



Università degli Studi di Genova
Genoa University



Scuola di
Scienze sociali
School of Social Sciences

DISFOR Dipartimento di Scienze della Formazione

CORSO DI LAUREA IN PSICOLOGIA CLINICA E DI COMUNITÀ

I CORRELATI DELLA DIPENDENZA AFFETTIVA

Relatore: Prof. Carlo Chiorri

Correlatrice: Prof.ssa Cecilia Pace

Candidata: Giada Mosto

ANNO ACCADEMICO

2023/2024

I CORRELATI DELLA DIPENDENZA AFFETTIVA

INDICE:

ABSTRACT

1. IL CONCETTO DI DIPENDENZA AFFETTIVA
 - 1.1 Definizione di dipendenza affettiva
 - 1.2 Modelli di dipendenza affettiva
 - 1.3 Basi neurali della dipendenza affettiva
 - 1.4 Come si tratta la dipendenza affettiva

2. LE MISURE DELLA DIPENDENZA AFFETTIVA
 - 2.1 INLOAD: Inventory for Love Addiction
 - 2.2 LAI: Love Addiction Inventory
 - 2.3 LASA: Love Addiction Self-Assessment
 - 2.4 LAS: Love Attitudes Scale
 - 2.5 ADS-9: Affective Dependence Scale
 - 2.6 FCAI: Friel Co-Dependency Assessment Inventory
 - 2.7 Scala di Cowan e Kinder

3. COSTRUTTI
 - 3.1 Percezione di vuoto soggettivo
 - 3.2 Temperamento e carattere
 - 3.3 Mindfulness
 - 3.4 Dipendenza patologica
 - 3.5 Attaccamento nelle relazioni di coppia

3.6 Rimuginio desiderante e metacognizioni connesse ad esso

3.7 Ipotesi delle relazioni fra le misure

4. RICERCA

4.1 Sommario delle ipotesi

4.2 Metodo

4.2.1 Partecipanti

4.2.2 Misure

4.2.2.1 INLOAD: Inventory for Love Addiction

4.2.2.2 SES: Subjective Emptiness Scale

4.2.2.3 TCI-R: Temperament and Character Inventory

4.2.2.4 FFMQ: Five Facet Mindfulness Questionnaire

4.2.2.5 ABQ-7DAS: Seven Dimensions Addiction Scale

4.2.2.6 ECR: Experiences in Close Relationships

4.2.2.7 DTQ: Desire Thinking Questionnaire

4.2.2.8 MDTQ: Metacognitions about Desire Thinking Questionnaire

4.2.3 Procedura

4.3 Risultati

5. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

5.1 Discussione

5.1.1 Verifica della prima ipotesi

5.1.2 Verifica della seconda ipotesi

5.1.3 Verifica della terza ipotesi

5.1.4 Verifica della quarta ipotesi

5.1.5 Verifica della quinta ipotesi

5.1.6 Verifica della sesta ipotesi

5.1.7 Verifica della settima ipotesi

5.2 Conclusioni

5.2.1 Limiti della ricerca

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

RINGRAZIAMENTI

ABSTRACT

Il mio progetto di tesi intende unire sia il mio interesse per il costrutto psicologico della dipendenza affettiva, una tematica che nel corso del lavoro da me svolto si è rivelata essere particolarmente interessante e stimolante, sia la volontà di arricchire e ampliare la quantità di ricerche svolte in merito a questa vasta tematica e, più specificatamente, riguardo allo strumento di misura Inventory for Love Addiction (INLOAD).

Il quesito di base ha avuto origine da un'approfondita e attenta lettura del materiale presente nella letteratura già esistente, relativa a questo argomento, e si è evoluto nel corso dell'opera mediante l'insorgere di alcuni miei ragionamenti e degli spunti riflessivi forniti dal Prof. Carlo Chiorri e dalla Dott.ssa Antonella Lebruto, dell'Università di Firenze. Lo scopo di questo lavoro è stato, dunque, quello di validare l'Inventory for Love Addiction (INLOAD), un questionario autosomministrato per la misurazione della dipendenza affettiva messo a punto da Lebruto e collaboratori, nel 2021, e costruire un modello di spiegazione del costrutto. La versione originale è stata somministrata a 500 partecipanti adulti, 355 femmine e 145 maschi.

L'analisi svolta ha condotto a un modello di regressione lineare inserendo come predittori i costrutti di vuoto interiore, temperamento e carattere, mindfulness, dipendenza patologica, attaccamento nelle relazioni adulte, rimuginio desiderante e metacognizioni ad esso associate.

I risultati ottenuti sono coerenti con quanto atteso e sostengono l'idea che lo strumento possa essere utilizzato per ulteriori scopi di ricerca.

1. IL CONCETTO DI DIPENDENZA AFFETTIVA

"I never saw a more promising inclination. He was growing quite

inattentive to other people, and wholly engrossed by her.

I spoke to him twice myself, without receiving an answer.

Could there be finer symptoms?

Is not general incivility the very essence of love?"

(Jane Austen)

Quando si parla di “amore romantico”, tendiamo a pensare, immediatamente, a una connessione profonda in una relazione, un rapporto intenso fra i partner che coinvolge forti emozioni verso un'altra persona e a un'appassionata intimità, sia fisica che emotiva (Acevedo & Aron, 2009). Inoltre, nella letteratura, si è spesso descritto l'amore romantico come una struttura dinamica dell'esperienza che deve essere costantemente alimentata per mantenere la relazione viva (Solomon, 1988) e come una forma romantica che può assumere connotazioni "mature" o "immature".

Gli elementi delle relazioni amorose mature, come suggerito da Curtis (1983), includono quattro elementi, ovvero il *bisogno*, il *dare*, il *romanticismo* e la *compagnia*, i quali creano un ambiente che favorisce la crescita personale di entrambi i partner e spingono gli individui ad acquisire maggiore conoscenza e migliorare la propria autostima e il proprio benessere. Al contrario, l'amore immaturo porta spesso a un ambiente sociale disfunzionale e gli elementi di questo tipo di relazioni comprendono il *potere*, la *possessività*, la *protezione*, la *compassione* e la *perversione*. Piuttosto che permettere una crescita reciproca all'interno della partnership, o contribuire ad un aumento dell'autostima e del benessere in entrambi gli individui, l'amore immaturo, appunto, è caratterizzato da giochi di potere, pensieri e comportamenti possessivi, preoccupazione ossessiva per la

fedeltà del partner, tendenze "appiccicose", incertezza e ansia. Questo tipo di amore promuove l'idea che l'amore sia cieco, esterno da noi stessi e, in qualche modo, anche fuori dal nostro controllo (Levesque, 1993; Noller, 2005; Schaeffer, 1987; Simon, 1982; Weiss & Schneider, 2006). L'amore romantico immaturo, quando domina la vita quotidiana, offusca i pensieri, porta a comportamenti sfrenati fuori controllo e ha conseguenze negative, può essere considerato come una "dipendenza affettiva" (Sussman, 2010).

1.1 Definizione di dipendenza affettiva

Analizzando il materiale presente nella letteratura scientifica, uno dei primi aspetti che emergono riguardo la dipendenza affettiva, in inglese *love addiction*, è che non esista una definizione univoca di questo costrutto e che sono ancora molti i campi da esplorare in merito. Senza dubbio, come certezza, rimane il fatto che l'amore è un sentimento universale, sperimentato da molti individui durante tutto il corso della vita. Negli ultimi anni, la letteratura ha approfondito sempre di più questo fenomeno, includendo anche gli aspetti più problematici delle relazioni, proprio come la dipendenza affettiva (Fisher, 2014).

Quest'ultima, infatti, può emergere quando l'amore in una relazione diventa caratterizzato da dei pensieri ossessivi, da una persistente condizione d'ansia e da un costante desiderio di essere con il partner, nonostante le molteplici conseguenze negative che può comportare. Appunto, questa dipendenza può portare le persone a concentrarsi esclusivamente sulla loro relazione, con effetti negativi sul loro stato d'animo e sui diversi aspetti della loro vita (Reynaud et al., 2010). Gli stessi autori che affermano ciò, Reynaud

e colleghi (2010), pongono il focus sulla distinzione tra dipendenza dall'amore e la semplice "passione amorosa," che viene descritta come "uno stato universale e necessario per gli esseri umani."

A livello temporale, il concetto di dipendenza affettiva è stato per la prima volta delineato nel libro "Love and Addiction" del 1975, dove gli autori (Peele & Brodsky, 1975) paragonarono questo processo alla dipendenza da sostanze. Gli autori, infatti, affermarono che, naturalmente, è comprensibile la resistenza tipica dell'uomo nel pensare che una relazione tra individui possa essere paragonata, a livello psicologico, a una dipendenza da droga, tuttavia, non è irragionevole cercare somiglianze tra le due. Dal momento che le radici della dipendenza da sostanze si possono riscontrare nelle forti necessità di attaccamento infantile e nelle relazioni familiari compromesse, è facile associare questi meccanismi alla cosiddetta *love addiction*. Alcuni studiosi, appunto, interpretano le droghe come un tipo possibile di sostituto per i legami umani. In questo senso, la dipendenza affettiva sarebbe legata alle fonti della dipendenza da sostanze ancor di più rispetto alla stessa.

Sebbene numerosi studi successivi abbiano confermato queste analogie (Fisher, 2014; Wolfe, 2000), mettendo in luce dei processi neurologici e ormonali ad accomunare le due forme di dipendenza, attualmente risulta che la dipendenza affettiva non sia inclusa nel vocabolario psichiatrico ed è ancora assente una concezione univoca dell'argomento che sia condivisa da tutti gli studiosi (Griffiths, 2005).

Diversi teorici della dipendenza generica hanno sostenuto che fenomeni legati all'amore, originariamente innocui, possono essere definiti come "dipendenti" se assumono una forma estrema o maladattiva - definita "amore distruttivo" da Fisher (2004), e "amore imprudente" o "disperato" da Peele e Brodsky (1975, 1992). Per comprendere

comportamenti legati all'amore di questo tipo "distruttivo", può essere utile usare il quadro della dipendenza da processo (Sussman, 2010; Timmreck, 1990, Yoder, 1990). Questo rappresenta un modello di comportamento dipendente che, inizialmente, porta piacere e pensieri ricorrenti, descritti come un desiderio di unione continua con l'oggetto d'amore, e che, col tempo, diventa tipicamente un'ossessione per certe attività, che in origine sarebbero normali - come i rapporti sessuali, spendere una quantità di denaro, mangiare delle pietanze o giocare d'azzardo. Proprio per questa ragione e questo sviluppo, esso si differenzia dalla dipendenza da sostanze.

Quando una persona innamorata cerca ripetutamente il contatto con un'altra persona, per intimità fisica, attenzione, o semplicemente per stare nella stessa stanza, è, spesso, per garantire momenti di piacere intenso e per alleviare i pensieri ossessivi sull'oggetto della sua passione. Se questo tipo di comportamento minaccia la sicurezza, la salute - mentale e fisica - o comporta seri costi sociali e legali per l'individuo o per altre persone, la situazione può raggiungere il livello di una dipendenza affettiva (Earp et al., 2017). In altre parole, se questa situazione porta a ridurre il funzionamento adattivo dell'individuo, allora è giusto e necessario far riferimento al termine "dipendenza affettiva" (Timmreck, 1990).

I "dipendenti affettivi" finiscono per sentirsi disperatamente soli al mondo quando non sono più in una relazione, continuando a cercare l'oggetto d'amore anche dopo che la relazione è finita, e tendono a sostituire subito le relazioni concluse, nonostante dichiarazioni come "non amerò mai più" (Sussman, 2010).

Un individuo innamorato, dunque, potrebbe essere considerato affetto da dipendenza se dimostra comportamenti sessuali o di attaccamento al di fuori della norma - eventualmente anche influenzati da processi cerebrali altrettanto anormali - che

compromettono la sua capacità di svolgere normalmente le attività quotidiane, la sua abilità di stabilire relazioni sane, o che portano a evidenti conseguenze negative per se stesso o per gli altri.

La dipendenza affettiva sarebbe legata, quindi, a processi cerebrali estremi, a comportamenti di attaccamento particolari e a manifestazioni d'amore potenzialmente dannose, e, quindi, si ritiene che la sua prevalenza sia piuttosto bassa e non così frequente come si potrebbe pensare (Earp et al., 2017). Riguardo ciò, Timmreck (1990) ha stimato che la dipendenza dall'amore di questo tipo possa interessare tra il 5% e il 10% della popolazione, in un'indagine condotta negli Stati Uniti.

Anche se spesso viene associata alla dipendenza sessuale, ovvero una condizione psicopatologica caratterizzata da pensieri e fantasie sessuali intrusive associate a una perdita di controllo sui comportamenti sessuali, la dipendenza affettiva può essere più simile a una dipendenza da sostanze, come accennato in precedenza, piuttosto che dal sesso (Keane, 2004). Appunto, nonostante ci siano poche ricerche empiriche sull'argomento, si ritiene che questa dipendenza riguardi più i sentimenti di amore che il sesso in sé (Fisher, 2006; Timmreck, 1990; Yoder, 1990).

Sophia e i suoi collaboratori (2009) hanno descritto, nel loro studio "Pathological impulsivity, personality, and romantic relationship.", quelli che sarebbero, secondo loro, i sei criteri per identificare l'amore patologico, basandosi su un confronto fra i criteri diagnostici per la dipendenza da sostanze del DSM-IV dell'American Psychiatric Association (APA, 1994) e le caratteristiche di individui con un attaccamento patologico. I criteri identificati dagli autori sono:

- Manifestazioni di astinenza, come insonnia, tachicardia e tensione muscolare, quando il partner non è disponibile fisicamente o emotivamente, o quando c'è la percezione di una minaccia di abbandono;
- Un eccessivo comportamento di cura nei confronti del partner, rispetto anche a quello che la persona in oggetto vorrebbe fare;
- Perdita di controllo sul proprio comportamento, evidente nei molteplici tentativi della persona di abbandonare la relazione;
- Investire un notevole quantitativo di tempo e di energia nel controllo delle attività del partner;
- Dare priorità ai bisogni e agli interessi del partner a discapito delle attività che portano realizzazione personale, sociale e professionale;
- Mantenere il legame patologico nonostante i danni personali, familiari e professionali subiti e nonostante la presenza, da parte dell'individuo in oggetto, di una consapevolezza riguardo queste conseguenze negative.

Nello stesso articolo a cui è stato fatto riferimento sopra, Reynaud e i suoi collaboratori (2010) hanno delineato ulteriori criteri per distinguere la dipendenza affettiva, attingendo al DSM-IV (APA, 1994) e concentrandosi sui criteri diagnostici per la dipendenza da sostanze. Innanzitutto, questo costrutto viene definito dagli autori come un modello disadattivo o problematico di relazione amorosa, che porta a un significativo deterioramento o angoscia clinicamente rilevante, manifestato attraverso tre o più dei seguenti criteri (osservati in ogni momento per un periodo di 12 mesi, per i primi cinque criteri):

- Presenza di una sindrome da astinenza causata dall'assenza del partner, caratterizzata da notevole sofferenza e da un bisogno compulsivo dell'altro;

- Considerabile quantità di tempo dedicato alla relazione, sia nella realtà che nei pensieri;
- Riduzione delle attività sociali, professionali o di svago ritenute importanti;
- Persistente desiderio o sforzi infruttuosi di ridurre o controllare la relazione;
- Ricerca della relazione nonostante i problemi ad essa associati;
- Esistenza di difficoltà nell'attaccamento, evidenziata da una delle seguenti situazioni: (a) relazioni amorose ripetute ed entusiasmanti senza periodi di attaccamento duraturo; (b) relazioni amorose ripetute e dolorose caratterizzate da attaccamento insicuro.

La dipendenza affettiva, dunque, è un concetto complesso che gli autori Pugliese, Saliani e altri colleghi (2019) hanno cercato di comprendere, basandosi sulla ricerca scientifica esistente e proponendo un modello cognitivo per spiegare questa patologia. L'idea centrale è che la dipendenza affettiva vada al di là delle diagnosi specifiche e rappresenti una disfunzione nella relazione che può essere riscontrata in diverse personalità, anche non necessariamente patologiche secondo i criteri del DSM 5.

Quando una persona è coinvolta in una dipendenza affettiva, può arrivare a sacrificare i suoi bisogni fondamentali pur di mantenere quella relazione, anche se questa ha conseguenze negative sul suo benessere. Ciò che rende particolare questa condizione è un conflitto interno nel dipendente affettivo: da un lato desidera rimanere nella relazione, dall'altro lato vive un forte terrore nel chiuderla. Questo, spesso, porta il dipendente affettivo a cercare nuovamente la stessa relazione o una simile, alimentando fantasie di un possibile cambiamento che, raramente, si realizza.

Nel tempo, questa illusione diventa un potente meccanismo di difesa che può congelare la relazione per periodi prolungati, con conseguenze gravi. Ad esempio, un altro aspetto

importante citato in questo articolo, è che spesso questa situazione può degenerare in violenza (sia fisica che psicologica) o portare a decisioni estreme come il suicidio o l'omicidio-suicidio, purtroppo, eventi ancora presenti nelle cronache di oggi.

Concludendo, possiamo, quindi, affermare che la dipendenza affettiva possa essere categorizzata come una dipendenza comportamentale, particolare perché definita dall'invalidante e grande timore della perdita della propria relazione amorosa, causa di importanti conseguenze nelle diverse aree di vita dell'individuo (Lebruto et al., 2022).

1.2 Modelli di dipendenza affettiva

Per comprendere con che modalità interagire con individui che vivono una sofferenza simile, è necessario e importante comprendere la mente del dipendente affettivo tipico (TAD, Typical Affective Dependent), cercare di indagare le motivazioni per cui si trova bloccato in relazioni così insoddisfacenti e pericolose e, dunque, elaborare un modello di tipo cognitivo ma anche clinico per poter categorizzare queste persone e poterle trattare, in terapia, al meglio. A questa necessità, hanno risposto gli autori Pugliese e colleghi con la pubblicazione di molteplici articoli, che, innanzitutto, hanno definito la dipendenza affettiva patologica come una condizione legata alle relazioni (Pugliese et al., 2019; Pugliese et al. 2023a), più precisamente, in un tipo di relazione in cui uno o entrambi i partner manifestano comportamenti abusivi, controllanti, violenti o manipolativi, e la relazione causa dolore ad almeno uno dei due. Tuttavia, entrambi si sentono impotenti nel porre fine a questo rapporto o accettare una possibile separazione.

