kalivas, O'Brien; 2008), di cui si parlerà nello specifico man mano che verranno affrontati i temi della dipendenza da sostanze e comportamentali. Questa crescente conoscenza ha contribuito a una maggiore comprensione di come le sostanze usurpano i normali circuiti di apprendimento, per creare la patologia della dipendenza, come evidenziato dall'attivazione involontaria dei circuiti di ricompensa in risposta a segnali associati alle sostanze e segnalazioni simultanee di desiderio delle stesse (Kalivas, O'Brien; 2008).

1.2 Uso, abuso e dipendenza.

In tutte le culture e in ogni epoca, l'uomo ha ricercato e utilizzato le sostanze capaci di modificare l'umore, il pensiero o la percezione del dolore, ad esempio nel corso di riti religiosi e iniziatici, attraverso l'uso di bevande alcoliche e sostanze stupefacenti, come documentano opere letterarie di ogni tempo, a cominciare da Bibbia, Iliade e Odissea (Vendramin, Sciacchitano; 2014).

Quando è corretto parlare di abuso e di dipendenza da sostanze?

Secondo svariati autori (Everitt et al., 2001; Kreek et al., 2002; Koob e Le Moal, 2006; Kalivas e O'Brien, 2008; Garibaldi, 2020), la transizione dall'uso alla dipendenza è composta da almeno tre fasi: sporadica e ricreativa, intensificata, sostenuta, fino alla perdita di controllo. Gli stessi autori hanno teorizzato che il passaggio alla dipendenza coinvolga le stesse tre fasi di utilizzo (ovvero, la prima fase iniziale di rinforzo, con scopi ricreativi e sociali e implica l'apprendimento degli effetti rinforzanti della sostanza), l'abuso (ovvero, la seconda fase dove aumenta la ricerca, consolidamento dell'apprendimento e aumento dell'assunzione della

sostanza) e dipendenza (cioè, la terza fase con il mantenimento dell'assunzione intensificata con perdita di controllo) (Everitt et al., 2001; Kreek et al., 2002; Koob e Le Moal, 2006; Kalivas e O'Brien, 2008; Garibaldi, 2020). Il termine abuso indica, dunque, l'uso eccessivo e non giustificato di farmaci, bevande, o altre sostanze capaci di causare danni all'organismo (Vendramin, Sciacchitano; 2014). In senso lato, il concetto di abuso rimanda all'utilizzo di una o più sostanze, secondo modalità che si discostano dalle norme mediche e sociali condivise. Nel linguaggio corrente sono denominate sostanze o droghe d'abuso quei composti naturali o di sintesi, per lo più illeciti ma non solo, autosomministrati per sperimentarne gli effetti (Alberigi, Speranza; 2006). Alcuni di essi, ma non tutti, in individui vulnerabili e interagendo con i meccanismi fisiologici di ricompensa e apprendimento, sono alla base di quel fenomeno complesso e pervasivo che è la tossicodipendenza (Vendramin, Sciacchitano; 2014). Per quanto concerne il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, è interessante notare che nell'ultima edizione (DSM-V), i termini "abuso di sostanze e dipendenza da sostanze" sono stati rimossi e sono ora sostituiti congiuntamente da "disturbo da uso di sostanze". Lo stesso nome del capitolo sulla sostanza ("disturbi correlati alla sostanza e dipendenza") è stato modificato per includere il termine "dipendenza" (Regier, Kuhl, Kupfer; 2013). Bisogna sottolineare che le sostanze di abuso, diverse per effetti e tossicità, ancor più differiscono l'una dall'altra per la considerazione di ciascuno rispetto al contesto socioculturale, agli ordinamenti giuridici, ai convincimenti e alle abitudini personali (Grosso, Rascuzzo; 2014). L'abuso da sostanza, che si traduce in un'ampia gamma di comportamenti di dipendenza, trasforma gli individui e ne muta la soggettività (George, Koob, Vendruscolo, 2014; Jabeen, Venkataswamy, Sadaf, Reddy, Mallika, Sushmitha, 2018). Il primo movente che conduce a ripetere l'esperienza sperimentata è la sensazione di piacere e benessere, ma non è l'unico. Il beneficio è più complessivo per la persona e fornisce altre remunerazioni (Jabeen, Venkataswamy, Sadaf, Reddy, Mallika, Sushmitha, 2018). Progressivamente il soggetto che abusa di sostanze va incontro ad una metamorfosi, profonda o lieve, ma sempre più duratura e persistente, che modifica l'umore di base; attiva e calma, consentendo di sperimentare sensazioni forti come l'ottundimento delle emozioni, soprattutto se spiacevoli (Koob e Le Moal, 2006; Kalivas e O'Brien, 2008; Vendramin, Sciacchitano, 2014). La dipendenza patologica è caratterizzata da peculiari manifestazioni globali, allo stesso tempo psichiche, fisiche e comportamentali, caratterizzate da una diversa intensità a seconda della tossicità delle diverse sostanze di cui si fa uso, ma anche secondo le diversità di ogni soggetto umano e le varietà delle reazioni al contesto ambientale (Everitt et al., 2001; Kreek et al., 2002; Koob e Le Moal, 2006; Kalivas e O'Brien, 2008; Grosso, Rigliano, 2014; George, Koob, Vendruscolo,

2014; Jabeen, Venkataswamy, Sadaf, Reddy, Mallika, Sushmitha; 2018).

La frequente assunzione di sostanze psicoattive induce una progressiva assuefazione, creando lo stato di “tolleranza”, poiché l’organismo si adatta alle nuove e continue stimolazioni (Grosso, Rigliano, 2014; Jabeen, Venkataswamy, Sadaf, Reddy, Mallika, Sushmitha; 2018). La conseguenza è la riduzione della sensazione degli effetti più piacevoli per via della continua ripetizione del consumo, effetti che a loro volta possono essere nuovamente ottenuti solo con l’aumento delle dosi assunte e della frequenza delle assunzioni (Kalivas e O'Brien, 2008; Grosso, Rigliano, 2014; George, Koob, Vendruscolo, 2014; Jabeen, Venkataswamy, Sadaf, Reddy, Mallika, Sushmitha; 2018).). L’abuso cronico di sostanze si manifesta quindi anche attraverso la “sindrome di astinenza”, allorché non si rende più possibile la ripetizione del comportamento di assunzione. Essa comporta un’evidente sofferenza sia sul piano fisico (dolore dei muscoli e delle articolazioni, crampi, brividi, tremori, mal di testa, nausea, diarrea, rinorrea, insonnia etc.) sia mentale (ansia, paura, agitazione, umore disforico etc.) (Jabeen, Venkataswamy, Sadaf, Reddy, Mallika, Sushmitha; 2018). La sindrome d’astinenza coinvolge, in un rapporto sempre estremamente complesso e personale, il “craving”: un desiderio molto intenso, spesso irrefrenabile, considerato il motore somatopsichico del comportamento di dipendenza (Everitt et al., 2001; Kreek et al., 2002; Koob e Le Moal, 2006; Kalivas e O'Brien, 2008; Grosso, Rigliano, 2014; George, Koob, Vendruscolo, 2014; Jabeen, Venkataswamy, Sadaf, Reddy, Mallika, Sushmitha; 2018). Il craving riassume in sé i due concetti di dipendenza fisica e dipendenza patologica, e la misurazione della sua intensità è oggi ritenuto un indicatore della gravità dell’addiction (Grosso, Rigliano, 2014). Questo desiderio ossessivo è da un lato riconducibile ad un bisogno fisico, perché l’imperiosità della sensazione percepita è tale da richiedere immediata soddisfazione, non diversamente dalla fame e dalla sete; dall’altro, esso si connota anche come un costrutto psicologico-comportamentale che, quando rimane al di sotto di una certa soglia, è catalizzatore di un comportamento fisiologico comune a tutti gli esseri umani, che sentono una spiccata attrazione verso qualcosa. Diventando invece patologico, a seguito della reiterazione progressiva del comportamento di soddisfazione del desiderio, il craving determina significative alterazioni di molteplici meccanismi neurochimici, che stimolano direttamente le funzioni cerebrali e danno luogo ad una precipitazione del pensiero, che si coagula intorno ad un'unica idea, sempre più invasiva e totalizzante e che a sua volta spinge, in maniera sempre più irrefrenabile, alla soddisfazione del desiderio rappresentato (Everitt et al., 2001; Kreek et al., 2002; Koob e Le Moal, 2006; Kalivas e O'Brien, 2008; Grosso, Rigliano, 2014; George,

Koob, Vendruscolo, 2014; Jabeen, Venkataswamy, Sadaf, Reddy, Mallika, Sushmitha; 2018).

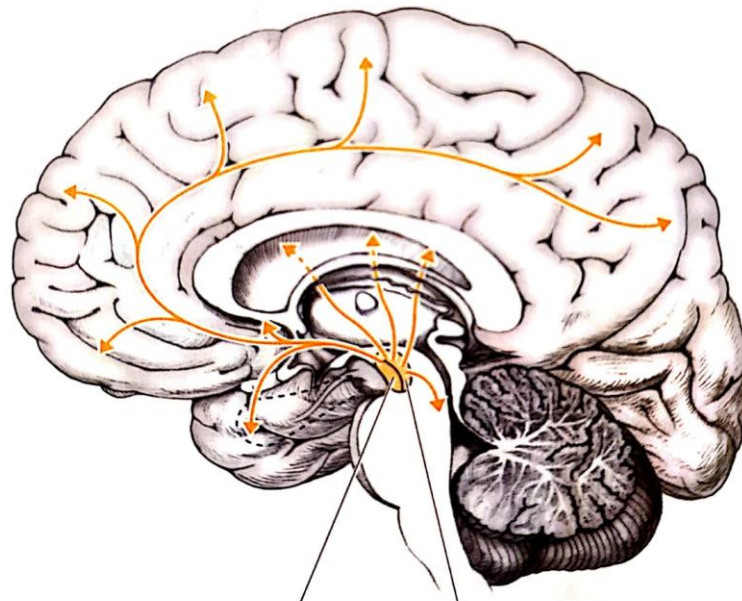
1.3 Il sistema di ricompensa nel cervello.

Il termine sistema di ricompensa si riferisce a un gruppo di strutture che vengono attivate da stimoli gratificanti o rinforzanti (Breedlove, Rosenzweig, Watson; 2018).

Negli anni '50, James Olds e Peter Milner (1954) impiantarono degli elettrodi nel cervello dei ratti e permisero agli animali di premere una leva per ricevere una leggera scarica di stimolazione elettrica al loro cervello. Olds e Milner, in questo modo, scoprirono che i topi premevano ripetutamente la leva per ricevere la stimolazione in alcune aree del cervello. Da questo esperimento hanno desunto che una regione nota come area settale, che si trova appena sotto l'estremità anteriore del corpo calloso, è la più sensibile.

Studi successivi hanno tentato di mappare in modo più completo queste "aree di ricompensa". In particolare, Van den Heuvel e Pasterkamp (2008) hanno scoperto che, quando esposto a uno stimolo gratificante, il cervello risponde aumentando il rilascio del neurotrasmettitore dopamina, pertanto la via mesolimbica della dopamina svolge un ruolo primario nel sistema di ricompensa. Questo circuito, come mostrato in figura 1, collega l'area tegmentale ventrale (VTA), una delle principali aree produttrici di dopamina nel cervello, con il nucleo accumbens, un'area che si trova nello striato ventrale, fortemente associato alla motivazione e alla ricompensa (Van den Heuvel e Pasterkamp, 2008). Un altro importante percorso della dopamina, il percorso mesocortico, viaggia dalla VTA alla corteccia cerebrale ed è anch'esso considerato parte del sistema di ricompensa. Quindi, il sistema di ricompensa è generalmente considerato costituito dalle principali vie della dopamina del cervello (in particolare la via mesolimbica) e da strutture come la VTA e il nucleo accumbens, che sono collegate da queste vie dopaminergiche (Van den Heuvel e Pasterkamp, 2008, Blum et al., 2012; Pariyadath, Stein, 2012; Pitchers et al., 2014; Bocarsly, 2016; Breedlove, Rosenzweig, Watson; 2018).

Figura 1: I circuiti dopaminergici nel cervello (Breedlove, Rosenzweig, Watson; 2018, p.91).



Circuito meso-limbico-corticale:
dall'area tegmentale ventrale
al nucleus accumbens, corteccia
e ippocampo

L'apprendimento di comportamenti diretti all'obiettivo viene favorito da stimoli gratificanti, i quali tendono a produrre emozioni positive e di conseguenza a ripetere quei comportamenti (Gagné, 1996). È necessario sottolineare però che, mentre il sistema di ricompensa è implicato in comportamenti piacevoli (e potenzialmente dipendenti), i substrati del piacere non sono limitati alle strutture sopra menzionate e la dopamina non è l'unico neurotrasmettitore coinvolto (Breedlove, Rosenzweig, Watson; 2018). Il sistema di ricompensa si riferisce a un gruppo di strutture che sembrano essere frequentemente coinvolte nella mediazione di esperienze gratificanti, ma la rete effettiva dedicata alla creazione dei sentimenti che viene associata a queste esperienze è più complessa (Breedlove, Rosenzweig, Watson; 2018).

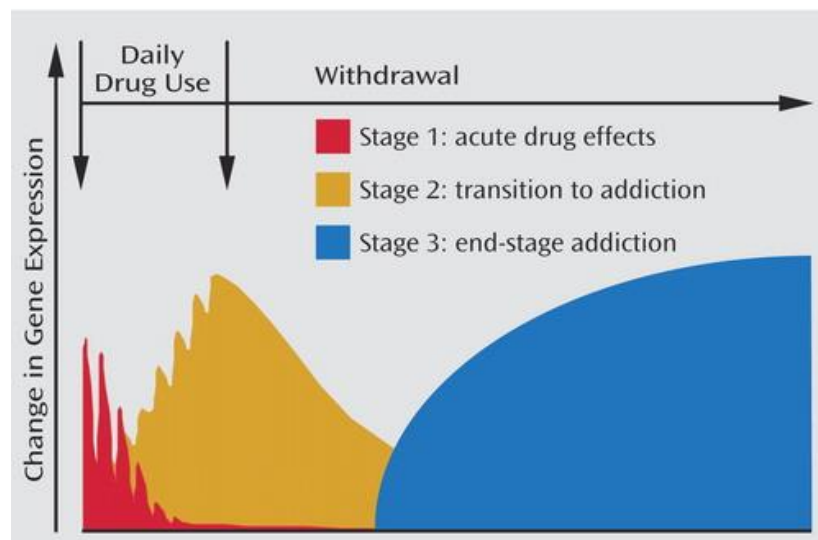
1.4 I sistemi cerebrali associati alla dipendenza da sostanze.

Secondo Fisher, Xu, Aron e Brown (2016), esistono comportamenti e farmaci che forniscono un alto livello di gratificazione, arrivando a plasmare il comportamento umano creando uno stato di addiction, ovvero di dipendenza.

