

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO 1: L'EDUCATORE PROFESSIONALE E LA DIPENDENZA.....	5
1.1 L'Educatore Professionale	5
1.2 Gli ambiti di lavoro: le dipendenze	8
1.3 Cos'è la dipendenza	10
CAPITOLO 2: LE NUOVE DIPENDENZE COMPORTAMENTALI: LA DIPENDENZA AFFETTIVA	19
2.1 Definizione delle "New Addiction"	19
2.2 La dipendenza affettiva	22
2.2.1 Definizione	22
2.2.2 Sintomatologia.....	26
2.2.3 Le origini	28
2.2.4 Il dipendente affettivo.....	30
2.2.5 Gli stadi di sviluppo della sindrome	33
2.2.6 Trattamento.....	35
2.2.7 Epidemiologia.....	36
CAPITOLO 3: LA RELAZIONE EDUCATIVA: IL RISCHIO DI COLLUDERE.....	38
CAPITOLO 4: IL CAMBIAMENTO: UN'IPOTESI PROGETTUALE PER LA DIPENDENZA AFFETTIVA	43
4.1 Il modello transteorico del cambiamento	43
4.1.1 Gli stadi del cambiamento	43
4.1.2 I processi del cambiamento	44
4.1.3 I fattori psicologici	44

4.1.4 Interventi educativi legati agli stadi del cambiamento	45
4.2 La dipendenza affettiva: un'ipotesi progettuale	46
CONCLUSIONE	49
FONTI BIBLIOGRAFICHE E SITOGRAFIA	50
RINGRAZIAMENTI.....	52

INTRODUZIONE

Il seguente elaborato pone il focus su una delle nuove dipendenze comportamentali: la dipendenza affettiva. Questa, come alcune delle altre “New Addiction”, non è ancora stata trattata ampiamente in letteratura e spesso se ne sottovaluta il pericolo e il rischio.

Ho svolto il tirocinio del terzo anno nel settore delle dipendenze patologiche. In particolare sono entrata all'interno della casa di cura “Villa Silvia” (Senigallia) e ho avuto la possibilità di sperimentare per circa un mese il centro di post-cura “San Nicola”. In questo contesto ho vissuto il mio primo incontro con la patologia trattata.

Nello specifico, sono rimasta stupita dal fatto che la dipendenza affettiva fosse in molte delle storie di vita in cui mi sono imbattuta durante il percorso. Mi è saltata all'occhio immediatamente la caratteristica principale della sindrome: l'inconsapevolezza del dipendente che la vive.

Infatti molti dei pazienti raccontando le loro esperienze non erano consci di ciò che effettivamente avevano vissuto: quasi tutti sono venuti al corrente di essersi imbattuti in questa situazione di disagio solamente grazie all'intervento degli operatori che vi facevano luce.

Proprio per questo motivo ho scelto di elaborare la mia tesi di laurea su tale argomento: l'obiettivo è infatti quello di approfondire la patologia e acquisire maggiore informazioni a riguardo, in modo da renderla più facilmente riconoscibile, sia agli occhi di chi la sperimenta dall'interno, sia per chi la osserva da fuori.

L'elaborato è strutturato in 4 capitoli: nel primo viene proposta una parte introduttiva sul ruolo dell'educatore, in particolare nelle strutture volte alla riabilitazione nelle dipendenze. Il capitolo due introduce le nuove dipendenze, ancora non classificate diagnosticamente, ed entra poi nel cuore della tesi: contiene infatti una classificazione, descrizione e spiegazione approfondita sulla dipendenza affettiva. Il lavoro prosegue con un focus sul rischio di collusione in una relazione educativa tra operatore e paziente: si

individuano quindi le tecniche per sfuggire ad un'eventuale dipendenza affettiva generata a partire dalla relazione clinica.

Il lavoro si conclude con un quarto capitolo che contiene al suo interno un'ipotesi progettuale di intervento, dopo aver analizzato le fasi della motivazione al cambiamento, fondamentali per lavorare con la patologia.

Con questa tesi si è cercato quindi principalmente di sviluppare un metodo di lavoro diretto alle persone affette da questa sindrome, del quale se ne trarranno le considerazioni nella conclusione finale.

CAPITOLO 1

L'EDUCATORE PROFESSIONALE E LA DIPENDENZA

1.1 L'Educatore Professionale

L'Educatore Professionale è l'operatore sociale e sanitario che, in base ad una specifica preparazione teorico-pratica garantita dal diploma universitario abilitante, stila ed attua specifici progetti educativi e riabilitativi.

La figura professionale, regolata dal decreto ministeriale n. 520, opera all'interno di un'equipe multidisciplinare con la quale porta avanti un progetto terapeutico globale volto ad uno sviluppo equilibrato della persona. Tale progetto ha come primo obiettivo il reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà e viene quindi attuato in un contesto di partecipazione e recupero della vita quotidiana.

La finalità generale del lavoro di un educatore professionale è quindi il cambiamento e in essa risiede la principale differenza tra il lavoro educativo e l'assistenzialismo. L'educazione può essere definita scienza del cambiamento, proprio perché questo è intenzionale sia parte dell'educatore sia da parte del soggetto, che non solo lo percepisce bensì lo ricerca. Ciò che si intende per cambiamento è una modifica della propria visione, della percezione e della lettura di se stessi ed infine anche delle condizioni di vita.

Il cambiamento è inteso anche come conquista o attribuzione di significato a eventi e fatti del passato o del presente del soggetto: si va quindi ad accogliere la storia della persona e a prendere il ruolo di deposito di ricordi e memorie, custodendoli e conservandoli: l'educatore deve fungere da contenitore e raccogliere e tenere insieme le parti del Sé del soggetto che si trova in difficoltà esistenziale. In questo modo si diventa testimoni attivi e si apre all'altro la possibilità di riprendere in mano le proprie esperienze, rileggerle e ricostituire un percorso interpretativo di sé. Se ci si accerta che qualcuno può conoscere e tenere dentro di sé la propria storia senza esserne spaventato, scandalizzato o

sopraffatto, si può attuare una ristrutturazione cognitiva della propria esperienza e di conseguenza della propria visione di se stessi.¹

L'educatore deve procedere verso una forma di conoscenza rivolta alla specificità, all'individualità e all'irripetibilità del soggetto e deve quindi mettere in atto un passaggio che porti alla comprensione dell'altro, con tecniche che consentano di accedere ai contenuti interiori del soggetto senza distorcerli imponendo i propri schemi interpretativi. Si parla quindi di capacità entropatica: consiste nel cogliere il vissuto esistenziale dell'altro.

L'entropatia è un atteggiamento spirituale che permette di penetrare nell'intima esperienza altrui e consiste nel saper vedere nell'altro ciò che sarebbe egli stesso se fosse al posto suo.²

Le tecniche che l'educatore deve sviluppare sono quindi volte ad un coinvolgimento del soggetto nella scoperta e nell'utilizzo di orizzonti esistenziali nuovi, ma mantenendosi sempre nell'ambito della sua stessa quotidianità: a livello metodologico, quindi, ciò che è influente è saper usare in modo consapevole e programmato i momenti del quotidiano.

Inoltre è importante comprendere che l'educatore, in nessun ambito, svolge il ruolo di modello ovvero quello di soggetto al quale si fa riferimento ai fini della riproduzione o dell'imitazione. In educazione si parla di "testimone": quest'ultimo è colui che dichiara qualcosa, che trasmette la validità di un'esperienza non essendone lui stesso l'esempio, ma riferendosi ad un modello.

In un processo educativo bisogna necessariamente partire da un presupposto di fiducia nell'utente ma con ciò non si intende esclusivamente l'adempiere agli obblighi esteriori, quanto più l'autenticità e la congruenza tra i sentimenti manifestati e quelli effettivamente provati. Un elevato livello di autenticità crea armonia tra le persone in relazione e permette di riflettere con serenità sui propri sentimenti, sulle proprie esperienze e sui propri pensieri: le relazioni interpersonali vengono facilitate se le persone interagiscono in modo trasparente e congruente.

¹ O. Gardella, *L'educatore professionale – Finalità, metodologia, deontologia*, FrancoAngeli, 2007

² M.T. Bassa Poropat, F. Lauria, *Professione educatore – Modelli, metodi, strategie d'intervento*, Edizioni ETS, 1998

A questo proposito, è anche necessario stabilire un rapporto sulla base di una contrattualità il cui presupposto è l'accordo tra le parti. Ciò stabilisce la base per una piattaforma relazionale che pone l'educatore in una posizione di "guida".

Tale posizione va però compresa attraverso il comportamento dell'educatore stesso, il quale deve sfruttare le competenze che garantiscono armonia ed equilibrio nella gestione dell'autorità all'interno della relazione educativa: oltre alla congruenza ed autenticità, bisogna dimostrare autorevolezza e amorevolezza.

L'educatore deve essere quindi capace di organizzare gli interventi in vista dell'autonomia del soggetto, di orientare le attività prospettando un progetto di vita, di accompagnarlo nella ricerca di soluzioni ai problemi esistenziali e di gestire con lui le situazioni di conflitto. Deve cogliere e rispettare il soggetto nella sua situazione, comprendere il suo mondo e incoraggiarlo nel vedere le sue risorse, incrementare la fiducia e l'autostima, stimolare la motivazione per un agire autonomo e responsabile.

È importante che ogni azione educativa si basi su dei valori, allontanandosi dal rischio di produrre quello che potrebbe diventare un addestramento: i valori permettono di attivare ed innalzare la capacità discriminante della persona, favorendone la crescita del senso critico. Attraverso la relazione trasmetto valori che devono essere interiorizzati con l'obiettivo di produrre un cambiamento finalizzato alla crescita della persona, nei limiti e nelle possibilità della stessa.

Per questo la differenza sostanziale tra la relazione educativa e una qualsiasi altra relazione sta proprio nell'intenzionalità educativa e sulla messa in atto di procedure e percorsi volti al conseguimento di una meta precedentemente concordata.

Inoltre, ciò verso cui ci si muove è un accompagnamento del soggetto nella distinzione tra cosa può essere giusto per la propria dignità e cosa non lo è, lasciando all'utente stesso la libertà di scegliere.

Spesso anche le scelte che si crede corrispondano alle più intime convinzioni sono il frutto di un condizionamento da parte delle figure di riferimento: il soggetto stesso a volte preferisce continuare a compiacere gli altri, piuttosto che acquisire consapevolezza sulle proprie inclinazioni per poi maturare scelte autonome. Quest'ultimo passo richiede costanza, fatica e autocoscienza ed è per questo che in alcune occasioni, dipendere dagli altri genera più sicurezza.

Ma la libertà, nel suo senso più ampio, è la facoltà dell'uomo di agire e pensare in autonomia ed è la condizione che permette di agire secondo le proprie scelte.

Entra in gioco perciò la motivazione: in psicologia, si definisce come l'insieme dei bisogni, desideri o intenzioni che prendono parte alla determinazione del comportamento e che conferiscono a questo unità e significato (Treccani).

La motivazione è quindi il movente del comportamento, sia esso conscio o inconscio.

Può essere attivata secondo varie modalità, prima tra queste è la legge dei contrari: una situazione attiva un bisogno della situazione opposta (il bisogno di movimento nasce dopo una prolungata immobilità, il bisogno di riposo nasce invece da un'intensa attività).

Un altro fattore di attivazione è l'inizio del processo di soddisfazione: iniziare ad essere gratificati da un'attività, porta il soggetto a tendere verso di essa.

E' fondamentale, in conclusione, che la motivazione al cambiamento parta da se stessi e non sia imposta esternamente da altri soggetti (famiglia, amici, equipe stessa).

1.2 Gli ambiti di lavoro: le dipendenze

L'educatore professionale svolge la sua attività professionale, nell'ambito delle proprie competenze, in strutture e servizi sociosanitari e socioeducativi pubblici o privati, sul territorio, nelle strutture residenziali e semiresidenziali in regime di dipendenza o libero professionale. (Decreto n.520)

Come regolato dal Decreto, quindi, il lavoro dell'educatore coinvolge varie utenze che possono essere racchiusi in 5 macrocategorie:

1. Salute mentale
2. Anziani non autosufficienti
3. Minori a rischio
4. Disabilità congenita o acquisita
5. Dipendenze patologiche

Nell'ambito delle dipendenze patologiche, gli interventi educativi possono essere svolti con tre differenti modalità: a domicilio del paziente, in day-hospital (nell'ambulatorio del SerD) o in regime di ricovero (in quest'ultimo caso si parla di ospedali o comunità).