In caso di separazione, divorzio o rifiuto, provano un'intensa ansia e stress e fanno di tutto per evitare questo scenario. Possono anche sentirsi disperati o arrabbiati, cercando

disperatamente di gestire il disagio costante riflettendo continuamente su come riavvicinarsi al partner violento, sottomettendosi o cercando una nuova relazione disfunzionale. Le persone con dipendenza affettiva patologica, infatti, provano stati d'animo e sentimenti negativi quando sono lontane dai loro partner e una delle modalità in cui sembra che affrontino la separazione o il rifiuto, insieme al desiderio incontrollato (craving), è cercare forzatamente la vicinanza con il partner violento (Pugliese et al., 2023a). Inoltre, occorre aggiungere che la dipendenza affettiva patologica può essere presente fra gli individui sotto forma di una condizione temporanea, cioè, legata a uno stato emotivo momentaneo che andrà quindi a diminuire e, poi, svanire gradualmente, oppure come un aspetto stabile nel tempo, caratterizzante tutta la relazione o, addirittura, la persona stessa.

Sempre dagli stessi autori, è stato condotto uno studio su un gruppo di vittime di violenza (Pugliese et al., 2023b), con l'obiettivo di creare una scala di misurazione per la dipendenza affettiva patologica, hanno rivelato che questa dipendenza è una condizione nascosta, che può essere attivata da un partner o un ambiente violento. Gli autori hanno evidenziato che, quando le persone si trovano in una relazione violenta, possono manifestare comportamenti, credenze o obiettivi disfunzionali tipici di chi soffre di un disturbo di personalità. Questi tratti negativi e le dinamiche disfunzionali sembrano attenuarsi quando si trovano lontano dall'ambiente patologico e hanno elaborato completamente la separazione dal partner violento.

In questo contesto, i partner aggressivi possono essere visti come un fattore che scatena la dipendenza affettiva patologica. Pertanto, per prevenire gli impatti negativi della violenza nelle relazioni intime, gli interventi dovrebbero essere diretti sia alle vittime che agli autori dei maltrattamenti.

La caratteristica peculiare della dipendenza affettiva patologica è l'incapacità di porre fine alla relazione, nonostante le gravi conseguenze che può comportare, come evidenziato in diversi studi (Pugliese et al., 2019; Pugliese et al., 2023a; Pugliese et al., 2023b). Le persone affette da dipendenza affettiva patologica possono essere consapevoli o meno di questa condizione paradossale che stanno vivendo e questo scenario contraddittorio sembra manifestarsi in tre possibili conflitti interni, che corrispondono ai tre stadi principali della dipendenza: assente, alternato o akrasico (Pugliese et al., 2023a).

Nel primo tipo di conflitto, quello assente, il dipendente affettivo potrebbe non rendersi conto di essere coinvolto in una relazione dannosa per la sua salute, fisica e mentale, ma sono spesso le persone attorno a lui, come i familiari, gli amici o gli psicoterapeuti, a renderlo evidente agli occhi della persona, che, comunque, spesso, tenderà a non riconoscerlo. Il dipendente affettivo, infatti, in questa fase si sente bene, è felice, sta raggiungendo o sta cercando di raggiungere i suoi obiettivi, e al momento non ha ancora attivato i meccanismi di salvaguardia di sé.

Nel tipo "alternato", invece, il dipendente affettivo passa da uno stato all'altro senza integrare gli obiettivi: potrebbe decidere di terminare la relazione una settimana, per, poi, investire in questo rapporto la settimana successiva con proposte di matrimonio o progetti per il futuro, iniziando a manifestare un'incoerenza a livello comportamentale.

In questo periodo, il conflitto inizia a farsi sentire ma è ancora in una fase di alternanza semplice, in cui il dipendente affettivo tipico comprende bene i suoi stati mentali ma non riesce a integrarli in modo coeso e oscilla tra momenti di grande benessere e malessere senza riuscire a trovare una via di integrazione. Durante questa fase, potrebbe accadere che si manifesti un evento eclatante che prima non era presente, come ad esempio, un'umiliazione in pubblico, e che si attivino, momentaneamente, i meccanismi di

salvaguardia di sé, causando una sensazione di dissonanza interna (ego-distonia) e le prime forme di protesta o ribellione.

Si osserva, quindi, un'alternanza tra la tensione di mantenere la relazione e degli stati di rabbia o di protesta, senza che vi sia una consapevolezza e un controllo delle conseguenze di entrambi gli stati.

Infine, il terzo tipo di conflitto, quello “akrasico”, è caratterizzato dal fatto che gli obiettivi sono presenti e riconosciuti dall'individuo, senza, però, essere risolti. Il dipendente affettivo è pienamente consapevole di essere in una relazione disfunzionale ma non riesce a separarsene e, soprattutto, sa che rimanere in quella relazione gli fa e farà del male. La situazione prevede che egli vorrebbe e potrebbe liberarsi da essa, ma trovandosi bloccato, sperimenta uno stress derivante dalla simultanea volontà di affrontare e di evitare la separazione, che lo fa sentire tremendamente intrappolato. Inoltre, egli giudica se stesso negativamente perché non riesce a porre fine alla relazione nonostante i chiari costi che comporta.

Questi stadi potrebbero portare alla fine della relazione, ma la condizione di dipendenza affettiva patologica spinge la vittima a rimanere nella relazione violenta. Il dipendente affettivo considera la relazione indispensabile e necessaria, seppur insoddisfacente, mantenendo la relazione a tutti i costi, arrivando addirittura a metter da parte la propria vita (Pugliese et al., 2023a).

Inoltre, esistono diverse tipologie di dipendente affettivo e tutti questi tipi condividono la comune paura di porre fine alla relazione e i tre conflitti che mantengono la sofferenza. Quello che distingue i vari cluster di dipendenza affettiva patologica sono le motivazioni cognitive ed emotive che spingono a mantenere la relazione violenta:

- Tipo indegno: alcuni dipendenti affettivi tipici temono di sentirsi indegni e disgustosi e non vogliono, a tutti i costi, perdere i propri valori, la propria dignità e la propria autostima (dall'inglese, *Unworthy*);
- Tipo traumatico: altri temono di sentirsi soli, insicuri e impotenti;
- Tipo altruista: altri, ancora, temono di stare male se non si prendono eccessivamente cura e "salvano" il partner e, quindi, tendono a voler evitare di far soffrire l'altro (il *Saver*, dall'originale);
- Tipo misto: alcuni possono rientrare in più di una di queste categorie e codesti sono spesso i più problematici e caotici.

Le persone con dipendenza affettiva tipica si trovano spesso a oscillare tra due obiettivi, il desiderio di mantenere la relazione patologica e quello di porvi fine, senza trovare una soluzione apparente e questa "guerra" ha luogo non solamente nella loro mente, ma anche all'interno della relazione con il partner stessa.

Il modello cognitivo della dipendenza affettiva patologica, i quattro profili del dipendente affettivo tipico e il ciclo a stadi con i tipi di conflitto della dipendenza affettiva patologica, dunque, permettono, finalmente, una maggiore comprensione del funzionamento mentale delle persone che vivono questa condizione, e sono la base per la creazione di una scala di misura e di un intervento clinico mirato, basati su un modello teorico confermato per la prima volta da dati di ricerca il quale, oggi, rappresenta un passo in avanti nella prevenzione e nell'intervento del ciclo inconvertibile della violenza nelle relazioni intime (Pugliese et al., 2023a).

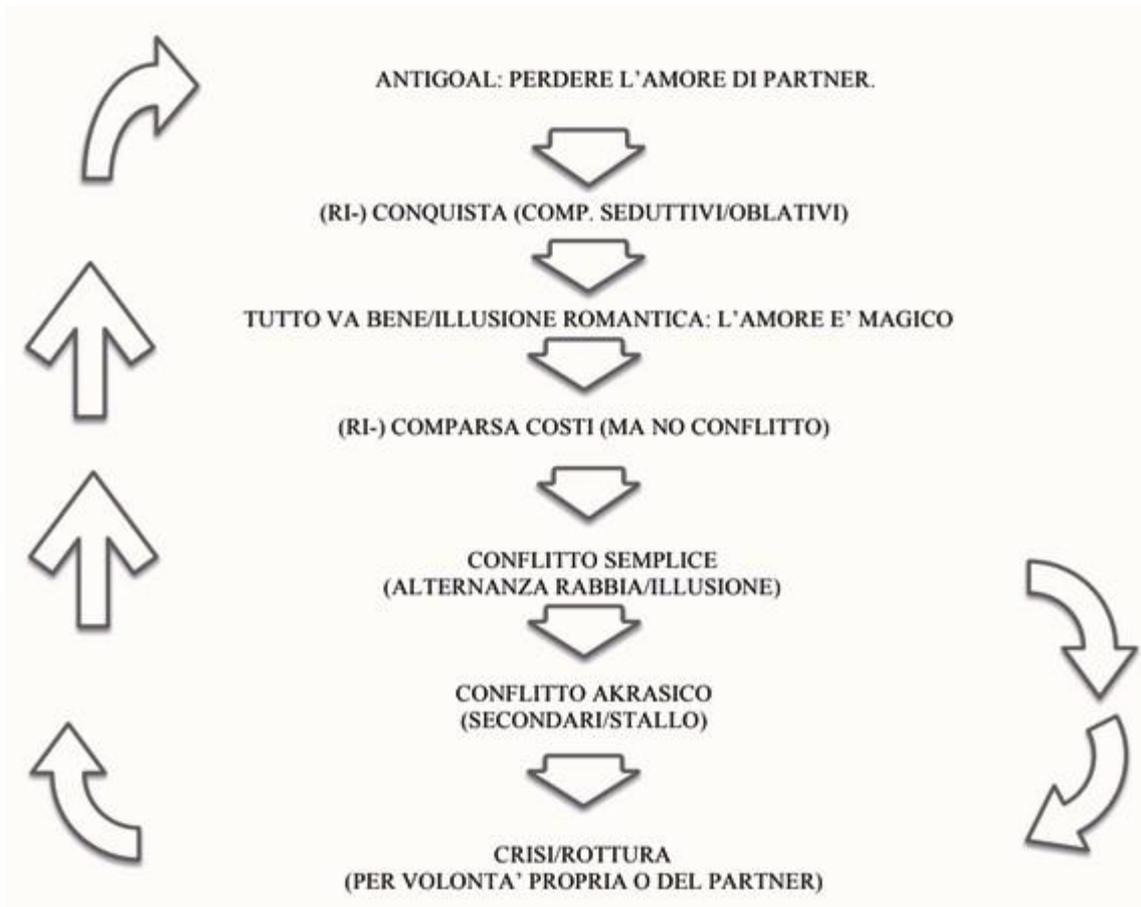


Fig. 1.1 Modello cognitivo del DAT. Tratto da Pugliese et al., “When the War Is in Your Room: A Cognitive Model of Pathological Affective Dependence (PAD) and Intimate Partner Violence (IPV)” (2023a)

Pugliese e colleghi, però, non sono gli unici autori che si interrogano sul come leggere, analizzare e trattare a livello clinico la dipendenza affettiva.

Anche nell’articolo “Addicted to Love: What Is Love Addiction and When Should It Be Treated?” dei già succitati Earp e colleghi (2017), ampiamente discusso è il tema delle diverse prospettive sulla dipendenza, sia essa legata all'affetto romantico che all'assunzione di droghe. Questo argomento complesso è soggetto a valutazioni che possono essere "limitate", a determinati aspetti specifici della dipendenza che la differenzierebbero dalla condizione normale, o "ampie", che la analizzano da un punto di vista più globale e su un continuum con la normalità, ma sembra esserci ancora poca concordanza fra gli studiosi. Dunque, non è chiaro, per ora, se i desideri per le sostanze

siano una deviazione innaturale rispetto ai desideri normali (visione limitata), oppure una versione intensificata degli stessi desideri comuni (visione ampia). Le prove scientifiche comportamentali e neurologiche, fino ad ora, non hanno fornito una risposta definitiva e lo stesso dibattito si applica, naturalmente, anche all'argomento in questione, la dipendenza affettiva.

In questo articolo, infatti si pone come centrale il dilemma se solo i comportamenti più estremi legati all'affetto dovrebbero essere considerati dipendenza, oppure se, come alcuni suggeriscono, vi sia una similitudine neurologica tra esperienze romantiche comuni e dipendenze patologiche. Senza alcun dubbio, è necessario un ulteriore lavoro sia empirico che teorico per chiarire questo dibattito, però, almeno, le evidenze discusse indicano che, al livello cerebrale, la dipendenza dalle sostanze e alcune esperienze affettive potrebbero essere considerate simili, poiché sono supportate dai medesimi processi neurologici, aspetto che verrà approfondito nel paragrafo successivo. Se ciò è vero, allora non possiamo limitare il concetto di dipendenza solo alle sostanze. I sostenitori della visione ristretta tendono ad affermare, invece, che la dipendenza può applicarsi a chiunque abbia sperimentato forti piaceri in modo cronico e insolito: il piacere intenso delle sostanze per i tossicodipendenti, le abbuffate alimentari per i binge eater, o i legami personali intensi per chi è dipendente dal proprio partner amoroso.

Infine, Lebruto e colleghi (Lebruto et al., 2022), dopo aver esaminato attentamente l'attuale comprensione della dipendenza affettiva e basandosi sulla propria esperienza clinica, hanno formulato un modello per analizzare il costrutto che identifica diversi fattori chiave:

- Fattori predisponenti remoti: lo stile di attaccamento, con focus sull'ansia rispetto all'abbandono e l'evitamento della vicinanza, e il temperamento, con particolare riferimento alle dimensioni di *novelty seeking* e *sensation seeking*;
- La presenza di disregolazione emotiva, ovvero l'assenza di tutti quei processi che regolano il monitoraggio, la valutazione e la modificazione delle reazioni emotive;
- Il processo impulsivo di cercare l'oggetto d'amore, ossia la prima fase del processo di strutturazione della dipendenza affettiva;
- Lo sviluppo di un particolare sistema di pensiero con pensieri intrusivi, attenzione selettiva e "invasione" in memoria, aspetti che caratterizzano la seconda fase;
- La fase compulsiva, ovvero l'ultima parte del processo, tipica della dipendenza affettiva.

Gli autori, inoltre, hanno sottolineato come sia importante considerare tutti questi elementi per comprendere appieno il costrutto ed evitare di etichettare altre manifestazioni cliniche erroneamente come "Love addiction".

1.3 Basi neurali della dipendenza affettiva

Negli individui, e, in realtà, anche in tutti gli altri organismi maggiormente evoluti, il piacere rappresenta una delle spinte motivazionali più forti rispetto alle azioni, dunque, un comportamento che porta ad esperire una sensazione gratificante tende a ripetersi (Caretti & La Barbera, 2010). Questo rappresenta un punto di partenza semplice ma fondamentale per comprendere, a pieno, la dipendenza patologica, dove assumere sostanze e mettere in atto comportamenti piacevoli attivano reazioni chimiche nel

cervello nelle zone legate alla gratificazione. I principali studi che riguardano l'argomento concordano, tutti, nel sostenere che il circuito meso-cortico-limbico - costituito dall'area tegmentale ventrale e dal nucleo accumbens (striato ventrale) e parte della corteccia prefrontale -, con la dopamina come principale modulatore, appunto, risulti essere centrale nell'*addiction* e che le sostanze, come le droghe, possano portare all'iperattivazione di questo circuito, creando così una sensazione di benessere e attribuendo un valore psicologico positivo alla sostanza.

Inoltre, ripetuti rilasci di dopamina portano a una maggiore tolleranza e a una conseguente necessità di una maggiore stimolazione per sentirsi bene, creando, così, un circolo vizioso della gratificazione. Nei soggetti con dipendenza, si osserva una riduzione dei recettori D2 della dopamina e una minore attività in alcune regioni cerebrali, come la corteccia orbitofrontale - coinvolta nell'attribuzione della salienza degli stimoli e nei comportamenti compulsivi - e il giro cingolato - legato al controllo inibitorio, all'attenzione e all'impulsività. Questo, inoltre, porta, come conseguenza, a un interesse diminuito per le attività naturalmente piacevoli, come mangiare una buona pietanza o dormire bene (Volkow et al., 2007).

Tra le diverse conseguenze della dipendenza patologica, oltre all'iperattivazione dopaminergica e alla successiva diminuzione dei recettori D2, Koob e collaboratori (2005) avrebbero identificato anche la disregolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, struttura implicata nella gestione dello stress. Gli autori affermano che la somministrazione cronica di sostanze d'abuso conduce a questo malfunzionamento, aumentando il rilascio di ormoni come la corticotropina (CFR), l'ormone adrenocorticotropo (AHT) e il corticosterone nell'amigdala estesa, durante l'astinenza, e ciò potrebbe spiegare l'ansia, l'inadeguatezza e la difficoltà nel gestire le situazioni

stressanti sperimentate dalle persone in questo periodo, dato che l'amigdala risulta essere la principale struttura cerebrale implicata nella sensazione di paura.

Infine, Gerra, nel suo articolo "Childhood neglect and parental care perception in cocaine addicts: Relation with psychiatric symptoms and biological correlates." (Gerra et al., 2009), aggiunge che le esperienze negative durante l'infanzia, come maltrattamenti, abusi o situazioni di trascuramento, sono associate alla dipendenza patologica e a livelli più alti di cortisolo e dell'ormone adrenocorticotropo, suggerendo un legame possibile tra attaccamento non sano e dipendenza.

Successivamente, altri ricercatori, in particolare Burkett e Young (2012), hanno iniziato a evidenziare le somiglianze tra la dipendenza e persino le relazioni romantiche "normali" sottolineando le comuni firme comportamentali, neurofisiologiche e neurochimiche di entrambe.

Nel loro articolo, infatti, la ricerca sulla dipendenza da droghe è stata esaminata in parallelo con la ricerca sull'attaccamento sociale, come quello tra partner. Questa analisi si concentra sulle regioni del cervello e sulle sostanze chimiche neurali che mostrano una grande sovrapposizione tra dipendenza e attaccamento, specialmente la via della dopamina nella regione mesolimbica.

Esiste una notevole sovrapposizione tra questi due comportamenti, infatti, oltre alla somiglianza nei sintomi, vi è una forte similitudine nei ruoli e nei luoghi d'azione delle sostanze come la dopamina, gli oppioidi e il fattore di rilascio della corticotropina.

Dagli autori, è stato ipotizzato, inoltre, che i neuropeptidi ossitocina e vasopressina svolgano un ruolo nell'integrazione delle informazioni sociali nelle relazioni affettive e amorose, questo però rappresenta un punto di differenziazione queste ultime dalla dipendenza da droghe.