Il ritratto della dipendenza disegnato dagli studi di Kalivas, Nora e Volkow (2005) indica che il rilascio di dopamina nel nucleus accumbens è necessario per l'inizio della dipendenza, ma anche che l'uso ripetuto di una sostanza provoca il coinvolgimento graduale

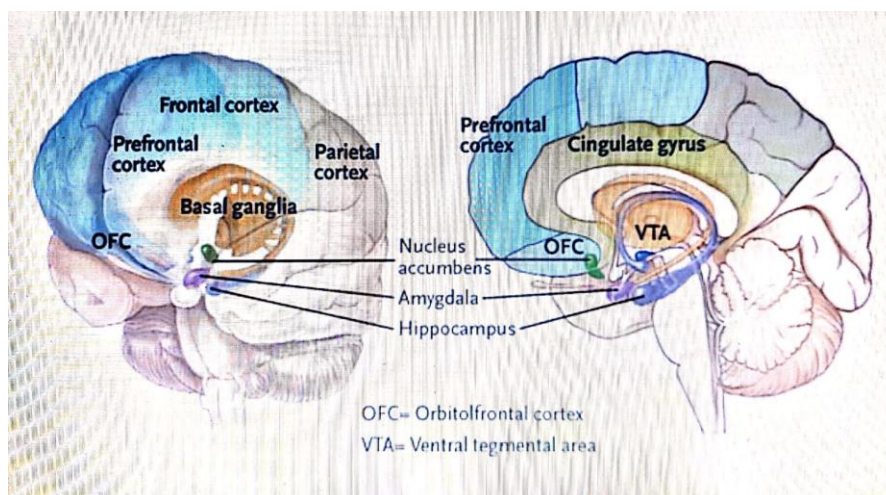
della corteccia prefrontale e delle sue efferenze glutamatergiche al nucleus accumbens. Il passaggio dal comportamento basato sulla dopamina al glutammato, infatti, rivela che lo sviluppo della dipendenza avviene in una sequenza cronologica durante la quale le diverse parti del circuito sono preminenti. Allo stesso modo, gli adattamenti cellulari si verificano in una sequenza cronologica. Come si può osservare nella figura 2, sono illustrate tre fasi della dipendenza temporalmente sequenziate : 1) effetti acuti della droga, 2) transizione dall'uso ricreativo ai modelli di consumo caratteristici della dipendenza e 3) dipendenza allo stadio terminale, che è caratterizzata da un desiderio travolgente di ottenere la droga, una ridotta capacità di controllare la ricerca di droghe e ridotto piacere dalle ricompense biologiche (Kalivas, Nora e Volkow; 2005).

Figura 2: fasi della dipendenza temporalmente sequenziate (Kalivas, Nora e Volkow; 2005).



Il circuito del piacere si attiva infatti anche per tutte le forme di abuso di sostanze (vedi figura 3), tra cui alcol, oppiacei, cocaina, anfetamine, cannabis e tabacco (Breiter et al., 1997; Melis et al., 2005; Volkow et al., 2007; Frascella et al., 2010; Koob e Volkow, 2010; Diana, 2013).

Figura 3: Principali aree cerebrali e loro ruoli nella dipendenza. La corteccia prefrontale rappresenta l'area focale per la cognizione e la pianificazione. L'area tegmentale ventrale (VTA) e il nucleo accumbens (NAc) sono gli elementi fondamentali del sistema di ricompensa del cervello. Il VTA, il NAc, l'amigdala e l'ippocampo sono i principali componenti del sistema limbico che controlla impulsi, emozioni e memoria. (Science & Practice perspectives, 2007).



Come vedremo, molti di questi stessi percorsi di ricompensa si trovano anche ad essere attivati tra gli uomini e le donne che sono felicemente innamorati, così come quelli respinti in amore (Bartels e zeki, 2000, 2004; Fisher et al., 2003, 2010; Aron et al., 2005; Ortigue et al., 2007; Acevedo et al., 2011; Xu et al., 2016). Non è casuale che diversi ricercatori abbiano ritenuto che "la dipendenza sia una malattia del sistema di ricompensa" (Rosenberg e Feder, 2014).

1.5 Oltre le tossicodipendenze: le dipendenze comportamentali.

Negli ultimi anni alcune ricerche (Holden, 2001; Cantelmi, Sessa, Lambiase, 2004; Baiocco, 2008; Grant, potenza, Weinstein, 2010; Vacalle, Persano, Terrusi, 2010; Karim, Chaudhri, 2012; Tonioni, 2013; Robbins, Clark, 2015; Rosenberg, Feder, 2015; Ascher, Levounis, 2015; Valentini, biondi, 2016; Boni, 2017; Chiacchio, Di Gennaro, 2020) hanno sottolineato l'esistenza effettiva delle cosiddette "nuove dipendenze", o dipendenze comportamentali (Agnelli, 2014), in cui non è protagonista una sostanza. L'analisi di alcune attività comportamentali compulsive ha infatti portato a interrogarsi su alcune loro similitudini con meccanismi psicologici e neuropsicologici presenti nelle dipendenze da sostanze. L'esistenza di processi mentali e neurali simili, se non identici, secondo alcuni studiosi (Grant, potenza, Weinstein, 2010; Robbins, Clark, 2015; Rosenberg, Feder, 2015) ha quindi portato ad identificare un nuovo campo di "dipendenze" non basate su sostanze psicotrope, ma appunto comportamentali. Come ricorda Agnelli (2014, p.46), "studi di biochimica, di neuroimaging funzionale e di genetica hanno confermato l'esistenza di una stretta relazione sul piano neurobiologico tra le dipendenze di tipo comportamentale e la dipendenza da sostanze che, verosimilmente, condividono le stesse alterazioni funzionali". Questi circuiti, in particolare, coinvolgono gli stessi circuiti neurali del piacere e della dipendenza (Yau & Potenza, 2015; Chamberlain et al., 2016).

Secondo Valleur e Matysiak (2005), se un comportamento interferisce in ogni momento della vita del soggetto, al punto da renderla difficoltosa, è legittimo usare il termine dipendenza. L'oggetto della dipendenza diventa protagonista, e rappresenta il centro attorno al quale ruota la vita del soggetto dipendente e ne definisce l'identità. E' necessario dunque addentrarsi nella sfera personale del soggetto per poter far emergere una condotta individuale caratterizzata dall'obbligo di dipendere da qualcosa/qualcuno, come nel caso di dipendenza da una sostanza chimica esterna all'individuo. Sebbene siano state individuate plurime analogie (Caretti e la Barbera, 2009) come ad esempio la presenza, sia nelle dipendenze da sostanza sia in quelle comportamentali, di euforia, desiderio, tolleranza, dipendenza emotiva e fisica, ritiro e ricaduta (Fisher, Xu, Aron, brown; 2016), etichettare con lo stesso termine entrambe è discusso nella comunità scientifica. Si tratta di gesti e comportamenti sottovalutati nei rischi, poiché non esiste una sostanza a cui attribuire una causa (Grosso, Rascazzo; 2014). Sottovalutati perché la rappresentazione sociale della dipendenza è ancora predominata dallo stereotipo del tossicodipendente da eroina come prototipo di ogni forma di consumo, abuso, dipendenza. Questa rappresentazione non permette di comprendere l'evolvere dei diversi comportamenti individuali, quanto ogni forma di consumo possa offrire di positivo al soggetto e quanto ancora i diversi percorsi possano assumere direzioni, battute d'arresto, cambiamenti di rotta o evoluzioni, diverse a seconda anche dei significati e delle risposte che ne vengono offerte (Croce, 2014).

Per alcuni invece, tra cui Herring (2002), Shafer (2005), Fong, Reid e Parhami (2012), il termine dipendenza si può riferire esclusivamente alla presenza di una sostanza e all'instaurazione di una specifica relazione fisica o chimica con l'organismo. Per questo motivo, le "dipendenze non legate all'uso di sostanze" (tra cui la dipendenza da Internet, gioco d'azzardo patologico, dipendenza da sesso, dipendenza da sport, shopping compulsivo e dipendenza affettiva), non sono state per lungo tempo annoverate nel DSM (manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali). Nel 2013, anno di pubblicazione del DSM-V, il gioco d'azzardo patologico è stato rinominato disturbo da gioco d'azzardo e, inoltre, è stato ricollocato dalla categoria dei disturbi del controllo degli impulsi a quella attuale dei disturbi correlati a sostanze e disturbi di addiction. In questo modo, per la prima volta, è stata inserita tra le patologie largamente riconosciute nell'attività clinica una dipendenza comportamentale, dando dignità diagnostica a questo tipo di patologie (Furno, Gambino; 2018). Sebbene ad oggi il disturbo da gioco d'azzardo sia l'unico disturbo che crea dipendenza incluso nella sezione principale del DSM-5, molte altre condizioni sono state incluse nella Sezione III, la parte del DSM-5 in cui si trovano le condizioni che richiedono ulteriori

studi. In particolare, il gruppo di lavoro del DSM-5 ha segnalato il “disturbo da gioco in Internet” come possibile candidato per la futura inclusione nella categoria delle dipendenze. Sebbene l'inclusione di questo disturbo nella sezione della diagnosi provvisoria del DSM-5 rappresenti un progresso importante, la fusione tra l'uso problematico di Internet e l'uso compulsivo di videogiochi può rivelarsi inutile; il risultato può portare a lacune nella ricerca sull'uso problematico di Internet che non è correlato ai giochi (ad esempio, i social network) o sull'abuso di videogames che non sono collegati all'uso di Internet (Yau, Potenza; 2015).

Nonostante la comunità scientifica non abbia ancora raggiunto una visione unanime sulla legittimità delle dipendenze comportamentali, esse hanno ricevuto una maggiore attenzione da parte di medici, ricercatori e la popolazione generale, poiché sempre più individui riferiscono sintomi coerenti con la compromissione del controllo degli impulsi (Holden, 2001; Karim, Chaudhri; 2012). La presentazione clinica di questi disturbi è varia, poiché le attività compulsive possono includere: gioco d'azzardo, sesso, shopping, uso di internet o dei videogiochi o anche esercizio, lavoro o dipendenza affettiva (Holden, 2001; Karim, Chaudhri; 2012). Il rischio è dunque quello di trovarsi coinvolti in un processo di dipendenza senza campanelli d'allarme, senza alcuna percezione di pericolo, senza alcuna aspettativa o paura (Croce; 2014).

Secondo Croce (2014), gran parte della strategia preventiva nei confronti delle dipendenze da sostanze è stata indirizzata verso l'obiettivo primario di evitare l'incontro con le stesse. Nelle nuove dipendenze comportamentali, le strategie e le ricerche tese a evitare l'incontro, il contatto, o finalizzate ad attrezzare l'individuo a resistere alle offerte e alle tentazioni, risultano poco efficaci e vengono sostituite con appelli a consumare, a sperimentare, a utilizzare, ma in maniera consapevole, con moderazione, responsabilmente (Croce, 2014). Infatti se nel caso della dipendenza da sostanze diverse strategie pongono come obiettivo di cura una vita di astinenza, tutto ciò diventa problematico, se non impossibile, per altri comportamenti di dipendenza non da sostanze (Fisher, Xu, Aron, Brown, 2016; Furno, Gambino; 2018). Il contenitore “dipendenze”, infatti, si allarga sempre di più e stando a quanto osserva Stanton Peele (1985, p. 25) “La Dipendenza può scaturire da qualunque potente esperienza”.

Il parallelismo tra dipendenze da sostanza e quelle comportamentali è dunque ancora molto discusso, in letteratura e nella pratica clinica (Caretta e la Barbera, 2009; Fisher, Xu, Aron, Bown, 2016). La lingua inglese distingue comunque chiaramente le due tipologie di dipendenza sopraccitate, usando due diversi termini: “dependence” e “addiction” (Agnelli, 2014). La prima indica la parte di dipendenze che necessitano di una determinata sostanza fisica/chimica per funzionare, e perciò la richiedono. Mentre l'addiction definisce una

condizione in cui la dipendenza psicologica porta alla ricerca dell'oggetto, senza il quale l'esistenza diventa priva di significato.

Riassumendo quanto riportato fin'ora, vi è ancora una grande controversia nella diagnosi, nel trattamento o persino nella denominazione delle dipendenze comportamentali, poiché molti di questi comportamenti sono rituali quotidiani strumentali alla nostra sopravvivenza finale. Questo perché ci sono preoccupazioni sul rischio di patologizzazione delle normali variazioni delle esperienze quotidiane, con un numero virtualmente illimitato di comportamenti che potrebbero, indiscriminatamente, essere potenzialmente classificati come dipendenze, e pertanto si attendono ulteriori studi per avvalorare e classificare altri potenziali tipi di disturbi comportamentali (Holden, 2001; Karim, Chaudhri; 2012).

1.6 Amore romantico e sistema di ricompensa.

L'amore romantico, celebrato nel corso dei secoli come uno degli stati affettivi più travolgenti, è stato l'ispirazione per alcune delle più alte conquiste dell'umanità. Tipicamente rivolto a una singola persona, è un sentimento complesso, che coinvolge componenti erotiche, cognitive, emotive e comportamentali, che sono difficili da districare. Quindi ogni studio dell'"amore romantico" è uno studio di un sentimento con più componenti, alcune delle quali, come quella erotica, possono agire anche indipendentemente dalle altre; il contrario non è vero, in quanto tutti i componenti di cui sopra costituiscono ingredienti essenziali dell'amore romantico (Bartels, Zeki; 2000). È importante considerare anche il ruolo dei diversi retaggi culturali, valori e principi, che regolano le varie società con la loro influenza sulla formazione delle relazioni sociali e sulla loro stessa rappresentazione. Ad esempio, le cosiddette società occidentali e in particolare quelle anglosassoni, sono improntate ad un maggior individualismo rispetto a quelle orientali. Da ciò si evince che i processi di dipendenza dagli altri e le modalità con cui si configurano assumono valenze negative o positive, anche in base allo sguardo culturale di chi lo osserva (Fisher, 2004; Aron et al., 2005; Lewis et al., 2000; Xu et al., 2011; Grosso, Rascazzo, 2014; Furno, Gambino, 2018).

Diversi studi (Breiter et al., 1997; Bartels e zeki, 2000, 2004; Fisher et al., 2003, 2005, 2006, 2010; Aron et al., 2005; Ortigue et al., 2007; Acevedo et al., 2011; Xu et al., 2016) effettuati tramite scansioni cerebrali mostrano che i sentimenti di intenso amore romantico coinvolgono le regioni del sistema di ricompensa del cervello, in particolare i percorsi della dopamina associati all'energia, all'apprendimento, alla motivazione, all'estasi e al desiderio. In uno studio di Bartels e Zeki (2000), nel quale sono stati reclutati dei volontari che affermavano di essere "veramente, profondamente e pazzamente innamorati", ciascun soggetto ha fornito quattro

fotografie a colori: una del proprio partner e tre di amici dello stesso sesso del compagno che fossero simili per età e durata dell'amicizia. Le scansioni cerebrali mediante fMRI furono rilevate mentre a ciascun soggetto erano mostrate le quattro foto in sequenza, e successivamente l'attività cerebrale evocata dalla visione della persona amata fu confrontata con quella evocata dalla visione degli amici (vedi figura 4). L'amore, rispetto all'amicizia, causò un'aumentata attività bilaterale nell'insula e nella corteccia cingolata anteriore (vedi figura 5) e, sotto la corteccia, nel caudato e nel putamen, sempre bilateralmente (Bartels e Zeki, 2000; Dolan, 2002). Produse anche una ridotta attività nella cingolata posteriore e nell'amigdala, e nella corteccia prefrontale destra (vedi figura 3). Questa combinazione di diverse regioni è diversa da quelle trovate in altri stati emozionali, suggerendo che una peculiare rete di aree cerebrali è responsabile per l'emozione dell'amore (Bartels e Zeki, 2000; Dolan, 2002).

Figura 4: le parti del cervello evidenziate diventano attive soprattutto quando una persona pensa al proprio compagno (Bartels e Zeki, 2000).



Figura 5: la parte orbito frontale della corteccia prefrontale (giallo), la corteccia cingolata anteriore (blu), la corteccia cingolata posteriore (verde), l'insula (viola), e l'amigdala (rosso) sono tutte implicate durante l'esperienza emozionale. Qui sono raffigurate in sezioni sagittale mediale, coronale anteriore e coronale posteriore (Dolan, 2002).