I SerT (Servizio per le Tossicodipendenze) o SerD (Servizio per le Dipendenze Patologiche) sono i servizi pubblici del Sistema Sanitario Nazionale italiano (SNN), istituiti dalla legge 162/90 e attivi sul territorio. Sono dedicati alla cura, alla prevenzione e alla riabilitazione di soggetti caratterizzati da problemi derivanti dall'abuso e dal

consumo di sostanze psicoattive o di comportamenti compulsivi. Si occupano quindi della gestione della dipendenza attiva, sia essa acuta o subacuta.

Le comunità terapeutiche invece sono servizi sia a carattere residenziale (cioè con permanenza diurna e notturna) che semiresidenziale (con la sola permanenza diurna) che accolgono quindi persone con problematiche legate a dipendenze legali o illegali, da sostanze lecite o illecite.

Luigi Cancrini, parlando delle diverse strade di trattamento, giunge alla seguente conclusione: «Se i percorsi per arrivare alla droga sono diversi, diversi risultano i percorsi per uscirne».

È infatti vero che esistono molte tipologie di comunità terapeutiche, ognuna delle quali ha obiettivi specifici e si concentra su una parte particolare del percorso riabilitativo e di reintegrazione del soggetto.

Possono essere distinte nelle seguenti categorie:

- **Terapeutico – Riabilitative** → è una struttura sanitaria residenziale che accoglie soggetti con problemi di dipendenza per i quali è opportuna una separazione dal contesto di vita abituale. In essa vengono svolti programmi personalizzati attuati attraverso interventi diversificati individuali e di gruppo.
- **Pedagogico – Riabilitative** → queste strutture hanno come obiettivo il recupero dell'autonomia e delle capacità di integrazione sociale attraverso la condivisione di vita comunitaria o lo svolgimento di attività lavorativa.
- **Specialistiche** → in queste strutture ciò che si va a svolgere è appunto un trattamento specialistico ovvero un percorso terapeutico rivolto a persone con problemi di dipendenza molto specifici o associati a situazioni cliniche e personali particolari. All'interno di questa macrocategoria si distinguono le seguenti tipologie di servizi:
 - Servizi di trattamento specialistico per coppie, soggetti con figli, nuclei familiari: accolgono persone tossicodipendenti per i quali è prevista la convivenza comunitaria con i propri figli e/o con i propri partners allo scopo di salvaguardare i diritti degli stessi ed aiutarli nella ricostruzione delle relazioni affettive ed educative;

- Servizi di trattamento specialistico per pazienti in comorbidità psichiatrica: accolgono persone tossicodipendenti che presentano anche disturbi psichiatrici sulla base di un'apposita certificazione rilasciata dal Servizio in accordo con il Dipartimento di Salute Mentale di riferimento;
- Servizi di trattamento specialistico per alcol e polidipendenti: accolgono persone dipendenti da alcol e da più sostanze che, prima di essere avviate alla fase di trattamento ambulatoriale presso altre strutture della rete di assistenza necessitano di una fase di osservazione e cura.

Tra le strutture che si occupano delle dipendenze patologiche vi sono poi i Centri Crisi: sono servizi che accolgono persone con problematiche di dipendenza in particolari situazioni di emergenza, quindi senza selezione, anche sottoposte a trattamenti farmacologici, ma per un periodo di tempo non superiore ai 90 giorni. Il Centro fornisce dunque una prima risposta a situazioni di crisi, correlate ad aspetti tossicologici, relazionali e sociali, mediante interventi di supporto farmacologico e di sostegno relazionale volto a riformulare il progetto terapeutico ed il successivo programma riabilitativo.

1.3 Cos'è la dipendenza

Partendo dal presupposto che la dipendenza, nella sua definizione più generica, è un fenomeno estremamente complesso, si è osservato come questa vada a coinvolgere aspetti neurobiologici, cognitivi, sociali e culturali della persona, chiamando in causa numerosi aspetti della sfera individuale, ed è per questo che risulta quasi impossibile darne una definizione precisa e condivisa da tutta la comunità scientifica.

Si può dire che la dipendenza è uno stato di subordinazione della persona rispetto ad alcuni comportamenti, atteggiamenti, elementi esterni ad essa. E' un bisogno incoercibile di un qualcosa che una volta ottenuto provocherà nella persona una fassulla risposta alle proprie esigenze emotive e fisiche.

E' un fenomeno che va quindi ad investire l'individuo sia a livello comportamentale sia a livello psicologico, in quanto il soggetto appare totalmente assorbito dall'oggetto della propria dipendenza, tanto da non riuscire a farne a meno e arrivare a trascurare qualsiasi altro livello della propria esistenza, incluse le funzioni fisiologiche di base.

Comporta quindi una serie di conseguenze negative che si ripercuotono sull'intero funzionamento della vita dell'individuo, provocando una condizione di sofferenza generale che spesso si estende anche al contesto di appartenenza che lo circonda.

Una dipendenza viene sviluppata a partire dalla convinzione individuale di aver trovato in quell'atteggiamento la risposta fondamentale ai propri bisogni e desideri essenziali: quell'esperienza (sia essa legata ad una sostanza, ad un oggetto, ad una persona, ad una sensazione) viene interpretata soggettivamente e diventa per il dipendente l'unico modo per soddisfare il proprio essere e per provare quell'effimero momento di piacere.

Il termine "dipendenza" nella lingua italiana è utilizzato per indicare indistintamente qualsiasi tipologia di dipendenza, sia essa fisica, psicologica o comportamentale. Nei paesi anglosassoni, invece, il termine "dependence" viene distinto da quello di "addiction".

Il primo viene utilizzato per indicare una dipendenza fisica e chimica, mentre il secondo ha un'accezione più psicologica e indica infatti quel bisogno o spinta coercitiva di porre in atto determinati comportamenti. Il termine "addiction" è infatti di origine latina. Secondo una terminologia diffusa nelle fonti letterarie, *addictus* è, nel diritto romano, il debitore insolvente caduto in mano al proprio creditore, il quale aveva la facoltà di tenerlo rinchiuso nel suo carcere privato, di venderlo come schiavo o di ucciderlo.³

Di conseguenza, *addiction* è uno stato di schiavitù, una condotta di fuga che diventa patologica quando si pone come unica soluzione per il soggetto che la ripete compulsivamente per sopportare, o per allontanare il dolore mentale.⁴

Il termine quindi denota una condotta caratterizzata da assenza di libertà, tipica delle dipendenze patologiche.

Il DSM (manuale internazionale di statistica e diagnostica dei disturbi mentali), infatti, afferma che per dipendenza si intende una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a menomazione e a disagio clinicamente significativi, come manifestato da tre (o più) delle condizioni seguenti, che ricorrono in un qualunque momento dello stesso periodo di 12 mesi:

³ Treccani, 2018

⁴ R. Chemama, B. Vandermersch, *Dizionario di psicanalisi*, Gremese Editore, 2004

1. tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti:
 1. il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato;
 2. un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità della sostanza;
2. astinenza, come manifestata da ciascuna dei seguenti:
 1. la caratteristica sindrome di astinenza per la sostanza (riferirsi ai Criteri A e B dei set di criteri per Astinenza dalle sostanze specifiche);
 2. la stessa sostanza (o una strettamente correlata) è assunta per attenuare o evitare i sintomi di astinenza;
3. la sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto;
4. desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza;
5. una grande quantità di tempo viene spesa nel procurarsi la sostanza (per esempio, recandosi in visita da più medici o guidando per lunghe distanze), ad assumerla (per esempio, fumando "in catena"), o a riprendersi dai suoi effetti;
6. interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative e ricreative a causa dell'uso della sostanza;
7. uso continuativo della sostanza nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica, verosimilmente causato o esacerbato dalla sostanza (per esempio, il soggetto continua ad usare cocaina malgrado il riconoscimento di una depressione indotta da cocaina, oppure continua a bere malgrado il riconoscimento del peggioramento di un'ulcera causato dall'assunzione di alcol).

Nel Manuale Diagnostico viene quindi indicata la dipendenza nella sua inclinazione patologica, ma quest'ultima non ne rappresenta l'unica forma esistente.

Infatti la dipendenza è lo stato di base di ogni essere umano ed è nei suoi primi anni di vita una forma fisiologica e necessaria per il corretto sviluppo del bambino e in modo più specifico della sua personalità. La crescita dell'uomo non può prescindere da questa fase

e ogni processo che ne fa parte implica un cambiamento che muove da uno stato totale di dipendenza dalla madre ad uno di dipendenza relativa e successivamente di autonomia.

In letteratura vi sono diversi studi in merito a questo: ne parla Donald Woods Winnicott (Plymouth, 7 aprile 1896 – Londra, 28 gennaio 1971), pediatra e psicoanalista britannico. Lo studioso elabora delle teorie sullo sviluppo del bambino e in particolare sulla relazione madre-bambino: studia il modo in cui quest'ultima influenza lo sviluppo emotivo e quindi di conseguenza l'evoluzione del Sé, inteso come identità personale.

Si concentra sullo studio dell'esperienza di separatezza psicologica e quella di fusione con gli altri. Sono centrali i concetti di interiorizzazione ed esteriorizzazione: Winnicott sostiene che le funzioni svolte dalle figure genitoriali (dalla madre in particolar modo) vengano interiorizzate dal bambino fin dai primi momenti di contatto e in modo graduale arrivano a porsi come basi strutturali per la formazione psichica. In contemporanea, vi è un processo di esteriorizzazione di ciò che si è acquisito: i propri desideri, le proprie paure ed immagini vengono proiettate sull'altro.

Questi due processi (interiorizzazione ed esteriorizzazione) possono essere utili per un corretto sviluppo solo se supportati da delle importanti funzioni che deve necessariamente svolgere una madre per essere definita “madre buona”.

Le funzioni che presenta Winnicott sono principalmente due:

- *Holding* → è un termine introdotto dallo studioso per indicare il “contenimento” che la madre deve svolgere nei confronti della angosce del bambino. E' quindi la capacità della madre di sapere quando intervenire e quando invece è il momento di mettersi da parte poiché il figlio non ha bisogno di lei.
- *Handling* → è la capacità di manipolazione, si riferisce in particolare al modo della madre di maneggiare il figlio. Una “madre sufficientemente buona” è infatti in grado di tenere il bambino in modo naturale, facendo sì che tutte le parti del bambino siano raccolte insieme e formino uno schema corporeo personale. È con questa funzione che si inizia a percepire la propria persona nel proprio corpo: è il mezzo attraverso cui il bambino si identifica come un corpo separato da quello della madre, con la quale prima si sentiva un unico insieme, anche se non è un'identificazione ancora ben definita.

Legate a queste funzioni, Winnicott delinea il concetto di dipendenza, che è centrale nella sua teoria. La descrive come articolata in 3 fasi:

1. Dipendenza assoluta: il bambino è totalmente dipendente dalle cure materne, non ha alcun controllo su di esse e ne può solo trarre beneficio o danno; non distingue l'altro da sé e sperimenta un senso di "onnipotenza soggettiva": crede infatti di essere lui il creatore del mondo esterno, partendo dai suoi bisogni e desideri che vengono soddisfatti dalla madre.
2. Dipendenza relativa: il bambino inizia a percepire il senso di separatezza dalla madre, poiché quest'ultima si adatta in modo sempre meno perfetto alle sue richieste, in vista del fatto che nel bambino stesso è cresciuta la capacità di affrontare il mondo esterno da solo.

Il bambino sperimenta la separazione e l'angoscia ad essa legata e per superarla, cerca un sostituto simbolico che Winnicott chiama "oggetto transazionale". Quest'ultimo rievoca la presenza rassicurante della madre ma permette al bambino di percepirsi come un essere distaccato e a percepire la realtà esterna, in questo modo si dirige verso l'ultima fase.

3. Indipendenza: in questo momento il bambino sviluppa dei propri modi di fare e delle modalità concrete con cui stare al mondo, partendo dal ricordo delle cure della madre. Non si arriverà mai ad una fase di indipendenza totale, ma quello che si cerca di fare è andare incontro ad un'interdipendenza: l'individuo non smette mai di interagire con ciò che è al di fuori di lui e vi è quindi un continuo scambio realtà interiore ed esteriore.

La fase di differenziazione dal bambino dalla madre, quindi il passaggio che va dalla dipendenza relativa all'indipendenza, è stato studiato da una psicanalista e terapeuta ungherese: Margaret Mahler (Sopron, 10 maggio 1897 – New York, 2 ottobre 1985).