Ad accomunarle nuovamente, invece, sono stati gli studi di neuroimaging, in cui sono state esaminate le aree del cervello coinvolte nella dipendenza affettiva ed è emerso che questo fenomeno abbia alcune somiglianze con la dipendenza da sostanze. Ad esempio, Reynaud e alcuni colleghi, nel già succitato articolo “Is Love Passion an Addictive Disorder?” (Reynaud et al., 2010) hanno confrontato osservazioni cliniche e dati da studi di neuroimaging tra soggetti con diversi tipi di dipendenza, come l'abuso di sostanze, il gioco d'azzardo patologico e la dipendenza affettiva. Gli autori hanno notato reazioni psicosomatiche simili e un modello di attivazione cerebrale analogo fra le diverse dipendenze. In particolare, individui con “love addiction” mostravano euforia e un desiderio irresistibile quando erano in presenza dell'oggetto d'amore (o stimoli associati), mentre quando l'oggetto d'amore era assente, spesso sperimentavano umore negativo fino alla mancanza di piacere (anedonia) e problemi di sonno.

Per quanto riguarda le aree del cervello coinvolte, alcuni studi suggeriscono che la corteccia orbitofrontale e il giro cingolato anteriore siano regioni cerebrali importanti nella dipendenza affettiva, le stesse coinvolte nella dipendenza da sostanze, come già affermato dagli autori riportati in precedenza. Appunto, è stato affermato che queste regioni cerebrali lavorano insieme a specifici neurotrasmettitori, come la dopamina, e le cellule dopaminergiche si attivano in risposta a stimoli rilevanti e facilitano l'apprendimento condizionato, che è tipico dei comportamenti di dipendenza, con le relative motivazioni e compulsioni.

Inoltre, utilizzando la risonanza magnetica funzionale (fMRI), Fisher e colleghi (Fisher et al., 2010) hanno osservato un'attivazione significativa nell'area tegmentale ventrale bilateralmente, nello striato ventrale e nelle cortecce orbitofrontale e prefrontale in soggetti che avevano recentemente subito un rifiuto da parte di un partner, in un esperimento in cui venivano mostrate fotografie dei loro amati in vari contesti.

In sintesi, i dati provenienti dalla neurobiologia forniscono informazioni importanti sulla natura delle dipendenze e sul successivo desiderio irrefrenabile (craving), dimostrando che non ci sono differenze sostanziali per quanto riguarda le aree del cervello coinvolte nei comportamenti di dipendenza, indipendentemente dal tipo di dipendenza.

Dunque, si potrebbe concludere che gli esperti che esaminano la dipendenza, generalmente, concordano sul fatto che si tratti di una malattia cerebrale, attribuendo tale considerazione al fatto che le dipendenze sembrano derivare da disfunzioni in particolari circuiti neurali. Tuttavia, Levy, nel suo articolo “Addiction is Not a Brain Disease (and it Matters)” (Levy, 2010), ritiene che una semplice disfunzione neurale non sia sufficiente per definire la dipendenza come una malattia cerebrale. L’autore, infatti, si sofferma sul fatto che sia essenziale considerare specifiche caratteristiche nel contesto delle persone affette da dipendenza per determinare se possa essere classificata come malattia. Pertanto, pur riconoscendo la presenza di disfunzioni cerebrali associate alla dipendenza, egli ci tiene a specificare che non la considera una malattia del cervello. Questo punto di vista non implica un giudizio morale verso coloro che ne soffrono, ma piuttosto suggerisce di adottare risposte più compassionevoli ed efficaci nei confronti della cura e del trattamento della dipendenza.

1.4 Come si tratta la dipendenza affettiva

A questo punto dell’analisi del costrutto, occorre considerare se sia appropriato o consigliabile il trattamento e se il recupero dalla dipendenza affettiva, verso una condizione di normalità, sia possibile. Anche se di solito non si penserebbe di offrire un "trattamento" a persone innamorate, quando iniziamo a capire che almeno alcuni casi di

amore e fenomeni ad esso legati sono molto simili alle dipendenze comportamentali o alle sostanze - nella loro forma e funzione, così come negli effetti - allora la possibilità diventa degna di considerazione seria. In effetti, l'idea di un antidoto all'amore o di una "cura" per l'amore ha radici storiche, è già stata considerata in letteratura ed è strettamente legata all'idea che l'amore e l'infatuazione - sotto certe condizioni - possano essere proprio come una malattia grave: dannosa per la salute sia fisica che mentale e, in alcuni casi, profondamente dannosa per il benessere generale (Earp et al., 2013).

Si può affermare, dunque, che, in altre parole, la possibilità di trattare l'amore - in determinate circostanze - potrebbe non essere così irrealistica e strana. È fondamentale notare che l'approccio a questa possibilità dipende dal fatto che si aderisca alla visione ampia o a quella ristretta della dipendenza amorosa, come descritto in precedenza nel secondo paragrafo. Tuttavia, la conclusione generale di un'analisi del genere potrebbe non differire molto alla fine, indipendentemente dalla prospettiva adottata, infatti, la dipendenza affettiva - qualunque sia la concezione attraverso cui decidiamo di analizzarla - sembra essere un candidato appropriato per il trattamento in almeno alcuni casi.

Più specificatamente, secondo la visione ristretta, la dipendenza dall'amore è un disturbo neurobiologico che non si concilia con una vita sana o prospera, e, quindi, risulta essere necessario offrire ai dipendenti affettivi un qualche tipo di trattamento o supporto. Inoltre, seguendo questo punto di vista, ci si può aspettare che la linea d'azione migliore sia una modalità standard di trattamento psichiatrico, in cui si cerca di ripristinare la normale neurofisiologia utilizzando farmaci psichiatrici abbinati alla terapia cognitiva. Ad esempio, proprio come i tossicodipendenti da eroina a volte ricevono naltrexone orale per bloccare gli effetti farmacologici della droga, si potrebbero potenzialmente utilizzare antagonisti dell'ossitocina per ridurre la ricompensa che un individuo riceve dall'essere vicino all'oggetto del suo affetto (Earp et al., 2013).

Secondo una prospettiva più ampia, invece, chiunque si innamori si trova su uno spettro di condizioni simili alla dipendenza: essere dipendenti da un'altra persona non è considerato una malattia, ma, piuttosto, il risultato di una capacità umana fondamentale che, talvolta, può essere esercitata in modo eccessivo. Da questa prospettiva, potrebbe essere contestato che l'amore, anche se dannoso, non dovrebbe essere oggetto di trattamento psichiatrico, sostenendo che ogni forma di disabilità o malattia psichiatrica rappresenta l'estremo di uno spettro continuo di comportamenti, funzioni o capacità. Gli autori scrivono, infatti, quasi con un po' di ironia, che "Non tutte le persone tristi sono depresse e non tutte le persone energiche sono maniacali." (Earp et al., 2017).

Sussman, invece, nel suo articolo "Love Addiction: Definition, Etiology, Treatment" (Sussman, 2010) sostiene che, quando si ha a che fare con la dipendenza affettiva, occorre fare prevenzione includendo nell'intervento delle sessioni di consulenza che mirano a promuovere uno stile di attaccamento sicuro. Questo potrebbe avvenire attraverso simulazioni o istruzioni dirette, che spiegano come l'amore romantico basato sulla dipendenza non sia sano per una relazione e, quindi, non rappresenti veramente amore. Inoltre, si potrebbero utilizzare tecniche per cambiare il modo in cui una persona pensa all'amore - ad esempio, aiutandola a distinguere tra il "vero" amore e l'amore basato solamente su oggetti di desiderio. Per esempio, si potrebbe far notare a qualcuno che il pensiero "solo una persona specifica può soddisfare tutti i miei bisogni" può portare a una sorta di dipendenza amorosa. In seguito, la persona potrebbe praticare a ripetere affermazioni diverse, come "non c'è una sola persona perfetta per me" o "ci sono molte persone adatte a me", per cambiare il proprio modo di pensare. In aggiunta, i partecipanti potrebbero essere coinvolti in attività che aiutano a eliminare i pensieri basati su fantasie (come il desiderio di essere salvati o di salvare qualcuno), che potrebbero portare a comportamenti amorosi non sani in futuro. Infine, potrebbero essere insegnate tecniche

per gestire le emozioni, per contrastare il desiderio di cercare l'amore come risposta a determinati stati d'animo.

Per quanto riguarda il trattamento, a posteriori, quando la dipendenza affettiva è già emersa, invece, sempre lo stesso autore innanzitutto sostiene che la dipendenza affettiva vada valutata attraverso domande a risposta dicotomica, “sì-no”, che vanno ad evidenziare le conseguenze legate all'amore romantico, come l'incapacità di smettere di vedere una persona nonostante sia dannoso, fare promesse non mantenute, pattern di relazioni negativi, impossibilità di uscire da una relazione dannosa, influenze del comportamento romantico sulla reputazione, difficoltà a concentrarsi a causa di pensieri su un'altra persona, senso di vita senza amore, ossessioni nonostante il dolore. Questo processo di valutazione è cruciale per individuare se vi è necessità di trattamento.

Le opzioni terapeutiche per affrontare la dipendenza affettiva riportate nell'articolo sono molteplici. Una di queste è rappresentata dai gruppi di auto-mutuo-aiuto come il “SLAA” (Sex Love Addicts Anonymous), in cui i partecipanti imparano a prendersi cura dei propri bisogni, ad accettare l'aiuto degli altri, e a lavorare sulle proprie paure e sull'autostima. Un'altra possibilità può essere la terapia individuale o quella di coppia: la prima è spesso realizzata attraverso l'uso di auto-dialogo guidato al fine di riorientare il comportamento e di ridurre il contatto con gli oggetti della dipendenza, mentre la seconda serve per ridurre le illusioni verso i partner romantici e comprendere meglio i sentimenti verso la famiglia e le persone significative a lungo termine (Weiss & Schneider, 2006).

L'obiettivo finale generale è, ad ogni modo, quello di imparare a partecipare a relazioni romantiche più sane e gratificanti nel lungo periodo, magari meno eccitanti ma più appaganti, e quello di aiutare il soggetto a comprendere e ristrutturare i disturbi legati alla dipendenza affettiva, promuovendo la consapevolezza dei pattern di comportamento e della relazione disfunzionali (Peabody, 2005).

In letteratura, sono numerosi gli autori che propongono la terapia cognitivo-comportamentale come un approccio molto utile e che suggeriscono diversi modi di intervento che hanno dimostrato di produrre buoni risultati, come ad esempio:

- Ridurre lo stress attraverso tecniche di mindfulness, ambendo al raggiungimento della consapevolezza di sé e della realtà nel momento presente, in maniera non giudicante (Kabat-Zinn, 1990);
- Aiutare le persone a gestire pensieri disfunzionali sulla loro mente e sui loro comportamenti, incrementando la regolazione delle proprie credenze inadeguate (Caselli et al., 2017);
- Identificare e superare schemi problematici nelle relazioni interpersonali, tentando di governare le proprie metacognizioni (La Mela, 2014);
- Potenziare le capacità di riflessione e il senso di controllo sulla propria vita (Di Maggio et al., 2013).

Dimaggio, Montano, Popolo & Salvatore (Dimaggio et al., 2013), appunto, si soffermano sugli obiettivi del trattamento della dipendenza affettiva e affermano che essi dovrebbero essere a breve e lungo termine: il primo è dato dall'affrontare e risolvere la sofferenza attuale del paziente, compresi i sintomi e i comportamenti disfunzionali mentre il secondo è costituito dal far fronte le esperienze passate di abbandono, trascuratezza emotiva o fisica, maltrattamenti e abusi. Questi eventi spesso portano alla convinzione nel paziente di non valere nulla e di non essere meritevoli d'amore, tipici della dipendenza affettiva. La terapia mira anche ad aiutare i pazienti a esplorare e comprendere le loro emozioni, desideri e obiettivi, incoraggiandoli a prendere decisioni autonomamente, contribuendo a colmare una lacuna comune nelle persone con dipendenza affettiva, ovvero la mancanza di "agency", cioè la capacità di sviluppare un piano d'azione personale anche quando manca il supporto relazionale o ci sono avversità.

Grazie a questo lavoro, i pazienti possono costruire basi solide per formare relazioni affettive basate sulla reciprocità, dove si sentono finalmente amati e accettati, inoltre, imparano a mantenere un senso di autostima e valore personale, anche quando non sono coinvolte in relazioni, dando loro un senso di attività e realizzazione.

2. LE MISURE DELLA DIPENDENZA AFFETTIVA

“I can't live with or without you”

(Ovid, U2)

Dato il mancato accordo su una definizione precisa della dipendenza affettiva e la carenza di strumenti adeguatamente validati per valutarla, diventa complesso stimare in modo preciso il livello di dipendenza affettiva (Antonelli et al., 2021).

Quest'ultima, infatti, risulta essere un fenomeno molto complesso che, comprendendo sia aspetti clinici e patologici che relazionali e sociali, ha bisogno di una definizione universalmente accettata che, tuttavia, sembra ancora essere piuttosto assente in letteratura. Questa mancanza di chiarezza e precisione nella definizione ha portato a una scarsità di strumenti validati per misurare questa condizione, anche se sta emergendo, sempre di più, la necessità di avere un quadro più esplicito e semplificativo per comprendere appieno questo fenomeno. Nonostante ciò, sono descritte, nei prossimi paragrafi, le misure della dipendenza affettiva, un resoconto ottenuto successivamente all'aver svolto un'attenta ricerca in letteratura riguardo agli strumenti che sono stati utilizzati, in passato, per misurare la *love addiction* o, ad ogni modo, fenomeni molto simili.

Ognuna di queste misure persegue l'obiettivo di occuparsi dell'assessment di diversi fattori legati alla *love addiction*, quelli predisponenti, quelli precipitanti e quelli di mantenimento, oltre che della valutazione degli aspetti sintomatologici, cognitivi, metacognitivi e comportamentali della dipendenza affettiva tramite frasi che vogliono andare a cogliere ogni sfumatura di questo complesso costrutto.

Qui di seguito vengono presentati l'*Inventory for Love Addiction* (INLOAD), lo strumento centrale dell'esperimento in oggetto, il *Love Addiction Inventory* (LAI), il *Love Addiction Self-Assesment* (LASA), il *Love Attitudes Scale* (LAS), l'*Affective Dependence*

Scale (ADS-9), il *Friel Co-Dependency Assessment Inventory* (FCAI) e una scala di 13 item ideata da Cowan e Kinder, nel 1985.

2.1 INLOAD: Inventory for Love Addiction

L'*Inventory for Love Addiction* (INLOAD; Lebruto, 2021) è uno strumento di misura self-report usato per valutare la dipendenza affettiva, che fornisce un'analisi approfondita del costrutto perseguendo l'obiettivo di indagarla in modo specifico, così come è stata definita nella letteratura scientifica. Questo test, appunto, è costituito da 30 domande in cui viene chiesto ai soggetti di dare un punteggio su una scala Likert da 1 a 7, dove 1 significa "Fortemente in disaccordo" e 7 significa "Fortemente d'accordo" ed è diviso in quattro fattori:

- *Dipendenza dal partner*: rappresenta il fattore principale e consta di dodici domande che esplorano le caratteristiche distintive della dipendenza affettiva, come la sensazione che l'unica fonte di piacere e di soddisfazione sia il proprio partner e che esso sia necessario per rendere la propria vita migliore e più gradevole, andando a colmare un vuoto che, altrimenti, sarebbe angosciante ("La relazione col mio partner dà significato alla mia vita" e "Il mio partner mi fa sentire completo" sono due item rappresentativi di questo fattore);
- *Insicurezza/Inadeguatezza*: rappresenta la sezione emotiva del costrutto ed è costituito da sette domande che cercano di capire le emozioni, gli stati d'animo e i sentimenti tipici di chi è dipendente emotivamente (degli esempi di item di questo fattore sono "Ho paura di essere abbandonato", "Non ho fiducia nelle mie abilità e nelle mie risorse" e "Sono una persona sensibile e vulnerabile");
- *Ossessività*: rappresenta la parte cognitiva della dipendenza affettiva, in cui sono presentate sei domande che chiedono se la persona ha fantasie, pensieri ossessivi

sul partner, immagini persistenti della persona amata e se è molto concentrata sul partner; questi pensieri possono essere invadenti e causare ansia o disagio significativo alla persona (degli esempi di item che misurano questi aspetti sono “La mia mente è invasa da pensieri sul mio partner” e “Quando sono lontano dal mio partner mi sento disperato, scoraggiato e in ansia”);

- *Sottomissione*: rappresenta la componente comportamentale, ovvero la spinta verso l’azione messa in atto per mantenere la vicinanza con il partner; ha cinque domande che esaminano le situazioni in cui la persona continua a comportarsi in modo amorevole, anche se ciò ha conseguenze negative per se stessa, e in cui lo fa per cercare di alleviare stati d'animo negativi o disagio (“Se voglio ricevere l’amore da parte del mio partner devo essere come lui mi vuole”, “Accontento ogni richiesta del mio partner” e “Ho un comportamento sottomesso verso il mio partner” sono alcuni esempi di frasi che misurano la Sottomissione).

L'INLOAD fornisce un punteggio totale del costrutto e punteggi separati per ciascuno di questi fattori, aiutando a capire meglio la dipendenza affettiva di una persona, in cui punteggi più elevati significano problemi più complessi in questa situazione.

Con questo strumento, appunto, è possibile avere una visione ampia e strutturata del costrutto e ricavare una valutazione molto accurata e complessa di tutte le sfumature della dipendenza e delle sue manifestazioni cliniche.

Il dettaglio dei punteggi per ogni fattore, invece, fornisce informazioni cruciali ai professionisti della salute mentale, permettendo loro di identificare le aree più problematiche per ciascun individuo. Questo approccio consente di sviluppare interventi mirati, aumentando così, le probabilità di successo di un possibile intervento. In aggiunta alla versione a quattro fattori dell'INLOAD, è stata creata una versione più breve che si concentra esclusivamente sulla dipendenza dal partner. Questa versione, composta da 13

domande su una scala Likert a 7 punti, potrebbe essere utile ai professionisti per valutare il rischio di dipendenza affettiva e individuare eventuali segnali di pericolo.

2.2 LAI: Love Addiction Inventory

Costa e colleghi (Costa et al., 2021) hanno condotto uno studio significativo nel campo della dipendenza affettiva, introducendo il *Love Addiction Inventory* (LAI), un questionario innovativo per valutare la *love addiction*, appunto. Questo strumento, sviluppato e validato nel loro studio, si basa sul "modello delle componenti della dipendenza" di Griffiths (2005), un quadro concettuale ampiamente utilizzato per la creazione di test riguardanti varie forme di dipendenza.