Inoltre, molte di queste aree di ricompensa del sistema mesolimbico sono attive, anche in caso di comportamenti piacevoli, senza ausilio di sostanze, come la visualizzazione di immagini di cibi accattivanti (Wang et al., 2004), facendo shopping (Knutson et al., 2007), giocando ai videogiochi (Hoeft et al., 2008), e al gioco d'azzardo (Breiter et al., 2001).

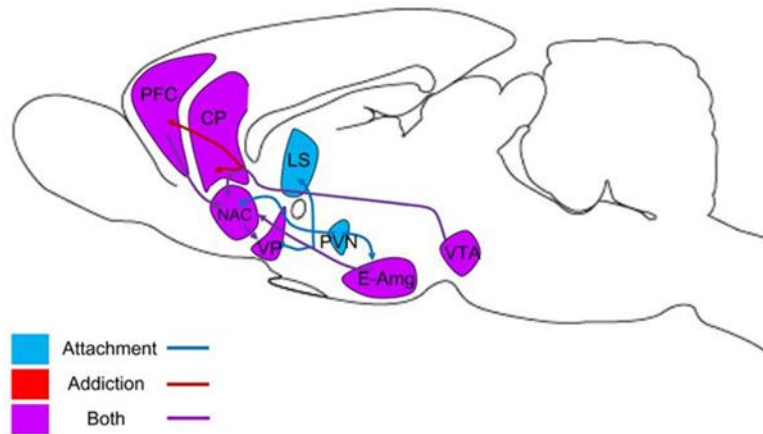
Per quanto concerne gli amanti respinti, essi vanno spesso agli estremi, a volte anche facendo cose degradanti o fisicamente pericolose per riconquistare l'amato (Meloy, 1998; Lewis et al., 2000; Meloy e Fisher, 2005). Infatti, i partner romantici sono disposti a sacrificarsi, anche a morire per l'altro. Il rifiuto romantico può anche mettere a repentaglio la salute, perché la rabbia di abbandono stressa il cuore, aumenta la pressione sanguigna e sopprime il sistema immunitario (Dozier, 2002). La gelosia romantica è poi particolarmente pericolosa e può portare a crimini importanti tra cui omicidio. Secondo Grosso e Rascazzo (2014), può anche indurre depressione clinica, e in casi estremi portare al suicidio. Alcuni amanti dal cuore spezzato, muoiono addirittura per infarto o ictus causati dalla loro depressione (Rosenthal, 2002). La serie di fenomeni negativi associati al rifiuto nell'amore, tra cui la protesta, la risposta allo stress, l'attrazione della frustrazione, la rabbia di abbandono e la gelosia, in concomitanza con i sintomi di desiderio e astinenza, contribuiscono anche all'alta incidenza mondiale di crimini di passione (vedi Meloy, 1998; Meloy e Fisher, 2005).

A questo proposito, una patologia regolarmente associata all'amore romantico è lo stalking. Ci sono due tipi comuni di stalker: quelli che sostengono la ricerca di un ex intimo sessuale/romantico che li ha respinti e coloro che perseguono uno sconosciuto o un conoscente, che ha rifiutato l'interessamento dello stalker (Meloy e Fisher, 2005). In entrambi i casi, lo stalker mostra diverse delle componenti caratteristiche tra cui l'attenzione focalizzata sull'oggetto d'amore, il conseguente pensiero ossessivo e l'impulsività diretta verso la vittima, suggerendo che lo stalking attiva anche aspetti del sistema di ricompensa nel cervello (Meloy e Fisher, 2005).

Anche molto tempo dopo la fine di una relazione, inoltre, eventi e persone, luoghi, canzoni, e / o altri spunti esterni che possono essere associati con l'ex-partner, innescano ricordi e rinnovano desiderio, pensiero ossessivo e / o compulsivo, portando a ripresentarsi alle porte della figura amata nella speranza di riaccendere il sentimento che accomunava i due (Furno, Gambino; 2018). Tutti questi comportamenti sono comuni a quelli con dipendenze da sostanze. Tuttavia, non tutti presentano questi tipi di comportamenti dopo una rottura, così come non tutti coloro che utilizzano una sostanza presentano effetti di dipendenza, ritiro e abbandono (Shiffman, 1989; Shiffman et al., 1995; Shiffman e Paty, 2006; Haney, 2009; Furno, Gambino, 2018). Gli individui romanticamente respinti hanno sprecato tempo prezioso ed energia metabolica nel corteggiamento; hanno perso risorse economiche e finanziarie essenziali; le loro alleanze sociali sono state minacciate; i loro rituali e abitudini quotidiane sono stati alterati; potrebbero aver perso la proprietà; e molto probabilmente hanno subito danni alla loro felicità personale, autostima e reputazione (vedi Leary, 2001; Fisher, 2004). Più importante, gli amanti respinti dell'età riproduttiva rischiano di aver perso opportunità di riproduzione o un partner genitoriale per la prole che hanno già prodotto (Fisher, 2004). Così, il rifiuto romantico può avere gravi conseguenze sociali, psicologiche, economiche e riproduttive (alberoni, Cattaneo; 2017).

Concludendo, è interessante soffermare l'attenzione sulle relazioni che superano la prima fase di amore romantico, poiché al loro interno si crea un'importante seconda costellazione di sentimenti, associata all'attaccamento (Acevedo et al., 2011). Negli studi su individui che sono felicemente innamorati (Fisher et al., 2003; Aron et al., 2005), è stato scoperto che i soggetti implicati in partnership più lunghe (8-17 mesi invece di 1-8 mesi) hanno iniziato a mostrare attività nel pallido ventrale, associato all'attaccamento negli studi sugli animali di Insel e Young, (2001), pur continuando a mostrare attività nel nucleo VTA e caudale associato all'amore romantico appassionato. Così, con il tempo, sentimenti di attaccamento cominciano ad accompagnare sentimenti di amore romantico appassionato (Fisher, 2004; Acevedo et al., 2011).

Figura 6. Circuiti di attaccamento e dipendenza sovrapposti. Il VTA invia proiezioni dopaminergiche al NAC, corteccia prefrontale (PFC), e CP; queste proiezioni sono tutte implicate nella dipendenza, mentre solo le proiezioni al NAC sono implicate nell'attaccamento. L'amigdala estesa (E-Amg) è la fonte presuntiva di AVP al VP e LS in attaccamento, e CRF e glutammato al NAC in dipendenza e attaccamento. Il PVN è la fonte del rilascio OT in E-Amg e NAC. Le proiezioni glutamatergiche collegano il PFC con il NAC, e le proiezioni GABAergiche collegano il NAC e il VP (Psicofarmacologia (Berl) 2012 p. 224).



Lavorando in congiunzione, questi due sistemi neurali di base per l'amore romantico e l'attaccamento possono costituire il fondamento biologico del legame umano.

1.7 Relazione tra il rapporto di coppia e i modelli di attaccamento.

Come accennato precedentemente, secondo Grosso e Rascazzo (2014) esiste una relazione tra la dipendenza e una mancanza che trova origine nello sviluppo. E' utile approfondire quindi il tema dell'attaccamento, fondamentale per la conquista dell'indipendenza. Sia l'attaccamento che la dipendenza, hanno come chiave di volta comune la capacità di stabilire un legame con un'altra persona. La teoria dell'attaccamento è stata inizialmente formulata da John Bowlby (1969, 1973) e, successivamente, è stata ampliata da Mary Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Waters, Wall, 1978). Questa teoria ritiene che gli esseri umani, come altre specie di primati, hanno una predisposizione naturale alla vita sociale. In particolare, la teoria dell'attaccamento sostiene che gli esseri umani abbiano una tendenza biologica innata, come risultato dell'evoluzione, a indirizzare comportamenti di attaccamento (come, ad esempio, cercare e favorire il contatto fisico) alle persone che fungono da Caregiver primari (Ghilardi, 2010). L'attaccamento è il fondamento alla radice di ogni legame affettivo, che sia incentrato sulla ricerca di sicurezza, di benessere e di stabilità (Cena, Imbasciati, Baldoni; 2010).

Bowlby (1969), mettendo a punto la teoria dell'attaccamento, focalizza i suoi studi sulla separazione del bambino dalla madre e il problema generato da questo scisma. Lo psicanalista inglese, sulla base delle sue osservazioni, ha verificato che se nel binomio madre-bambino si crea un'incrinatura, e ciò creerà delle conseguenze nella formazione del carattere dell'adulto. Infatti, quando la figura di attaccamento, non è in grado di trasfondere sicurezza, molto spesso nel bambino prendono forma i cosiddetti traumi dell'attaccamento, i quali perdurano nell'adulto (Cena, Baldoni, Imbasciati; 2010). Il soggetto è inconsapevole delle origini di questi traumi, e ciò avviene, secondo Meares (2000), poiché questi eventi non vengono registrati

nella memoria in quanto tali, ma come una forma di conoscenza di caratteristiche negative di sé (per esempio, se è cattivo, brutto, incompetente o un fallimento) (Meares, 2000). Al contrario, una relazione positiva con la madre delinea per il bambino una base sicura, ruolo fondamentale secondo Bowlby (1973), in quanto permetta al figlio una progressiva autonomizzazione, tenendo però presente che egli necessita costantemente del sostegno parentale. La base sicura rappresenta un punto di riferimento, così da permettere al bambino di esplorare il mondo senza però sentirsi solo (Camaioni, Di Blasio; 2007). Bowlby (1973) evince dai propri studi che ogni individuo possiede un'inclinazione naturale a creare legami affettivi lungo tutta la durata della vita, i quali si baseranno sul modello relazionale con la propria figura di attaccamento. Con il passare del tempo, le figure di attaccamento muteranno e l'individuo diverrà sempre più autonomo da esse, ma l'esigenza di attaccamento ad una o più persone perdurerà (Bowlby, 1973).

Al fine di studiare le interazioni dei sistemi comportamentali di attaccamento, sono state ideate procedure di osservazione in laboratorio specifiche in base all'età del soggetto. Quella riservata ai bambini viene definita "strange situation" (Ainsworth, Blehar, Waters, Wall, 1978), ed è una tecnica di osservazione della relazione madre-bambino. E' uno strumento diagnostico e di ricerca, attualmente utilizzato, ma impiegabile solo nei primi anni di vita di un individuo (Camaioni, Aureli, Perucchini; 2014). Questa procedura, ideata per interpretare il funzionamento del sistema comportamentale di attaccamento nei bambini di un anno, è composta da una procedura completamente videoregistrata, che si struttura in 8 fasi dove si alternano momenti di separazione dal proprio caregiver, da cui derivano momenti di solitudine ed infine il ricongiungimento con la figura di attaccamento. La variabile, che permette di evincere le rappresentazioni interne delle relazioni di attaccamento, consiste nella modalità in cui viene gestito lo stress da separazione (Crittender, 1994). Per rilevare l'attaccamento in età adulta invece, Main e Goldwyn (1998) hanno elaborato la "Adult Attachment Interview" (A.A.I.), procedura che consiste in un'intervista semistrutturata, composta da 15 domande, che si propone di ripercorrere le prime esperienze di attaccamento della persona e la valutazione degli effetti che queste generano. Lo scopo di questo procedimento è quello di cercare di sviluppare un sistema di classificazione delle descrizioni narrative che gli adulti fanno delle loro esperienze e relazioni di attaccamento, attraverso i ricordi che i genitori hanno delle proprie figure di attaccamento infantili e i pensieri relativi a tali figure (Zaccagnini, Zavattini; 2007). La struttura dell'A.A.I. si fonda sul principio secondo cui la ricostruzione del passato, viene fatta alla luce delle esperienze attuali del soggetto. La possibilità che il soggetto possa trasformare il passato, specialmente se riguarda esperienze negative, è la chiave per rivelare una

resistenza che impedisce l'emergere di ricordi angoscianti che hanno portato ad una lesione interna (Camaioni, Aureli, Perucchini; 2014).

Differentemente dai primi anni di vita, dove i legami di attaccamento tra bambino e caregiver sono asimmetrici, poiché l'infante ricerca la propria sicurezza dalle figure di accudimento ma non fornisce sicurezza in cambio, in età adulta i legami asimmetrici vengono sostituiti da legami più simmetrici, reciproci (Felisio, 2018). Secondo Bowlby (1973), il legame di coppia in cui i due partner sessuali ottengono e forniscono reciprocamente sicurezza, è l'archetipo dell'attaccamento nell'adulto. Quindi, nel corso dello sviluppo, il sistema relativo all'accoppiamento sessuale, quello deputato all'accudimento (il sistema parentale), e il sistema dell'attaccamento trovano una simmetria, grazie a quanto vissuto durante l'infanzia con i caregiver (Shaver, Hazan e Bradshaw, 1988; Hazan e Shaver, 1994). A questo punto, il legame tra i partner non è così rapidamente evidente nelle loro interazioni aperte, ma sotto la superficie giace una profonda interdipendenza emozionale (Berscheid, 1983)

L'amore, dunque, può essere considerato sinonimo di attaccamento, e, al tempo stesso, parte di quel processo (Scione, Argenta; 2012). Il sistema dell'attaccamento pertanto ha la funzione di equilibrare le condizioni interne della sicurezza, attivando meccanismi mentali che provvedono alla codifica delle informazioni, che vengono sia dall'esterno che dall'interno dell'individuo stesso. Il soggetto si sentirà a suo agio se l'ambiente è sicuro, ma cadrà nello sconforto e nella paura se l'ambiente è contraddistinto da condizioni di insicurezza (Furno, Gambino, 2019). In quest'ultimo caso, il sistema dell'attaccamento provvederà a far sì che la mente dell'individuo si accorga dell'improvvisa condizione di insicurezza, e farà scattare la messa in atto di quelli che vengono detti i comportamenti di attaccamento. I comportamenti di attaccamento sono contraddistinti dalla tendenza a ottenere o a mantenere la vicinanza con qualche altro individuo differenziato e preferito, raggiungendo anche forme ossessive e morbose (Holmes, 1993). Le analogie tra le rappresentazioni mentali del sistema di attaccamento e il modello che ne consegue per l'instaurarsi, nell'individuo adulto, di legami affettivi, appare chiaro essere dunque una delle espressioni più significative dell'attaccamento in età adulta (Carli, Mantovani, 1994).

La teoria dell'attaccamento ha influenzato il lavoro di molti clinici e ha permesso di riorganizzare l'approccio clinico alla psicopatologia ed alla psicoterapia, con una maggiore attenzione agli scambi intersoggettivi e al ruolo centrale degli affetti nell'ambito della relazione terapeutica infantile, adulta e di coppia (Siegel, 1999; Cassidy, 2008; Sable, 2004; Dazzi e Speranza, 2005; Liotti e Monticelli, 2008; Dazzi, Zavattini; 2008).

CAPITOLO 2: La Dipendenza affettiva.

2.1 Amore romantico: può essere considerato una patologia?

2.2 La dipendenza affettiva.

2.3 Aspetti nosologici della dipendenza affettiva.

2.4 Diagnosi della dipendenza affettiva.

2.5 Dati epidemiologici dipendenza affettiva.

2.6 Sistemi cerebrali associati a dipendenza affettiva e da sostanze

Introduzione

Dopo aver introdotto l'argomento della dipendenza nel capitolo precedente, questa parte della tesi ha come obiettivo quello di analizzare la tematica della dipendenza affettiva, mettendo a fuoco le sfumature, che contraddistinguono questo disturbo dal normale stato di amore romantico. Verrà presentata una panoramica della letteratura disponibile in merito a questo disturbo, fornendo dati sugli aspetti nosologici e diagnostici. Verranno poi presentati studi effettuati tramite scansioni cerebrali, i quali mostrano che i sentimenti di intenso amore romantico coinvolgono molte regioni che vengono attivate anche con la dipendenza da sostanze, e in questo modo si potrà offrire un confronto dei comportamenti che si generano, similmente alle dipendenze da sostanze, associati alla dipendenza affettiva.