Nei suoi studi, la Mahler parla di un processo che lei stessa definisce di "individuazione-separazione" e lo colloca come necessario per il distacco del bambino dalla madre e l'autonomia che ne consegue.

Parte formulando un concetto di base secondo cui in ogni individuo vi sono due nascite, una biologica e una psicologica, e queste tra di loro non coincidono. La seconda infatti è

un processo che si pone in essere nei primi anni di vita e non può essere legata e circoscritta ad un solo evento, come si può fare per la nascita biologica.

Questo processo intrapsichico per la psicanalista rimane sempre attivo, non ha mai fine ed è portato avanti lungo tutto il ciclo vitale.

La studiosa individua due fasi che precedono il processo di separazione-individuazione, che poi viene suddiviso in quattro sottofasi:

1. Fase autistica normale (0-2 mesi): è chiamata così perché è caratterizzata dall'assenza di risposte a stimoli esterni, prevalgono i processi fisiologici a quelli psicologici: il bambino ha lunghi periodi di sonno, che prevale fortemente rispetto ai momenti di veglia attiva. Non ha consapevolezza del suo *caregiver* ed è regolato solo ed esclusivamente dal bisogno fisiologico della fame. Gradualmente verso la fine di questa fase, il bambino inizia a sviluppare una prima forma di contatto con la madre rispondendo alle sue cure.
2. Fase simbiotica normale (2-6 mesi): in questo periodo il bambino inizia ad avere consapevolezza del suo caregiver e questo lo porta a comportarsi come se lui e la madre (che diventa "l'oggetto che soddisfa i suoi bisogni") fossero un'unica entità onnipotente, unita e senza confini. La Mahler utilizza il termine "simbiosi" proprio per descrivere lo stato di indifferenziazione e di totale dipendenza che il bambino sviluppa nei confronti del suo agente di cure, non distinguendo il suo mondo interno dall'esterno, il Sé dall'altro.

In seguito a queste due fasi inizia la terza ed ultima fase del modello, il "processo di separazione-individuazione" che è diviso in 4 sottofasi:

1. Differenziazione (6-10 mesi): è il momento in cui diminuisce la dipendenza corporea totale dalla madre e viene posta in essere la demarcazione tra il mondo interno e il mondo esterno, tramite l'esplorazione sensitiva legata alla vista e al tatto.
2. Sperimentazione (10-11 mesi): in questa fase il bambino, preso dallo sviluppo delle sue funzioni motorie, opera un allontanamento fisico dalla madre dalla quale poi torna per ottenere un "rifornimento affettivo".
3. Riavvicinamento (16-24 mesi): le capacità di locomozione sono aumentate e quindi il bambino sperimenta man mano un allontanamento dalla madre

sempre maggiore, questo lo rende più consapevole di essere separato da lei e lo spinge quindi a tornare: è presente un'ambivalenza tra il voler essere ancora unito e allo stesso tempo volersi separare.

4. Consolidamento dell'individualità e inizio della costanza dell'oggetto libidico (3 anni): al completamento di questa fase la madre è stata interiorizzata come oggetto interno emotivamente rassicurante e quindi il senso di sicurezza e fiducia del bambino non dipende più dalla presenza concreta della madre. Si dovrebbe concludere questa fase con la conquista di un'individualità definita e permanente e con il conseguimento di un grado relativo di costanza oggettiva. Il bambino ha quindi una rappresentazione stabile, definita e permanente di sé stesso e di sua madre, ormai separata da lui.

Gli effetti dell'andamento delle fasi si ripercuotono sull'intero ciclo di vita dell'individuo ed è quindi importante una buona base familiare poiché questa andrà a costituire le basi per la costituzione dei modelli rappresentativi della figura di attaccamento o di sé, che cominciano a crearsi durante l'infanzia e l'adolescenza e che tenderanno a persistere in modo immutato per tutta la vita.

Lo studioso per eccellenza che elabora la teoria dell'attaccamento è John Bowlby (Londra, 26 febbraio 1907 – Isola di Skye, 2 settembre 1990).

Lo psicologo, medico e psicoanalista britannico si interessa in particolare agli aspetti che caratterizzano il legame madre-bambino. Attraverso una serie di sperimentazioni chiamate "*strange situation*" Mary Ainsworth e John Bowlby hanno potuto notare come il comportamento di attaccamento, osservato tra la madre e il suo bambino, oltre a fornire protezione al piccolo, serviva a costituire una "*base sicura*" a cui il bambino potesse ritornare nelle fasi di esplorazione dell'ambiente circostante. Questa "*base sicura*" permette così di promuovere nel bambino un senso di fiducia in se stesso, favorendone progressivamente l'autonomia.

L'attaccamento non è limitato solo ad ottenere e mantenere la prossimità di una figura genitoriale per essere accuditi, è bensì fondamentale per lo sviluppo dell'identità ed interviene sulla maturazione delle competenze psico-comportamentali, in modo da organizzare la propria personalità con sufficiente continuità e stabilità.

Per Bowlby è molto importante che il legame di attaccamento si sviluppi in maniera adeguata, un ambiente particolarmente carente dal punto di vista psicologico facilita l'accrescimento di una serie di comportamenti disadattativi.

La madre offre la prima relazione oggettiva del bambino, sull'esperienza della quale egli costruisce le successive relazioni interpersonali. Se questo rapporto manca o viene significativamente alterato precocemente, nel bambino si genereranno, dal punto di vista emozionale, stati carenziali che influenzeranno negativamente, in alcuni casi, irreversibilmente, il suo sviluppo psicofisico.

Alla base della capacità di diventare un individuo autonomo, vi è il ricordo delle cure ricevute, di cui il bambino ha memoria. Se queste saranno state adeguate, il bambino aumenterà la propria fiducia nei confronti dell'ambiente che lo circonda, al contrario potrebbe sviluppare una personalità dipendente e in alcuni casi patologica: avvertendo le pressioni ambientali, cercherà di fronteggiarle attraverso i mezzi insufficienti che possiede.

E' per questo motivo che nelle dipendenze si parla di vulnerabilità. Le evidenze epidemiologiche e della pratica clinica hanno infatti dimostrato che non tutti gli individui, entrati in contatto con sostanze stupefacenti, hanno un uguale rischio di sviluppare uno stato di dipendenza: alcuni individui risultano più vulnerabili rispetto ad altri allo sviluppo di questa malattia.

Per vulnerabilità si intende quella condizione per cui un determinato evento esterno va a determinare dei risultati patologici, ma è importante comprendere che non costituisce, di per sé, una garanzia di sviluppo delle patologie. Ciò che spiega questo concetto è il fatto che esistono delle caratteristiche individuali, ambientali, familiari e sociali che concorrono per creare le condizioni di aumentato o ridotto rischio. Queste caratteristiche vanno quindi a costituire la "vulnerabilità" dell'individuo, di cui lui stesso non è consapevole poiché i suoi processi decisionali sono appunto il risultato di una complessità di fattori.

Tra i fattori individuali vi è ad esempio il genotipo (ovvero il corredo genetico dell'individuo) e come questo porta allo sviluppo di sistemi di gratificazione e del controllo degli impulsi diversificati. Altri fattori importanti, come visto precedentemente, sono quelli familiari e socio-ambientali: la mancanza di adeguate cure, supporto e controllo parentale, violenze, abusi e condizioni di deprivazione affettiva, eventi e

condizioni di vita stressanti possono portare ad un rischio aumentato di ricercare e sperimentare sostanze. Allo stesso tempo, aumentano il rischio che una volta provate le sostanze, si intraprendano percorsi evolutivi verso la dipendenza.

Come detto poc' anzi, però, le condizioni di vulnerabilità non rappresentano una traiettoria né un destino obbligato ed imm modificabile verso la dipendenza. Ciò che fa la differenza è la prevenzione: queste persone possono essere messe in condizione di protezione e di conseguenza evitare l'uso di droghe e lo sviluppo delle dipendenza, ciò è possibile in particolar modo grazie alla collaborazione di diverse azioni educative, svolte da famiglia, scuola e comunità. E' chiaro quindi che la vulnerabilità quindi non è "predestinazione" ma uno stato prevenibile e modificabile di maggiore rischio di sviluppare una dipendenza.

CAPITOLO 2

LE NUOVE DIPENDENZE COMPORTAMENTALI: LA DIPENDENZA AFFETTIVA

2.1 Definizione delle “New Addiction”

Storicamente, il termine “dipendenza” è stato applicato alle droghe e ai comportamenti legati alla perdita di controllo nell’utilizzo di sostanze ad attività psicotropa. Perciò la definizione che si trova all’interno del DSM-5 può essere associata a ciò che molti intendono per “tossicodipendenza”.

Ad oggi tuttavia la parola abbraccia una visione ben più ampia includendo al suo interno altre sintomatologie che sono provocate dalla messa in atto incontrollata di attività socialmente accettate.

Vengono definite quindi “New Addiction” le cosiddette dipendenze comportamentali, nelle quali non è presente l’intervento di una sostanza chimica. Sono chiamate così perché implicano il coinvolgimento in un’abitudine ripetitiva e persistente che a lungo termine porta ad una compromissione delle sfere individuali del soggetto (lavorativa, sociale, relazionale e affettiva).

Per evidenziare la loro collocazione al di fuori della dimensione trasgressiva dell’uso di droghe, sono state definite come “dipendenze sociali”, a partire da una classificazione proposta da Francisco Alonso-Fernandez. Lo psichiatra, muovendosi dal concetto di ‘tossicomania’ basata su regolatori sociali, distingue:

- le dipendenze ‘sociali’ o legali: comprendono droghe legali, ossia quelle per le quali è permessa la libera vendita (tabacco, alcolici, farmaci), e attività socialmente accettate (mangiare, lavorare, fare acquisti, giocare, navigare in internet);
- le dipendenze ‘antisociali’ o illegali: comprendono la dipendenza da droghe e attività illegali (come derivati della cannabis, eroina, cocaina, attività sessuali illecite).

Le dipendenze comportamentali sono quelle che trovano un loro spazio all'interno della vita quotidiana della persona e proprio la legittimità e l'accettazione sociale di tali pratiche rende labile il confine di distinzione ed quindi è difficile comprendere la differenza tra attività praticate con solo scopo ricreazionale e ciò che, invece, può considerarsi una vera e propria dipendenza.

Nell'ambito delle “New Addiction” la persona manifesta un'incontrollata necessità di dover compiere una specifica attività (come ad esempio scommettere o navigare in rete), per trovare immediata soddisfazione ad un bisogno, che talvolta assume l'accezione di una necessità quasi fisiologica di mettere in atto il comportamento come per il tossicodipendente lo è assumere la sostanza. Il parallelismo con le dipendenze da sostanze risulta evidente, tanto che è possibile individuarne molti fattori comuni (dominanza, craving, tolleranza, discontrollo, ricadute, poliabuso o cross-dipendenza, conflitto e negazione).

Le “New Addiction” vengono indagate da un punto di vista clinico soltanto da pochi anni proprio per il fatto che esse derivano da attività lecite e accettate socialmente. Ad oggi, nonostante gli studi e l'osservazione clinica di casi che denotano una tendenza a sviluppare dipendenza, non esiste una classificazione ufficiale che permetterebbe di inquadrare queste condotte disfunzionali in precise categorie diagnostiche (Caretta, La Barbera, 2012).

Vi è un'unica eccezione per il disturbo da gioco d'azzardo, che nel DSM-5 è compreso nel capitolo “Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction”, con la seguente dicitura: “In aggiunta ai disturbi correlati a sostanze, questo capitolo comprende anche il disturbo da gioco d'azzardo, riflettendo l'evidenza che i comportamenti legati al gioco d'azzardo riescono ad attivare sistemi di ricompensa simili a quelli attivati dalle sostanze di abuso e producono alcuni sintomi comportamentali che sembrano comparabili a quelli prodotti dai disturbi da uso di sostanze. Sono stati descritti anche altri modelli [...] di comportamento eccessivo, come il gioco d'azzardo su Internet, ma la ricerca su questa e altre sindromi comportamentali è meno chiara. Così, gruppi di comportamenti ripetitivi, da cui il termine dipendenze comportamentali, con sottocategorie quali “dipendenza da sesso”, “dipendenza da esercizio fisico” o “dipendenza da acquisti” non sono compresi perché allo stato attuale non vi è sufficiente letteratura basata sulle evidenze per stabilire

criteri diagnostici e descrizioni di decorso necessari per identificare questi comportamenti come disturbi mentali”

Chiaramente la mancanza di criteri specifici pone delle difficoltà nell’individuazione e nella classificazione delle dipendenze comportamentali e di conseguenza, come precedentemente detto, nello stabilire un confine tra comportamenti normali e comportamenti additivi con caratteristiche patologiche.