Il modello di Griffiths identifica sei dimensioni principali che caratterizzano il comportamento dipendente:

- *Rilevanza* ("Salience" dall'inglese): quando l'amore per un individuo diventa il fulcro della vita, portando a dedicare ogni azione e pensiero al partner (un esempio di item sono "Senti il bisogno urgente di incontrarti con il/la tuo/a partner?" e "Provi la necessità urgente di vederti con il/la tuo/a partner?");
- *Tolleranza* ("Tolerance"): il bisogno crescente di stare o pensare sempre di più alla persona amata ("Senti il bisogno di aumentare gli incontri con il/la tuo/a partner per sentirti felice?" e "Senti il bisogno di aumentare la quantità di tempo che trascorri con il/la tuo/a partner per provare un adeguato piacere?" potrebbero essere due esempi per rappresentare questo fattore);
- *Alterazione dell'umore* ("Mood Modification"): cambiamenti nel proprio stato emotivo in base alla presenza o assenza del partner (due delle frasi relative sono

"Passi del tempo con il/la tuo/a partner per scordarti delle tue sofferenze?" e "Stai con il/la tuo/a partner per alleviare lo stress?");

- *Sentimenti di astinenza* (Withdraw): malessere, irritabilità, frustrazione o ansia quando non si è con il partner (degli esempi sono "Ti senti agitato / depresso / abbandonato / ansioso quando non sei insieme al tuo partner?");
- *Ricaduta* ("Relapse"): la tendenza a ritornare a pensare o a stare con il partner (ad esempio, "Non sono in grado di ridurre la durata degli incontri con il/la tuo/a partner." e "Non riesco a passare meno tempo con il/la mio/a partner");
- *Conflitto* ("Conflict"): si fa riferimento alla situazione litigiosa che si prova nel rapporto con il partner e altre attività di vita, come il lavoro, le amicizie, gli hobbies (questo fattore potrebbe essere rappresentato da preposizioni come "Tralasci i tuoi impegni familiari e sociali a causa del rapporto con il/la tuo/a partner?" e "Rinuncio alle mie attività ricreative e sociali per impegnarmi nella relazione con il/la tuo/a partner").

Il LAI è stato strutturato con 4 domande per ciascuna delle sei dimensioni del modello di Griffiths, totalizzando 24 domande; ognuna di queste inizia con "quanto spesso..." e le risposte si distribuiscono in una scala Likert a 5 punti: 1 (mai), 2 (raramente), 3 (qualche volta), 4 (spesso) e 5 (molto spesso). Punteggi più elevati indicano livelli più alti di dipendenza affettiva.

Inoltre, è stata proposta una versione breve del questionario (il *Love Addiction Inventory—Short-Form*, LAI-SF) con una sola domanda per ogni dominio, totalizzando nel complesso sei domande, saturando su un unico fattore. Per ottenerla, sono state selezionate solamente le affermazioni con un'attendibilità maggiore rispetto al punteggio totale del test ed esse sono risultate essere: "Senti la necessità urgente di stare insieme al/la tuo/a partner", "Ti senti depresso/a in assenza del/la tuo/a partner", "Senti il bisogno

di aumentare il tempo passato insieme al/la tuo/a partner per provare serenità”, “Hai bisogno di stare con il/la tuo/a partner per alleviare lo stress”, “Pensi di non farcela a ridurre i momenti da passare con il/la tuo/a partner”, “Senti di trascurare il tempo di studio o di lavoro per impegnarti nella relazione con il/la tuo/a partner”.

Nel loro studio, Costa e colleghi (2021) hanno coinvolto 663 partecipanti, trattando l’argomento delle relazioni intime con i partner. Oltre al *Love Addiction Inventory*, hanno somministrato un test per valutare lo stato emotivo negativo e un test di autovalutazione sulla dipendenza affettiva (*Love Addiction Self-Assessment*, che verrà approfondito nel paragrafo successivo) e le valutazioni hanno dimostrato buoni livelli di affidabilità sia per il *Love Addiction Inventory* che per la sua versione breve, confermando la solidità delle caratteristiche psicometriche dello strumento.

Un aspetto intrigante emerso dalle analisi è che lo stato emotivo negativo è risultato correlato con la dipendenza affettiva e questo potrebbe indicare che, in generale, gli individui con dipendenza affettiva tendono a mantenere le relazioni nonostante le conseguenze negative. Questa idea è supportata da ricerche precedenti (Matthews et al., 2009), che suggeriscono che la dipendenza affettiva può influenzare le decisioni di relazione e il mantenimento delle stesse, anche quando ciò comporta risvolti emotivi negativi.

Il *Love Addiction Inventory* è stato concepito includendo quattro domande per ogni componente. Questa scelta è stata considerata ottimale (Chen et al. 2015) poiché, in prospettiva di futuri studi, offre la possibilità di condurre analisi SEM (*Structural Equation Modeling*) con variabili latenti, dato che è generalmente consigliato un minimo di tre indicatori per ogni costrutto latente (Kline, 2005). Al contempo, questa configurazione è sufficientemente concisa per consentire un ampio utilizzo del LAI in combinazione con altri strumenti psicometrici. Inoltre, avere quattro domande per ciascun

fattore permette ulteriori indagini che potrebbero convalidare il LAI in diverse culture e offre la flessibilità di rimuovere un item nel caso si riscontrino problematiche con specifiche domande in una particolare versione linguistica. La forma abbreviata, invece, con un solo item per ogni componente, segue un modello simile alla maggior parte degli strumenti utilizzati per valutare altre forme di dipendenza comportamentale.

In conclusione, il *Love Addiction Inventory*, con inclusa la sua versione “short”, rappresenta un passo significativo nella comprensione e nella valutazione della dipendenza affettiva, fornendo agli psicologi uno dei pochi strumenti validi e affidabili per esplorare questo complesso fenomeno.

2.3 LASA: Love Addiction Self-Assessment

Nel sopracitato studio condotto da Costa e colleghi (2021), è stato utilizzato il *Love Addiction Self-Assessment* (LASA; Falango 2012) come misura di validità concorrente della dipendenza affettiva. Il LASA consiste in 25 domande che richiedono risposte "sì/no" ed è disponibile gratuitamente online. Questo strumento è stato prodotto e riadattato a partire dal test auto-somministrato di 40 domande dei *Sex and Love Addicts Anonymous* (SLAA), progettato per essere uno strumento preliminare di auto-diagnosi per valutare una possibile adesione agli incontri organizzati dall'associazione (Fellowship, 1985).

Nonostante il LASA sia ampiamente utilizzato da professionisti clinici, fino a che non è stato svolto lo studio di Costa e colleghi (2021), nessuna ricerca prima aveva esaminato le sue caratteristiche psicometriche. Ad ogni modo, nei risultati del presente studio, il LASA ha mostrato un indice alpha moderato ($\alpha = .62$).

L'autore, nel pubblicare la scala di autovalutazione da lui elaborata, aggiunge, inoltre, che gli individui che sono dipendenti dall'amore si trovano ad essere attratti da un'intimità immediata e superficiale, e dall'idea di essere innamorati. Come succede per gli altri dipendenti, hanno paura di affrontare un'intimità reale - una vera e propria esposizione di se stessi - e cercano di evitarla attraverso la loro dipendenza. Si lasciano prendere dall'illusione del romanticismo e spesso si trovano a gestire più "relazioni" contemporaneamente ma questo li allontana sempre più dalla loro vita reale, dalle relazioni e dalle famiglie. Nonostante queste relazioni fantastiche possano essere distruttive, gli amanti dell'amore spesso si aggrappano a esse con forza e ciò, spesso, porta a problemi di bassa autostima, auto-disprezzo e vergogna. Quando l'emozione iniziale e l'entusiasmo della relazione svaniscono, rimangono depressi e ansiosi, colmi di sensi di colpa e vergogna; questa disperazione, spesso, scatena un altro ciclo di dipendenza dall'amore o altri comportamenti autodistruttivi.

Sebbene non costituiscano uno strumento diagnostico, le domande create dallo psicoterapeuta Mark Falango, nel 2012, possono fornire al soggetto un grande aiuto nel capire se potrebbe soffrire di dipendenza affettiva oppure no. Alcuni degli esempi di item sono: "Hai mai cercato di controllare con quale frequenza vorresti incontrare qualcuno romanticamente?", "Pensi che la vita avrebbe poco o nessun significato senza una relazione amorosa?", "La tua attenzione alle relazioni romantiche ti aiuta a far fronte o a evadere dai problemi della vita?" oppure "Ti sei mai chiesto se potresti fare di più nella tua vita se non fossi così motivato/a dai desideri sessuali e romantici?".

Se il soggetto risponde "Sì" da 0 a 3 domande, viene categorizzato come, probabilmente, non dipendente dall'amore, da 4 a 6, la persona potrebbe avere un problema e se, invece, dà una risposta affermativa a 7 o più item, potrebbe essere che l'individuo vuole cercare

o ha bisogno di aiuto professionale da qualcuno esperto nel trattamento della dipendenza sessuale e amorosa, per comprendere e superare la sua compulsione.

2.4 LAS: Love Attitudes Scale

La *Love Attitudes Scale* (LAS) è uno strumento, creato da Hendrick & Hendrick (1986), per esplorare i diversi modi in cui le persone vivono e manifestano il proprio amore e gli atteggiamenti verso la propria relazione amorosa. Questo test si basa sulla teoria di Lee (1973, 1988), che identifica sei stili di amore fondamentali:

- *Eros* (passione intensa): descrive una persona emotivamente intensa che cerca una relazione aperta, intima e appassionata; questo tipo di “lover” ha idee chiare su quale tipo di persona desidera come compagno/a e cerca di creare una connessione profonda quando trova quella persona (es. di item “Io e il mio compagno/amante ci siamo sentiti attratti l'uno dall'altro immediatamente dopo esserci conosciuti.”);
- *Ludus* (amore giocoso): rappresenta il partner che considera l'amore come un gioco sofisticato; lui o lei gode di avere più partner e quindi non è interessato a impegnarsi profondamente con una sola persona (es. di item “Credo che ciò che il mio compagno/amante non sa di me non gli farà male.”);
- *Storge* (affetto amichevole): è un tipo di amore che coinvolge un'amicizia che si sviluppa lentamente nel tempo; interessi condivisi, fiducia e accettazione acquisiti nel tempo sembrano essere centrali a questo stile di amore; i concetti di *passionate love* e *companionate love* di Hatfield e Walster (1978) potrebbero essere considerati equivalenti, rispettivamente, a Eros e Storge (es. di item “È difficile dire esattamente dove finisce l'amicizia e inizia l'amore.”);
- *Pragma* (amore pratico e razionale): è lo stile di amore in cui la compatibilità del partner con la propria posizione e ruolo nella comunità è centrale; il "lover"

pragmatico cerca somiglianze di interessi e background che probabilmente renderanno l'altra persona un buon partner per la vita (es. di item “Prima di coinvolgermi molto con qualcuno, cerco di capire quanto sia compatibile il suo background ereditario con il mio nel caso in cui avessimo mai figli.”);

- *Mania* (amore ossessivo e dipendente): è lo stile di amore caratterizzato da un coinvolgimento emotivo intenso, con preoccupazioni per la perdita dell'altro, che portano a sentimenti di gelosia ed esclusività; il "lover" maniaco spesso si sente insicuro/a in una relazione (es. di item “Quando le mie storie d'amore finiscono, mi deprimò così tanto che persino penso al suicidio.”);
- *Agape* (amore altruistico e generoso): è lo stile di amore altruistico in cui il "lover" agapico cerca una completa identificazione spirituale ed emotiva, è molto disposto a fare sacrifici nell'interesse del partner e potrebbe avere conflitti riguardo all'espressione sessuale; il concetto di Agape è, probabilmente, vicino al concetto di amore comunitario proposto da Clark e Mills (1979) (es. di item “Non posso essere felice a meno che non metta la felicità del mio compagno/amante prima della mia.”).

Per analizzare e accertare queste sei tipologie, è stato creato un questionario composto da 42 domande, sette per ogni fattore, ognuna mirata a misurare uno dei sei stili di amore. Le persone devono rispondere a ciascun item usando una scala a 5 punti: 1 (fortemente d'accordo), 2 (moderatamente d'accordo), 3 (neutro), 4 (moderatamente in disaccordo), 5 (fortemente in disaccordo).

Questo questionario è stato somministrato a 1.374 studenti universitari in due diversi studi e i risultati dell'analisi fattoriale ha evidenziato, chiaramente, sei diverse scale di stili di amore, ciascuna con la propria coerenza interna e con basse correlazioni fra di loro. Inoltre, sono state trovate relazioni significative tra gli stili di amore espressi e vari aspetti

personali dei partecipanti, come il genere, l'etnia, le esperienze amorose passate, lo stato attuale delle loro relazioni amorose e il livello di autostima. Uno studio di conferma ha, inoltre, replicato la struttura del questionario e confermato l'affidabilità dei risultati del primo studio e, in sostanza, le relazioni tra gli stili di amore e le caratteristiche personali degli individui sono risultate coerenti con i risultati precedenti.

Addizionalmente, è stata sviluppata dagli autori la *Love Attitudes Scale Short Form* (LAS-SF), una versione abbreviata di 18 item della LAS originale. La LAS-SF è stata creata per essere una versione più rapida da somministrare della scala completa, mantenendo comunque la capacità di misurare gli stili di amore di base, ed è stata progettata in modo tale che ci siano tre item per ogni fattore.

La LAS-SF è stata utilizzata in numerosi studi sulla psicologia delle relazioni per valutare rapidamente gli stili di amore prevalenti in un campione di individui e, in particolare, questa versione abbreviata è stata utile in contesti di ricerca in cui il tempo era limitato e si desiderava una misura più breve delle attitudini amorose.

Tornando alla versione originale, più specificatamente, la misura che, in questo studio, ci interessa di più è la scala "Mania", che sembra riportare e analizzare numerosi aspetti chiave del costrutto centrale in questo progetto di tesi, la dipendenza affettiva. Con item come "A volte sono così eccitato/a dall'essere innamorato/a che non riesco a dormire.", "Quando il mio compagno/amante non mi presta attenzione, mi sento male in tutto il corpo." o "Non riesco a rilassarmi se sospetto che il mio compagno/amante sia con qualcun altro.", questo fattore ha l'obiettivo di andare a indagare i tratti della passione amorosa che possono essere eccessivamente forti e ansiosi ed è progettato per misurare l'intensità delle emozioni e dei comportamenti ossessivi e possessivi in una relazione di coppia. I temi centrali sono:

- *Reazioni fisiche ed emotive estreme*: quando le cose vanno male nella relazione, si verifica una reazione fisica forte come il mal di stomaco o il sentirsi male in tutto il corpo e, inoltre, la rottura di una storia d'amore può portare a un senso profondo di depressione e persino pensieri suicidari;
- *Ansietà e preoccupazione eccessive*: è presente un'ansia costante nel pensare che il partner possa essere con qualcun altro; questo tipo di amore può portare a comportamenti impulsivi e poco razionali per attirare l'attenzione del partner;
- *Difficoltà a distogliere l'attenzione dall'amore*: quando si è innamorati, può essere difficile concentrarsi su altre cose e questo livello di coinvolgimento emotivo ed eccitazione può anche portare a difficoltà nel dormire.

In generale, la scala "Mania" misura un tipo di amore che è caratterizzato da una forte intensità emotiva, una grande dipendenza emotiva dal partner, ansia costante sulla relazione e una reazione molto forte alla separazione o alla minaccia di separazione. Questo tipo di amore può essere associato a una maggiore vulnerabilità emotiva e a comportamenti non sempre razionali o sani nella gestione delle relazioni amorose.

Si può aggiungere, inoltre, che punteggi alti in questa scala sono stati spesso associati a una serie di esiti negativi nelle relazioni, come gelosia eccessiva, possessività, comportamenti impulsivi, dipendenza emotiva e maggiore probabilità di esperienze amorose tormentate o problematiche, tutti aspetti che corrispondono a quanto specificato in precedenza sulla *love addiction*.

2.5 ADS-9: Affective Dependence Scale

Lo studio di Ruiz e colleghi (2022) si concentra sulla valutazione della *Affective Dependence Scale* (ADS-9), nella versione abbreviata composta da nove domande di

autovalutazione, estratte dall'IRIDS-100 (Ruiz et al., 2018), che sono state scelte dopo un processo di selezione che ha coinvolto sia valutazioni cliniche che sperimentali.

In uno studio precedente, l'IRIDS-100 ha identificato un profilo psicologico specifico nei partecipanti che differiva da altri gruppi di dipendenza sentimentale (come i co-dipendenti e i bi-dipendenti), così come dai gruppi di confronto (come individui dipendenti da sostanze non emotivamente dipendenti, parenti non co-dipendenti e la popolazione generale).

L'IRIDS-100 è un questionario che valuta diversi tipi di dipendenza sentimentale, suddividendoli in sottoscale come Dipendenza Affettiva, Co-dipendenza e Bi-dipendenza, e che fornisce anche fattori clinici rilevanti nel campo delle relazioni. La struttura dell'IRIDS-100 include sette dimensioni esplicative: Triade Dipendente, Adattamento, Autoinganno, Sentimenti Negativi, Caratterosi (una sorta di anomalia della personalità legata a fattori di identità e confini relazionali come identificazione, interazione con l'altro, confini di personalità flessibili o rigidi, egoismo, controllo e dominazione), Storia Personale e Triade Codipendente.

La dimensione della Triade Dipendente è composta da tre fattori (Dipendenza, Ricerca di Sensazioni e il Craving) e rappresenta la maggior parte della varianza spiegata dal costrutto della dipendenza emotiva.

Dunque, la ADS-9 valuta il profilo cognitivo-affettivo attraverso due dimensioni:

- *Craving* (“desiderio intenso”), definito come "imperativo bisogno dell'altro con la presenza di stati disturbanti", ossia la presenza di comportamenti legati a una forte necessità del partner abbinata a sensazioni di disagio e di sofferenza per la perdita; questa dimensione sarebbe collegata, secondo gli studi neurobiologici, a un aumento dell'attività nel percorso dopaminergico tegmentale ventrale, che potrebbe spiegare gli aspetti fisici e psicopatologici della dipendenza, che

rappresenta un fenomeno complesso, appunto, che coinvolge aspetti soggettivi, comportamentali, fisiologici e neurochimici (questo fattore viene valutato con cinque domande);

- *Submission* (“sottomissione”), che comprende adattamento, accomodamento e sottomissione al partner, sembra essere collegata a sintomi depressivi e a problemi nell'attaccamento e nelle strategie di controllo; punteggi alti in questa sottoscala sono stati associati a comportamenti come ostilità, ansia sociale, colpa e, persino, credenze paranoiche e a tipi specifici di attaccamento, tra cui l'attaccamento timoroso e patologico, così come a sentimenti di solitudine (valutato con quattro domande).

Le persone devono dare una risposta a queste domande utilizzando una scala Likert a cinque punti, che va da "fortemente in disaccordo" a "fortemente d'accordo".