2.1 Amore romantico: può essere considerato una patologia?

“Amare è come una droga: all'inizio viene la sensazione di euforia, di totale abbandono. Poi il giorno dopo vuoi di più. Non hai ancora preso il vizio, ma la sensazione ti è piaciuta e credi di poterla tenere sotto controllo. Pensi alla persona amata per due minuti e te ne dimentichi per tre ore. Ma, a poco a poco, ti abitui a quella persona e cominci a dipendere da lei in ogni cosa. Allora la pensi per tre ore e te ne dimentichi per due minuti. Se quella persona non ti è vicina, provi le stesse sensazioni dei drogati ai quali manca la droga. A quel punto, come i drogati rubano e si umiliano per ottenere ciò di cui hanno bisogno, sei disposto a fare qualsiasi cosa per amore” (Paulo Coelho, 1994, p. 84).

Come abbiamo appurato nel capitolo primo, studi sull'amore romantico hanno evidenziato la sua associazione con i meccanismi della ricompensa: allora diventano più comprensibili i motivi per cui esso è stato associato a dinamiche comportamentali come la dipendenza (Frascella et al., 2010). Reynaud et al. (2010) parlano della dipendenza come un disturbo patologico e problematico ma,

poiché l'amore romantico è un'esperienza positiva in molte circostanze (cioè non dannosa), la maggior parte della comunità scientifica rimane riluttante a classificare ufficialmente l'amore romantico come una dipendenza (Agnelli, 2014). Ma anche quando l'amore romantico non può essere considerato dannoso, è associato a un'intensa voglia e può spingere l'amante a credere, dire e fare cose pericolose e inappropriate (Fisher, Xu, Aron, Brown, 2016).

Nella prima fase di intenso amore romantico, donne e uomini esprimono molti dei tratti di base associati a tutte le dipendenze (Tennov, 1979; Liebowitz, 1983; Hatfield e Sprecher, 1986; Harris, 1995; Lewis et al., 2000; Meloy e Fisher, 2005). Come i tossicodipendenti concentrano i loro sforzi sulla sostanza che produce gratificazione, gli innamorati si concentrano sulla figura amata (salienza); desiderandola intensamente (craving) (Rosenberg & Feder, 2015). Provano sensazioni di euforia quando vedono o pensano a lui/lei e, non appena il loro rapporto si costruisce, l'amante cerca di interagire con l'amato sempre più frequentemente, caratteristica simile alla tolleranza in un tossicodipendente (Fisher, Xu, Aron, Brown, 2016; Furno, Gambino, 2018). Gli amanti appassionati esprimono anche un forte desiderio sessuale per l'amato; bisogna però precisare che il loro desiderio di unione emotiva tende ad oscurare la loro voglia di unione sessuale (Tennov, 1979).

Per avvalorare quanto sopra riportato, viene preso in analisi un esperimento (Fisher et al., 2003; Aron et al., 2005) in cui è stata utilizzata la risonanza magnetica (fMRI) per studiare 10 individui di genere femminile e 7 di genere maschile, accomunati dalla recente esplosione del sentimento d'amore verso un partner (Xu et al., 2016). Ciò viene verificato tramite un questionario auto-report, che misura l'intensità dei sentimenti romantici, in cui tutti i soggetti presi in analisi hanno ottenuto un punteggio elevato sulla Scala dell'Amore Appassionato (Hatfield e Sprecher, 1986). Ai partecipanti è stato richiesto di osservare in successione fotografie della loro fidanzata e fotografie di individui a loro familiari, il tutto intervallato da un compito di distrazione-attenzione. I risultati dell'esperimento hanno evidenziato l'attivazione del nucleo dell'area tegmentale ventrale e caudale (Fisher et al., 2003; Aron et al., 2005) in tutti i soggetti, durante l'osservazione delle foto della figura amata (Fisher, Xu, Aron, Brown; 2016). Queste regioni, come visto nel primo capitolo, fanno parte del sistema di ricompensa e sono associate al piacere, all'eccitazione, all'attenzione, alla motivazione e sono tutte mediate principalmente dall'attività del sistema dopaminergico (Delgado et al., 2000; Schultz, 2000; Elliott et al., 2003). Questi dati dimostrano che, in un individuo nella fase di amore romantico, vengono attivate regioni neurali associate anche associate alla dipendenza da sostanze e ad alcune dipendenze comportamentali.

Allo stesso modo, quando l'amato rompe la relazione, l'amante sperimenta i segni comuni di ritiro e abbandono paragonabili agli effetti da astinenza, tra cui protesta, pianto, letargia, ansia, insonnia o ipersonnia, perdita di appetito o abbuffata, irritabilità e solitudine cronica (Agnelli, 2014). Secondo i dati di una comunità universitaria americana, il 93% degli intervistati (uomini e donne) ha raccontato di essere stato respinto da qualcuno che amavano fermamente e il 95% ha affermato di aver rifiutato qualcuno che era innamorato di loro (Baumeister et al., 1993). Al fine di far emergere alcuni dei sistemi neurali associabili al sentimento del rifiuto romantico, Fisher et al. (2010) hanno utilizzato la fMRI per fare un'analisi su 10 donne e 5 uomini, i quali avevano in comune l'essere stati respinti recentemente da un partner ed esserne ancora fortemente innamorati, con un periodo medio di tempo tra il rifiuto iniziale e l'iscrizione dei partecipanti allo studio di 63 giorni. Il compito dei partecipanti è stato quello di visualizzare, alternativamente, una fotografia del partner che aveva espresso il rifiuto e una fotografia di un individuo emotivamente neutrale, con un intervallo composto da un compito di distrazione-attenzione. Le attivazioni cerebrali, associate alla visualizzazione del partner che ha respinto il soggetto, si sono verificate in diverse regioni del sistema di ricompensa del cervello:

- il VTA, associato a sentimenti di intenso amore romantico;
- il pallido ventrale, associato a sentimenti di attaccamento;
- la corteccia insulare e quella anteriore, associate all'angoscia;
- il nucleus accumbens e la corteccia orbitofrontale / prefrontale, associata alla valutazione dei guadagni e delle perdite, nonché al desiderio e alla dipendenza (Fisher et al., 2010).

L'attività in molte di queste regioni cerebrali sopraelencate è stata correlata al desiderio di cocaina e di altre droghe di abuso (Melis et al., 2005; Frascella et al., 2010; Koob e Volkow, 2010; Diana, 2013).

2.2 La dipendenza affettiva.

Tra le dipendenze comportamentali proposte non ancora incluse nelle classificazioni sistematiche attualmente disponibili dei disturbi mentali, la dipendenza affettiva non ha ancora raccolto sufficiente consenso per quanto concerne la sua nosologia. Per alcuni ricercatori e psicoterapeuti (Grosso, Rascazzo, 2014; Fisher, Xu, Aron, brown; 2016, Furno, Gambino; 2018, Platto, Riva; 2019) però, la dipendenza affettiva-relazionale sarebbe un'esperienza quanto mai attuale.

Il concetto di dipendenza affettiva entra a far parte della terminologia psicopatologica italiana solo con l'introduzione del libro

dell'americana Robin Nerwood (1987), "Donne che amano troppo", tradotto per le librerie italiane nell'89 (Grosso, Rascazzo; 2014). Il testo evidenzia alcune situazioni di coppia, dove non si denota solo un eccesso di giustificazione dell'altro, ma in qualche modo si è portati a trasformarsi nel suo "terapeuta" (Croce, 2014). In questo modo, nasce una spirale di sofferenza che esaspera nel paradosso di non essere più in grado di vivere con la persona amata, per via delle sofferenze e per la disperazione che ciò comporta, ma allo stesso tempo non riuscire a vivere senza (Croce, 2014).

Nella condizione di dipendenza affettiva, secondo svariati autori (Grosso, Rascazzo, 2014; Fisher, Xu, Aron, brown; 2016, Furno, Gambino; 2018, Platto, Riva; 2019), il soggetto dipendente è travolto dal desiderio verso il partner, il quale però, per via della sofferenza provata, si trasforma in un'esigenza compulsiva, dove il tormento sostituisce il piacere. L'innamorato, nonostante ciò, continua imperterrito nella ricerca e nel mantenimento della relazione, sebbene sia consapevole del declino del rapporto. Questo passaggio, come osservato nei paragrafi precedenti, costituisce il nucleo centrale delle dipendenze comportamentali in generale, come proposto da Potenza (2006, p.51), *"i cui elementi caratteristici sono: uno stato di desiderio (craving), l'impegno compulsivo, la compromissione del controllo del comportamento problematico e il persistere di tale comportamento, nonostante la consapevolezza delle conseguenze negative che questo comporta"*. Con il passaggio dall'amore romantico alla "Love Addiction", vengono sperimentate sensazioni come l'incapacità di provare piacere, con appiattimento affettivo e dell'emotività, oltre alla perdita di interessi nei confronti di ciò che circonda il soggetto (i rapporti con gli amici stretti, prendersi cura dei bambini, lo sport, il lavoro) proprio come accade nella dipendenza da sostanze (Furno, Gambino, 2018). In linea con questo punto di vista, Burkett e Young (2012) hanno affermato che le relazioni sentimentali vissute universalmente, dall'innamoramento alla separazione definitiva e al successivo ritiro, possono essere considerate una forma di dipendenza. Infatti, segnali esterni come un luogo, un odore, la forma di un corpo o situazioni associabili con l'amato, evocano ricordi nitidi relativi alla relazione, presente o appartenente al passato, proprio come l'effetto dei segnali associati alla droga per un individuo tossicodipendente (Agnelli, 2014). Per giustificare a sé stesso questa relazione distruttiva, il love addict sottostima i costi della relazione, proprio come farebbe un dipendente da sostanze (Reynaund, Karila, Blecha, & Benyamina, 2010). Inoltre, come nel caso della dipendenza da stupefacenti, anche nella Love Addiction è necessario il binomio comprendente un individuo vulnerabile e un oggetto gratificante e desiderato (sostanza/partner amato). Nel caso della dipendenza da sostanze, infatti, il rischio di dipendenza viene influenzato molto di più dai fattori di vulnerabilità nell'individuo, dalla rapidità e l'intensità con cui

vengono sperimentati gli effetti della sostanza, rispetto alla natura chimica della sostanza stessa (Agnelli, 2014). Allo stesso modo, secondo Furno e Gambino (2018), nella dipendenza affettiva gli elementi di debolezza nell'oggetto, i rapporti iniziali con l'amante caratterizzati da forte piacere, soprattutto in riferimento alla sfera sessuale, suggestioneranno la passione pervasiva aumentando la propensione all'instaurarsi della dipendenza. Quando l'innamorato si confronterà con l'assenza del partner, a causa della minore disponibilità, la lontananza e l'inaccessibilità (a causa di differenze di classe, cultura, età, etc.), allora aumenterà il processo di dipendenza e con questo gli episodi d'astinenza e la ricerca dell'amato (Reynaund, Karila, Blecha, & Benyamina, 2010). Ricerca che, per Grosso e Rascazzo (2014), con il tempo induce pericolosamente a negare la propria identità per favorire l'altro, non rendendosi conto che così facendo l'individuo pone la responsabilità della propria vita nelle mani di terzi e questo lo rende dipendente, spettatore della propria esistenza.

2.3 Aspetti nosologici della dipendenza affettiva.

Diversi autori (Holden, 2001; Cantelmi, Sessa, Lambiase, 2004; Baiocco, 2008; Grant, potenza, Weinstein, 2010; Vacalle, Persano, Terrusi, 2010; Karim, Chaudhri, 2012; Tonioni, 2013; Robbins, Clark, 2015; Rosenberg, Feder, 2015; Ascher, Levounis, 2015; Valentini, Biondi, 2016; Boni, 2017; Chiacchio, Di Gennaro, 2020) suggeriscono che la dipendenza affettiva può corrispondere ad un disturbo indipendente, con caratteristiche distinte dall'esperienza di innamoramento. Da un punto di vista nosologico, basato sulle diverse descrizioni trovate in letteratura, la dipendenza affettiva viene caratterizzata a seconda delle interpretazioni in diverso modo. Sanches e John (2018), analizzando la letteratura scientifica a disposizione, hanno infatti concluso che per le diagnosi di dipendenza affettiva si usino criteri tra loro anche molto diversi, sulla base degli aspetti clinici e fenomenologici enfatizzati dai diversi modelli ed impianti teorici utilizzati.

La dipendenza affettiva, inizialmente, è stata associata a persone il cui scopo era la riconquista ossessiva del piacevole stato d'amore, che esisteva con una precedente relazione d'amore in cui insorgevano condizioni emotive disfunzionali come sfiducia, sentimenti di rifiuto, perdita di autostima, rabbia profonda, sentimenti di fallimento, perdita e una serie di altri disagi emotivi e comportamenti autolesionistici (Timmreck, 1990). Vi sono poi alcuni studiosi come Bornstein e colleghi (Bornstein e Languirand, 2004; Bornstein, Porcerelli, Huprich & Markovat, 2009), i quali hanno ipotizzato che lo spettro della dipendenza affettiva si trovi in un continuum tra due fini opposti: da un lato l'eccessiva dipendenza e dall'altro il distacco, con al centro la capacità di instaurare una sana relazione affettiva. Alla

luce delle considerazioni riportate nei paragrafi precedenti però, mi sento in sintonia con le affermazioni di Grosso e Rascazzo (2014), i quali hanno teorizzato che si è in presenza di una dipendenza affettiva nel momento in cui si affida il proprio sentimento di sicurezza personale al partner, al fine di sentirsi corrisposti dall'amore di quest'ultimo. In questo contesto, la manifestazione dell'attenzione, dell'interesse e dell'amore dell'altro, costituiscono un'indispensabile rassicurazione di conferma di sé e del proprio valore (Grosso, Rascazzo, 2014, p. 156). Il tema cruciale nella dipendenza affettiva, secondo loro, è da ricercarsi nella sofferenza generata dal rifiuto, o nel dolore della separazione subita, ma può anche provenire dal fondersi di quel dolore con un'altra mancanza, che quel patimento evoca. Tale mancanza può trovare la sua origine molti anni prima, tra le tappe evolutive che predispongono a quella funzione. Infatti, se nel passato non è stata acquisita e consolidata una sufficiente fiducia in sé stessi, si cercherà di porvi rimedio, frettolosamente, attraverso il giudizio e le risposte del partner, il quale inizierà a configurarsi come un alimentatore esterno di sicurezza. In caso di sua mancanza, il soggetto dipendente affettivo sentirà la propria vita attanagliata dall'angoscia, come "persa" (Reynaud, Karila, Blecha E Benyamina, 2009; Grosso, Rascazzo, 2014; Diena, 2015; Fisher, Xu, Aron e Brown, 2016). Questa teoria, condivisa nella letteratura empirica inerente la dipendenza affettiva, sembra essere ad oggi la più autorevole, sebbene non ci siano ancora prove sufficienti per confermarla.

In questo quadro, possiamo tenere in considerazione diversi punti di vista con cui viene inquadrata la dipendenza affettiva.

Un disturbo del controllo degli impulsi. Questo modello include la dipendenza affettiva come un disturbo del controllo degli impulsi (Manjunatha, Kumar, Nizamie, 2007). È stato riscontrato che i pazienti affetti dalla dipendenza affettiva avevano tassi elevati del tratto impulsività (misurato dalla Barratt Impulsivity Scale) rispetto ai controlli (Sophia, Tavares, Berti, Pereira, Lorena, Mello et al.; 2009). Lo stesso studio ha riscontrato tassi più elevati di ricerca di novità tra i pazienti con love addiction. La ricerca di novità è fortemente associata ai disturbi legati al controllo degli impulsi, come il gioco d'azzardo patologico e acquisto compulsivo (Black, Shaw, McCormick, Bayless, Allen; 2012).