Caretti e La Barbera sottolineano che una difficoltà diagnostica aggiuntiva si può trovare nella società attuale stessa che tende a mascherare e a volte anche a promuovere comportamenti eccessivi, ritardando l’identificazione del disagio clinico e di conseguenza rendendolo più grave: infatti la maggior parte delle persone dipendenti giungono ad una richiesta d’aiuto clinica quando sono già in una fase in cui la condotta di abuso si è sviluppata da diversi anni.

Inoltre, si riscontra che in gran parte dei casi è un familiare il primo a chiedere aiuto, proprio perché la dipendenza è arrivata al punto da avere ripercussioni in ambito familiare, lavorativo e sociale allargandosi nelle sfere che circondano l’individuo dipendente.

Nonostante le varie analogie presenti tra le dipendenze da sostanze e quelle comportamentali, l’uso del medesimo termine non risulta totalmente appropriato.

E’ già stata trattata precedentemente la differenza tra i termini “dependence” e “addiction”. È ora necessario distinguere la dipendenza di natura fisica o chimica dalla dipendenza psicologica.

La prima è tipica di un organismo che necessita di una determinata sostanza per funzionare e comprende appunto i sintomi persistenti di astinenza fisica-somatica (ad esempio il delirium tremens).

La seconda invece è una condizione che comporta i sintomi di astinenza emotivo-motivazionali ed è quella che guida la soddisfazione di un bisogno essenzialmente di natura emotiva.

Nelle dipendenze comportamentali, al contrario da ciò che è tipico delle dipendenze da sostanza, il centro dell’attenzione è spostato su un piano prettamente psicologico e quindi

si parla maggiormente di dipendenza psicologica. Proprio per tale ragione, è stato adottato l'uso del termine *addiction*.

In conclusione, quindi, sebbene siano stati messi in atto da parte del mondo scientifico diversi tentativi per una classificazione univoca di tali comportamenti patologici legati alle “New Addiction”, ad oggi non sono stati trovati dei criteri diagnostici condivisi e vengono quindi utilizzati strumenti che comprendono test aspecifici per l’analisi delle dimensioni personologiche e test specifici per le differenti forme di addiction.

Tra le nuove dipendenze comportamentali maggiormente classificate, studiate e discusse si trovano:

- Dipendenza da tecnologie (Internet addiction disorder)
- Dipendenza da lavoro (Workaholism o Work addiction)
- Dipendenza da sport
- Shopping compulsivo
- Gioco d’azzardo patologico
- Ortoressia
- Sex addiction
- Dipendenza affettiva

2.2 La dipendenza affettiva

2.2.1 Definizione

Nel 1945 Otto Fenichel (Vienna, 2 dicembre 1897 – Los Angeles, 22 gennaio 1946), psicoanalista europeo, nel “Trattato di Psicanalisi delle Nevrosi e Psicosi” introduce il nuovo termine *amore dipendenti*. E’ la prima volta nella storia che il problema della dipendenza affettiva viene affrontato: con quel vocabolo il professionista andava a classificare le persone che “necessitano dell’amore come altri necessitano del cibo e della droga”.

Nonostante ciò, l'espressione "dipendenza affettiva" nasce successivamente, con il successo del libro di Robin Norwood: la psicologa americana nel 1985 pubblica il manuale di autoaiuto "Donne che amano troppo".

Sia per la Norwood che per Fenichel, le persone dipendenti dall'amore necessitano di essere amate nonostante abbiano poche capacità di amare e di amarsi, cercano quindi continuamente dal partner conferme di maggiore affetto ottenendo scarsi o del tutto nulli risultati.

Galimberti, filosofo, sociologo e psicoanalista italiano, nella sua opera "Dizionario di psicologia" definisce propriamente la dipendenza affettiva come "una modalità relazionale in cui un soggetto si rivolge continuamente agli altri per essere aiutato, guidato e sostenuto". Sottolinea inoltre la scarsa autostima dell'individuo dipendente e il modo in cui questa mancanza lo porti a fondare la propria autonomia sull'approvazione e sulla rassicurazione altrui.

Il fatto che il concetto di "dipendenza affettiva" entri a far parte del lessico professionale solo recentemente fa comprendere come questa sia in realtà una condizione psicologica caratteristica degli ultimi tempi e che sia legata in parte alla nostra epoca. Quest'ultima è infatti contraddistinta da incertezze e impotenza e porta l'uomo a credere di avere bisogno di vivere una relazione simbiotica, che si ponga come fonte di sicurezza e vada quindi a sostituirsi alla precarietà dei valori.

Si crea l'illusione che l'altro possa proteggerci dal resto del mondo e possa prendersi cura di noi. Questa illusione può facilmente cadere in un rapporto affettivo patologico, che presenta notevoli somiglianze con la dipendenza da sostanze. L'unica differenza sostanziale sta nell'oggetto della dipendenza, che in questo caso risiede in un altro soggetto, solitamente il proprio partner.

L'individuo dipendente si pone in una condizione di totale dedizione all'altro, con tutto il suo corpo e tutta la sua mente; ciò determina automaticamente una perdita dei propri spazi d'indipendenza e il disinteresse per tutto ciò che è al di fuori del proprio oggetto d'amore, visto come l'unica risoluzione ai propri problemi. Quest'ultimi però sono spesso nati a partire da carenze di affetto infantili, perciò la persona dipendente è alla continua ricerca di un amore che la gratifichi ed elemosina attenzioni e continue conferme, in modo da contrastare il vuoto affettivo che la contraddistingue.

Chi soffre di questa dipendenza può essere ossessionato dall'idea di perdere il proprio partner ed è per questo che un allontanamento temporaneo dalla persona amata può causare atti depressivi, e in alcuni casi può portare a crisi di gelosia che possono sfociare in violenze, fisiche o verbali. I dipendenti affettivi sono persone incapaci di sopportare i distacchi prolungati nel tempo, manifestando in questi casi ansia da abbandono, sfiducia nelle proprie risorse e totale fiducia invece in quelle altrui.

E' chiaro quindi che il dipendente affettivo non riesce a beneficiare dell'amore nella sua profondità ed intimità e che quello che fa è invece andare alla ricerca di un benessere immediato. Lo scopo è quindi l'alleviamento di una tensione, il superamento di un'insicurezza. Una volta raggiunto l'appagamento, il piacere è così elevato che si rientra nel circolo e si cerca di rivivere ed innescare il percorso. La persona è quindi costretta all'interno di questo assiduo meccanismo e, anche ammettendo che la propria relazione è insoddisfacente, umiliante e autodistruttiva, non è in grado di uscirne.

Come già detto precedentemente, la dipendenza affettiva non è ancora stata classificata all'interno dei manuali diagnostici. Per questo si cerca di farla rientrare nei vari disturbi contemplati.

Già nel DSM-IV, nel cluster C dei disturbi di personalità era possibile trovare il disturbo dipendente di personalità. Si possono riscontrare tra quest'ultimo e il dipendente affettivo diverse somiglianze, soprattutto leggendone i criteri diagnostici: viene descritto come una situazione pervasiva ed eccessiva di essere accuditi, determinando quindi un comportamento sottomesso e dipendente; ciò porta con sé il timore della separazione. Una caratteristica tipica di queste persone è inoltre la scarsa fiducia in sé stessi e la percezione di un'insicurezza personale e sociale. Questi individui fanno grande difficoltà a prendere decisioni quindi permettono passivamente che gli altri dirigano la loro vita, non avanzando richieste per timore di compromettere le loro relazioni significative, da cui chiedono continue ed eccessive rassicurazioni. Si considerano inadeguati e incapaci di affrontare la vita con le loro forze, per questo ricercano relazioni strette soprattutto con individui che invece apparentemente sono in grado di proteggerli e prendersi cura di loro.

Nell'eventualità in cui la relazione arrivi al termine, l'unica soluzione che si palesa davanti all'individuo che ha sviluppato la dipendenza è quella di trovare immediatamente una persona sostitutiva, una nuova figura con cui ristabilire un legame dipendente, per non cadere nella depressione.

Per lo psicologo britannico A. Giddens, invece, la dipendenza affettiva è un disturbo autonomo e presenta alcune caratteristiche che la contraddistinguono nella sua opera “La trasformazione dell’intimità” (1995).

In particolare mette in luce due concetti: l’ebrezza e la dose. La prima è la sensazione effettivamente provata dal dipendente nel relazionarsi con il partner ed è indispensabile per il benessere della persona. La seconda invece fa riferimento alla ricerca attiva di dosi sempre maggiori di tempo da spendere insieme all’oggetto dell’amore.

Nell’eventualità in cui in una coppia la dipendenza sia reciproca, la richiesta di una dose sempre maggiore può portare ad escludere i due individui dal resto del mondo: la coppia si alimenta di se stessa. L’altro diventa l’unica forma di gratificazione, senza di lui si smette di esistere.

Possono essere presenti anche alcuni momenti di lucidità: ci si rende conto della relazione e di quanto questa sia dannosa, ma con la consapevolezza della propria dipendenza viene rafforzato il senso di vergogna e la bassa autostima. Ciò comporta un ritorno dall’altro: tutti i tentativi di riscatto che possono nascere, si fermano in partenza.

Sia l’ebrezza che l’aumento della dose sono caratteristiche tipiche di ogni dipendenza, Cavalieri aggiunge alla dipendenza affettiva un terzo elemento che la distingue dalle dipendenze da sostanze: la paura. Come detto poc’anzi, il dipendente soffre la separazione e prova angoscia all’idea di perdere la persona amata, questa fobia si alimenta ad ogni segnale negativo ed è per questo che pur di compiacere l’altro, si cerca di evitare ogni forma di controversia.

Francois-Xavier Poudat invece parla principalmente di comportamenti affettivi additivi e differenzia quattro forme cliniche:

1. Dipendenza dalla relazione passionale: caratterizza soggetti che cercano sentimenti intensi e chiudono le relazioni una volta terminata la passione iniziale;
2. Dongiovannismo: è la ricerca compulsiva di più partner nella quale conta solo la quantità e non la qualità dei rapporti instaurati;
3. Fissazione compulsiva per un partner inaccessibile: è caratterizzata da quei rapporti in cui non vi è nessuna reciprocità di interesse;
4. Dipendenza dall’altro: è la “tossicodipendenza” dall’oggetto d’amore e quindi appunto la dipendenza affettiva nello specifico.

Infine, si distingue la teoria della psicologa statunitense Schaefer, che distingue 3 tipologie di dipendenti dall'amore:

1. Sesso dipendenti: usano gli altri solamente per soddisfare il loro bisogno sessuale ed ottenere da questo gratificazione;
2. Rapporto dipendenti: vivono la necessità di una relazione nella quale devono controllare l'altro e sono ossessionati dalla paura di perderlo;
3. Romantico dipendenti: sono coloro che sono alla ricerca continua di emozioni forti, non sono infatti innamorati delle persona ma piuttosto dell'idea di amore romantico.

Non vi sono quindi dei veri e propri criteri diagnostici tipici della Dipendenza Affettiva e, nonostante le varie teorie dei professionisti, la sua vicinanza al Disturbo Dipendente di Personalità (come descritto in questo paragrafo) porta gli specialisti ad utilizzare i criteri diagnostici di quest'ultimo per comprendere se l'individuo si trova all'interno di una vera e propria dipendenza affettiva.

2.2.2 Sintomatologia

Enrico Maria Secci definisce la patologia come un disturbo della sfera emotiva e relazionale caratterizzato appunto dalla centralità di un "oggetto d'amore" verso il quale il soggetto dipendente nutre sentimenti di esclusività. Questa situazione incide progressivamente su tutte le sfere dell'individuo (cognitiva, emotiva e comportamentale), fino a sviluppare una vera e propria sintomatologia (ansia generalizzata, depressione, insonnia, inappetenza, malinconia, idee ossessive). Nell'opera "I narcisisti perversi e le unioni impossibili" lo psicoterapeuta indaga nello specifico i sintomi della patologia.