L'obiettivo principale dello studio succitato è stato quello di sviluppare l'ADS, per poter consentire, inoltre, una successiva valutazione clinica della dipendenza affettiva. In particolare, gli autori si sono proposti di validare psicometricamente l'ADS, testare se l'ADS funzionasse in modo simile fra gruppi con diverse caratteristiche psicopatologiche, come gruppi clinici (soggetti emotivamente dipendenti), gruppi di confronto (soggetti dipendenti da sostanze non emotivamente dipendenti) e popolazioni generali, e determinare se questi tre gruppi differissero nei loro punteggi di *love addiction*.

I principali obiettivi dello studio sono stati raggiunti, anche se è stato riconosciuto il grande limite di questo test di non cogliere tutte le diverse sfumature della dipendenza affettiva, essendo, appunto, una scala costituita da solamente due fattori.

2.6 FCAI: Friel Co-Dependency Assessment Inventory

Il *Friel Co-Dependency Assessment Inventory* (FCAI) è un test molto utile per identificare la dipendenza affettiva patologica che si basa su un solido quadro concettuale che permette di distinguere la co-dipendenza da altri disturbi simili: il suo obiettivo principale è misurare specificamente le caratteristiche legate alla dipendenza affettiva (Friel & Friel, 1988).

Questo strumento è composto da 60 domande progettate per esplorare vari aspetti della vita di una persona, come le relazioni interpersonali, la salute emotiva e i comportamenti di dipendenza, e che descrivono pensieri e situazioni nei rapporti con altri individui. Colui a cui è sottoposto questo questionario deve rispondere vero o falso a ciascuna domanda, offrendo così un quadro completo del proprio livello di dipendenza affettiva.

Le risposte vengono valutate in modo alternato, assegnando un punto a ogni frase vera per i numeri pari e a ogni frase falsa per i numeri dispari e la somma di questi punti può variare da 0 a un massimo di 60. Secondo Friel, punteggi inferiori a 20 indicano poche preoccupazioni legate alla co-dipendenza, punteggi fra 21 e 30 indicano preoccupazioni lievi o moderate, fra 31 e 45 indicano preoccupazioni moderate o gravi, mentre punteggi di 45 o più indicano preoccupazioni molto gravi, legate alla co-dipendenza.

L'FCAI è ampiamente utilizzato per valutare la dipendenza affettiva patologica, ma è importante utilizzarlo in modo appropriato, combinandolo con altre forme di valutazione psicologica. Il *Friel Co-Dependency Assessment Inventory* (FCAI) è stato oggetto di varie ricerche per testarne l'attendibilità e la validità. Per quanto riguarda la sua affidabilità, il FCAI ha dimostrato di avere una buona coerenza interna, il che significa che tutte le domande del test si riferiscono allo stesso concetto. Diversi studi, inoltre, hanno confermato la validità del test, dimostrando la sua capacità di misurare in modo efficace la co-dipendenza, confrontandola con altri strumenti e criteri clinici (Keogan, 1993).

Nel suo studio del 1990 sul FCAI, Calleros (1990) ha scoperto che il questionario ha dimostrato una notevole affidabilità con un coefficiente di .92. Inoltre, la validità del questionario è stata confermata attraverso la differenziazione tra co-dipendenti e controlli, sia nella costruzione che nel criterio di valutazione. Calleros ha, inoltre, individuato cinque sottoscale: incompetenza, efficacia nella comunicazione, fallimenti personali, mancanza di supporto e comunicazione nella famiglia di origine, ognuna delle quali ha dimostrato una buona affidabilità.

Alcuni esempi di item di questa misura maggiormente connessi alla *love addiction* sono: “Trovo abbastanza tempo per fare le cose per me stesso ogni settimana.”, “Quando sono in una relazione che diventa troppo confusa e complicata, non ho problemi a uscirne.”, “Faccio troppo per gli altri e poi mi chiedo perché l'ho fatto” e “Quando qualcuno che amo mi dà fastidio, non ho problemi a dirglielo.”.

2.7 Scala di Cowan e Kinder

Nel 1985, Cowan e Kinder (1985), hanno creato una breve scala di 13 item per misurare la dipendenza affettiva, estrapolando e adattando le domande di questo strumento ai criteri definiti, in precedenza, da Peele e Brodsky, in *Love and addiction* (Peele & Brodsky, 1975).

L'amore, infatti, secondo Peele e Brodsky, si manifesta attraverso una serie di criteri che definiscono una relazione sana e autentica. Prima di tutto, l'amore vero è caratterizzato dall'assenza di un desiderio di possesso sull'altro individuo, in cui entrambi i partner si accettano incondizionatamente, con tutti i loro difetti e le loro qualità. In una relazione matura, non si cerca di cambiare l'altro per adattarlo alle proprie aspettative, ma si accetta la persona per ciò che è. Inoltre, l'amore autentico comporta un impegno reciproco nel

rapporto e i partner sono disposti a lavorare insieme per far crescere la relazione e si sostengono a vicenda nei momenti difficili. Per gli autori, la libertà e l'autonomia sono altri aspetti fondamentali dell'amore, dove entrambi sono liberi di essere se stessi e di perseguire i propri interessi senza restrizioni. Infine, viene aggiunto che una comunicazione aperta e sincera è essenziale in una relazione basata sull'amore, dove si parla apertamente dei propri sentimenti, desideri e bisogni, dove il rispetto reciproco rappresenta un altro pilastro importante, insieme al supporto emotivo e alla capacità di crescere insieme come individui. In sintesi, essere con la persona amata dovrebbe portare gioia e piacere genuino, e l'esperienza della relazione non dovrebbe essere caratterizzata da dipendenza emotiva.

La *Scala di Cowan e Kinder sulla Love Addiction*, ispirandosi a questi valori, è uno strumento psicometrico sviluppato per valutare la dipendenza emotiva nelle relazioni amorose e mira a sondare il grado di coinvolgimento emotivo e comportamentale di un individuo, all'interno delle proprie relazioni romantiche. Essa, inoltre, riguarda la paura di rimanere soli, la costante preoccupazione di essere abbandonati o il comportamento di aggrapparsi a una relazione non salutare, nonostante se ne conosca la nocività.

Le risposte vengono valutate su una scala a risposta chiusa, dove i partecipanti esprimono il loro grado di accordo o disaccordo con ciascuna affermazione, ad esempio da 1 a 5 o da 1 a 7, a seconda della versione della scala.

A seguito di un'analisi fattoriale, gli autori hanno affermato che i fattori che identificano i 13 item sono due, ovvero "Dipendenza dal partner" ("Reliance on partner") e "Speranze non realizzate" ("Unfulfilled hopes").

Dove "RP" sta per il primo fattore, "UH" per il secondo e l'asterisco simboleggia che gli item sono reverse, gli item della scala, dunque, sarebbero:

- "Mi sento sicuro e soddisfatto senza il mio partner*." (RP)

- “Voglio che io e il mio partner stiamo insieme tutto il tempo.” (RP)
- “Sento di avere un’ autostima più positiva con il mio partner.” (RP)
- “Consento al sesso opposto di interrompere i piani.” (RP)
- “Mi sento più felice e più vivo con il mio partner.” (RP)
- “Trovo il tempo per altre attività*.” (RP)
- “Non mi preoccupa il passare del tempo da solo*.” (RP)
- “Non mi sento mai soddisfatto con i partners.” (UH)
- “Sogno a occhi aperti, pianifico riguardo i partners.” (UH)
- “La ricerca è più emozionante dell'amore di per sé.” (UH)
- “Sono possessore di interessi e di amici.” (UH)
- “Evito gli incontri di "coppia".” (UH)

Il risultato finale della scala è un punteggio totale, ottenuto sommando i punteggi attribuiti a ciascuna domanda e questo punteggio può variare in base al punteggio massimo e minimo stabilito dalla scala stessa.

La *Scala di Cowan e Kinder sulla Love Addiction* viene utilizzata sia in contesti clinici che di ricerca. Professionisti del settore psicologico possono utilizzarla per valutare il grado di dipendenza affettiva di un individuo, mentre gli studiosi possono impiegarla per approfondire la comprensione della *love addiction* e le sue implicazioni nelle dinamiche relazionali.

3. COSTRUTTI

“By nature we are all addicted to love...

we want it, seek it and have a hard

time not thinking about it.

We need attachment to survive and we instinctively

seek connection, especially romantic connection.”

(Smith, quoted in Berry)

Attraverso una combinazione di conoscenze generiche e un'analisi dettagliata del materiale sulla dipendenza affettiva, che è stato il punto focale dell'indagine condotta, sono stati identificati i concetti da misurare e, quindi, decise le apposite scale per andare ad indagare la validità di costrutto discriminante della scala INLOAD, descritta in precedenza.

Infatti, sono state messe in correlazione le misure di INLOAD con la *Subjective Empitiness Scale* (SES, Price et al., 2022), riferita alla percezione di vuoto soggettivo, con il *Temperament and Character Inventory* (TCI-R, Cloninger, 1994), per misurare il temperamento e il carattere della persona, con il *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ, Baer et al., 2006), per la mindfulness, con la *Seven Dimensions Addiction Scale* (ABQ-7DAS, Caretti et al., 2018), per la dipendenza patologica, con il *Experiences in Close Relationships* (ECR, Brennan at al., 1998), relativo all'attaccamento nelle relazioni di coppia, con il *Desire Thinking Questionnaire* (DTQ, Caselli & Spada, 2011), connesso al rimuginio desiderante, e con il *Metacognitions about Desire Thinking Questionnaire* (MDTQ, Caselli & Spada, 2013), collegato, invece, alle metacognizioni inerenti al rimuginio desiderante.

Qui di seguito sono descritti in dettaglio i costrutti correlati a queste misurazioni.

3.1 Percezione di vuoto soggettivo

Il primo autore a parlare di “emptiness”, appunto, dall’inglese, “senso di vuoto” è stato Fogarty che, nel proprio articolo “On emptiness and closeness” (Fogarty, 1973), afferma che esso è strettamente collegato a una moltitudine di sentimenti:

- *Solitudine*: “Un senso di isolamento, in cui tutto quello che ho è il mio lavoro”, “Un disperato desiderio di contatto umano”, “Non c’è nessuno con cui parlare”, “Vorrei raggiungere qualcuno e porre fine alla solitudine ma non c’è nessuno con cui condividere nulla”. “Ciò che mi colpisce è che potrei morire lì e nessuno lo saprebbe o si preoccuperebbe”;
- *Senso di nullità*: “Ho la sensazione che manchi qualcosa, che qualcosa sia perduto”, “Non sento niente”, “Non sono niente”, “Mi sento male e tutto sembra crollare”, “Mi sento male nei confronti di me stesso perché sto cercando di cambiare e non riesco a dire cosa penso o sento”, “Mi sento depresso e non riesco a togliere certe persone dalla mia testa”, “C’è qualcosa di cattivo in me”;
- *Confusione*: “Metto in discussione tutto ciò in cui credevo”, “Il desiderio di certezza crea in me più preoccupazioni e indecisioni e mi rinchiude nella mia solitudine”, “Che cosa so io? Non ci sono risposte”, “Non prendo più decisioni sulla mia vita”;
- *Speranza e impotenza*: “Quale è il senso di questo combattere?”, “Non ne vale la pena”, “In realtà non mi importa”, “Qual è il senso di provare?”, “Qual è il senso di tutto ciò?”, “A cosa serve la vita?”, “Nulla va bene”, “Sarà sempre così”, “Ho provato così duramente ma più mi sembra di guadagnare, più mi sembra di perdere”;
- *Senso di appartenenza*: “Non sento di appartenere più a nulla”, “Mi sento inutile”, “Non ho più niente in comune con le persone che mi sono vicine”, “Sto solo

seguendo il corso”, “Non mi sento davvero parte di qualcosa”, “Non sono veramente nella mia famiglia”;

- *Tristezza*: “Mi viene da piangere tutto il tempo”, “Ho rimpianti sul mio passato”, “Sono profondamente deluso di me stesso e della mia vita”, “Ho un forte desiderio di rintracciare i miei vecchi amici e il quartiere”;
- *Non curanza*: “Non sono importante”, “Vorrei qualcuno che si prendesse davvero cura di me per quello che sono, non per quello che faccio”;
- *Vergogna*: “Mi sento confuso, colpevole per ciò che sono”, “Ho un senso di imbarazzo e una sensazione di disonore per certe caratteristiche di me stesso”, “Mi sento confuso, colpevole e male con me stesso”;
- *Fallimento*: “Tutto quello che faccio è provare e fallire”, “Ho un senso terribile di inadeguatezza”, “C'è una grande distanza tra ciò che mi aspettavo da me stesso e dagli altri, e dove mi trovo”, “Non arriverò mai da nessuna parte”, “Ho un senso di inadeguatezza terrificante”;
- *Morte emotiva*: “Mi sento annoiato”, “Mi sento come se stessi morendo”, “Ho la sensazione che sto diventando vecchio e sto perdendo tempo”, “Ora mi rendo conto che non posso scappare dai problemi attorno e dentro di me”, “Mi sento apatico, senza interesse per nulla”, “Non ho entusiasmo per nulla”, “Prima ricevevo lo slancio per vivere dagli altri o lo fornivo io stesso, ma ora non funziona più”, “Sono annoiato, e mi sembra che il mio io stia morendo”, “Mi sento senza vita, una sensazione di stanchezza come non ho mai avuto prima”;
- *Paranoia*: “Mi sento inibito, non a mio agio e sento un dolore dentro di me”, “Quello che posso fare è andare dentro questo dolore perché è tutto quello che ho”, “Un senso di diffidenza entra nella mia mente riguardo alle persone al di fuori di me”.

D'Agostino e il suo gruppo di ricercatori (D'Agostino et al., 2020), nell'esaminare 72 articoli recenti sull'argomento, hanno evidenziato che in letteratura sono presenti notevoli differenze nel modo in cui viene descritta e manifestata la sensazione di vuoto e, per questo motivo, nessuna definizione di questo fenomeno può catturare in modo completo e profondo tutte le sue sfumature. La ragione principale sembra riguardare il significato e la descrizione che si dà dell'esperienza vissuta: la sensazione di vuoto può significare "sentire un vuoto", "sentirsi vuoti", "sentire un buco dentro", o "sentire un senso di mancanza di scopo", anche se non è per nulla chiaro se queste locuzioni si riferiscano tutte alla stessa condizione o no, soprattutto, perché questa sembra essere una percezione estremamente soggettiva. Tuttavia, è possibile, comunque, identificare diversi aspetti che ricorrono in varie definizioni o che sono comuni a esse.

D'Agostino e colleghi, appunto, attraverso questa revisione dettagliata, hanno definito la sensazione di vuoto come “uno stato emotivo complesso e negativo, il quale può variare significativamente tra individui a seconda delle loro peculiarità”). Secondo gli autori, inoltre, questa condizione include diverse componenti: una componente fisica, una sensazione di solitudine o di disconnessione sociale e un profondo senso di insoddisfazione personale o mancanza di obiettivi.

Inoltre, si è notato che la sensazione di vuoto sia strettamente correlata ad altri stati emotivi come la disforia, la noia, la solitudine e l'apatia, sovrapponendosi a essi in certi casi. A differenza di altre sensazioni, però, “the feeling of emptiness”, così chiamato dagli autori, non mostra una tendenza naturale a risolversi nel tempo, il che potrebbe spiegare la sua persistenza.

La durata e le modalità di mantenimento di questa condizione giocano un ruolo cruciale nella sua manifestazione in diversi disturbi: si suppone che la sensazione di vuoto cronica sia più caratteristica dei disturbi di personalità, specialmente nel cluster che comprende

disturbi caratterizzati da drammaticità ed eccentricità, come il disturbo borderline, mentre una sensazione di vuoto acuta o intermittente è più probabile in disturbi dell'umore come la depressione.

Le relazioni tra la sensazione di vuoto e altri stati emotivi sono importanti da esplorare e, ad esempio, una possibile linea di indagine potrebbe esaminare l'associazione fra la sensazione di vuoto e la disforia nel BPD, considerando se sia mediata dalla diffusione dell'identità, sintomo tipico dei soggetti con un'identità poco definita.

Gli esperti hanno notato che i sentimenti di vuoto e di solitudine sono spesso associati nella depressione, condividendo sentimenti di indegnità e isolamento, sensazioni che tendono a manifestarsi e svanire autonomamente, ma non è ancora chiaro se la sensazione di vuoto possa seguire lo stesso modello.

Per quanto riguarda l'apatia o il torpore, essi possono condividere con la sensazione di vuoto un "ottundimento" emotivo e un evitamento temporaneo del dolore, che può manifestarsi in contesti di depressione, lutto, traumi, stati dissociativi o schizofrenia.

Per riassumere quanto emerso da questo paper, gli autori della revisione evidenziano l'importanza e la necessità di comprendere meglio la sensazione di vuoto e le sue relazioni con altre emozioni all'interno delle varie forme di psicopatologia, soprattutto perché questo approfondimento potrebbe portare allo sviluppo di nuove terapie per affrontare questa sintomatologia pervasiva e, potenzialmente, pericolosa per la popolazione clinica.

3.2 Temperamento e carattere

Secondo Cloninger, la personalità può essere suddivisa in due dimensioni psicobiologiche: il temperamento e il carattere (Cloninger et al., 1993). Secondo questa teoria, chiamata "teoria bio-psicosociale", il temperamento ha radici biologiche ed è

responsabile delle spinte che ci portano ad agire in modi diversi. Il carattere, invece, è il risultato dell'interazione di una persona con l'ambiente, basata sulle sue attitudini ed esperienze.

Con il termine "temperamento" s'intende, generalmente, la risposta psichica naturale al corredo organico ereditario, la quale esprime impulsi, tendenze istintive, disposizioni, necessità e stati affettivi. Inoltre, il temperamento comprende tendenze e bisogni che influenzano come ci comportiamo e come ci sentiamo di fronte alle situazioni che incontriamo nella vita quotidiana.

Cloninger suggerisce che esso sia identificabile già dall'infanzia e rimanga stabile per tutta la vita poiché è influenzato da caratteristiche biologiche ereditabili. Alcuni studi condotti sui gemelli hanno indicato che i tratti del temperamento possono essere ereditati in misura compresa tra il 40% e il 60% e che questi tratti sono alla base di ciò che ci spinge ad attivare o inibire certi comportamenti (Cloninger et al., 1993). La parola "temperamento" ha radici nel latino "temperamentum", che deriva da "temperare", che significa "miscelare" o "mescolare" diversi elementi. Quando usiamo questo termine, ci riferiamo alla combinazione di caratteristiche che contribuiscono a definire ciò che rende un individuo unico. In sostanza, il temperamento è come un mix unico di tratti che, insieme, creano la nostra identità e ci distinguono dagli altri, che riguarda una serie di tratti congeniti che non sono influenzati dalla cultura, ma sono piuttosto un'espressione diretta delle caratteristiche innate di una persona. Ad esempio, quando diciamo a qualcuno: "Hai un temperamento da grande attore, sei nato per fare questo mestiere", stiamo indicando che questa persona mostra una capacità innata che la predispone per esibirsi sul palcoscenico con relativa facilità (Goldsmith et al., 1987).