Parte dello spettro ossessivo-compulsivo. Oltre alla manifestazione di impulsi irresistibili, attraverso i comportamenti, i quali potrebbero essere associati al progredire del coinvolgimento romantico, i pazienti affetti da love addiction possono anche descrivere un certo grado di pensiero intrusivo legato al loro coinvolgimento con il presunto partner, nonostante, a volte, l'esplicita mancanza di interesse da parte di quest'ultimo (infatuazione morbosa) (Feygin, Swain, Leckman; 2006). Anche le credenze ego-distoniche riguardanti il bisogno che la relazione abbia successo possono essere importanti.

Parte dello spettro dei disturbi dell'umore: in uno studio, gli adolescenti nella fase iniziale dell'amore romantico sono stati trovati ad avere punteggi di ipomania simili a pazienti che soffrono di disturbo bipolare II (Brand, Angst, Holsboer-Trachsler; 2010). Gli autori ipotizzano che alcune esperienze di sviluppo inerenti l'adolescenza, come l'amore romantico intenso, possano produrre periodi transitori ipomaniaci. Anche se lo studio in questione ha analizzato esperienze romantiche caratterizzate come non patologiche, Sanches e John (2018) hanno ipotizzato che vi siano meccanismi legati all'instabilità dell'umore, che possano essere coinvolti con la dipendenza affettiva.

Un continuum bidimensionale di comportamenti. È stato proposto che differenti comportamenti associati alle esperienze romantiche negli esseri umani possano essere affrontati tramite una prospettiva biassiale (Sophia, Tavares, Zilberman; 2007). Secondo questo modello, l'asse verticale contiene una prospettiva quantitativa di comportamenti legati all'attaccamento, mentre l'asse orizzontale è costituita da impulsività e ricerca di ricompense comportamentali. Pertanto, alcuni pazienti affetti da dipendenza affettiva potrebbero soffrire di deficit nel sistema di attaccamento e sviluppare un tasso elevato di comportamenti disadattivi in cerca di ricompensa con più partner romantici, mostrando un eccessivo interesse sessuale e scarso controllo degli impulsi, con conseguente eccessiva dipendenza dal partner romantico e tratti ossessivi.

Nonostante le diverse considerazioni riportate nei paragrafi precedenti, Sanches e John (2018) sostengono che la dipendenza affettiva, in quanto disordine primario riguardante la sfera affettiva, dovrebbe essere distinto da altre condizioni, che mostrano comportamenti disfunzionali legati all'amore come parte di un più ampio spettro di scoperte psicopatologiche, quali stati maniacali e disturbi psicotici primari. Per esempio, nel caso di stati maniacali, un eccessivo interesse a stabilire una relazione romantica può a volte essere osservato, ma di solito si riduce una volta che i sintomi dell'umore migliorano. Allo stesso modo, alcuni disturbi di personalità, come borderline e disturbi della personalità dipendenti, spesso mostrano modelli altamente suggestivi di dipendenza affettiva, ma questi di solito non sono limitati alla sfera romantica, influenzando le loro relazioni come un insieme, così come altre aree del loro funzionamento.

2.4 Diagnosi della dipendenza affettiva.

La correlazione tra *love addiction* e l'abuso di sostanze, così come con altre dipendenze comportamentali, come la dipendenza dal sesso e il gioco d'azzardo patologico, non è rara (Sussman S, Lisha N, Griffiths M. Eval Health Prof; 2011).

Sulla base delle similitudini tra la *love addiction* e la dipendenza da sostanze, Reynaund e i suoi collaboratori (2010) propongono i seguenti criteri diagnostici, basati sulla durata e sulla frequenza della sofferenza del dipendente affettivo, simili ai criteri diagnostici per la dipendenza da sostanze secondo il DSM-IV (Agnelli, 2014; Fisher, Xu, Aron e Brown, 2016; Furno, Gambino, 2018). La dipendenza affettiva, per loro, si presenta come un modello disadattivo o problematico della relazione d'amore, che porta a deterioramento o angoscia clinicamente significativa, come manifestato da tre (o più) dei seguenti criteri (che si verificano in ogni momento, nello stesso periodo di 12 mesi, per i primi cinque criteri) (Reynaund, Karila, Blecha, & Benyamina, 2010; Agnelli, 2014; Fisher, Xu, Aron e Brown, 2016; Furno, Gambino, 2018):

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

Analizzando la dipendenza affettiva da un punto di vista sintomatologico, Grosso e Rascazzo (2014) scrivono che essa si manifesta con pensieri ossessivi fomentati dalla paura dell'abbandono, i quali per essere contrastati portano il soggetto a convincersi in maniera ossessiva di essere sempre nei pensieri del partner. Sentimenti come ansia ed insicurezza sono i primi segnali del timore di essere abbandonati, ai quali seguiranno, nel tentativo di tenere in vita il legame, annullamento del sé e sacrificio incondizionato verso il partner, facendo precipitare il rapporto in un asservimento unilaterale, dove la relazione perde ogni reale reciprocità e si è condannati a vivere un processo di continua svalutazione di sé stessi in funzione dell'altro. Questa tipologia di

relazione, che può colpire sia uomini che donne, si qualifica attraverso tre caratteristiche (Grosso, Rascazzo; 2014, p.161):

- “l’aspetto parassitario, per cui dall’altro dipende la propria sopravvivenza psichica;
- l’aspetto iperpossessivo, per cui l’autonomia e la libertà dell’altro costituiscono ferite insopportabili;
- l’aspetto manipolativo, per cui tutti i mezzi sono ammessi al fine di legare l’altro a sé stessi”.

2.5 Dati epidemiologici dipendenza affettiva

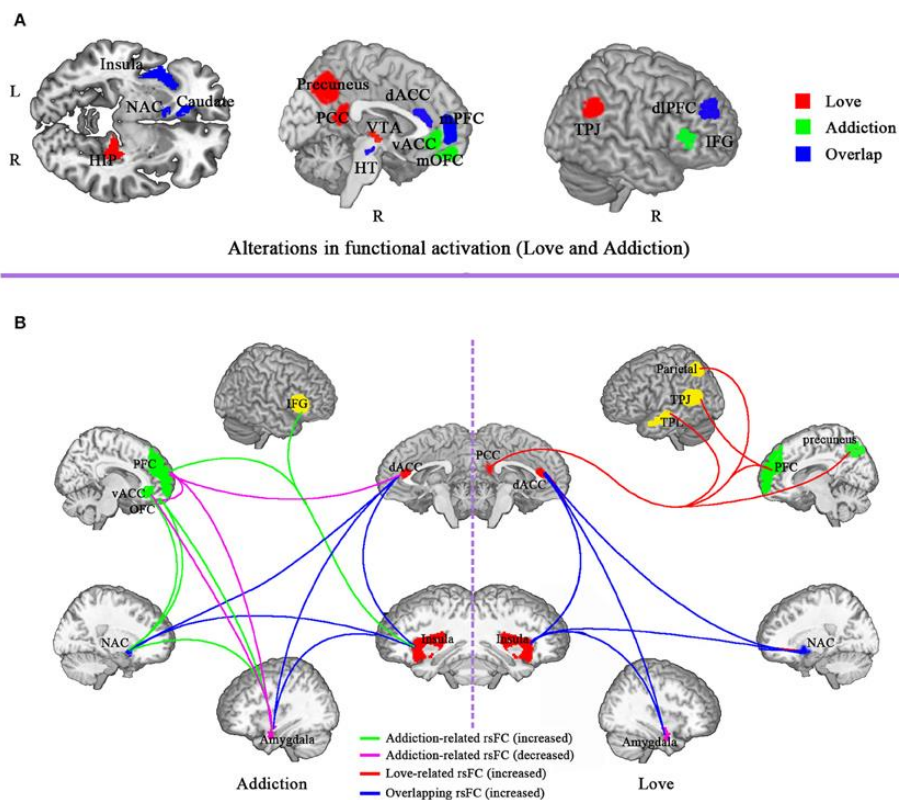
Secondo uno studio di Sussman, Lisha e Griffiths (2011), la prevalenza della dipendenza affettiva nella popolazione statunitense è stimata intorno al 3%, ma secondo studi rivolti a popolazioni specifiche, come i giovani studenti universitari, i dati riguardo la *love addiction* indicano tassi fino al 25% (Sussman, Lisha, Griffiths; 2011). Secondo Grosso e Rascazzo (2014) poi, un’altra caratteristica epidemiologica importante da sottolineare è l’alta incidenza nella popolazione femminile, anche per via dei condizionamenti culturali che persistono nella società. A loro avviso, infatti, la dipendenza affettiva è esposta alle influenze dei sistemi sociali, alle diverse epoche storiche, ai valori e principi che regolano le varie società nel tempo. L’esempio più vistoso di dipendenza relazionale, che risente delle influenze di secoli di storia, è rappresentato dalla disuguaglianza dei diritti di genere, la quale è perdurata fino alle conquiste dei movimenti femministi. Storicamente il concetto di dipendenza affettiva emerge con chiarezza allorché i mutamenti sociali hanno consentito di porre fine ai percorsi coniugali obbligati, subordinati alle tradizioni e alla prevalenza degli interessi economici che ne garantivano una sicurezza, non solo personale, ma delle stesse famiglie d’origine. Con l’aprirsi all’uguaglianza tra i sessi e del diritto al rispetto della soggettività delle donne, la ricerca dell’amore e della possibile felicità affettiva e sessuale ha portato alla luce problematiche come la possibile esistenza di una dipendenza relazionale ancora condizionata dagli stereotipi di genere (Grosso, Rascazzo; 2014). Secondo questi autori, se oggi il cosiddetto disturbo dipendente di personalità è più diffuso tra la popolazione femminile, ciò indica la persistenza di condizionamenti culturali e il peso di un retaggio solo in parte superato. Questo perché le donne, secondo Norwood (1987), quando vivono un problema sono più tipicamente portate verso la mentalizzazione, ovvero il cercare soluzioni rimuginando continuamente, mentre gli uomini sono più portati a sfogare le loro frustrazioni e problemi, investendo su altro, per esempio il lavoro. Inoltre, per Grosso e Rascazzo (2014), un altro motivo, per cui esiste una grande differenza nella tendenza a manifestarsi del disturbo

dependente di personalità più nelle donne che negli uomini, è l'esistenza di un diverso funzionamento psichico tra i due sessi, in particolare la presenza di una tendenza degli uomini a reagire diversamente ai traumi subiti rispetto alle donne. Per Guerrischi (2011) però, è bene specificare che la *love addiction* non colpisce solo le donne, ma anche gli uomini, sebbene con un'incidenza minore.

2.6 Sistemi cerebrali associati a dipendenza affettiva e da sostanze

Uno studio condotto da Zou, Song e Zhang (2016) ha confrontato le alterazioni nell'attivazione funzionale delle regioni cerebrali coinvolte nell'amore e nella dipendenza.

Figura 1. Confronto delle alterazioni funzionali del cervello tra tossicodipendenza e amore romantico (Zou, Song, Zhang, Zhang; 2016 p. 6).



Come si evince dalla figura 1, le regioni cerebrali dell'amore romantico che si sovrappongono alla tossicodipendenza includono l'area tegmentale ventrale (VTA), il nucleus accumbens (NAC), il nucleus caudale, la corteccia cingolata anteriore dorsale (dACC), la corteccia prefrontale (PFC) e la corteccia prefrontale dorsolaterale (dlPFC). Oltre alle regioni sovrapposte, esistono altre regioni cerebrali che vengono attivate solo durante l'amore romantico o la dipendenza. In particolare, le regioni cerebrali attivate per amore

romantico includono l'ippocampo, la corteccia cingolata posteriore (PCC), la giunzione temporale parietale (TPJ) e l'ipotalamo, mentre quelle attivate nei tossicodipendenti includono la corteccia prefrontale (PFC), il cingolato anteriore ventrale (vACC), la corteccia orbitofrontale (OFC), il giro frontale anteriore (IFG) e l'amigdala. Il VTA, NAC, e il nucleus caudale costituiscono il sistema mesolimbico, e sono principalmente associati con piacere, eccitazione generale, attenzione focalizzata e motivazione per perseguire e acquisire ricompense e mediato principalmente dall'attività del sistema dopamina (Delgado et al., 2000; Schultz, 2000; Elliott et al., 2003). Queste regioni del sistema di ricompensa sono direttamente associate alla dipendenza in molti studi (Breiter et al., 1997; Panksepp et al., 2002; Melis et al., 2005; Volkow et al., 2007; Frascella et al., 2010) e l'amore romantico (Bartels e zeki, 2000; Aron et al., 2005; Ortigue et al., 2007; Xu et al., 2011; Acevedo et al., 2012).

CAPITOLO 3. Strategie di intervento per la dipendenza affettiva-relazionale.

3.1 Il trattamento per la cura di una dipendenza.

3.2 L'amore romantico come cura per altre dipendenze.

3.3 Interventi e promozione del benessere nella cura della dipendenza affettiva e del rifiuto romantico.

3.4 Prospettive nel trattamento della dipendenza affettiva: c'è un posto per la farmacoterapia?

Introduzione.

All'interno di questo capitolo verranno analizzate le principali strategie di intervento attualmente sostenute dalla comunità scientifica per la cura delle dipendenze, attraverso l'analisi dei principali dati della letteratura, per poi approfondire le possibili strategie di intervento nei confronti della dipendenza affettiva, attraverso l'esposizione dei principali interventi psicosociali attualmente disponibili. L'ultimo paragrafo analizzerà gli sviluppi fin qui raggiunti riguardo l'utilizzo della farmacoterapia per la cura della dipendenza affettiva, nonostante ad oggi, non siano ancora disponibili sufficienti dati scientifici riguardo l'efficacia e la sicurezza degli agenti farmacologici per il trattamento di questo disturbo.

3.1 Il trattamento per la cura di una dipendenza

La dipendenza colpisce molte persone nella popolazione generale. Secondo uno studio di Stelten e Noblesse (2008), la dipendenza da tabacco è segnalata globalmente in 1 su 3 individui. La prevalenza a 1 anno della dipendenza da alcol è del 7% nella popolazione generale (Stelten e Noblesse, 2008), mentre il World Drug Report delle Nazioni Unite mostra l'abuso di cannabis da parte dello 0,1–17,7% della popolazione mondiale. Per quanto concerne altre tipologie di sostanze, sono abusate dallo 0,1–3% della popolazione mondiale (Stelten, Noblesse, 2008).

L'interesse della comunità scientifica nella cura delle dipendenze non è recente. Nel 1984, un gruppo di ricercatori, teorici e terapeuti si riunì a una conferenza internazionale in Scozia per contribuire allo sviluppo di un modello di cambiamento più completo per il trattamento dei comportamenti di dipendenza. Da questa conferenza, Prochaska e Diclemente (1984) hanno ideato un modello transteorico che fornisce un modo per identificare nei pazienti affetti da dipendenza diversi livelli di motivazione e delineare così un modo per adattare gli interventi alla loro fase di cambiamento. Secondo questo modello, la modifica dei comportamenti di dipendenza implica la progressione

attraverso cinque fasi - precontemplazione, contemplazione, preparazione, azione e mantenimento - e gli individui tipicamente spaziano attraverso queste fasi diverse volte prima della cessazione della dipendenza. Diversi studi successivi forniscono un forte supporto per questo modello, nonché per un insieme finito e comune di processi di cambiamento utilizzati per progredire attraverso le fasi (Prochaska, DiClemente, 1984; Norcross, 2009). La motivazione che accompagna i pazienti durante queste fasi del cambiamento può essere un fattore predittivo molto importante della risposta e dell'esito del trattamento. Secondo questo modello, infatti, ciascuna fase è caratterizzata da una diversa costellazione di atteggiamenti e comportamenti. Un individuo nella "fase precontemplativa" non ha consapevolezza di un problema e non ha desiderio di cambiare. Un paziente in "fase di preparazione" invece, ha preso la decisione di cambiare e sta già adottando misure per farlo (Prochaska e DiClemente, 1984; Prochaska et al., 1992; Norcross, 2009).