In particolare a livello cognitivo il dipendente affettivo sviluppa pensieri di tipo egocentrico che lo portano a riferire a se stesso tutti i comportamenti del partner, trasformando chiari segni di abbandono in prove d'amore: la percezione della realtà muta e con essa anche il senso stesso delle parole. Caratteristiche del pensiero nella dipendenza affettiva sono:

- Pensiero costantemente concentrato sull'oggetto d'amore;
- Tendenza a riportare a sé e/o alla relazione ogni comportamento dell'altro;
- Ossessività nel pensiero;

- Tendenza a sovrastimare i segnali di conferma e a sottostimare quelli di disconferma
- Difficoltà di concentrazione;
- Idealizzazione della persona amata;
- Le relazioni circostanti sono vissute come intralci o come minacce al legame d'amore.⁵

La sfera emotiva invece è caratterizzata da una forte instabilità: le emozioni seguono la relazione, perciò, essendo questa contraddistinta da pesanti incongruenze, ambiguità e discontinuità, lo stato emotivo del dipendente è in continuo mutamento. Segue un elenco di alcune caratteristiche emotive:

- Ansietà e sensazione di allarme o di pericolo imminente;
- Umore tendenzialmente depresso con picchi di eccitazione;
- Tendenza ad attribuire le proprie emozioni all'oggetto d'amore;
- Esplosioni d'ira associate a perdita di controllo;
- Vissuti di abbandono o solitudine, anche in compagnia di persone significative;
- Sentimenti di vuoto e di mancanza di senso;
- Progressivo disinvestimento emotivo dal mondo circostante con ritiro sociale;
- Emozione costantemente rivolta sull'oggetto di amore.⁶

Infine, per quanto riguarda gli aspetti comportamentali della dipendenza e quindi la parte "visibile" di quest'ultima, si può notare come le azioni diventano via via sempre più patologiche e ci si rende conto di come non siano sotto il controllo di chi agisce: l'individuo è travolto dall'impulsività ed è dominato dalla necessità di soddisfare immediatamente i propri bisogni, anche con la consapevolezza e la razionalità di comprendere che sono improduttivi e patologici. Alcune azioni caratteristiche sono dunque:

- Comportamenti compulsivi: azioni ripetute e ingovernabili, come telefonate, e-mail e sms;

⁵ E.M.Secci, *I narcisisti perversi e le unioni impossibili - sopravvivere alla dipendenza affettiva e ritrovare se stessi*, youcanprint, 2014

⁶ Ibidem 5

- Atteggiamento condiscendente verso l'oggetto di dipendenza: si asseconda l'altro in tutto pur di averne l'attenzione;
- Incapacità di prendere decisioni;
- Tendenza a delegare le proprie responsabilità;
- Tendenza a rinunciare a impegni o attività importanti pur di incontrare l'altro;
- Costante stato di attesa;
- Tentativi di indagine e/o pedinamento finalizzati a creare una "illusione di controllo" sull'oggetto d'amore.⁷

I tre elementi fondamentali secondo Secci sono perciò impulsività, instabilità dell'umore e infine asimmetria relazionale: vi è un membro della coppia che prevale e uno che soccombe e vi è quindi una differenza sostanziale tra quello che i membri possono dare, chiedere e fare. Tanto più è ampia l'asimmetria, tanto più è patologica la relazione.

2.2.3 Le origini

Guerreschi analizza ipoteticamente le origini della dipendenza affettiva: numerosi fattori concorrono a modellare la personalità di un individuo. In particolare individua tre aspetti, biologico, cognitivo e psicosociale, che vanno poi pesati nella fattispecie di ogni caso: va considerato soprattutto il prodotto delle interazioni tra i vari fattori nell'individualità di ogni persona dipendente.

Tra gli aspetti biologici giocano un ruolo fondamentale gli ormoni. Nella dipendenza hanno un ruolo specifico l'adrenalina (ormone dello stress generato dal contatto o dalla mancanza dell'altro), la dopamina (ormone del piacere) e la serotonina (ormone dell'appagamento e regolatore dell'umore). Piacere, mancanza e appagamento sono tutti e tre elementi base dell'instaurarsi di una relazione amorosa.

A questi, si affianca la feniletilamina (PEA) che è una molecola costantemente prodotta dall'organismo che va a far scaturire l'afflusso degli altri ormoni durante un innamoramento. La presenza della PEA giustifica il dolore causato dalla rottura di una relazione poiché in quei casi la produzione di questo ormone cala e porta con sé uno stato depressivo e agitato tipico della sindrome di astinenza.

⁷ Ibidem 5

Inoltre nel nostro corpo vi è una molecola, l'ossitocina, che ha un ruolo particolarmente importante tra le componenti emotive dell'innamoramento. La sostanza chimica, detta anche appunto "ormone dell'amore" è coinvolta nella regolazione del piacere sessuale, dell'appetito e dei sentimenti amorosi stessi. È responsabile dell'euforia che si prova stando vicini alla persona amata e agisce incrementando l'attaccamento emotivo, potenziando i meccanismi della memoria che fissano i ricordi emotivi permettendo di tenere vivo il sentimento anche quando non si è fisicamente insieme. Gli specialisti hanno però osservato che il cervello si abitua alla produzione di questo ormone e si diviene quindi tolleranti alla loro azione. Ciò non significa che dopo il termine di 4 anni (inizio massimo della tolleranza) ogni relazione volge al suo termine, ma bensì che si trasforma e va verso una fase che gli antropologi definiscono "attaccamento".

Quando si cercano invece origini cognitive è necessario parlare appunto di schemi cognitivi: sono strutture mentali che orientano attivamente il soggetto nella selezione delle informazioni e nell'attribuzione ad esse di significati. In particolare sono unità organizzate di conoscenza e svolgono contemporaneamente una duplice funzione. Da un lato sono un sistema di accettazione dell'informazione, dall'altro programmano la raccolta attiva dell'informazione dall'ambiente e l'esecuzione di pattern di azioni.

Hanno un carattere soggettivo e peculiare per ogni individuo e determinano infatti l'originalità di ognuno nella sua costruzione della realtà. Perciò, le azioni che possono sembrare scelte libere sono in realtà molto elaborate, basate e sostenute da strutture schematiche anticipatorie, che si sono formate durante le prime esperienze di vita e in seguito a partire da queste.

Per analizzare l'origine della dipendenza affettiva però è necessario analizzare altri aspetti, oltre a quelli biologici e cognitivi, come quelli sociali e psicologici.

E' chiaro dunque che la patologia affonda le sue origini nel passato affettivo e relazionale del soggetto dipendente e in particolare nel rapporto instaurato durante l'infanzia con le figure genitoriali: se quest'ultime hanno lasciato insoddisfatti i bisogni infantili del loro bambini, questi saranno costretti ad adattarsi e a crescere imparando a limitare i loro bisogni e di conseguenza il loro soddisfacimento. Questa limitazione può portare alla formazione di pensieri inclusivi che spingono il bambino a credere che i suoi bisogni non siano degni di essere ascoltati e con loro anche lui stesso perde d'importanza. Saranno proprio i bambini non amati a sviluppare una dipendenza affettiva da altri soggetti.

Vivranno nella paura di essere rifiutati e non saranno in grado di avere fiducia nelle loro capacità: penseranno di essere persone non degne di amore.

Poudat sottolinea come nell'infanzia il bambino faccia riferimento a due modelli relazionali: da un lato il modello della coppia genitoriale, dall'altro il modello che vede lui stesso protagonista nella relazione con le due figure. A partire da questo, il bambino osserva le interazioni tra i genitori e come questi esprimono i loro sentimenti: il risultato di questa attenta analisi sarà la base per costruire la sua rappresentazione mentale di quello che sono gli scambi relazionali e produrre quindi un modello di attaccamento.

Nella relazione diretta con le due figure invece il bambino crea un modello che poi riporterà in futuro nelle relazioni affettive: ricercherà nuove esperienze il più simili possibile a quelle passate, siano esse positive o negative.

È chiaro però che una soluzione apparentemente adattiva in quel momento, non necessariamente lo sarà in futuro perciò quando il bambino diventato adulto si rapporterà con gli altri nello stesso modo, il suo sviluppo emozionale potrebbe risultare deviato e di conseguenza gli causerà problemi emotivi e comportamentali, come ad esempio la scelta di partner non disponibili affettivamente.

2.2.4 Il dipendente affettivo

Nella persona che sviluppa questa patologia si possono riconoscere alcune caratteristiche tipiche e peculiari.

La prima, come precedentemente accennato, è la difficoltà che il soggetto dipendente ha nel riconoscere i propri bisogni, ma soprattutto la tendenza di subordinarli a quelli dell'altro.

La seconda caratteristica significativa è l'atteggiamento negativo verso il Sé: si soffre di un profondo senso di inadeguatezza e ci si convince che per essere meritevoli di amore bisogna necessariamente essere diligenti e sacrificarsi per l'altro, anche quando questo significa andare contro se stessi e farsi del male.

I dipendenti affettivi sono inoltre molto timorosi di fronte ai cambiamenti e sviluppano una vera e propria paura per ogni mutamento: non ci si rende conto che la relazione

amorosa è in primo luogo un motivo di accrescimento reciproco e che richiede onestà ed integrità.

Sono quindi persone insicure nell'esplorare il mondo, che non si sentiranno mai abbastanza amate e non saranno mai soddisfatte delle rassicurazioni del partner, che assume una posizione salvifica: si dovrà fare carico delle responsabilità di entrambi, poiché il dipendente sceglie accuratamente persone che sembrano in grado di affrontare la vita, prendendosi cura di loro.

Sono infine caratterizzati dalla presenza ossessiva di bisogni irrealizzabili e da aspettative non realistiche. Spesso infatti l'oggetto d'amore stesso è irraggiungibile. Ma quello che incatena il dipendente affettivo è l'illusione, la convinzione e la presunzione di riuscire prima o poi a farsi amare dall'altro, che non solo non vorrebbe farlo, ma a volte non è in grado di farlo nel modo in cui il dipendente lo pretende.

Guerreschi, inoltre, nella sua opera "La dipendenza affettiva. Ma si può morire anche d'amore?" introduce delle peculiarità della storia personale e familiare che sono condivise solitamente da chi si trova coinvolto in questa patologia, facendo riferimento a quanto spiegato precedentemente:

- La provenienza da una famiglia in cui sono stati trascurati i bisogni emotivi della persona, soprattutto in età evolutiva;
- Una storia familiare caratterizzata da carenze di affetto autentico che vanno quindi compensate attraverso un'identificazione con il partner e il tentativo di salvarlo, quest'ultimo coincide in realtà con il tentativo di salvare se stessi;
- Una tendenza a ri-attribuirsi nella vita di coppia, in modo inconsapevole, un ruolo simile a quello vissuto con i genitori;
- L'assenza nel periodo infantile della possibilità di sperimentare una sensazione di sicurezza che porta quindi a sviluppare nella relazione un bisogno di controllo ossessivo, nascosto da un'apparente aiuto dell'altro.

Nel sito americano dei "Love Addicts Anonymous" è possibile trovare la distinzione tra le diverse tipologie di dipendente affettivo:

- Dipendente Affettivo Co-dipendente (CLA) → è quello più riconosciuto poiché risponde ad un profilo standardizzato: soffre di bassa autostima, presenta prevedibilità nel modo di pensare e di comportarsi. A causa della sua insicurezza,

tenta di avere un'influenza su quelle persone che hanno sviluppato una dipendenza, mettendo in atto azioni di cura, soccorso e controllo. Svolge questi comportamenti nella speranza che il partner non lo lasci e che un giorno ricambi;

- Dipendente Affettivo Ossessivo (OLA) → non riesce a lasciar andare il partner anche se questo non è più disponibile, sia a livello emotivo che sessuale, o non vuole impegnarsi, o è incapace di comunicare, o mette in atto comportamenti abusivi.
- Dipendente dalla Relazione (RA) → è un dipendente che non è più innamorato del suo partner ma non è in grado di lasciarlo: ha paura di cambiare e non vuole ferire o abbandonare l'altro. Questo lo tiene ancorato ad una relazione logorante su tutti i livelli.
- Dipendente Affettivo Narcisista (NLA) → ricorre alla dominanza e alla seduzione per controllare l'altro. E' assorbito da se stesso e maschera la bassa autostima con la sua grandiosità: preferisce apparire lontano e distaccato e infatti non appare subito come dipendente. Ci si rende conto quando viene posto davanti alla fine di una relazione, in quel momento sperimenterà la paura e metterà in atto qualsiasi comportamento possibile, anche violento, per mantenere in vita il rapporto.
- Dipendente Affettivo Ambivalente (ALA) → questa categoria contiene i dipendenti che non rientrano nelle descrizioni sopraelencate. Gli ALAs soffrono di disturbi della personalità di tipo ansioso, hanno disperatamente bisogno di amore ma ne sono al tempo stesso terrorizzati, in particolare dall'intimità. Possono essere distinti in alcune sottocategorie:
 - Torch bearers (portatori di una fiamma): sono ossessionati da qualcuno che non è disponibile. Possono soffrirne in silenzio o al contrario perseguire l'oggetto d'amore con gesti plateali. Si nutrono di fantasie e illusioni ed è infatti conosciuto anche come amore unilaterale;
 - Sabotatori: distruggono i rapporti nel momento in cui si inizia a manifestare l'intimità, quando iniziano a diventare seri;
 - Seduttori mascherati: cercano il partner solo per soddisfare i loro bisogni sessuali, quando si sentono soli. In altri momenti rifiutano la compagnia e tutto ciò che gli provoca ansia;
 - Dipendenti da romanticismo: sono coinvolti con più partner e vengono infatti spesso confusi con i dipendenti sessuali ma in realtà sono caratterizzata dalla

necessità di stringere legami con ognuno dei loro amanti, anche se di breve durata e simultaneamente. L'obiettivo è quello di evitare l'impegno relazionale più profondo con una sola persona.