Cloninger ha proposto una classificazione del temperamento basata su quattro dimensioni principali, ciascuna a sua volta suddivisa in caratteristiche più specifiche:

- *Ricerca delle sensazioni*: aspetto legato a un forte desiderio di stimolazione e avventura, con una tendenza all'esplorazione e all'entusiasmo; le persone con questa caratteristica possono annoiarsi facilmente, essere impulsivi e avere difficoltà con la stabilità relazionale; si divide in: eccitabilità esploratoria vs. rigidità stoica, impulsività vs. riflessività, stravaganza vs. riservatezza, disordine vs. regimentazione;
- *Evitamento del danno*: tratto caratterizzato da una preoccupazione per le conseguenze delle proprie azioni e le persone con questa caratteristica sembrano essere sensibili alle critiche, caute e apprensive; si suddivide in: paura anticipatoria e pessimismo vs. ottimismo disinibito, paura dell'incertezza, timidezza, affaticabilità vs. rigore;
- *Dipendenza dalla ricompensa*: aspetto che implica una preoccupazione per la reazione degli altri al proprio comportamento e le persone con questa caratteristica sono socievoli e sensibili ai segnali sociali; questa sottocategoria si suddivide in: sentimentalismo vs. determinazione, attaccamento vs. distacco, dipendenza vs. indipendenza;
- *Persistenza*: questa dimensione si manifesta con una forte perseveranza e determinazione, spesso accompagnata da un desiderio di raggiungere gli obiettivi e un certo perfezionismo; non ha ulteriori suddivisioni in sottocategorie.

Riassumendo, questa classificazione di Cloninger cerca di catturare i diversi modi in cui le persone possono reagire all'ambiente e alle situazioni, considerando le loro inclinazioni naturali e le propensioni comportamentali.

In altre parole, il temperamento è ciò di cui siamo naturalmente dotati, che ci rende predisposti a certi modi di essere e di comportarci, indipendentemente dalle influenze culturali, dunque, rappresenta il complesso delle risposte comportamentali innate che

caratterizzano come una persona reagisce agli stimoli provenienti dall'ambiente circostante, contribuendo, così, a definire la sua identità, nonché la componente biologica della nostra personalità, quella parte di ognuno che è presente sin dalla nascita e si manifesta attraverso le nostre reazioni emotive e comportamentali.

Il carattere, invece, è il frutto dell'iniziativa del soggetto sotto l'influsso dell'ambiente; questa parola ha origini nel greco "charakter" che significa "segno distintivo o impronta".

Il carattere di una persona è fortemente influenzato dall'ambiente in cui cresce, specialmente durante l'infanzia e l'adolescenza, è legato alla storia personale e al bagaglio culturale acquisito nel corso dello sviluppo e possiamo considerarlo come il risultato dell'esperienza di vita di una persona. Ad esempio, dire che qualcuno ha un carattere impulsivo significa che le esperienze vissute hanno portato a sviluppare questa caratteristica. Il carattere, dunque, è una parte centrale della struttura complessiva della personalità che influenza, appunto, la vita emotiva della persona e i suoi processi cognitivi come l'attenzione, la percezione, l'immaginazione, la memoria e il pensiero. Il carattere è ciò che determina l'individualità e l'originalità della personalità dell'individuo ed è attraverso il comportamento di una persona nelle circostanze che sono rilevanti per lei che possiamo valutare il suo carattere. Va notato che, mentre i tratti della personalità possono svilupparsi nel corso della vita, influenzati da bisogni, inclinazioni, e cambiamenti sociali, il carattere si forma in modo più precoce e rimane più stabile. Inoltre, i tratti della personalità possono evolversi in direzioni sia positive che negative, a seconda delle circostanze e della situazione, e possono raggiungere anche gli estremi e questa estremizzazione dei tratti del carattere è conosciuta come "accentuazione del carattere".

3.3 *Mindfulness*

Con il termine “mindfulness” si vuole intendere quella situazione in cui si ha pienamente consapevolezza di sé prestando attenzione alla realtà nel momento presente, in maniera oggettiva e distaccata ma, soprattutto, con curiosità e in modo non giudicante (Kabat-Zinn, 1994), che comprende un processo che aiuta a coltivare la capacità di prestare attenzione al presente con consapevolezza e accettazione (Hanh, 1987).

Gli elementi fondamentali e imprescindibili della *mindfulness*, derivanti dalle definizioni sopra menzionate, sono, dunque, consapevolezza e attenzione e indicano l'obiettivo della sua pratica e la sua natura etica. Lo scopo è, appunto, ridurre la sofferenza inutile, sviluppando una comprensione profonda e un'accettazione di ciò che accade attraverso un impegno attivo con i propri stati mentali. Secondo la tradizione originaria, praticare la *mindfulness* dovrebbe portare da uno stato di squilibrio e sofferenza a una maggiore percezione soggettiva di benessere, grazie a una conoscenza approfondita dei propri stati mentali e processi interni. Possiamo, quindi, riassumere la definizione di questo costrutto affermando che esso rappresenti il raggiungimento della consapevolezza di sé e della realtà nel momento presente e in maniera non giudicante, una consapevolezza che può essere raggiunta mediante la messa in pratica di particolari tecniche di meditazione derivanti da quelle impiegate nel buddhismo.

La parola “mindfulness”, infatti, ha origine dal termine sanscrito “sati”, che ha una vasta gamma di significati e non può essere facilmente tradotto con una sola parola. Questo termine rappresenta la memoria del presente e la presenza mentale, la consapevolezza di ciò che avviene nel nostro mondo interno (Bodhi, 2000), una facoltà da coltivare come mezzo per ridurre la sofferenza umana, che, spesso, è legata alla percezione sbagliata di un sé individuale permanente. Superare questa illusione, infatti, potrebbe portare a un equilibrio emotivo e a un benessere psicologico duraturo.

Secondo Chiesa (2013), la *mindfulness* è una consapevolezza chiara di ciò che sta accadendo nel nostro mondo interno e lo sviluppo di questa abilità è legato alle pratiche meditative, sia di concentrazione che di ricezione. Il praticante deve essere in grado di familiarizzare con entrambe le prospettive, imparando così ad ancorare la mente all'esperienza presente, liberandosi da proiezioni, incomprensioni ed errori; l'accettazione di ciò che accade facilita questo processo e al tempo stesso ne è il risultato.

La *mindfulness* si basa su uno dei principi fondamentali che riguarda l'unione mente e corpo: questo concetto è importante perché riconosce che il riconoscimento e la descrizione delle sensazioni e delle percezioni del corpo forniscono informazioni sulla nostra sfera cognitivo-emotiva. Non sorprende, quindi, che la ricerca abbia dedicato uno sforzo specifico allo studio dei meccanismi cerebrali che supportano un atteggiamento “mindful”.

Si è osservato che la pratica della *mindfulness* attiva contemporaneamente le aree cerebrali frontali coinvolte nelle capacità esecutive e di allerta, aree che, inizialmente, aiutano a concentrare e mantenere l'attenzione, per poi sostenere l'intenzione di rimanere consapevoli del momento presente, influenzando anche i processi decisionali. In uno studio condotto da Luders e colleghi (Luders et al., 2012), si è visto che la pratica prolungata della meditazione porta a un aumento dello spessore e al potenziamento dei lobi frontali, in particolare della corteccia prefrontale mediale, che si traduce in una migliore elaborazione delle informazioni, in una maggiore facilità nelle decisioni e in una migliore memoria. Lo studio di Luders ha mostrato, quindi, una correlazione diretta fra gli anni di pratica meditativa e la quantità di piegature corticali nel cervello, dunque, gli autori suggeriscono che del tempo dedicato alla *mindfulness* possa influenzare la struttura cerebrale in modo positivo, permettendo un trattamento più rapido delle informazioni e una maggiore capacità di elaborazione cognitiva.

Inoltre, Shapiro e colleghi in “Mechanisms of mindfulness” (Shapiro et al., 2006), espongono un modello di *mindfulness* diviso in tre elementi fondamentali, interconnessi fra loro e si integrano in questa attività:

- *Attenzione*: la capacità di osservare l'esperienza interna ed esterna momento per momento senza giudizio o interpretazione, fondamentale nella pratica della *mindfulness* e può portare a una maggiore consapevolezza dei contenuti della coscienza; questo aspetto aiuta anche a sviluppare abilità come la vigilanza, la capacità di spostare l'attenzione e l'inibizione cognitiva;
- *Intenzione*: ovvero l'obiettivo o la motivazione, dietro la pratica della *mindfulness*, per cui una persona la mette in pratica e che può cambiare nel tempo, evolvendo e mutando; questo è un aspetto spesso trascurato nelle definizioni moderne di *mindfulness*, ma è cruciale per comprendere il processo nel suo insieme;
- *Atteggiamento*: riguarda la qualità o l'atteggiamento che si porta durante l'attenzione, appunto, risulta essere importante portare gentilezza, curiosità e apertura nella pratica della *mindfulness*, che aiutano a sviluppare la capacità di accettare e lasciar andare le esperienze, anziché cercare continuamente esperienze piacevoli o respingere quelle avverse; il suggerimento è, quindi, quello di evitare un atteggiamento freddo e critico che ostacola tutto questo processo.

3.4 Dipendenza patologica

La dipendenza è uno stato in cui l'organismo necessita di una sostanza specifica o di mettere in atto un dato comportamento per funzionare correttamente e sviluppa una dipendenza fisica e chimica da questa situazione. Talvolta il termine "addiction" viene

utilizzato come sinonimo di dipendenza, ma in realtà *l'addiction* va oltre questo concetto perché essa indica una condizione che porta l'individuo a cercare in modo ossessivo l'oggetto della dipendenza, senza il quale la sua vita sembra priva di significato. *L'addiction* coinvolge la persona in modo profondo e persistente, al punto che l'oggetto della dipendenza domina i suoi pensieri e si manifesta, così, un cambiamento nel comportamento che va oltre un'abitudine normale diventando una ricerca eccessiva e patologica del piacere attraverso l'uso di sostanze o azioni che possono diventare problematiche.

Le caratteristiche chiave delle dipendenze patologiche, incluso *l'addiction*, sono due: l'incapacità di fare a meno di qualcosa o di rinunciare a un comportamento senza provare disagio, e il ruolo centrale che il prodotto o il comportamento assume nella vita dell'individuo, al punto che la sua esistenza sembra priva di significato senza l'oggetto di dipendenza (Del Miglio et al., 2005).

Secondo l'OMS, la dipendenza patologica è una condizione che coinvolge sia la mente che il corpo, derivante dall'interazione tra un organismo vivente e una sostanza tossica e caratterizzata da comportamenti e reazioni che portano a un bisogno compulsivo di assumere la sostanza, in modo regolare o periodico, per provare gli effetti psicologici e talvolta per evitare il disagio causato dalla sua mancanza.

Appunto, due sono i tipi principali di dipendenza: quella fisica, in cui l'organismo si abitua alla sostanza, richiedendo dosi sempre più elevate per ottenere lo stesso effetto, e quella psicologica, in cui è presente un forte desiderio di utilizzare la sostanza, accompagnato talvolta da disagio corporeo, e diventa difficile farne a meno. Le dipendenze, indipendentemente dalla tipologia e dalla sostanza coinvolta, mostrano alcuni sintomi comuni: una perdita di controllo (l'incapacità di gestire l'uso della sostanza, portando a un consumo eccessivo che può essere scatenato da un forte desiderio, il cosiddetto

“craving”), un utilizzo rischioso (la sostanza viene utilizzata in situazioni pericolose, come durante la guida, mettendo a rischio la propria sicurezza e quella degli altri) e l’isolamento sociale (questa nuova situazione influisce sulle attività quotidiane e sulle relazioni sociali, spingendo la persona a isolarsi da familiari e amici).

Marazziti e colleghi (2015) riassumono la definizione di dipendenza patologica dell'Organizzazione Mondiale della Sanità come una “condizione psicologica e talvolta fisica, che nasce dall'interazione tra un organismo vivente e una sostanza tossica”. Questa condizione è caratterizzata da comportamenti e reazioni che includono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico e l'obiettivo di questo consumo è sperimentare gli effetti psichici della sostanza e, talvolta, evitare il disagio causato dalla sua mancanza. Gli autori, inoltre, sintetizzano, esaustivamente, tutti gli aspetti che, secondo loro, sono comuni a tutte le forme di dipendenza patologica:

- *Piacere e sollievo*: sensazioni piacevoli ma limitate agli inizi dell'uso della sostanza o dell'avvio del comportamento, conosciuta come "fase della luna di miele", durante la quale prevale una forte negazione della situazione problematica;
- *Dominanza o idea prevalente*: l'incapacità di resistere all'impulso di consumare la sostanza o di attuare il comportamento in modo compulsivo;
- *Craving*: crescente desiderio, tensione o appetizione che precede l'assunzione della sostanza o la pratica del comportamento;
- *Instabilità dell'umore*: nella prima fase, rimane circoscritta agli inizi dell'uso della sostanza (o dell'avvio del comportamento), ma col passare del tempo diventa sempre più diffusa ed estesa a tutti gli aspetti della vita quotidiana;

- *Tolleranza*: il bisogno crescente di aumentare la quantità di sostanza o il tempo dedicato al comportamento per ottenere gli stessi effetti piacevoli, che, altrimenti, tende ad esaurirsi e a non soddisfare più;
- *Discontrollo*: il pensiero graduale che emerge nell'individuo che sente di perdere il controllo sull'uso della sostanza o sull'attuazione del comportamento;
- *Astinenza*: forte disagio fisico e psicologico intenso dopo l'interruzione o la riduzione dell'uso della sostanza o del comportamento;
- *Conflitto e persistenza*: l'incapacità di porre fine all'uso cronico della sostanza o al comportamento nonostante le conseguenze negative, quali problematiche familiari, scolastiche, lavorative e sociali;
- *Ricadute*: la tendenza frequente a ritornare alla sostanza o al comportamento dopo un periodo di astinenza;
- *Poliabuso e cross-dipendenza*: l'uso cronico di più sostanze e la pratica di mettere in atto più comportamenti dipendenti, addirittura anche passando da una dipendenza all'altra nel corso della vita;
- *Fattori di rischio comuni*: come la ricerca di sensazioni, impulsività, difficoltà nel regolare le emozioni, un ambiente familiare inadeguato, un attaccamento insicuro e la presenza di traumi.

Griffith (1996a, 1996b, 1998) aggiunge, anche, che le dipendenze possono essere sia passive (come guardare la televisione), sia attive (come giocare ai videogiochi), e possiedono caratteristiche di induzione e rinforzo che possono contribuire alla tendenza alla dipendenza.

Inoltre, Sussman (2012) ha individuato dodici categorie di dipendenze, con l'obiettivo di porre ulteriore attenzione sul fenomeno della dipendenza patologica:

- *Dipendenze correlate all'uso di sostanze stupefacenti*: questa categoria include dipendenze da sostanze come droghe illegali, farmaci prescritti, alcol e tabacco;
- *Dipendenze correlate al cibo*: in questa classificazione rientrano disturbi alimentari come anoressia, bulimia, binge eating disorder e altre forme di eccesso o restrizione alimentare patologica;
- *Dipendenze correlate a comportamenti antisociali*: queste dipendenze coinvolgono comportamenti dannosi o illegali, come aggressività, vandalismo, furto, e altre azioni che violano le norme sociali;
- *Dipendenze che riguardano le tecnologie*: essa comprende dipendenze da dispositivi digitali come smartphone, computer, videogiochi e internet;
- *Il Gambling*: in cui si parla del gioco d'azzardo patologico, con la sua dipendenza associata alle scommesse e al rischio;
- *Dipendenze che riguardano le attività lavorative o la sfera sociale e relazionale*: questa categoria comprende dipendenze legate al lavoro, al volontariato e alla socializzazione eccessiva;
- *Dipendenze correlate alla ricerca della perfezione fisica* (ad esempio, la chirurgia estetica): coinvolge l'eccessiva ricerca della perfezione estetica, che può portare a comportamenti patologici e interventi estetici per raggiungere uno standard irrealistico;
- *Dipendenze connesse alla tendenza a fantasticare* (ad esempio, l'isolamento): queste *addiction* coinvolgono l'evasione dalla realtà attraverso la fantasia o l'isolamento sociale;
- *Dipendenze dall'esercizio fisico*: include la dipendenza da attività fisica eccessiva, che può portare a lesioni e danni alla salute;

- *Dipendenze dalle ossessioni spirituali*: coinvolge la dipendenza da credenze, pratiche o rituali spirituali estremi;
- *Dipendenze dalla ricerca del dolore fisico (automutilazione)*: questa categoria include la dipendenza dall'autolesionismo come modo di fronteggiare il dolore emotivo;
- *Dipendenza dallo shopping*: si tratta della dipendenza da acquisti compulsivi e irrazionali, che possono portare a problemi finanziari e personali.

Come si può, dunque, notare, negli ultimi dieci anni, i concetti di abuso e dipendenza hanno subito un significativo ampliamento: inizialmente, limitati al consumo di sostanze come alcol ed eroina, oggi il panorama delle dipendenze comprende una vasta gamma di disturbi in cui l'oggetto della dipendenza non è soltanto una sostanza, ma anche un'attività legale e socialmente accettata, se non addirittura incoraggiata.

Valleur e Matysiak (2004), infatti, hanno sottolineato come le nuove dipendenze, o "new addictions" come il gioco d'azzardo, internet, sesso, lavoro, smartphone e lo shopping compulsivo, siano manifestazioni tipiche della società postmoderna.

3.5 Attaccamento nelle relazioni di coppia

Per analizzare questo tema, occorre porre un focus sulla teoria dell'attaccamento di Bowlby (1988), uno psichiatra inglese degli anni Sessanta che ha lo scopo di spiegare come le relazioni affettive si sviluppano e aiutano una persona a adattarsi bene al mondo che la circonda, sia socialmente che fisicamente (Attili, 2004). Secondo la teoria dell'attaccamento, un adulto organizza la sua vita sentimentale in base alle esperienze affettive dell'infanzia, evidenziando l'importanza dei legami precoci nel determinare il successo delle relazioni adulte. Bowlby ha iniziato ad interessarsi a questa idea

osservando gli studi di Lorenz sulle paperelle, notando che appena nate, queste creature seguivano qualsiasi oggetto passasse davanti a loro e continuavano a farlo per tutta la vita. Così, l'autore ha esplorato gli studi degli etologi e ha scoperto che molte specie mostrano comportamenti che mirano alla vicinanza fisica.