Più recentemente, tra le tipologie di trattamento per la cura delle dipendenze, i trattamenti cognitivo-comportamentali hanno preso sempre più spazio. Sono interventi psicoterapeutici definiti e rigorosamente studiati per i disturbi da uso di sostanze (Bador, Kerekes; 2020). L'uso di queste strategie nella pratica clinica è in crescita, così come i loro livelli di evidenze empiriche a supporto. Questo perché, in primo luogo, le terapie cognitive, comportamentali e motivazionali sono applicabili a un'ampia gamma di disturbi da uso di sostanze ed è stata testata la loro efficacia nelle popolazioni dipendenti da alcol, stimolanti, marijuana e oppioidi (Bador, Kerekes; 2020). In secondo luogo, questi approcci sono stati sviluppati da tradizioni teoriche ben fondate con teorie e principi consolidati del comportamento umano. Terzo, questi approcci sono altamente flessibili e possono essere implementati in un'ampia gamma di modalità e contesti clinici (Bador, Kerekes; 2020). Inoltre, sono compatibili con una varietà di farmacoterapie e, in molti casi, favoriscono l'adesione e migliorano gli effetti delle farmacoterapie, inclusi il trattamento con metadone e naltrexone. Questi approcci sono relativamente a breve termine e altamente focalizzati, di modo da enfatizzare cambiamenti rapidi e mirati nell'uso di sostanze e problemi correlati (Bador, Kerekes; 2020).

Anche la prospettiva psicodinamica pone enfasi sulla comprensione dei disturbi dei tossicodipendenti, osservando la regolazione della loro vita emotiva interna e nell'adattamento alla realtà esterna (Khantzian, 2009; Weegmann 2010). Un trattamento efficace si basa sulla fornitura di interventi e risposte che rispondano adeguatamente ai deficit dei tossicodipendenti nella regolazione degli affetti e del comportamento. Le modalità di trattamento devono mantenere le esigenze di comfort, controllo e sicurezza come le massime priorità, soprattutto all'inizio, nel considerare la scelta del trattamento o la

combinazione di trattamenti che vengono adottati o prescritti. (Khantzian, 2009; Weegmann 2010)

Una tipologia di trattamento riguarda gruppi di auto-aiuto come gli Alcolisti Anonimi (AA) e I Dipendenti Anonimi (NA). AA e NA si trovano nella maggior parte delle grandi città del mondo, e sebbene molti abbiano sostenuto che queste organizzazioni siano preziose, rimane un sostanziale scetticismo sul fatto che siano effettivamente efficaci (Vederhus, Kristensen; 2006). La teoria dei dodici passi, seguita da questi come da altri gruppi di auto aiuto che affrontano il problema della dipendenza da una varietà di sostanze e comportamenti, ipotizza che i cambiamenti nelle cognizioni e nei comportamenti specifici, inclusa l'adozione di credenze attraverso l'utilizzo di un approccio "spirituale", portino alla riduzione dei sintomi (Dossett, 2013; Labbe, Slaymaker, Kelly, 2014). I passaggi implicano l'ammissione della perdita di controllo; riconoscere un potere superiore che può dare forza; esaminare gli errori passati (con l'aiuto di uno sponsor o di un membro esperto) e fare ammenda; imparare a vivere una nuova vita con un nuovo codice di comportamento; e aiutare e trasmettere il messaggio ad altri soggetti con presunta diagnosi di dipendenza affettiva (Yau, Potenza; 2015). Il principio della terapia di supporto, infatti, permette a coloro che aiutano gli altri di aiutare sé stessi, ostacolando ricadute nei comportamenti o nelle sostanze di cui si abusava (Dossett, 2013; Labbe, Slaymaker, Kelly, 2014). Infatti, I gruppi di mutuo aiuto in dodici fasi fanno molto affidamento sulle interazioni sociali e sul sostegno, producendo un senso di autoefficacia al fine ultimo di stimolare la motivazione al cambiamento (Dossett, 2013; Labbe, Slaymaker, Kelly, 2014).

Secondo altri studi, trattamenti per la dipendenza possono essere suddivisi in tre fasi (Yau, Potenza; 2015). In primo luogo, una fase di disintossicazione riduce i sintomi di astinenza immediata (p. Es., ansia, irritabilità e instabilità emotiva, che possono essere presenti sia nelle dipendenze comportamentali che in quelle da sostanze). Questa prima fase può comportare farmaci per assistere la transizione. La seconda fase è quella del recupero, con enfasi sullo sviluppo di una motivazione sostenuta per evitare ricadute, strategie di apprendimento per far fronte alle voglie e sviluppo di nuovi modelli di comportamento sani per sostituire il comportamento di dipendenza. Questa fase può comportare farmaci e trattamenti comportamentali. In terzo luogo, la prevenzione delle ricadute mira a sostenere l'astinenza a lungo termine. Quest'ultima fase è forse la più difficile da raggiungere, con la motivazione in declino, la rinascita di segnali di apprendimento associati che collegano l'esperienza edonica al comportamento di dipendenza e le tentazioni che possono minacciare il processo di recupero, originate da fonti esterne (p. es., persone, luoghi) e spunti interni (p. es., impegno ripreso, stress, conflitto interpersonale, sintomi di condizioni mentali concomitanti).

Le dipendenze variano. L'accettabilità sociale, la disponibilità di una sostanza e la pervasività di un comportamento possono rappresentare considerazioni importanti per il trattamento (Yau, Potenza, 2015; Miller, Forcehimes, Zweben, 2019). Gli interventi di prevenzione sono importanti per frenare i comportamenti di dipendenza. Il costo per la società di tali comportamenti potrebbe essere ridotto introducendo e implementando campagne educative efficaci che promuovano la consapevolezza della comunità sugli effetti potenzialmente deleteri sulla salute di questi comportamenti e che avvertano la comunità medica dell'importanza di valutare e trattare le dipendenze comportamentali (Yau, Potenza, 2015; Miller, Forcehimes, Zweben, 2019). Le politiche dovrebbero promuovere l'impegno responsabile in questi comportamenti e migliorare l'accesso al trattamento e inoltre, data l'elevata prevalenza di dipendenze comportamentali tra i giovani, programmi di prevenzione scolastici potrebbero rivelarsi particolarmente utili (Yau, Potenza, 2015; Miller, Forcehimes, Zweben, 2019). Tuttavia, queste considerazioni generali sul trattamento della dipendenza necessitano di maggiori studi per quanto riguarda l'ambito delle dipendenze comportamentali, poiché non sono stati effettuati studi sufficienti, in particolare per il trattamento a lungo termine di questo tipo di dipendenze (Yau, Potenza; 2015).

3.2 L'amore romantico come cura per altre dipendenze.

Secondo Zou, Song, Zhang e Zhang (2016), quando si abbandona una sostanza o un comportamento che generano dipendenza, l'individuo è portato a sostituirli con un'altra forma di comportamento gratificante. Le relazioni sociali come le relazioni romantiche possono apportare numerosi benefici per gli individui che sono nel tentativo di riprendersi da una dipendenza (Zou, Song, Zhang; 2016). Non è un caso che i medici che trattano pazienti affetti da dipendenze siano noti per coinvolgere i soggetti con nuovi rinforzi sostitutivi, come attività sportive, nuovi hobby e incoraggiando le relazioni sociali e quelle amorose (Alter et al., 2006; Salvy et al., 2009; Liu et al., 2011). Il romanticismo in fase iniziale può fornire infatti una ricompensa sostitutiva per coloro che hanno abusato di sostanze (o di una dipendenza comportamentale). Xu et al. (2012), sostenendo questa tesi, hanno messo 18 fumatori cinesi, privi di nicotina, che si erano appena innamorati follemente, in uno scanner cerebrale usando la fMRI. E' stato chiesto ai soggetti di guardare le foto affiancate, una di una mano che teneva una sigaretta accesa o una matita e una delle loro nuove amate o una conoscenza familiare (non fumatori in modo che non ci fossero rimandi alla sigaretta). Tra coloro che sono risultati moderatamente dipendenti dalla nicotina, quando lo spunto di sigaretta è stato presentato accanto all'immagine dell'amato (rispetto alla conoscenza), è stata osservata una minore attivazione

nelle regioni associate alla reattività procurata dallo stimolo della sigaretta. Questi dati forniscono più prove che l'amore romantico può essere considerato una dipendenza naturale potente e primordiale perché può, in alcune circostanze, modificare le attivazioni cerebrali associate a una dipendenza più contemporanea come la nicotina (Xu et al., 2012).

Pertanto, oltre a fornire distrazione, sostituzione e reindirizzamento, impegnarsi in attività di interesse e/o impegnative (come hobby, sport e relazioni) può essere biologicamente vantaggioso, perché qualsiasi forma di novità attiva il sistema della dopamina nel cervello per facilitare l'energia e l'ottimismo, fornendo così potenzialmente una ricompensa sostitutiva (Zou, Song, Zhang; 2016).

3.3 Interventi e promozione del benessere nella cura della dipendenza affettiva e del rifiuto romantico.

Sanches e John (2018) hanno effettuato una ricerca sui database di Medline, Embase e LILACS, utilizzando i descrittori "amore", e 'Trattamento', completata attraverso la ricerca manuale di riferimenti incrociati. Da questa ricerca sono stati esclusi gli articoli riguardanti esclusivamente il trattamento della dipendenza sessuale. Grazie a questa strategia di ricerca sono stati individuati dodici documenti contenenti informazioni sulla gestione clinica della dipendenza affettiva attraverso interventi psicosociali, di cui i risultati vengono descritti di seguito.

Gruppi di auto-aiuto.

Sulla base della ricerca effettuata da Sanches e John (2018), I gruppi di auto-aiuto sono l'intervento più adottato per il trattamento della dipendenza affettiva. Diversi gruppi dei "12 passaggi" sono disponibili negli Stati Uniti per il trattamento della dipendenza affettiva (Sussman, 2010). Esempi sono i gruppi de "Le donne che amano troppo", basato sul libro omonimo di Robin Norwood, e i Dipendenti Anonimi da Sesso e Amore (SLAA) (Sanches, John; 2018). Nonostante la popolarità dei gruppi di auto-aiuto e il fatto che sono spesso citati da esperti come pietra angolare nel trattamento della love addiction, dall'analisi di Sanches e John (2018) non è stato possibile individuare studi autorevoli che ne valutino l'efficacia. Inoltre, i criteri di ammissione per l'inclusione in questi gruppi sono generalmente ampi e, talvolta, basati sulla somministrazione di questionari di screening (Sanches e John; 2018). Di conseguenza, gli individui che partecipano a questi gruppi possono soffrire di altre patologie caratterizzate da relazioni romantiche disfunzionali.

Terapia cognitivo-comportamentale.

Le caratteristiche psicopatologiche coinvolte nella dipendenza da amore indicano un potenziale ruolo dei pensieri automatici e distorsioni cognitive (come la generalizzazione, catastrofismo, e inferenza arbitraria) (Earp, Foddy; 2017). Queste distorsioni potrebbero essere affrontate con successo attraverso la Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) (Sanches e John; 2018). Tuttavia, non è stato possibile identificare nessuno studio dove sia stata utilizzata la CBT nel trattamento della dipendenza affettiva. Questo approccio si concentra sulla valutazione dell'auto-comunicazione e delle risultanti credenze e valori. I miglioramenti nell'auto-comunicazione, così come gli interventi volti a esplicitare la separazione tra sensazione e fatti relativi alla perdita sono alcuni dei possibili interventi che possono essere di beneficio per i pazienti affetti da dipendenza affettiva (Sanches, John; 2018).

Psicoterapia psicodinamica.

Fin da quando è stato ipotizzato che, da un punto di vista psicologico, la dipendenza affettiva sia il risultato di traumi dell'attaccamento risalenti alla prima infanzia (tema approfondito anche nel primo capitolo), la psicoterapia psicodinamica è stata sostenuta da Sophia, Tavares, Zilberman (2007) come una scelta per il trattamento della love addiction. Anche in questo caso però, nessuno studio riguardante l'efficacia di questa terapia per il trattamento della dipendenza affettiva è stato trovato da Sanchez e John durante la loro ricerca. Griffin e Shelley (2009) hanno suggerito però che il trattamento dei pazienti affetti da dipendenza affettiva possa essere particolarmente incline a reazioni transferali e controtransferali problematiche, dovute all'attaccamento, e a questioni legate all'intimità di solito sperimentate dai pazienti (Griffin, Shelley; 2009).

Gruppo di Psicodramma

Uno studio ha analizzato l'impatto di questa tipologia di intervento in modo sistematico. In questo studio, Lorena, Sophia, Mello, Tavares e Zilberman (2008) hanno utilizzato lo psicodramma come modalità di terapia di gruppo. Otto soggetti con una presunta diagnosi di dipendenza affettiva hanno effettuato 8 sessioni di terapia, settimanalmente. I primi risultati delle misurazioni includevano la Love Health Scale (LHS) e la Love Attitudes Scale (LAS), due strumenti che puntano rispettivamente al grado di salubrità in una relazione e lo stile d'amore predominante della persona (dove lo stile più disfunzionale, chiamato stile d'amore "mania", è stato considerato il più indicativo per la love addiction). Risultati statistici hanno individuato aumenti significativi dei punteggi medi dell'LHS, dopo la terapia. Diverse limitazioni metodologiche hanno limitato la generalizzazione di questi risultati, tra cui la mancanza di un gruppo di controllo, l'assenza di una chiara definizione diagnostica della

dipendenza affettiva e il fatto che 5 degli 8 soggetti presi in analisi hanno soddisfatto anche i criteri per la diagnosi di un disturbo depressivo maggiore (Lorena, Sophia, Mello, Tavares, Zilberman; 2008).

Infine, secondo Furno e Gambino (2018), per quanto concerne il trattamento psicoterapeutico della dipendenza affettiva, è di fondamentale importanza lavorare con il paziente ponendo obiettivi a breve e lungo termine. Gli obiettivi a breve termine consistono nell'affrontare e risolvere la sofferenza del paziente, lavorando sui sintomi e le disfunzioni comportamentali. Per quanto riguarda gli obiettivi a lungo termine invece, di fondamentale importanza sarà affrontare le esperienze precoci di abbandono, di trascuratezza fisica ed emotiva, eventuali maltrattamenti e/o abusi, i quali generalmente sono alla base della convinzione, nei pazienti che soffrono di dipendenza affettiva, di non valere nulla e di non essere degni di essere amati. Inoltre, per loro, la terapia dovrà focalizzarsi sull'aiutare i pazienti ad avere accesso a quello che provano, ai loro desideri e ai loro scopi, e ad utilizzarli per compiere delle scelte autonome e mantenere quest'autonomia. "In questo modo si 'cura' uno dei nuclei delle personalità dipendenti che è la difficoltà di portare avanti un piano d'azione che nasca dall'interno, anche in condizioni di carente supporto relazionale o di avversità. Così facendo si creano le basi affinché i pazienti possano formare relazioni affettive basate sulla reciprocità in cui sentirsi finalmente amati, maturi, accettati ma soprattutto stabili" (Furno, Gambino, 2018, p. 62).

Anche la letteratura in merito alla cura del rifiuto romantico suggerisce alcuni comportamenti utili per favorire il processo di guarigione.