Guerreschi sottolinea inoltre l'importanza di comprendere che le categorie citate non si escludono a vicenda, ma possono coesistere contemporaneamente in un unico soggetto dipendente.

2.2.5 Gli stadi di sviluppo della sindrome

Enrico Maria Secci sviluppa, a partire dagli interventi svolti nella sua esperienza, sei diversi stadi di sviluppo della dipendenza affettiva:

1. Primo incontro e conoscenza → è una fase estremamente semplice: il primo incontro avviene di solito nei modi più normali e le emozioni provate sono piuttosto ordinarie, blande e sfumate. Si evince dai racconti dei pazienti che in questo stadio è l'altro a mostrarsi più interessato e motivato al dialogo e alla conoscenza. Generalmente si inizia una storia che porterà ad una dipendenza affettiva con la convinzione di intraprendere un'avventura di breve durata in attesa del grande amore.
2. Ambivalenza → continua la tiepida impressione della prima conoscenza mentre si va avanti nell'impegno della relazione: si passa insieme sempre più tempo e si condividono sempre più cose. Uno dei due partner, o entrambi, in questa fase ha il dubbio dell'effettiva riuscita della coppia. Un tentativo di superare l'ambivalenza di questo stadio è negarla. Inoltre in questa fase sono frequenti forti discussioni o liti violente e sono i primi sintomi della patologia: da un lato vi è la voglia e l'accettazione di stare con il partner, dall'altro la relazione non è appagante ed è frustrante e pericolosa per la propria integrità.
3. Auto-inganno → in questa fase il livello di investimento sull'altro è molto elevato e l'auto-inganno si presenta come soluzione per l'ambivalenza: si proiettano sul partner i propri bisogni affettivi e si finge che sarà in grado di appagarli, prima o poi. Questa fase può essere caratterizzata da diversi livelli di profondità e consapevolezza: diversi pazienti affermano di esserne stati parzialmente consci. L'auto-inganno però non può mascherare completamente l'inadeguatezza della relazione, per questo si assume un atteggiamento evitante nei confronti della realtà

esterna e si cercano situazioni in cui si privilegia l'esclusività della coppia, riducendo le occasioni sociali. L'isolamento alimenta inevitabilmente la dipendenza.

4. Idealizzazione → ha lo scopo di amplificare i pregi del partner o di inventarli per giustificare la prosecuzione del rapporto. Anche gli aspetti che precedentemente venivano riconosciuti come difetti, in questa fase mutano e diventano caratteristiche irrinunciabili. È un momento gratificante per l'altro e può portare a due situazioni: da un lato può partecipare con complicità alla costruzione dell'immagine di sé alterata e idolatrata, dall'altro può essere l'inizio della fine spaventando l'altro, che si rende conto di non essere capace di appagare quelle aspettative. In questa fase i sentimenti verso l'oggetto d'amore sono assoluti e i pensieri sono costantemente concentrati su come soddisfare i suoi desideri. In numerosi casi, l'altro arriva in questa fase ad interrompere il rapporto, ma anche in questa eventualità la dipendenza viene alimentata: si arriva a pensare che stia fuggendo per la paura del troppo amore e dell'intensità della storia.
5. Dipendenza attiva → in questo momento la persona dipendente si concentra unicamente sulla relazione affettiva e adegua la propria vita ai bisogni e alle aspettative dell'oggetto d'amore. In questa fase i sintomi più significativi sono il progressivo isolamento sociale e l'insorgenza delle alterazioni del tono dell'umore, sia in senso euforico che depressivo, associate a stati d'ansia. Tipicamente in questo stadio vengono prese decisioni che graveranno nella vita futura del dipendente, che sembra perdere il contatto con la propria identità in modo per lo più inconsapevole. È una fase che può avere una durata relativa (settimane, mesi, anni) in base ai movimenti del partner: dura finché quest'ultimo non dà segnali di disimpegno affettivo e/o decide di rompere definitivamente la relazione, probabilmente perché i suoi costi emotivi superano i vantaggi che il dipendente garantiva. Dopo questo momento, la patologia esplose in quello che è indicato come sesto e ultimo stadio.
6. Fase sintomatica vera e propria → tutti i sintomi che si erano precedentemente manifestati in forma lieve ora si presentano in forma acuta. L'esordio di questi ultimi non dipende dalla presenza o assenza del partner: se questo si allontana, la disperazione è dovuta all'abbandono e all'inseguimento che lo accompagna, se invece la relazione continua le richieste di amore saranno via via sempre maggiori

e insistenti finché la coppia non collasserà sotto il peso della sua disfunzionalità. Vi sono diversi aspetti clinici rilevanti in questo stadio quali disturbi del sonno, alterazioni delle abitudini alimentari, impulsività, ansia generalizzata, ritiro sociale, comportamenti compulsivi (utilizzo compulsivo del telefono cellulare e/o internet), perdita del senso di realtà, percezione di Sé scissa e disgregata.

2.2.6 Trattamento

Il primo passo per chi soffre di dipendenza affettiva è chiaramente quello di riconoscere di avere un problema e quindi acquistare consapevolezza della propria patologia. Ciò che spesso fa sopravvivere la problematica è la speranza: in un cambiamento impossibile, nel capovolgimento della situazione, dell'essere ricambiati allo stesso modo dall'altro.

L'inizio del cambiamento arriva quando si sperimenta la disperazione e con esse si iniziano a seppellire le illusioni che sono state per molto tempo il nutrimento del rapporto patologico.

A questo punto è importante trovare un'equipe terapeutica di cui ci si possa fidare e in questo clima di fiducia, senza la paura di essere traditi o abbandonati, si pone lo sguardo su ciò che è stato e ciò che può essere.

Le tipologie di intervento possono essere diverse: colloqui motivazionali, psicoterapia individuale, psicoterapia di gruppo e gruppi di autoaiuto e terapia farmacologia.

I colloqui motivazionali fanno parte di ogni trattamento delle dipendenze e giocano un ruolo fondamentale nella dipendenza affettiva: il soggetto dipendente in questo caso chiede aiuto non per volontà di capire ma per urgenza di sopravvivere. Non ci si aspetta che in uno spazio dedicato al colloquio si ponga l'attenzione su altro al di fuori della persona da cui è nato il problema, si pensa infatti di aver solo bisogno di discutere e confrontarsi sulla relazione patologica sviluppata. Per questo nel colloquio motivazionale il primo obiettivo deve essere la motivazione al cambiamento e il problema va spostato: si deve passare dal soggetto da cui si dipende, alle problematiche che sono nate nelle altre sfere individuali del dipendente.

La psicoterapia individuale è fondamentale per il paziente per riconoscere il suo ruolo dipendente e per costruire uno spazio di crescita personale, scoprendo i propri tratti individuali e non continuando ad identificarsi con quelli dell'altro.

Per questa tipologia di patologia si è rivelata particolarmente utile e fruttuosa la dinamica di gruppo: discutere con persone che hanno vissuto lo stesso problema aiuta a capirlo più a fondo e permette di incominciare a vedere le distorsioni della realtà che hanno caratterizzato la relazione, partendo dalle similitudini con le vite degli altri dipendenti. Lo scopo dei gruppi è proprio quello di far cadere gli ideali costruiti intorno al partner attraverso lo sviluppo della capacità di analisi personale. Ciò provoca un incremento dell'autostima e di conseguenza si prende consapevolezza di avere diritto ad essere trattati con giustizia e dignità.

Infine, nei casi con sintomatologia depressiva e ansiosa è indicata anche una terapia farmacologica.

2.2.7 Epidemiologia

È importante porre l'attenzione su una caratteristica epidemiologica della dipendenza affettiva: si riscontra dagli studi che la patologia ha un'alta incidenza nella popolazione femminile. Si stima che il fenomeno sia diffuso al 99% in questa fetta di popolazione in molti paesi del mondo.

Le motivazioni possono essere rinvenute in più aspetti.

Vi è un diverso funzionamento psichico tra i due sessi: le donne quando vivono un problema tendono di più alla mentalizzazione e alla ricerca di una soluzione concentrandosi con il pensiero su quella problematica; il sesso maschile invece tende a sfogare la frustrazione su altro, come ad esempio l'impegno nel lavoro. Inoltre tra gli uomini vi è la propensione ad allontanare dalla mente il dolore delle violenze, delle carenze o delle prevaricazioni subite attraverso l'identificazione nell'attore stesso di queste mancanze o aggressioni. Questo porta quindi l'uomo ad assumere un ruolo simile a quello che ha provocato il malessere o a manifestare il bisogno di una dipendenza attraverso l'uso di sostanze.

Vi è inoltre una motivazione biologica: l'ossitocina, la "molecola dell'amore", nonostante venga prodotta sia dagli uomini che dalle donne, in quest'ultime è presente a livelli alquanto più elevati, soprattutto tra i venti e i trent'anni.

L'asimmetria di genere può essere inoltre spiegata anche dal fatto che le donne hanno vissuto una situazione di dipendenza economica fino a non molte decadi fa e sono state associate per molto tempo, e in alcune culture tutt'ora, a sfere costruite prettamente su legami emotivi come la vita familiare, le attività assistenziali o la pratica religiosa.

CAPITOLO 3

LA RELAZIONE EDUCATIVA: IL RISCHIO DI COLLUDERE

Nella relazione educativa c'è sempre una dimensione affettiva, la quale coinvolge il pensiero e i sentimenti.

Il coinvolgimento emotivo è uno degli strumenti della metodologia dell'educatore professionale e come tutti gli altri è sottoposto ad innumerevoli rischi. Da un lato c'è il rischio di intraprendere un eccessivo coinvolgimento, nell'eventualità in cui ci sia troppa vicinanza, dall'altro non si deve nemmeno cadere in un'eccessiva distanza e quindi in uno scarso coinvolgimento.

La giusta misura tra vicinanza e lontananza permette di cogliere i particolari senza perdere l'insieme.

In una relazione educativa è fondamentale la presenza di regole. La regola è intesa anche come limite oltrepassato il quale la relazione stessa diventa pericolosa: non solo controproducente e diseducativa, ma un vero e proprio rischio per la vita del soggetto e per la sua salute, fisica e mentale.

Il confine tra l'educatore e il paziente è quel limite invalicabile che si costruisce sull'individualità dell'altro e che può andare a minare l'intensità del rapporto e il legame che si instaura.

Se si oltrepassa questo limite, la relazione stessa, invece di essere d'aiuto, andrà a spingere il soggetto in una dimensione in cui non sarà in grado di riconoscere o conoscere se stesso, i suoi bisogni fisici e mentali, i suoi desideri, le sue risorse.

La prima regola del coinvolgimento emotivo è quindi quella di rispettare l'individualità: l'intervento educativo deve svolgersi all'interno dei confini individuali sia dell'operatore che del soggetto dipendente. Il rischio è quello di cadere in una relazione invasiva.

È fondamentale saper decodificare i propri impulsi affettivi e tradurli in comportamenti che esprimano il significato dei nostri sentimenti in modo opportuno, rendendolo utile per l'altro senza disturbarne l'equilibrio.

Il più grande rischio di una relazione educativa invasiva, con coinvolgimento emotivo eccessivo, è quello di colludere.

Il termine "collusione" è usato nella pratica clinica da operatori di diverso orientamento teorico. La sua etimologia rimanda già al campo delle relazioni interpersonali: deriva dalla terminologia latina *cum ludere* che significa appunto giocare insieme.

Nel dizionario di lingua italiana assume un significato specifico: è definito come l' "intesa segreta fra due o più persone per conseguire un fine illecito o concordare una linea comune d'azione ai danni di terzi" (De Voto e Oli). Questa spiegazione in modo inequivocabile rimanda alla segretezza, all'intesa tra gli individui che appunto colludono ai danni di altri, esclusi dalla consapevolezza di quello che sta accadendo.