Mentre alcuni potrebbero considerare gli incontri fra persone come casuali, Bowlby crede che la formazione di una coppia sia basata sulla capacità di entrambi i partner di confermare le rappresentazioni di sé e degli altri che si sono formate fin dall'infanzia; egli ha, infatti, usato il termine "omeostasi rappresentativa" per spiegare come ci leghiamo a qualcuno che non metta in discussione il nostro solido sistema di credenze su noi stessi e sugli altri.

L'idea principale è che l'attaccamento è il collante di una coppia, che fa sì che i partner provino certe emozioni durante il loro rapporto: secondo questa teoria, si può vedere il trasporto affettivo all'interno di una coppia come molto simile all'amore che lega un bambino alla madre, dunque, il legame madre-bambino può spiegare la complessa relazione fra adulti.

Hazan e Shaver (1987; 1992) sostengono che l'innamoramento è un processo di attaccamento vissuto in modi diversi dalle persone a causa delle loro storie uniche di attaccamento. Nel loro lavoro, gli autori hanno evidenziato una forte similitudine tra l'attaccamento infantile e quello adulto, fornendo prove empiriche e argomentazioni teoriche a sostegno dell'importanza dello stile di attaccamento nelle relazioni amorose: le persone classificate come "sicure" descrivevano le loro relazioni come basate sulla fiducia, erano felici di sé e in grado di offrire e ricevere aiuto dal partner anche in caso di errori, le loro relazioni avevano una durata media più lunga (10 anni) rispetto a quelle dei soggetti "ansiosi ambivalenti" (4 anni e 8 mesi) e degli "ansiosi evitanti" (5 anni e 9 mesi); coloro categorizzati come "ansiosi evitanti" descrivevano le loro relazioni come basate

sulla paura dell'intimità, gelosia e alti e bassi emotivi; gli "ansiosi ambivalenti", invece, avevano una profonda paura di amare, manifestata attraverso comportamenti ossessivi verso il partner, desiderio di unione e reciprocità che, talvolta, sfuggivano alla realtà, gelosia e attrazione sessuale.

Le differenze tra queste categorie ci portano a concludere che, nonostante l'amore romantico abbia tratti comuni a tutti, le differenze tra le persone non riguardano solo l'intensità, ma anche la diversità di ciò che si prova.

Inoltre, le persone con stili di attaccamento diversi mostravano anche differenze nella loro storia di attaccamento, nei modelli mentali e nelle esperienze sentimentali: le persone sicure sapevano che i sentimenti romantici possono fluttuare nel tempo ma credevano ancora nell'amore duraturo, esprimevano fiducia e si consideravano gentili; gli ansiosi evitanti pensavano che l'amore romantico fosse impossibile da trovare e che non fosse necessario per essere felici; gli ansiosi ambivalenti, invece, si innamoravano facilmente ma ritenevano quasi impossibile trovare l'amore vero.

Inoltre, Fisher e Crandell (1997) parlano di "attaccamento complesso" per descrivere come le relazioni di coppia siano caratterizzate da una natura dualistica, dove entrambi i partner sono sia dipendenti l'uno dall'altro che oggetto della dipendenza reciproca. Questa visione sottolinea che ogni partner, agendo come figura d'attaccamento, dovrebbe essere capace di accettare l'ansia derivante dalla dipendenza dall'altro e anche dall'essere l'oggetto della dipendenza dell'altro. Gli autori descrivono, poi, tre tipologie principali di attaccamento di coppia:

- *Attaccamento di coppia sicuro*: entrambi i partner sono in grado di muoversi liberamente tra essere dipendenti ed essere l'oggetto di dipendenza dell'altro, esprimendo apertamente il bisogno di conforto e contatto, segnalando un equilibrio tra queste due posizioni;

- *Attaccamento di coppia insicuro*, suddiviso in:
 - *Attaccamento di coppia distanziante/distanziante*: situazione in cui entrambi i partner negano i sentimenti di dipendenza e vulnerabilità;
 - *Attaccamento di coppia preoccupato/preoccupato*: in cui i partner esprimono costanti sentimenti di deprivazione e una convinzione reciproca che l'altro non potrà mai soddisfare il bisogno di conforto;
 - *Attaccamento di coppia distanziante/preoccupato*: il “lover” preoccupato si sente cronicamente deprivato ed abbandonato, mentre quello distanziante è infastidito dai bisogni di dipendenza dell'altro, portando a una dinamica conflittuale di inseguimento e distanziamento; questo è il pattern più comune nelle terapie di coppia, con il partner distanziante che minimizza l'importanza del legame e il partner preoccupato che esaspera l'importanza della prossimità e della rassicurazione emotiva;
- *Attaccamento di coppia sicuro/insicuro*: la presenza di una figura sicura, capace di assumere entrambe le posizioni di dipendenza e di essere oggetto di dipendenza, potrebbe offrire un'esperienza correttiva emotivamente al partner insicuro, permettendogli di comportarsi in modo più flessibile e bilanciato (Velotti e Zavattini, 2013).

Infine, considerando gli studi di Hazan e Shaver e di Fisher e Crandell, si ipotizza che le relazioni adulte siano influenzate dalle strategie di regolazione emotiva derivanti dalla storia personale dei partner e che, soprattutto, sia cruciale l'interazione dei modelli rappresentazionali dei partner. Il modello d'attaccamento è visto come una variabile che

influenza la qualità della relazione di coppia, agendo da filtro non solo per la percezione di sé e dell'altro, ma anche per la consapevolezza della relazione stessa (Velotti e Zavattini, 2008).

Lo stile di attaccamento gioca un ruolo fondamentale nella scelta del partner perché ogni stile comporta una serie di aspettative e paure legate alle relazioni interpersonali: solo un soggetto con aspettative e paure compatibili sarà quindi scelto come partner (Feeney, Noller, 1991). Questo legame tra partner adulti, come accennato prima, segue le stesse tappe di sviluppo dell'attaccamento madre-bambino:

- *Ricerca di vicinanza*: all'inizio di una relazione, c'è un'attrazione reciproca che porta a voler essere vicini fisicamente e psicologicamente; questo legame è spesso motivato dall'interesse sessuale o dal desiderio di evitare la solitudine, diversamente dalla relazione madre-bambino dove il bambino si avvicina principalmente per paura o necessità;
- *Rifugio sicuro*: perché una relazione duri nel tempo, è necessario che entrambi i partner siano capaci di fornirsi conforto e sicurezza reciproca, diventando un rifugio sicuro l'uno per l'altro;
- *Base sicura*: questa fase arriva di solito dopo un periodo di prova della relazione e di impegno esplicito, come il matrimonio; gli studi mostrano che le persone con attaccamento sicuro tendono a scegliere partner anche loro con attaccamento sicuro e che coppie evitanti-evitanti o ambivalenti-ambivalenti sono rare e di breve durata (Senchak, Leonard, 1992).

Gli individui insicuri tendono a scegliere un partner con attaccamento insicuro, ma di tipo diverso dal proprio, confermando così la loro visione di sé e degli altri e giustificando i loro modelli relazionali (Bartholomew, 1993).

Collins e Read (1990) hanno osservato che, spesso, le persone cercano un partner che ricorda il genitore di sesso opposto in termini di attaccamento; il rapporto con i propri genitori, infatti, influisce sulle aspettative e sul modo di pensare di sé e degli altri, influenzando le relazioni future e il genitore di sesso opposto, molte volte, serve da modello per le relazioni sentimentali eterosessuali. Nel caso delle donne, il rapporto con il padre prevede quanto il partner sarà intimo e dipendente e per gli uomini, invece, la relazione con la madre influisce sul livello di ansia del partner. Per concludere e riassumere quanto affermato in precedenza, le persone con attaccamento sicuro hanno maggiori probabilità di avere una relazione soddisfacente e possono terminarla senza alcuna conseguenza, le persone con attaccamento insicuro, invece, vedono rapidamente ridursi la soddisfazione coniugale e la fiducia reciproca e la tipologia ambivalente, infine, tende a discutere e chiarire tutto, spaventando l'evitante che cerca di evitare il conflitto (Collins, Read, 1990).

3.6 Rimuginio desiderante e metacognizioni connesse ad esso

Il pensiero desiderante, descritto anche come “rimuginio desiderante” o “pensiero perseverante”, coinvolge l'elaborazione di informazioni su oggetti o attività piacevoli, sia attraverso l'immaginazione (attività chiamata “imaginative prefiguration”) che attraverso il linguaggio verbale (in inglese, “verbal perseveration”). Questo concetto è stato studiato da diversi autori, tra cui Kavanagh e suoi colleghi (2009) e Caselli e Spada (2010), che hanno evidenziato le sue caratteristiche fondamentali, portando alcuni esempi: il rimuginio desiderante si potrebbe esprimere attraverso una costruzione di un'immagine mentale del contenuto desiderato, oppure, potrebbe verificarsi sotto forma di “discorso interno”, di tipo verbale, ripetitivo o con dichiarazioni auto-motivate.

Secondo Watkins (2011), il rimuginio o pensiero desiderante si distingue dalla ruminazione e dal rimuginio generale per diversi aspetti:

- *Maggior presenza di immagini*: esso, infatti, coinvolge una vivida rappresentazione mentale degli oggetti desiderati;
- *Valenza positiva*: a differenza della ruminazione, il pensiero desiderante non si limita alle emozioni negative ma è associato a sensazioni di piacere e gratificazione;
- *Fuoco attento*: sebbene l'attenzione possa spostarsi sia all'interno che all'esterno, questa rimane focalizzata sugli stimoli legati all'oggetto del desiderio;
- *Natura concreta*: questo tipo di pensiero è meno astratto e più legato a esperienze sensoriali reali.

L'obiettivo principale del pensiero desiderante è quello di motivare all'azione concreta, permettendo di anticipare e gustare in anticipo le conseguenze positive dell'oggetto del piacere. Tuttavia, questo tipo di pensiero può avere conseguenze negative sulla regolazione emotiva e contribuire all'ansia (Borkovec et al., 1990) e, inoltre, questo aspetto è, spesso, associato a un basso livello di consapevolezza metacognitiva. Appunto, gli individui hanno la capacità di riflettere su come funzionano le loro menti, chiamata “meta-credenza”. Nel contesto del rimuginio desiderante, questa riflessione è supportata da credenze positive che possono essere disfunzionali, mantenendo uno stato di eccitazione (Wells, 2012). Il pensiero desiderante, inoltre, presenta delle somiglianze con il *craving* e i due sono strettamente correlati, influenzandosi reciprocamente (Caselli e Spada, 2011), tuttavia, si differenziano per una particolarità, ovvero il *craving* rappresenta un'esperienza motivazionale interna, mentre il pensiero desiderante è uno stile di elaborazione delle informazioni. Inoltre, il pensiero desiderante è uno degli

elementi principali che contribuiscono al mantenimento del *craving*, il quale svolge un ruolo cruciale nelle dipendenze patologiche.

In presenza di una propensione alla dipendenza affettiva, il pensiero desiderante emerge come il fattore più significativo rispetto ad altri come la ruminazione, il *craving* e l'autoconsapevolezza cognitiva. Una minore consapevolezza del proprio funzionamento mentale ha un impatto diretto sulla dipendenza affettiva, aumentando la predisposizione ad essa e questo effetto sembrerebbe essere, invece, moderato dal pensiero desiderante, dalla ruminazione e dalla propensione al *craving*.

Ponendo il focus, ora, sulle metacognizioni connesse al rimuginio desiderante, occorre definire cosa sia la metacognizione, ovvero la conoscenza e la consapevolezza del funzionamento della nostra mente, e le credenze metacognitive, ossia spiegazioni che diamo a noi stessi sul perché tendiamo a rimuginare. Queste idee possono includere la convinzione che il rimuginio sia utile, ad esempio, nel risolvere problemi o prepararci per situazioni negative, o la percezione che non possiamo controllare il rimuginio, sentendolo come un processo automatico al di fuori del nostro controllo, tanto da poter sfociare nell'ansia e persino nell'idea di impazzire.

Secondo Wells, il rimuginio è sempre un errore di focalizzazione eccessiva sull'oggetto delle nostre preoccupazioni, che diventa cronico a causa della convinzione secondaria che non si possa controllare il pensiero (sembra che i pazienti dicano, spesso, frasi come “non riesco a smettere”). Contrariamente a quanto pensato ed espresso da Borkovec, questo atteggiamento non sembrerebbe essere un modo per evitare qualcosa di più doloroso. La gravità e la difficoltà nel fermare il rimuginio aumentano quando attribuiamo significati positivi a questo processo, pensando che ci aiuti a risolvere problemi o a prepararci per il peggio. Spesso rimuginiamo per sentirci più sicuri di noi stessi o per analizzare meglio un problema che ci porta turbamento, ma queste credenze disfunzionali sull'utilità del

rimuginio, in realtà, mantengono l'ansia e ci fanno percepire erroneamente di aver risolto la situazione stessa (Sassaroli & Ruggiero, 2003).

3.7 Ipotesi delle relazioni fra le misure

In base al quadro conoscitivo disponibile ad oggi e considerando le definizioni dei concetti sopra menzionati, si possono formulare, dunque, delle ipotesi accurate riguardo le relazioni fra la dipendenza affettiva e i costrutti analizzati in questo capitolo, ossia la percezione di vuoto soggettivo, il temperamento e il carattere, la mindfulness, la dipendenza patologica, l'attaccamento nelle relazioni di coppia e il rimuginio desiderante con le metacognizioni ad esso associate. In maniera più precisa, si intende descrivere le aspettative riguardo i rapporti fra le misure di INLOAD (Lebruto, 2021), ovvero *Dipendenza dal partner, Insicurezza/inadeguatezza, Ossessività e Sottomissione*, e quelle degli altri test, quindi il SES (Price et al., 2022), per il vuoto soggettivo, il TCI-R (Cloninger, 1994), per la misurazione dei tratti temperamentali e caratteriali, il FFMQ (Baer et al., 2006), per la mindfulness, l'ABQ-7DAS (Caretto et al., 2016), una parte del questionario che si riferisce alla dipendenza patologica, il ECR (Brennan et al., 1998), per l'attaccamento nelle relazioni di coppia, il DTQ (Caselli & Spada, 2011), per il rimuginio desiderante e il MDTQ (Caselli & Spasa, 2013), per le metacognizioni sul rimuginio desiderante.

Dunque, le ipotesi attese sono:

1. Innanzitutto, ci si aspetta che nel modello di regressione che andremo a disegnare i predittori più significativi fra le diverse variabili sociodemografiche saranno quelli relativi alle relazioni fra partners, dunque, precisando, la durata della propria relazione sentimentale attuale, il numero di relazioni avute durante il

proprio arco di vita, la durata media delle relazioni passate e l'intervallo medio fra una relazione e l'altra.

2. Considerando il modello clinico di insorgenza della dipendenza affettiva, si nota che il paziente, inizialmente, si trova in una situazione di noia e di vuoto, successivamente, non tollerando questi stati, per contrastarli, passa alla fase di dipendenza affettiva nel disperato e passivo tentativo di gestirli; dato che spesso gli individui con dipendenza affettiva percepiscono un vuoto interno che cercano di riempire attraverso relazioni intense e disfunzionali, si può, dunque, immaginare che esista una correlazione positiva fra la percezione di vuoto soggettivo e la dipendenza affettiva. Si può, quindi, ipotizzare che verranno osservate delle correlazioni sostanziali e positive fra le dimensioni della scala INLOAD con la scala SES.
3. Alcuni tratti temperamentali possono predisporre alla dipendenza affettiva, per esempio, un temperamento caratterizzato da alta sensibilità emotiva e reattività potrebbe aumentare la vulnerabilità alla dipendenza affettiva, in quanto questi individui possono essere più influenzati dalle dinamiche relazionali e dai cambiamenti emotivi; ugualmente, parlando del carattere, le persone con alta autonomia sono più resilienti, il che potrebbe ridurre la probabilità di sviluppare dipendenze affettive. Si può, così, immaginare che si possa osservare una correlazione fra la nostra variabile psicologica in esame e questi due aspetti, correlazioni positive o negative sulla base degli aspetti presi in esame. Considerando ciò che la scala TCI-R esattamente misura, ovvero i due aspetti "Evitamento del pericolo" e "Ricerca della novità", considererei di indagare, su un livello esplorativo, quali correlazioni fra le varie sottoscale si possono osservare, senza confermare un modello predefinito e presumendo che saranno

correlazioni non molto alte, positive con l'evitamento del pericolo ma negative con la ricerca della novità.

4. Sulla base del dato di realtà che le persone con alti livelli di mindfulness tendono a essere più consapevoli dei loro pensieri e sentimenti senza giudicarli, si suppone che queste tecniche potrebbero ridurre la tendenza a sviluppare dipendenze affettive e, dunque, ci possiamo attendere che la mindfulness, o consapevolezza del momento presente, possa essere inversamente correlata con la dipendenza affettiva. Ci si può, dunque, aspettare che emergeranno delle correlazioni sostanziali e negative fra le dimensioni della scala INLOAD con la scala FFMQ.
5. Descrivendo la relazione fra la dipendenza affettiva e la dipendenza patologica, è chiaro che ci si possa aspettare una correlazione positiva in quanto entrambe fanno riferimento a una condizione in cui la persona diventa dipendente da un comportamento in modo compulsivo e dannoso per la propria salute fisica, mentale, o per il benessere sociale e familiare; questa ipotesi, in particolare, ci permette di capire se la dipendenza affettiva possa proprio essere considerata come una reale dipendenza patologica oppure no, facendo riferimento, soprattutto, alla dimensione della disregolazione emotiva che contraddistinguerebbe la dipendenza. Possiamo supporre che verranno osservate delle associazioni sostanziali e positive fra le dimensioni della scala INLOAD con la scala ABQ-7DAS.
6. Rifacendoci allo stato dell'arte, si suppone che i modelli di attaccamento adulto influenzino significativamente la dipendenza affettiva; i soggetti con attaccamento insicuro (ansioso o evitante) sono più propensi a sviluppare dipendenze affettive, ad esempio, chi ha un attaccamento ansioso può mostrare un forte bisogno di vicinanza e paura dell'abbandono, tipico della dipendenza

affettiva, e, quindi, si presume che esista una correlazione fra questi due costrutti, positiva o negativa in base al tipo di attaccamento considerato. Dunque, rispetto a ciò che misura la scala ECR, è attesa una covariazione sostanziale e positiva fra le misure di INLOAD e l'altro test.

7. Partendo dalla constatazione che i “love addicted” tendono a rimuginare sulle loro relazioni e sui loro partner, alimentando il ciclo di dipendenza e di insoddisfazione, si presume che il rimuginio desiderante, o “ossessione per un desiderio o bisogno”, e le metacognizioni ad esso associate siano, probabilmente, correlati positivamente con la dipendenza affettiva. Ci si può, dunque, aspettare che emergeranno delle correlazioni sostanziali e positive fra le dimensioni della scala INLOAD con le scale DTQ e MDTQ.