Per gli amanti respinti la prima cosa da fare dovrebbe essere rimuovere tutte le prove della loro relazione finita, come carte, lettere, canzoni, foto e cimeli, così come evitare il contatto con l'ex-partner: questo viene suggerito perché i promemoria e il contatto con il partner possono agire come stimoli che inducono il desiderio e interferire così con il processo di guarigione (Fisher, Xu, Aron, Brown; 2016). Secondo Lewandowski e Bizzocco (2007), inoltre, la crescita personale e la riscoperta di emozioni positive sono possibili e probabili, a seguito di una rottura dove la relazione offriva poche opportunità di auto-espansione, a patto che la neo-persona single si impegni nella riscoperta di sé stessa. Secondo uno studio di Acevedo et. Al. (2011), anche un contatto stretto e positivo con un amico è gratificante e può aiutare a sostituire il desiderio di sostanze o di un partner rifiutante. Oltre a ciò, si attiva anche il grigio periacqueduttale, associato ai recettori dell'ossitocina, che è implicata negli aspetti fisiologici e comportamentali indotti dalle relazioni sociali (Fisher, Xu, Aron, Brown; 2016). Questo suggerisce che le terapie di gruppo, come gruppi di incontro per alcolisti anonimi

e altri programmi di psicoterapia gruppale, hanno successo perché queste dinamiche di gruppo coinvolgono i sistemi di ricompensa e di attaccamento del cervello. Partecipare a programmi di gruppo può essere importante per gli amanti respinti e per coloro che sono dipendenti da sostanze come l'alcol o quelli con una dipendenza comportamentale, come la dipendenza affettiva e il gioco d'azzardo (Grosso, Rascazzo, 2014). Secondo dati raccolti da Thayer (1996) e da Rosenthal (2002), in aggiunta, è bene occupare efficacemente il proprio tempo, di modo da evitare di soffermarsi sulla figura che è a causa della sofferenza. In particolare, per Rosenthal e Kolata (2002), lo sforzo fisico può rivelarsi particolarmente utile in quanto eleva l'umore, innescando l'attività della dopamina nel nucleus accumbens, che genera la sensazione di piacere. L'esercizio fisico aumenta anche i livelli degli endocannabinoidi che riducono il dolore e aumentano i sentimenti di calma e benessere (Goldfarb e Jamurtas, 1997; Dietrich e McDaniel, 2004). A causa di questi benefici risultanti dall'esercizio, alcuni psichiatri ritengono che l'esercizio fisico (aerobico o anaerobico) possa essere efficace per la guarigione di disturbi come la depressione quanto la psicoterapia o farmaci antidepressivi (Rosenthal, 2002; Agnelli, 2014; Fisher, Xu, Aron, Brown; 2016). Oltre a tutto questo, anche le attività di auto-espansione (ad esempio, hobby, sport, esperienze spirituali) possono essere utili per curare il dolore generato dalla love addiction, in quanto offrono ricompense e benefici per l'autostima. E' quanto affermato da Fisher, Xu, Aron, Brown (2016), che aggiungono che è molto utile che una persona abbia più di una fonte di auto-espansione nella propria vita, di modo tale che, se una risultasse non più disponibile (ad esempio, il partner lascia), le altre fonti potrebbero aiutare a tamponare l'impatto di tale perdita. Sarebbe anche utile avere molteplici e diverse fonti di auto-espansione in vari settori della vita (ad esempio, hobby, posto di lavoro, amici, famiglia, organizzazione volontaria, gruppo spirituale e interesse accademico, ecc.) e avere forti reti sociali a cui ci si può rivolgere per il sostegno nei momenti di bisogno (ad esempio, rottura, tentativo di smettere). È importante, tuttavia, notare che l'auto-espansione dovrebbe essere perseguita in modo sano, con cautela, evitando di incorrere in comportamenti potenzialmente rischiosi (ad esempio, cercare di innamorarsi di una nuova persona subito dopo la perdita di un partner, sviluppare abitudini malsane o diventare un tossicodipendente di un'altra sostanza per sostituire quella che sta abbandonando) (Fisher, Xu, Aron, Brown; 2016).

Esistono anche teorie sviluppate sulla ricerca di attivatori dei circuiti cerebrali legati al benessere e al piacere. Un' importante osservazione, ad esempio, desunta da Carter (1998), descrive l'importanza del sorriso e delle funzioni biologiche ad esso legate. Infatti, sorridendo, vengono utilizzati muscoli facciali che attivano vie nervose nel cervello che possono stimolare sentimenti di piacere. Anche concentrarsi su pensieri positivi, secondo uno studio di

Lewandowski (2009), può portare effetti benefici. Egli ha scoperto che scrivere 20 minuti al giorno, per 3 giorni consecutivi riguardo un recente rifiuto, è risultato utile all'intervistato quando ha descritto dei sentimenti positivi provati, piuttosto di quando ha parlato di eventi legati all'ex partner, accompagnati da sentimenti negativi o senza esprimere alcun sentimento. Un altro elemento importante da tenere in considerazione per la cura di un rifiuto amoroso è il tempo. Secondo Fisher et Al. (2010) infatti, il tempo attenua il sistema di fissazione. Ciò è stato evinto da un loro studio, in cui sono stati presi in analisi uomini e donne respinti ed è stato riscontrato che maggiore era il numero di giorni dal rifiuto, minore risultava essere l'attività in una regione del cervello (il pallido ventrale) associata a sentimenti di attaccamento (Fisher et al., 2010).

3.4 Prospettive nel trattamento della dipendenza affettiva: c'è un posto per la farmacoterapia?

Pur considerando potenzialmente di beneficio il trattamento farmacologico delle condizioni di comorbidità associate alla dipendenza affettiva, come depressione e disturbi d'ansia, non sono riuscito ad identificare dati bibliografici specifici riguardanti il trattamento farmacologico della dipendenza affettiva (senza comorbidità psichiatriche). Tuttavia, date le caratteristiche fenomenologiche di questa condizione, così come alcuni dei meccanismi neurobiologici eventualmente coinvolti nella sua fisiopatologia, diversi interventi psicofarmacologici potrebbero, ipoteticamente, essere di beneficio per la gestione della love addiction (Sanches e John; 2018). È necessario notare però che l'uso di agenti farmacologici mirati a specifici sintomi di dipendenza affettiva potrebbe affrontare problemi bioetici, data la sua collocazione nosologica indefinita e la natura della condizione in questione (Sanches e John; 2018). In un recente studio, Earp (2017) ha enumerato tutte le potenziali situazioni dove ipotetici trattamenti biologici per la dipendenza da amore potrebbero essere giustificabili, tra cui prove evidenti del danno associato ai comportamenti in questione e il fallimento di trattamenti non biologici/psicologici (Earp, Wudarczyk, Foddy, Savulescu; 2017). Gli autori hanno anche sottolineato le preoccupazioni circa l'autonomia dei pazienti, evidenziando che, per ovvie ragioni, questi ipotetici trattamenti non dovrebbero essere somministrati su base involontaria o ai minori. Anche in questo caso, è importante ribadire che, ad oggi, non sono ancora disponibili dati scientifici riguardo l'efficacia e la sicurezza degli agenti farmacologici per il trattamento della dipendenza affettiva (Sanches e John; 2018). Alcuni interventi psicofarmacologici sono descritti in seguito.

Antidepressivi

La somiglianza fenomenologica tra disturbo ossessivo-compulsivo (OCD) e alcuni casi di dipendenza affettiva suggerisce che gli antidepressivi, in particolare gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), potrebbero essere di potenziale beneficio per il trattamento di questi pazienti (Novick; 2011). Analizzando persone che recentemente hanno dichiarato di essersi innamorate è stata notata una densità inferiore dei trasportatori della serotonina plasmatica, analogamente ai pazienti con OCD (Marazziti, Akiskal, Rossi, Cassano; 1999).

Sin da quando è stato dimostrato che il trattamento con SSRI possa produrre una diminuzione nell'evitamento della sofferenza (Allgulander, Cloninger, Przybeck, Brandt; 1998), Sanches e John (2018) hanno ipotizzato che questa classe di farmaci possa avere un ruolo nella gestione dei pazienti affetti da dipendenza affettiva.

Stabilizzatori dell'umore

La forte associazione tra love addiction e impulsività suggerisce che gli stabilizzatori dell'umore possono svolgere un ruolo nel trattamento di questa condizione (Sanches e John; 2018). Sebbene ci siano prove che suggeriscono che il litio e altri stabilizzatori dell'umore sembrano essere efficaci nel trattamento di aggressività e altri sintomi comportamentali secondari allo scarso controllo degli impulsi (Swann; 2003), non è stata trovata alcuna evidenza clinica per quanto concerne l'efficacia di questi farmaci nella cura della dipendenza affettiva. Nonostante questo, il fatto che alcune esperienze associate all'amore romantico possano mostrare similitudini con quelle osservate durante episodi di sbalzi d'umore supportano un putativo effetto terapeutico di questi agenti nei pazienti affetti da dipendenza affettiva (Sanches e John; 2018).

Antipsicotici

Data l'associazione tra attività dopaminergica e sentimenti romantici, Sanches e John (2018) hanno ipotizzato che gli antipsicotici, per via del loro antagonismo dopaminergico, possano svolgere un ruolo nel trattamento della love addiction. Inoltre, pazienti con dipendenza affettiva sembrano mostrare maggiore interesse nella ricerca di controllo (Sophia, Tavares, Berti, Pereira, Lorena, Mello et al.; 2009) e questa caratteristica del temperamento sembra essere modulata mediante l'attività dopaminergica (Cloninger, Svrakic, Przybeck; 1993). Tuttavia, gli antipsicotici non hanno alcun ruolo nel trattamento di altri disturbi classicamente associati all'elevata ricerca di novità, come la dipendenza da sostanze, e nessuna evidenza attualmente disponibile suggerisce che questi farmaci potrebbero essere utili nel trattamento della dipendenza affettiva.

Altri medicinali

Studi di imaging suggeriscono che l'amore romantico a lungo termine sia associato con l'iperattivazione di diversi sistemi cerebrali di ricompensa, tra cui il Globus pallidus, un'area ricca di recettori oppiacei (Acevedo, Aron, Fisher, Brown; 2012). Data la somiglianza tra dipendenza affettiva e dipendenza da sostanze, Sanches e John (2018) hanno ipotizzato che i farmaci utilizzati nel trattamento di altre dipendenze potrebbero essere di beneficio nel trattamento della love addiction. Ad esempio, il naltrexone, un antagonista dei recettori degli oppioidi, è in grado di bloccare la risposta di ricompensa associata all'uso di sostanze, ed è comunemente utilizzato nel trattamento della dipendenza da alcool. Anche la buprenorfina, un antagonista dei recettori della kappa, è in grado di diminuire il desiderio associato all'astinenza da sostanze. Sono però necessari ulteriori studi per confermare se questi farmaci possano svolgere un ruolo nella gestione della dipendenza affettiva (Sanches e John; 2018).

Sebbene i meccanismi neurali precisi che mediano gli effetti dei trattamenti comportamentali e farmacologici non siano ancora completamente chiari, una migliore comprensione di essi potrebbe fornire informazioni sui meccanismi alla base di terapie specifiche e assistere nello sviluppo del trattamento e nell'abbinamento tra trattamenti e individui (Yau, Potenza; 2015). Sebbene siano stati compiuti molti progressi nell'identificazione e nello sviluppo di terapie farmacologiche e comportamentali efficaci, nessun trattamento esistente è completamente efficace da solo. La combinazione di trattamenti complementari può aiutare ad affrontare i punti deboli in entrambe le terapie e può quindi catalizzare risultati benefici del trattamento delle dipendenze comportamentali, tra cui la dipendenza affettiva (Yau, Potenza; 2015).

Conclusioni.

Ad oggi, le evidenze scientifiche riguardanti il trattamento della dipendenza affettiva sono limitate. Nonostante diversi autori evidenzino che la psicoterapia possa essere una pietra angolare nella gestione della *love addiction*, sono disponibili pochissime prove controllate di tali interventi. Inoltre, non ci sono prove a sostegno dell'uso di agenti farmacologici nel trattamento della dipendenza affettiva, anche se diverse classi di farmaci potrebbero avere un ruolo potenzialmente positivo nella sua gestione, considerando i presunti meccanismi fisiopatologici coinvolti in questa condizione. Dato il carico sulla salute pubblica e l'impatto sociale di queste condizioni comportamentali, è importante proseguire nello sviluppo di strumenti diagnostici formali per valutare una gamma completa di dipendenze comportamentali, nel miglioramento di strategie per la prevenzione e nel trattamento anche attraverso l'identificazione di differenze individuali rilevanti che possano essere utilizzate per guidare la selezione delle terapie. È necessaria, dunque, una migliore caratterizzazione della dipendenza affettiva da un punto di vista nosologico, con la possibilità di contare su criteri diagnostici, facilitando così la distinzione tra dipendenza affettiva e normali esperienze romantiche, poiché ciò permetterebbe la formulazione e attuazione di studi controllati, mirati ad esaminare l'efficacia degli interventi terapeutici nel trattamento della *love addiction*.

Nonostante queste riserve, la diagnosi e la gestione della dipendenza affettiva possono essere un settore di ricerca promettente. L'amore romantico è sempre stato (e continuerà ad essere) fortemente associato non solo a sentimenti gratificanti ma anche a marcate sofferenze. Secondo Grosso e Rascazzo (2014), un percorso di liberazione dalle dipendenze relazionali può iniziare solo dall'individuo dipendente stesso. Il primo passo è la consapevolezza, il prendere coscienza che la dedizione assoluta, quando è a totale discapito di sé stessi, non solo non produce risultati, ma è controproducente. Nel caso il soggetto non sia in grado di prendere atto della problematica che lo affligge, diventa necessario cercare e ricorrere a un aiuto, perché nessuno degli sforzi tentati in proprio ha dimostrato di funzionare e si pone quanto meno l'esigenza di osservare e valutare con occhi diversi la propria situazione (Grosso, Rascazzo; 2014). Se nel tentativo di aiutare il partner da cui si dipende, si è continuamente cercato di risolvere tutti i suoi problemi sostituendosi a lui, è necessario smettere di sorvegliarlo, diminuire il controllo e mettersi meno alla sua guida, anche a costo che le cose possano andare peggio. Finché ci si impegna a cambiare qualcuno che non intende cambiare e che non si ha il potere di cambiare, si distruggono utili energie per cambiare sé stessi (Grosso, Rascazzo; 2014). Non si tratta di diventare indifferenti, cinici e crudeli, ma piuttosto è un indispensabile esercizio di rinuncia al martirio (Norwood, 1999), a cominciare dal concedersi il tempo necessario per

soddisfare una qualche dimenticata parte di sé e iniziare a praticare, anche in questo modo, il rispetto di sé stessi (Grosso, Rascazzo; 2014).

Bibliografia:

Acevedo B, Aron A, Fisher H (2011) Neural correlates of long-term intense romantic love, pages 145-159; *Social Cognitive and Affective Neuroscience*.

Agnelli I (2014) Dipendenza affettiva. Un disturbo autonomo in asse I o in Asse II? Pages 9-21; *PsicoterapeutiInformazione*.

Ainsworth M, Blehar M, Waters E, Wall S (1978) Patterns of attachment, pages 36-113; *psychology press classic edition*.

Alberoni F, Cattaneo C (2017) L'universo amoroso, pages 76; *Mimesis*.

Allgulander, C., Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., & Brandt, L. (1998). Changes on the Temperament and Character Inventory after paroxetine treatment in volunteers with generalized anxiety disorder, pages 165–166; *Psychopharmacology Bulletin*.

Ariely D, Breiter H, Chabris C, Etcoff N, O'connor E (2001) fMRI and behavioral evidence, pages 537-551; *Neuron*.

Aron A, Brown L, Fisher E (2005) Romantic love: an fMRI study of a neural mechanism for mate choice, pages 58-62; *Wiley Library*

Aron A, Brown L, Fisher H, Strong G (2010) Reward, addiction, and emotion regulation systems associated with rejection in love, pages 1-14; *Journal of Neurophysiology*.