Il termine è stato quindi preso dal suo campo del diritto e spostato nella psicologia delle relazioni, conservando però il suo senso originario: rimane l'inconscio e il fine illecito, però stavolta si utilizza per parlare di rapporti di coppia.

Il concetto di collusione si sviluppa principalmente nella teoria sistemico-relazionale e va ad indicare appunto il movimento inconsapevole di spartizione di ruoli tra i membri di una diade. Questa, si presenta disfunzionale e i suoi membri, nel tempo, perdono la possibilità di crescere poiché delegano all'altro molte forme di comportamento e di personalità.

La collusione è caratterizzata dall'inconsapevolezza di chi la vive.

La coppia che collude crea "una dialettica interpersonale in cui il senso di essere io e il senso dell'altro si creano a vicenda e sono preservati dall'altro" (Giannakoulas,1992).

Infatti, anche Laing, psichiatra scozzese, introducendo il termine, indicava quella dinamica che si metteva in atto accettando di sviluppare parti di sé secondo i bisogni dell'altro e rinunciando a sviluppare quelli che invece si proiettano sull'altro.

In questo incastro, il fenomeno si pone come un'espressione della persistenza dei coinvolgimenti irrisolti con le relazioni oggettuali del passato, che hanno bloccato i processi di crescita e di maturità psichica e intellettuale.

Laing descrive quindi la collusione come un percorso all'interno del quale le persone che fanno parte della coppia si impegnano a trovare nell'altro la vera e propria incarnazione della persona con cui è necessario collaborare per completare la propria identità e, nell'eventualità in cui l'altro non rispecchi questo ruolo, lo scopo è quello di indurlo a ricoprirlo.

La collusione offre quindi un'illusoria soluzione del conflitto intrapsichico che è percepito altrimenti come irrisolvibile: per questo motivo sono situazioni persistenti nel tempo, nonostante la conflittualità delle stesse.

Lo psichiatra Henry Dicks pone l'attenzione sulla "resistenza collusiva" e in particolare sulla manifestazione del rifiuto: la coppia che collude apparentemente ostenta una facciata di tranquillità e non di conflitto.

Nella relazione educativa caduta in una situazione di collusione ciò che è invece necessario è la consapevolezza dei propri sentimenti: è importante cercare di essere il più possibile lucidi su ciò che si è e ciò da cui si è attratti, per poi partire in una ricerca intrapsichica che abbia come meta il riconoscimento e l'individuazione della causa dei propri sentimenti.

In assenza di tale consapevolezza, quello che si va a verificare è indubbiamente un irrigidimento dei ruoli e delle dinamiche relazionali. Questa situazione va chiaramente a discapito dei soggetti stessi e della loro evoluzione.

La relazione educativa è caratterizzata da un'asimmetria dei ruoli: l'educatore di solito si trova in una posizione di superiorità (one-up) rispetto al suo interlocutore (one-down). L'interazione comunicativa perciò non si può presentare paritaria per quanto riguarda le conoscenze, le esperienze, il patrimonio culturale e la saggezza. In particolare le aree dell'asimmetria sono appunto la consapevolezza e la responsabilità: all'altro non si può chiedere di essere consapevoli e responsabili della relazione perché è l'educatore che deve farsi carico di questo bagaglio.

Secondo questa stessa dinamica "up and down", nei casi di collusione vi sono educatori che, contrariamente al codice deontologico, invertono i ruoli e inducono i soggetti che loro stessi dovrebbero aiutare a prendersi cura di loro, stimolandone l'atteggiamento di protezione.

La realtà ci mostra che questi casi non sono rari ma bensì abbastanza frequenti e vari. È chiaro però che gran parte delle collusioni abbia dinamiche di origini inconse, perciò anche l'intenzione e la volontà di rispettare i limiti professionali dati dal rapporto contrattuale non sempre garantiscono dal rischio di abuso e dall'inizio di una relazione patologica, nonostante siano prospettive fondamentali per il ruolo che si sta ricoprendo.

Proprio per questi motivi, in tali circostanze acquista un valore insuperabile il ruolo dell'equipe e in particolare l'osservazione collettiva, la formazione permanente e la supervisione.

Prima del riscontro emotivo con il gruppo di lavoro è importante e fondamentale il riscontro emotivo con se stessi: nella relazione educativa vi è una capacità di base che è la comprensione dell'altro da cui parte il rapporto empatico, in cui si condivide la sofferenza ma anche la soddisfazione e il riscatto. Parte fondante di questo processo è l'identificazione. Questa ha però le sue insidie: se l'educatore non ha ben chiare le proprie sofferenze, ciò a cui si può andare incontro è una confusione dei propri bisogni con quelli del soggetto che vuole aiutare. Può quindi tentare di affrontare i propri vuoti affettivi attraverso la relazione d'aiuto: non si va più nella direzione che ha come meta la risoluzione dei problemi del paziente, ma si trasforma quest'ultimo in uno strumento per colmare i propri problemi.

È necessario quindi lavorare su sé stessi mentre si è impegnati in una relazione d'aiuto, soprattutto per conoscere e gestire meglio i propri bisogni e quindi migliorare le proprie risorse nell'ambito della professione.

L'autosservazione fa quindi parte della metodologia dell'educatore professionale ed è lo strumento che permette di conoscere meglio l'altro attraverso la conoscenza di sé. La propria personalità, con i propri pregi e difetti, risorse e limiti, si pone come il primo tra gli strumenti di cui l'educatore dispone.

Un buon operatore deve aver compiuto un percorso di autoaccettazione di sé stesso, che lo abbia portato ad una consapevolezza dei propri atteggiamenti mentali di difesa.

Come spiegato precedentemente, la consapevolezza è il fondamento di base per non cadere in un rapporto che collude e quindi in una relazione che si può trasformare in dipendenza affettiva.

Pertanto, se si ha questa capacità di autoanalisi, le maggiori informazioni su chi è l'altro possono essere tratte osservando lui e osservando noi stessi con lui, ciò che ci suscita, ciò che proviamo standogli accanto, come tendiamo a comportarci nei suoi confronti.

“Solo attraverso un processo di osservazione e di ascolto basato anche sul proprio sentire è possibile fornire un intervento che effettivamente risponda alle richieste e alle necessità dell'Altro”⁸.

⁸ P. Costella, A. Furia, M. Lanti, *DIGNITAS - Manuale operativo per ridurre le vulnerabilità e promuovere le risorse nel sistema d'asilo*, Unione Europea – Ministero dell'interno, 2009.

CAPITOLO 4

IL CAMBIAMENTO: UN'IPOTESI PROGETTUALE PER LA DIPENDENZA AFFETTIVA

4.1 Il modello transteorico del cambiamento

Gli studiosi americani Prochaska, DiClemente e Norcross nel loro libro “Changing for good: a revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward” descrivono i processi di cambiamento personali. Gli autori chiamano il loro approccio “transteorico” e propongono nella loro opera una “ruota del cambiamento” che prevede sei fasi disposte appunto in forma circolare. Questo modello viene applicato nel lavoro con persone che mettono in atto comportamenti disfunzionali, in particolare nelle dipendenze.

Il modello si costruisce su tre dimensioni fondamentali: gli stadi del cambiamento, i processi del cambiamento e i fattori psicologici che determinano il passaggio da uno stadio a quello successivo.

4.1.1 Gli stadi del cambiamento

Gli stadi riflettono sia le caratteristiche temporali sia quelle comportamentali del soggetto. In particolare ripercorrono la motivazione al cambiamento che secondo questo modello non si presenta con un fenomeno “tutto o niente” ma è un processo graduale che attraversa un percorso ciclico e progressivo. Gli stadi sono:

1. Precontemplazione → in questa fase il soggetto non sa e non vuole riconoscere di avere un problema. Non ha ancora preso in considerazione l'eventualità di modificare il proprio comportamento e non è ancora informato sui suoi rischi. Alcuni soggetti sono demoralizzati dai tentativi di cambiamento falliti e hanno perso la fiducia in loro stessi e nella loro capacità di riuscirci.
2. Contemplazione → la persona riconosce di avere un problema ma vive una fase di ambivalenza rispetto al cambiamento che non è ancora sicuro di voler

intraprendere. Vi è una valutazione dei pro e dei contro che può far rimanere a lungo il soggetto in questa fase (si parla “contemplazione cronica” o procrastinazione).

3. Determinazione → la persona decide di cambiare ed inizia a programmare cosa fare.
4. Azione → il soggetto inizia ad attuare comportamenti volti ad eliminare il suo comportamento disfunzionale. Non sempre è un’azione diretta, sono insieme di attività indirizzate verso il tentativo di modificarsi.
5. Mantenimento → la persona continua a mantenere i proprio comportamenti volti alla riduzione o all’eliminazione del comportamento disfunzionale. Vi è una stabilizzazione del cambiamento.
6. Ricaduta → è una fase non così rara, implica una ripresa del comportamento problematico e comporta un nuovo inizio dagli stadi precedenti

I tempi di rimanenza in ogni stadio sono variabili e cambiano da soggetto a soggetto.

4.1.2 I processi del cambiamento

I processi sono i meccanismi individuali che permettono al soggetto di spostarsi e progredire da uno stato all’altro e di conseguenza sono il motore del cambiamento. Prochaska e DiClemente ne hanno identificati dieci: cinque di ordine cognitivo esperienziale e cinque di ordine comportamentale.

I primi cinque fanno sì che le parole e l’impegno dell’operatore abbiano successo e gli consentano perciò di progredire nel percorso e sono: aumento della consapevolezza, attivazione emotiva, auto-rivalutazione, rivalutazione ambientale e liberazione sociale.

I cinque processi di ordine comportamentale invece riguardano in particolare gli ultimi tre stadi, ovvero quelli in cui appunto l’individuo agisce e sono: auto-liberazione, controllo dello stimolo, contro-condizionamento, gestione del rinforzo e relazioni d’aiuto.

4.1.3 I fattori psicologici

Determinano il movimento da uno stadio a quello successivo. Sono:

- Self-efficacy: in termini minimi, è la fiducia nelle proprie capacità di organizzare e realizzare le azioni necessarie per raggiungere i propri obiettivi precedentemente fissati. Non va confusa con l'autostima, che è la valutazione generale di sé stessi e delle proprie caratteristiche. Il concetto di self-efficacy invece riguarda la capacità di influenzare gli eventi per raggiungere un dato risultato.
- Locus of Control: può essere interno o esterno. Nel primo caso è la tendenza dell'individuo a percepire le situazioni che vive come dei derivati del proprio comportamento. Nel Locus of Control esterno invece sono appunto le forze esterne le promotrici delle azioni. In questi soggetti, la convinzione che la loro salute non dipenda da loro stessi ma sia influenzata dal destino o da altro lo renderà meno inclini a prendersi cura attivamente del loro stato di salute.
- Bilancia decisionale: è una tecnica di cambiamento più che un fattore psicologico. Consiste nella valutazione comparativa degli aspetti positivi e negativi di un particolare comportamento. Porta a far riflettere in modo soggettivo sul peso dei pro e dei contro di una determinata azione patologica.

4.1.4 Interventi educativi legati agli stadi del cambiamento

Nel Journal of Health Care Education in Practice, nel numero pubblicato nel maggio 2019, viene proposto un modello educativo che vede rapportarsi gli interventi educativi con gli stadi di cambiamento che un soggetto sta vivendo.

In particolare, si è posta l'attenzione sulla correlazione esistente tra lo stadio osservato, la fase o azione educativa relativa e infine gli strumenti utilizzati per quest'ultima. Ciò che viene proposto è una formula semplice che permetta di collegare in modo abbastanza rapido la fase in cui si trova il paziente e l'intervento più opportuno in quel momento.

1. Precontemplazione → osservazione e aggancio relazionale
2. Contemplazione → sviluppo di una relazione fiduciaria
3. Determinazione → pianificazione di un percorso di cura e progettualità condivisa
4. Azione → sostegno relazionale – fase del fare insieme
5. Mantenimento → monitoraggio e sviluppo di una rete amicale positiva
6. Ricaduta → rivalutazione del percorso di cura.

4.2 La dipendenza affettiva: un'ipotesi progettuale

Sulla base di quanto scritto fino ad ora, quelle che seguono sono delle considerazioni di cui terrei conto nello sviluppo di un progetto educativo per un paziente che ha sviluppato una dipendenza affettiva.