Aron A, Brown L, Fisher H, Xu X (2016) Intense, passionate, romantic love: a natural addiction? How the fields that investigate romance and substance abuse can inform each other, pages 1-8; *Frontiers in psychology*.

Ascher S, Levounis P (2015) The Behavioral Addictions, pages 153-174; *American Psychiatric Pub*.

Aureli T, Camaioni L, Perucchini P (2014) Osservare e valutare il comportamento infantile, pages 66-72; *Il Mulino*.

Aureli T, Camaioni N, Perucchini P (2014) Children's understanding of communicative intentions in the middle of the second year of life, pages 1- 12, *Cognitive Development*.

Bador K, Kerekes N (2020) Evaluation of an integrated intensive cognitive behavioral therapy treatment within addiction care, 102-112; *The journal of behavioral health services & research*.

Baiocco R(2008) *Le Dipendenze Comportamentali in Adolescenza*, pages 23-47; Università degli studi di Roma.

Baldoni A, Cena L, Imbasciati F (2010) La relazione genitore bambino: dalla psicoanalisi infantile alle nuove prospettive evoluzionistiche dell'attaccamento, pages 109-141; Springer.

Bartels A, Zeki S (2000) The neural basis of romantic love, pages 3829-3883; *Neuroreport*.

Bartels A, Zeki S (2004) The neural correlates of maternal and romantic love, 1155-1166; *Neuroimage*.

Bianchi-Demicheli F, Grafton S, Hamilton A, Ortigue S (2007) The neural basis of love as a subliminal prime: an event-related functional magnetic resonance imaging study, pages 1218-1230; *Journal of Cognitive Neuroscience*.

Black D, Shaw M, McCormick B, Bayless J, Allen (2012) Neuropsychological performance, impulsivity, ADHD symptoms, and novelty seeking in compulsive buying disorder, pages 581-587; *Psychiatry research*.

Blum K, Borsten J, Chen A, Giordano J (2012) The Addictive Brain: All Roads Lead to Dopamine, pages 134-143; *Journal of Psychoactive Drugs*.

Bocarsly M (2016) Food Addiction: Applying Substance Use Disorder Criteria and Characteristics to Identify Instances of Addictive-Like Eating, pages 1008-1018; *Neuropathology of Drug Addictions and Substance*.

Boni A (2017) Addiction profile and social practices among homeless people, pages 48-92; *Journal of Psychiatric Research*.

Bornstein, Porcerelli, Huprich & Markovats (2009) *Gestalt Therapy for Love Addiction*, pages 1-17; American Psychiatric Publishing.

Bowlby J (1973) *Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger*, pages 7-49; The International Psycho-Analytical Library.

Breedlove S, Rosenzweig M, Watson N (2018) *Psicologia biologica*, pages 278-487; Casa Editrice Ambrosiana.

Breiter H, Gasic G, Kennedy D, Hodge S, Makris N (1997) Cortical thickness abnormalities in cocaine addiction. A reflection of both drug use and a pre-existing disposition to drug abuse? Pages 174-188; *Neuron*.

Brown L, Childress A, Frascella J, Potenza M (2010) Shared brain vulnerabilities open the way for nonsubstance addictions: carving addiction at a new joint? Pages 1-23; *Annals of the New York Academy of Sciences*.

Burkett J, Young L (2012) The behavioral, anatomical and pharmacological parallels between social attachment, love and addiction, 1-26; *Psychopharmacology*.

Butelman E, LaForge E, Kreek M (2002) *Pharmacotherapy of addictions*, pages 710-726; *Nature reviews Drug discovery*.

Camaioni L, Di Blasio P (2007) *Psicologia dello sviluppo*, pages 42-79; Il Mulino.

Cantelmi T, Sessa A, Lambiase E (2004) *Le dipendenze comportamentali*, pages 1-16; *Le dipendenze comportamentali*.

Caretti V, la Barbera (2009) Trauma, dissociazione, disregolazione, dipendenza, pages 1-19; *Psichiatria e psicoterapia*.

Carli L, Mantovani S (1994) Il legame di attaccamento nella coppia: ipotesi di uno strumento di analisi, in "Età Evolutiva", pages 33-58; *Giornale italiano di psicologia*.

Carroll, K. M. (2008). *Cognitive-behavioral therapies*, pages 349-360; American Psychiatric Publishing.

Chamberlain S, Grant G (2016) Expanding the definition of addiction: DSM-5 vs. ICD-11, pages 300-303; Cambridge Core.

Chang L, Fowler J, Kassed C, Nora D, Volkow D (2007) Imaging the addicted human brain, pages 4-16; Science & practice.

Chen H, Ding J, Uquillas F, Wang H, Wang X, Zou Z, (2017) Definition of Substance and Non-substance Addiction, pages 21-41; Springer.

Chiacchio A, Di Gennaro R (2020) Migliorare l'aderenza al trattamento nelle dipendenze comportamentali attraverso un processo integrato tra motivazione al cambiamento e self-empowerment, pages 1-76; Phenomena Journal - Giornale Internazionale di Psicopatologia, Neuroscienze e Psicoterapia.

Cloninger C, Svrakic D, Przybeck T (1993) A Psychobiological Model of Temperament and Character, pages 975-990; Psychiatry and Deaths of Despair.

Coelho P (1994) Sulla sponda del fiume Piedra mi sono seduta e ho pianto, pages 93-95; La nave di Teseo Editore.

Cosenza F (2017) Attachment and love addiction: Gaia's clinical case, pages 1-8; Mente e Cura.

Croce M (2014) Atlante delle dipendenze, pages 143-150; Gruppo Abele.

Dazzi N, Zavattini G (2008) Il paradigma dell'attaccamento e la pratica clinica, pages 729-756; Giornale italiano di psicologia.

Diana M (2013) Drug addiction: an affective-cognitive disorder in need of a cure, pages 341-361; Neuroscience & Biobehavioral Reviews.

Diana M, Melis M, Spiga S (2005) The dopamine hypothesis of drug addiction: hypodopaminergic state, pages 23-44; Elsevier.

Dickinson A, Everitt B, Robbins T (2001) The neuropsychological basis of addictive behaviour, pages 129-138; Brain Research Reviews.

Diclemente C, Prochaska J (1984) Toward a Comprehensive Model of Change, pages 3-27; Treating addictive behaviors.

Dolan R (2002) Emotion, cognition, and behavior, pages 1191-1194; science.

Earp B, Foddy B, Savulescu J, Wudarczyk O (2017) Addicted to love: What is love addiction and when should it be treated? Pages 77-99; Philos Psychiatr Psychol.

Elliott R, Longe O, Newman J (2003) Differential response patterns in the striatum and orbitofrontal cortex to financial reward in humans: a parametric functional magnetic resonance imaging study, pages 303-307; Society for Neuroscience.

Ettner S, Harwood A, Ong M, Xu H. (2016) The Mental Health Parity and Addiction Equity Act evaluation study: Impact on specialty behavioral health utilization and expenditures among “carve-out” enrollees, pages 131-143; Journal of Health Economics.

Fallgatter A, Zhang X, Zou Z (2016) Beyond Reward: Insights from Love and Addiction, pages 19-131; Frontiers Media SA.

Feil J, Zangen A (2010) Brain stimulation in the study and treatment of addiction, pages 559-574; Neuroscience & Biobehavioral Reviews.

Feygin D, Swain J, Leckman J (2006) The normalcy of neurosis: Evolutionary origins of obsessive–compulsive disorder and related behaviors, pages 854-864; Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry.

Fong T, Reid R, Parhami I (2012) Behavioral addictions: Where to draw the lines? Pages 279-296; Psychiatric Clinics.

Fraley R, Shaver, P (2000) Adult romantic attachment: theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions, pages 132-154; Review of general psychology.

Furno I, Gambino A (2018) Dipendenze affettive: Teorie e Psicopatologie, pages 53-63; Telos.

Gagné C (1996) Recovery: A common vision for the fields of mental health and addictions, pages 32-37, Psychiatric rehabilitation journal.

George O, Koob G, Vendruscolo L (2014) Negative reinforcement via motivational withdrawal is the driving force behind the transition to addiction, pages 3911-3917; Psychopharmacology.

Grant J, Potenza M, Weinstein A (2010) Introduction to behavioral addictions, pages 233-241; The American Journal of Drug and Alcohol Abuse.

Grosso L, Rascazzo F (2014), Atlante delle dipendenze, pages 43-196; Gruppo Abele.

Guerrischi C. (2011) La dipendenza affettiva. Ma si può morire anche d'amore? Pages 74-78; Franco Angeli.

Hatfield E, Sprecher S (1986) Measuring passionate love in intimate relationships, pages 383-410; Journal of adolescence.

Hazan C, Shaver P (1994) Attachment as an organizational framework for research on close relationships, pages 1-22; Psychological inquiry.

Herring B (2002) A Basic Set of Core Ethical Guidelines For Addiction Treatment Professionals, pages 1-5; The Magazine for Addiction Professionals.

Hoefl F (2008) Gender differences in the mesocorticolimbic system during computer game-play, pages 253-258; Journal of Psychiatric Research.

Holden C (2001) Behavioral addictions: do they exist? Pages 980-982; Science.

Jabeen I, Venkataswamy M, Sadaf J, Reddy N, Mallika A, Sushmitha M (2018) Drug abuse, addiction, its causes and treatment, pages 1-7; Research Journal of Pharmaceutical Dosage Forms and Technology.

John U, Sanchez S (2018) Treatment of love addiction: Current status and perspectives, pages 38-44; The European Journal of Psychiatry.

John V, Sanches M (2018) Treatment of love addiction: Current status and perspectives, pages 38-44; The European Journal of Psychiatry.

Kalivas P, Nora e Volkow N (2005) The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice, pages 1-11; American Journal of Psychiatry.

Kalivas P, O'Brien C (2008) Drug addiction as a pathology of staged neuroplasticity, pages 166-180; Neuropsychopharmacology.

Karim R, Chaudhri P (2012) Behavioral addictions: An overview, pages 5-17; Journal of Psychoactive Drugs.

Kelly J, Moos R (2003) Dropout from 12-step self-help groups: Prevalence, predictors, and counteracting treatment influences, pages 147-156; Neuron.

Knutson et al (2007) Neural predictors of purchases.

Koob G, Le Moal M (2006) Addiction and the brain antireward system, pages 29-53; Annual Review of Psychology.

Koob G, Volkow N (2010) Neurocircuitry of addiction, pages 217-238; Neuropsychopharmacology.

Labbe, Slaymaker, Kelly, (2014) Toward enhancing 12-step facilitation among young people: a systematic qualitative investigation of young adults' 12-step experiences, pages 399-407; Substance Abuse .

Liotti G, Monticelli F (2008) I sistemi motivazionali nel dialogo clinico, pages 24-55; Edizioni Franco Angeli.

Liu P, Qin W, Yang X, Yuan K, Wang G, Zeng F, Zhao L (2011) Microstructure abnormalities in adolescents with internet addiction disorder, pages 1-11; Plos One.

Lorena A, Sophia EC, Mello C, Tavares H, Zilberman ML (2008) Group therapy for pathological love, pages 1-7; Brazilian Journal of Psychiatry

Marazziti D, Akiskal H, Rossi A, Cassano G (1999) Alteration of the platelet serotonin transporter in romantic love, pages 741–745; Psychological Medicine.

Meloy J, Fisher H (2005) Some thoughts on the neurobiology of stalking, pages 1-9; Journal of Forensic Science.

Miller W, Forcehimes A, Zweben A (2019) Treating addiction: A guide for professionals, pages 9-35; Guilford Publications.

Norwood R (1999) Donne che amano troppo, Feltrinelli.

Novick D (2011) Methadone Medical Maintenance: An Early 21st-Century Perspective, pages 226-237; Journal of Addictive Diseases.

Olds J, Milner P (1954) The Neurobiology of Addiction, pages 1-9; Applied neuropsychotherapy.

Pariyadath V, Stein E (2012) Resting state functional connectivity in addiction: Lessons learned and a road ahead, pages 2281-2295; Neuroimage.

Platto V, Riva E (2019) Reflections on a case of affective dependence, pages 517-529; Journal of Child Neurology.

Potenza M, Yau Y, (2015) Gambling Disorder and Other Behavioral Addictions: Recognition and Treatment, pages 134-146; Harvard review of psychiatry

Potenza MN (2015) Commentary on: are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research: defining and classifying non-substance or behavioral addictions, pages 139-141; Journal of Behavioral Addictions.

Regier D, Kuhl E, Kupfer D (2013) The DSM-5: Classification and criteria changes, pages 1-8; World psychiatry.

Reynaud, Karila L, Blecha L, & Benyamina A (2010) Is love passion an addictive disorder? Pages 261-267; The American Journal of Drug and Alcohol Abuse.

Robbins T, Clark L (2015) Behavioral addictions, pages 66-72; Current Opinion in Neurobiology.

Rosenberg K, Feder L (2014) An introduction to behavioral addictions, pages 1-17; Science Direct.

Rosenberg K, Feder L (2015) Dipendenze comportamentali: Criteri, evidenze, trattamento, pages 33-61; Edra.

Science & Practice perspectives (2007) Imaging the addicted human brain, pages 4-16; US National Library of Medicine National Institutes of Health.

Shiffman S, Paty J (2006) Smoking patterns and dependence: contrasting chippers and heavy smokers, pages 509-523; Journal of Abnormal Psychology.

Smith D (2012) The process addictions and the new ASAM definition of addiction, pages 1-4; Journal of Psychoactive Drugs.

Song H, Zhang X, Zhang Y, Zou Z (2016) Romantic Love vs. Drug Addiction May Inspire a New Treatment for Addiction, pages 1-9; Frontiers in Psychology.

Sophia E, Tavares H, Berti M, Pereira A, Lorena, Mello et al (2009) Pathological love: Impulsivity, personality, and romantic relationships, pages 1-7; Original Research.

Sophia E, Tavares H, Zilberman M (2007) Pathological love: is it a new psychiatric disorder? Pages 1-9; SciELO Analytics Journal

Speranza AM, Alberigi E (2006) La relazione tra abuso e disturbi alimentari: il ruolo della dissociazione, Maltrattamento e Abuso all'Infanzia, pages 1-24; Franco Angeli.

Stelten B, Noblesse L (2008) The neurosurgical treatment of addiction, pages 2- 14; Journal Of Neurosurgery.

Sussman S, Lisha N, Griffiths M (2011) Prevalence of the addictions: a problem of the majority or the minority? Pages 3-56; Sage Journals.

Sussman S. (2010) Love addiction: definition, etiology, treatment, pages 31-45; The Journal of Treatment & Prevention.

Tonioni F (2013) Dipendenze comportamentali. Pages 19-56; Springer.

Valentini M, biondi M (2016) The emergence of behavioral addictions, pages 85-86; Europe PMC.

Valleur M e Matysiak J (2005) Les addictions sans drogue et les conduites ordaliques, pages 423-428; L'Information psychiatrique.

Van den Heuvel D, Pasterkamp R (2008) Getting connected in the dopamine system; Pages 75-93; Progress in Neurobiology.

Vendramin A, Sciacchitano A (2014) Atlante delle dipendenze, Edizioni GruppoAbele.

Venkataswamy M (2018) Drug Abuse, Addiction, its Causes and Treatment, pages 3-6; Research Journal of Pharmaceutical Dosage Forms and Technology.

Volkow N, Fowler J, Wang G (2007) Dopamine in drug abuse and addiction: results of imaging studies and treatment implications, pages 1575-1579; Jama Network.

Wise R. A. (1988) The neurobiology of craving: Implications for the understanding and treatment of addiction, pages 118-132; Journal of Abnormal Psychology.

Zou Z, Wang H (2017) Definition of substance and non-substance addiction, pages 21-41; Springer.