Come spiegato in diversi paragrafi alla base di questa patologia vi è una grossa inconsapevolezza: il primo intervento educativo che proporrei sarebbe proprio indirizzato a lavorare su questo fattore. In ogni dipendenza, è fondamentale riconoscere il problema prima di iniziare ad occuparsene, fino a quel momento infatti il dipendente stesso non è in grado di riconoscere di avere bisogno di aiuto. Molto spesso la dipendenza affettiva si trova in soggetti che hanno sviluppato altre dipendenze o hanno una patologia psichiatrica, perciò la sindrome trattata nella tesi spesso passa in secondo piano o non viene percepita. Nel momento in cui l'operatore acquista consapevolezza della presenza di una dipendenza affettiva in un paziente, è importante farlo comprendere anche al paziente stesso. Solo a quel punto si è in grado di iniziare un lavoro vero e proprio, specifico per questa patologia.

Un metodo da utilizzare per il raggiungimento di questo primo passo è il colloquio educativo. Vi sono inoltre delle tecniche specifiche da utilizzare all'interno di una conversazione che permettano all'educatore di esporre al dipendente il messaggio in modo da renderlo comprensibile. Spesso il concetto parte dal dipendente stesso, in quel caso è compito dell'educatore rimandarlo indietro con forme non direttive che aiutino l'utente ad autoesplorarsi e a chiarirsi interiormente. Alcuni esempi ne sono la parafrasi e la verbalizzazione. La prima è una forma di supporto verbale con cui si riformula con termini propri il contenuto comunicato dall'utente, restituendogli il suo stesso messaggio ma con l'obiettivo di raggiungere chiarificazione cognitiva e autocomprensione, in quanto si va a ridefinire, approfondire ed esplorare il concetto esposto. Vi è in particolare una tipologia di riformulazione, detta riformulazione critica, utile per riscoprire la consapevolezza: ha infatti lo scopo di far emergere un aspetto latente del messaggio, portando l'utente a riesaminarlo in termini più critici.

La verbalizzazione invece si riferisce prevalentemente alla dimensione emozionale della comunicazione: l'utente sperimenta delle emozioni nel verbalizzare i suoi vissuti che

l'educatore cerca di sentire con lui. Di conseguenza si focalizza sull'esperienza emozionale contenuta e ne mette in rilievo il significato soggettivo che riveste. È una tecnica fondamentale per consentire all'utente una più ampia e approfondita conoscenza delle proprie esperienze. Questa tecnica si collega in modo diretto ad un'altra parte fondamentale dell'ipotesi progettuale che è legata alle emozioni e in particolare al rapporto che il dipendente ha con quest'ultime e con sé stesso.

È infatti un soggetto che ha vissuto grandi sbalzi emozionali, molti dei quali lo hanno portato a compiere azioni concrete di cui si è pentito successivamente. È probabile che in molti dipendenti si sviluppi un senso di colpa per ciò che si è fatto e allo stesso tempo la consapevolezza porterà ad una sofferenza nuova per l'utente: prima di essere consci del proprio problema, la tristezza era dovuta alla mancanza e lontananza dell'oggetto d'amore, ora invece l'ansia e la depressione che possono generarsi sono dovute alla coscienza di ciò che si è fatto.

È fondamentale ricercare le cause della dipendenza e capire le motivazioni per cui vi si è entrati poiché queste nella maggior parte dei casi sono di natura emotiva: l'altro donava delle emozioni nuove da sperimentare e inarrivabili senza di lui. Queste emozioni vanno analizzate, comprese e ricercate in altre entità.

L'analisi può essere svolta con tecniche comunicative differenti. Da un lato vi è la comunicazione verbale, dall'altro va posta l'attenzione sull'importanza e l'imprescindibilità della comunicazione non verbale e paraverbale.

Per quanto riguarda la prima, un'attività è legata alla scrittura. Questa può essere razionale e studiata, per un'attenta analisi dei vissuti, o anche liberamente esposta, come nel caso dei flussi di coscienza, per avere nero su bianco tutto ciò che il nostro corpo ha esperito, per poi andare ad analizzarlo, studiarlo e comprenderlo in un secondo momento.

È chiaro però che per analizzare meglio il rapporto con la propria emotività, spesso molte delle attività più funzionali sono quelle che comprendono tecniche psicocorporee (ad esempio espressione corporea, bioenergetica, mindfulness). Il benessere psicologico è infatti strettamente legato al benessere fisico e influenza quest'ultimo in modo inderogabile: ciò che avviene a livello mentale avviene automaticamente anche a livello corporeo, su un altro livello e con altre sfumature. Con queste attività infatti la persona impara a comprendersi affidandosi alle sensazioni e inizia a riconoscersi nell'intimo,

senza filtri e senza barriere esterne. Proprio per tale motivo, queste tecniche non sono adatte a tutti: molti pazienti, soprattutto dipendenti patologici, fanno difficoltà a lasciarsi andare e hanno paura del contatto con le loro emozioni. In questi casi la professionalità e capacità dell'educatore risiede nel coinvolgerli gradualmente nella prospettiva di aiutarli.

Alcune attività da proporre in questa tipologia di dipendenza possono essere quelle legate all'espressione artistica. Il disegno, ad esempio, permette di riferire le proprie sensazioni tramite un canale comunicativo differente ed innovativo. La novità può portare con sé anche nuove informazioni. Spesso non si riesce ad esprimere a parole ciò che si è provato, ma in un'opera artistica, guidata e successivamente analizzata da un terapeuta professionalizzato, può far luce su punti che prima rimanevano oscuri.

Inoltre ogni progetto educativo vede al suo interno un'indicazione specifica e dettagliata dei tempi: della durata del progetto stesso e delle singole attività, della frequenza e del periodo con cui queste devono essere svolte. In una progettazione per la dipendenza affettiva ritengo fondamentale che i tempi siano flessibili: non deve essere l'utente a deciderli e a modificarli a suo piacimento, bensì l'educatore deve essere in grado di percepire dove rallentare, dove proseguire e se in qualche caso accelerare.

Il processo riabilitativo di una dipendenza, di qualsiasi dipendenza si tratti, va di pari passo con gli stadi del cambiamento, come precedentemente spiegato. Questi stadi hanno durate diverse e non si susseguono in maniera lineare: non è raro che qualche paziente torni indietro e si soffermi più a lungo in una delle fasi. L'educatore deve saper comprendere il livello di motivazione al cambiamento del soggetto che ha davanti e deve gestire la durata del progetto e le proposte di attività educative in base a questo.

CONCLUSIONE

L'obiettivo di questo lavoro era l'acquisizione di maggiori informazioni e conoscenze su una patologia ancora oggi trascurata e sottovalutata quale la dipendenza affettiva.

Si è visto come questa sia una patologia recente, non ancora classificata diagnosticamente ma allo stesso tempo molto diffusa. Infatti non è raro trovarla in soggetti che hanno sviluppato altre dipendenze o che hanno una diagnosi psichiatrica. Va perciò studiata e compresa così da poter sviluppare delle ipotesi progettuali il più possibili adeguate e congrue.

Dopo un'attenta analisi della patologia, sono state proposte diverse tipologie di attività, da strutturare sull'individualità di ogni individuo, che è unico nel suo genere e con esso unica è la manifestazione della sindrome.

Nella mia esperienza di tirocinio avevo spesso riscontrato la presenza di alcuni dei sintomi di quella dipendenza. Spesso però questa non era stata diagnosticata e quindi il paziente stesso viveva nel turbinio di emozioni a lui incomprensibili e non gestibili. In alcuni casi invece l'operatore che percepiva dei campanelli d'allarme, comunicava all'utente che poteva esserci una dipendenza affettiva, senza però dare informazioni e indicazioni specifiche e quindi vi poteva essere il rischio di portare il dipendente a sentirsi ancora più patologico e in una situazione ancora più irrisolvibile.

È chiaro che dalla dipendenza affettiva vi si può uscire ed è un punto fondamentale da comunicare e di cui rendere consapevole il paziente, che da questa analisi può iniziare a sviluppare il suo cambiamento motivazionale verso l'uscita definitiva dalla patologia.

FONTI BIBLIOGRAFICHE E SITOGRAFIA

Abazi L., Barili F., Coraci A., Mangiaracina G., Mangiaracina L., Nuti M., *Nuove dipendenze: dalla relazione oggettuale al collezionismo patologico*, in “Tabaccologia”, 2011, 3.

American Psychiatric Association, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione (DSM-5)*, Raffaello Cortina Editore, 2014.

Bassani M., Martinelli S., Negretti F., Sacchetti C., *L’osservazione degli stadi di cambiamento negli interventi di prossimità e in rapporto allo sviluppo del progetto educativo*, in “Journal of Health Care Education in Practice”, maggio 2019.

Bergman A., Pine F., Mahler M., *La nascita psicologia del bambino. Simbiosi e individuazione*, Torino, Bollati Boringhieri, 1978.

Boni S., *Le nuove dipendenze comportamentali*, in “Profiling. I profili dell’abuso”, 2007, 1.

Bosi D., Santa Maria C., *Collusione di coppia*, in “Interazioni”, 1993, 1.

Cardoso P., Malandrini C., Romolini E., *Le nuove dipendenze*, in “Dalla parte dell’Uomo”, 2013, 9.

DECRETO 8 ottobre 1998, n. 520, Regolamento recante norme per l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’educatore professionale, ai sensi dell’articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Dell’Osso L., Picchetti M., Presta S., Marazziti D., *Dipendenze senza sostanza: aspetti clinici e terapeutici*, in “Journal of Psychopathology”, 2015, 21.

Di Pilato M., Longo R., Ragazzoni P., Scarponi S., Tortone C., *Gli stadi del cambiamento: storia, teoria ed applicazioni. Modello Transteorico di DiClemente e Prochaska*, Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, 2014.

Fiore F., *John Bowlby e la teoria dell’attaccamento – introduzione alla psicologia*, in “State of mind”, ID articolo: 147267, 2017

Gardella O., *L'educatore professionale. Finalità, metodologia, deontologia*, Milano, FrancoAngeli, 2° ed. 2016.

Guerreschi C., *La dipendenza affettiva. Ma si può morire anche d'amore*, Milano, FrancoAngeli, 2001.

La Barbera D., La Cascia C., *Nuove dipendenze. Eziologia, clinica e trattamento delle dipendenze "senza droga"*, in "Nòos. Aggiornamenti in psichiatria", 2008, 14.

Lauria F., Poropat M.T.B., *Professione educatore. Modelli, metodi, strategie d'intervento*, Firenze, Edizioni ETS, 1998.

Nardi B., *Esperienza soggettiva e organizzazione di personalità*, Ancona, Accademia dei cognitivi della marca, 2016.

Secci E.M., *I narcisisti perversi e le unioni impossibili. Sopravvivere alla dipendenza affettiva e ritrovare se stessi*, youcanprint, 2014.

Winnicott D.S., *Il bambino e il mondo esterno*, Firenze, Giunti-Barbera, 1973.

Winnicott D.S., *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*, Roma, Armando, 1968.

Winnicott D.S., *Sviluppo affettivo e ambiente*, Roma, Armando, 2002.

<https://www.ilruoloterapeuticodigenova.it/strumenti/gli-allievi-scrivono/122-la-dipendenza-affettiva-e-il-caso-di-b.html>

RINGRAZIAMENTI

Arrivata alla fine di questo percorso, mi sta a cuore fare dei doverosi ringraziamenti. Grazie al mio relatore, il professore Riccardo Verdecchia, che si è posto come guida fin dal primo anno di corso e mi ha accompagnato nella stesura della mia tesi con professionalità e pazienza.

Grazie a mia sorella Valentina per essere da sempre il mio modello di vita e la mia migliore amica, in grado di reinventarsi in ogni modo per starmi vicino in ogni situazione di bisogno.

Grazie ai miei genitori che mi hanno sostenuto e supportato con tutte le loro forze, anche e soprattutto da lontano.

Grazie a Bryan per aver sempre creduto in me ed essere stato la base sicura in cui rifugiarmi quando ne avevo bisogno.

Grazie anche alle amiche di una vita per essermi rimaste vicine nei momenti più difficili e per aver saputo colmare le distanze fisiche.

Grazie soprattutto alle persone che ho incontrato in questi tre anni e con le quali ho condiviso questo percorso di laurea. Sono state in grado di tirare fuori il meglio di me e sono state la mia principale fonte di maturazione e crescita, a livello emotivo e personale. Senza di voi raggiungere questo traguardo sarebbe stato molto più difficile e meno formativo.

Infine, grazie a Riccardo, per essere stato la mia oasi di tranquillità in uno dei periodi più difficili della mia vita.