4. RICERCA

*“We will come to understand how our wanting to love,
our yearning for love,
our loving itself becomes an addiction”
(Norwood, 1986)*

4.1 Sommario delle ipotesi

La conclusione del capitolo precedente esprime la formulazione di aspettative basate su un quadro conoscitivo esistente riguardo alla dipendenza affettiva e vari costrutti psicologici correlati.

Le ipotesi formulate, sulla base del materiale scientifico riguardo i costrutti psicologici della dipendenza affettiva, della percezione di vuoto soggettivo, del temperamento e del carattere, della *mindfulness*, della dipendenza patologica, dell’attaccamento nelle relazioni di coppia, del rimuginio desiderante e delle metacognizioni ad esso associate, sono, essenzialmente, sei:

- Si ipotizza una correlazione positiva tra percezione di vuoto soggettivo e dipendenza affettiva, suggerendo che chi percepisce un vuoto interno tende a sviluppare relazioni intense e disfunzionali;
- Si suppone che esistano dei tratti temperamentali e caratteriali che possano predisporre alla dipendenza affettiva, come l’evitamento del pericolo, correlato positivamente, e la ricerca della novità, correlata negativamente;
- Si pensa che esista una covariazione negativa tra *mindfulness* e dipendenza affettiva, suggerendo che una maggiore consapevolezza riduca la tendenza alla dipendenza;

- Si presume una correlazione positiva fra la dipendenza affettiva e la dipendenza patologica, indicando che entrambe coinvolgono comportamenti compulsivi dannosi;
- Si ipotizza che gli stili di attaccamento insicuri siano correlati alla dipendenza affettiva, con una associazione positiva.
- Si immagina che esista una correlazione positiva fra rimuginio desiderante e dipendenza affettiva, suggerendo che riflettere ossessivamente sulle relazioni alimenti il ciclo di dipendenza.

4.2 Metodo

In questo paragrafo, verrà spiegato come abbiamo condotto questa ricerca, descrivendo le caratteristiche dei partecipanti, parlando, poi, degli strumenti utilizzati per raccogliere i dati, analizzando la procedura attuata e, infine, presentando i risultati ottenuti.

4.2.1 Partecipanti

Il campione implicato in questo lavoro è composto da 500 soggetti adulti, in buona salute, autonomi e senza particolari deficit cognitivi, di cui circa tre quarti di genere femminile (71%) e un quarto di genere maschile (29%), bilanciati in relazione all'età, che è compresa all'interno di un range che va dai 18 anni, la maggiore età, fino alla categoria "Più di 55 anni". Da questi dati, non possiamo, quindi, identificare una media e una deviazione standard ma, piuttosto, analizzare la frequenza: la categoria che rappresenta la moda è "Meno di 26 anni" (48.6%), di seguito, "26-35 anni" con una frequenza di 24.8%, poi, "36-45 anni" (12%), "46-55 anni" (8.4%) e, come ultima, "Più di 55 anni" (6.2%).

I partecipanti sono stati reclutati, secondo dei criteri precedentemente stabiliti, tramite la rete sociale disponibile e la collaborazione di conoscenze personali che hanno funto da ponte; ciò è avvenuto sia da parte mia che da parte di alcune colleghe del centro di ricerca dell'Università di Firenze.

Riguardo il titolo di studio conseguito, l'11.2% dei soggetti ha la licenza media, il 35% del campione ha ottenuto il diploma di scuola media superiore e il 53.8% possiede una laurea.

In relazione allo status occupazionale, gli studenti rappresentano la maggioranza (44.2%), l'8.2% delle persone non lavora, il 33.8% è un impiegato, il 13.8% è un libero professionista.

In riferimento allo status relazionale, per quanto riguarda il tempo medio della propria relazione, il 36% del campione afferma di non avere una relazione stabile, il 7.4% sostiene che la sua media del tempo in cui è stato con una persona è meno di un anno, mentre il 56.6% per più di un anno. Per quanto riferito al numero delle relazioni avute nella propria vita, la moda è "Da 1 a 5" (85.6%), il 10.8% ha avuto più di cinque relazioni e il 3.6% non ha avuto alcuna relazione sentimentale. Relativamente alla durata della relazione, invece, se avuta, il 15.8% ha una relazione in un range di tempo da uno a sei mesi, il 18.2% da sette a dodici, il 21.6% da tredici a ventiquattro, il 12.6% da venticinque a trentasei e il 28.2% ha un partner da più di trentasei mesi. In merito all'intervallo fra le relazioni avute nella propria vita, invece, la maggior parte delle persone farebbero passare dai sette ai dodici mesi fra una relazione e l'altra (21.6%), poi il 4.2% farebbe trascorrere un mese, il 12.2% dai due ai tre mesi, il 14.8% dai quattro ai sei mesi e il 18.6% più di dodici mesi.

Infine, riguardo all'orientamento sessuale, l'84% afferma di essere eterosessuale e il 16% di non esserlo.

La tabella 4.1, riportata di seguito, evidenzia la suddivisione degli individui in base alle variabili sociodemografiche, ovvero età, genere, status occupazionale, titolo di studio, status relazionale, soffermandosi sul tempo medio della relazione, il numero delle relazioni, la loro durata e l'intervallo fra le relazioni passate e, infine, l'orientamento sessuale.

Tabella 4.1 - Statistiche descrittive delle variabili sociodemografiche dei partecipanti a questo studio ($n = 500$)

Variable	Statistic
Età (N, %)	
Meno di 26 anni	243 (48.6%)
26-35 anni	124 (24.8%)
36-45 anni	60 (12%)
46-55 anni	42 (8.4%)
Più di 55 anni	31 (6.2%)
Genere (N, %)	
Femmine	355 (71%)
Maschi	145 (29%)
Status occupazionale (N, %)	
Non lavoratore	41 (8.2%)
Impiegato	169 (33.8%)
Libero professionista	69 (13.8%)
Studente	221 (44.2%)
Titolo di studio (N, %)	
Licenza media	56 (11.2%)
Diploma	175 (35%)
Laurea	269 (53.8%)
Tempo della relazione (N, %)	
No relazione	180 (36%)
Meno di 1 anno	37 (7.4%)
Più di 1 anno	283 (56.6%)
Numero di relazioni (N, %)	
Nessuna	18 (3.6%)
Da 1 a 5	428 (85.6%)
Più di 5	54 (10.8%)

Durata della relazione (N, %)	
No relazione	18 (3.6%)
Da 1 a 6 mesi	79 (15.8%)
Da 7 a 12 mesi	91 (18.2%)
Da 13 a 24 mesi	108 (21.6%)
Da 25 a 36 mesi	63 (12.6%)
Più di 36 mesi	141 (28.2%)
Intervallo fra le relazioni (N, %)	
No relazione	143 (28.6%)
1 mese	21 (4.2%)
2-3 mesi	61 (12.2%)
4-6 mesi	74 (14.8%)
7-12 mesi	108 (21.6%)
Più di 12 mesi	93 (18.6%)
Orientamento sessuale	
Non etero	80 (16%)
Etero	420 (84%)

Nota: N: frequenza; %: percentuale.

4.2.2 Misure

In questo sottoparagrafo, verranno presentati gli strumenti di misura utilizzati nel lavoro di analisi svolto, di cui il primo già illustrato nel secondo capitolo, perché relativo alla dipendenza affettiva:

- *Inventory for Love Addiction (INLOAD)*
- *Subjective Emptiness Scale (SES)*
- *Temperament and Character Inventory (TCI-R)*
- *Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)*
- *Seven Dimensions Addiction Scale (ABQ-7DAS)*
- *Experiences in Close Relationships (ECR)*
- *Desire Thinking Questionnaire (DTQ)*
- *Metacognitions about Desire Thinking Questionnaire (MDTQ)*

4.2.2.1 INLOAD: *Inventory for Love Addiction*

L'*Inventory for Love Addiction* (INLOAD; Lebruto, 2021) è uno strumento di misura self-report usato per valutare la dipendenza affettiva, che fornisce un'analisi approfondita del costrutto perseguendo l'obiettivo di indagarla in modo specifico, così come è stata definita nella letteratura scientifica. Questo test, appunto, è costituito da 30 domande in cui viene chiesto ai soggetti di dare un punteggio su una scala Likert da 1 a 7, dove 1 significa "Fortemente in disaccordo" e 7 significa "Fortemente d'accordo" ed è diviso in quattro fattori:

- *Dipendenza dal partner*: rappresenta il fattore principale e consta di dodici domande che esplorano le caratteristiche distintive della dipendenza affettiva, come la sensazione che l'unica fonte di piacere e di soddisfazione sia il proprio partner e che esso sia necessario per rendere la propria vita migliore e più gradevole, andando a colmare un vuoto che, altrimenti, sarebbe angosciante ("La relazione col mio partner dà significato alla mia vita" e "Il mio partner mi fa sentire completo" sono due item rappresentativi di questo fattore);
- *Insicurezza/Inadeguatezza*: rappresenta la sezione emotiva del costrutto ed è costituito da sette domande che cercano di capire le emozioni, gli stati d'animo e i sentimenti tipici di chi è dipendente emotivamente (degli esempi di item di questo fattore sono "Ho paura di essere abbandonato", "Non ho fiducia nelle mie abilità e nelle mie risorse" e "Sono una persona sensibile e vulnerabile");
- *Ossessività*: rappresenta la parte cognitiva della dipendenza affettiva, in cui sono presentate sei domande che chiedono se la persona ha fantasie, pensieri ossessivi sul partner, immagini persistenti della persona amata e se è molto concentrata sul partner; questi pensieri possono essere invadenti e causare ansia o disagio significativo alla persona (degli esempi di item che misurano questi aspetti sono

“La mia mente è invasa da pensieri sul mio partner” e “Quando sono lontano dal mio partner mi sento disperato, scoraggiato e in ansia”);

- *Sottomissione*: rappresenta la componente comportamentale, ovvero la spinta verso l’azione messa in atto per mantenere la vicinanza con il partner; ha cinque domande che esaminano le situazioni in cui la persona continua a comportarsi in modo amorevole, anche se ciò ha conseguenze negative per se stessa, e in cui lo fa per cercare di alleviare stati d'animo negativi o disagio (“Se voglio ricevere l’amore da parte del mio partner devo essere come lui mi vuole”, “Accontento ogni richiesta del mio partner” e “Ho un comportamento sottomesso verso il mio partner” sono alcuni esempi di frasi che misurano la Sottomissione).

L'INLOAD fornisce un punteggio totale del costrutto e punteggi separati per ciascuno di questi fattori, aiutando a capire meglio la dipendenza affettiva di una persona, in cui punteggi più elevati significano problemi più complessi in questa situazione.

Con questo strumento, appunto, è possibile avere una visione ampia e strutturata del costrutto e ricavare una valutazione molto accurata e complessa di tutte le sfumature della dipendenza e delle sue manifestazioni cliniche.

Il dettaglio dei punteggi per ogni fattore, invece, fornisce informazioni cruciali ai professionisti della salute mentale, permettendo loro di identificare le aree più problematiche per ciascun individuo. Questo approccio consente di sviluppare interventi mirati, aumentando così, le probabilità di successo di un possibile intervento. In aggiunta alla versione a quattro fattori dell'INLOAD, è stata creata una versione più breve che si concentra esclusivamente sulla dipendenza dal partner. Questa versione, composta da 13 domande su una scala Likert a 7 punti, potrebbe essere utile ai professionisti per valutare il rischio di dipendenza affettiva e individuare eventuali segnali di pericolo.

4.2.2.2 SES

La *Subjective Emptiness Scale* (SES), di Price et al. (2022), è uno strumento di autovalutazione sviluppato per misurare i sentimenti di vuoto che consiste in un insieme di sette item che esplorano sensazioni di distacco intrapersonale, interpersonale ed esistenziale, come il sentirsi vuoti, soli e scollegati dal mondo. Ogni item viene valutato su una scala Likert a quattro punti, da 1 che rappresenta il "per niente vero" a 4 che indica il "molto vero", attraverso i quali viene chiesto ai soggetti di valutare i propri stati d'animo delle ultime due settimane. La scala ha dimostrato una forte coerenza interna e la presenza di unidimensionalità, distinguendo efficacemente diversi livelli di vuoto in campioni clinici.

Gli autori, prima di arrivare all'ultima versione di 5 item, però, hanno svolto numerosi studi, partendo da un insieme di item molto sostanzioso e dovendo eliminare molteplici affermazioni. Per sviluppare un indice unidimensionale del vuoto soggettivo, infatti, è stata condotta un'analisi esplorativa fattoriale (EFA) su 53 item, riducendoli poi a 17. Nel Campione 2, successivamente, l'analisi confermativa fattoriale ha portato alla rimozione di altri item a causa di dipendenza locale e bassi carichi fattoriali, fino a ottenere un modello a 5 item che si adattava bene ai dati. Questo modello è stato convalidato nel Campione 3, mostrando un'ottima coerenza interna ($\alpha = .88$ e $.89$).

Gli items in questione sono:

1. Mi sento vuoto dentro.
2. Mi sento assente dalla mia stessa vita.
3. Indipendentemente da ciò che faccio, mi sento comunque insoddisfatto.
4. Mi sento come se fossi costretto ad esistere.
5. Mi sento del tutto solo al mondo.

Per fare lo scoring, occorre calcolare il punteggio complessivo sommando i punteggi dei cinque item che compongono il questionario.

4.2.2.3 TCI-R

La scala *Temperament and Character Inventory* (TCI, Cloninger, 1994) è uno strumento psicometrico utilizzato per valutare diversi aspetti della personalità umana. Questa scala è basata sulla teoria biopsicosociale della personalità proposta da Robert Cloninger, che distingue tra dimensioni del temperamento e del carattere, in cui il primo è considerato come l'aspetto ereditario della personalità che riguarda le risposte emozionali automatiche agli stimoli e il secondo risulta essere, invece, la parte della personalità che si sviluppa attraverso l'apprendimento sociale e l'esperienza riflettendo, così, le differenze individuali nell'autocoscienza e nelle relazioni interpersonali.

Originariamente, la scala consta di sette dimensioni principali, di cui le prime quattro relative al temperamento e le successive tre al carattere:

- *Ricerca di novità* (Novelty Seeking): questa dimensione riflette la predisposizione di un individuo a cercare stimoli nuovi ed eccitanti, a essere impulsivo e a evitare la monotonia;
- *Evitamento del pericolo* (Harm Avoidance): essa rappresenta la tendenza a essere preoccupato, prudente e timoroso, a evitare il rischio e a rispondere con ansia agli stimoli avversi;
- *Dipendenza dalla ricompensa* (Reward Dependence): questo aspetto indica l'attitudine a rispondere fortemente agli stimoli di ricompensa, a essere socievole, affettuoso e dipendente dall'approvazione sociale;

- *Persistenza* (Persistence): essa rappresenta la capacità di perseverare nonostante la frustrazione e la fatica;
- *Autodirettività* (Self-Directedness): sottoscala che misura il grado di autocontrollo, responsabilità e intenzionalità nell'agire; le persone con alti punteggi in questa parte sono spesso considerate mature, affidabili e proattive;
- *Cooperatività* (Cooperativeness): riguarda la capacità di cooperare e di essere empatici, comprensivi e compassionevoli verso gli altri; i soggetti che dimostrano alta cooperatività tendono ad essere socievoli e altruistici;
- *Autotrascendenza* (Self-Transcendence): riflette la disposizione ad andare oltre il proprio ego e ad avere una visione più spirituale o cosmica della vita; questa dimensione è associata a esperienze di unione con l'universo e a un senso di connessione con qualcosa di più grande di sé.

Numerosi studi hanno convalidato la TCI come uno strumento affidabile e valido per la valutazione della personalità, inoltre, la scala è stata tradotta e adattata in diverse lingue, rendendola uno strumento utile a livello internazionale.

La scala usata in questo studio, però, è una versione rivisitata e migliorata della scala originale TCI, nominata, appunto, TCI-R (Temperament and Character Inventory-Revised), sviluppata per offrire una valutazione più accurata e dettagliata dei tratti del temperamento e del carattere, al fine di migliorare la precisione e l'utilità dello strumento. Ancor più precisamente, seguendo il nostro scopo di ricerca, è stato ritenuto che solamente le prime due dimensioni descritte in precedenza fossero utili, ovvero “Novelty Seeking” e “Harm Avoidance”. A loro volta, queste dimensioni si suddividono in ulteriori sottoscale. La ricerca di novità è stata differenziata, dagli autori, in:

- *Esploratività, eccitabilità vs. rigidità stoica* (Exploratory Excitability, NS1), costituita da 10 item, di cui un esempio è “Spesso provo cose nuove per puro

divertimento, o per le emozioni che mi danno, anche se la maggior parte della gente pensa che sia una perdita di tempo.”;

- *Impulsività vs. riflessività* (Impulsiveness, NS2), rappresentata da 9 item, di cui un esempio è “Spesso faccio le cose a seconda di come mi sento al momento, senza pensare a come venivano fatte prima.”;
- *Stravaganza vs. riservatezza* (Extravagance, NS3), data da 9 item, di cui un esempio è “Spesso mi capita di spendere così tanto da finire tutto il denaro o di fare debiti per avere preso troppe cose a credito.”;
- *Sregolatezza vs. irrigimentazione* (Disorderliness, NS4), che consta di 7 item, di cui un esempio è “Di solito me la cavo bene a deformare un po' la realtà quando si tratta di rendere una storia più divertente o scherzare di qualcuno.”.

L'evitamento del pericolo è, stata divisa, invece, in:

- *Ansia anticipata e pessimismo vs. ottimismo disinibito* (Anticipatory worry, HA1), che è formata da 11 item, di cui un esempio è “Di solito mi preoccupo più della maggior parte della gente che qualcosa possa andar male nel futuro.”;
- *Paura dell'incertezza* (Fear of uncertainty, HA2), che include 7 items, di cui un esempio è “Spesso mi sento teso e preoccupato nelle situazioni insolite, anche quando gli altri pensano che non ci sia da preoccuparsi.”;
- *Timidezza, insicurezza per cose sconosciute* (Shyness, HA3), che comprende 7 items, di cui un esempio è “Spesso evito di incontrare estranei perché sono a disagio con le persone che non conosco.”;
- *Affaticabilità e mancanza di energie* (Fatigability, HA4), che consiste in 8 items relativi all'argomento, di cui un esempio è “Ho meno energie e mi stanco più in fretta della maggior parte della gente.”.

Il totale dei due fattori, poi, si ottiene sommando i punteggi ottenuti nelle diverse dimensioni su citate.

4.2.2.4 FFMQ

Il *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ, Baer et al., 2006) è un questionario che le persone auto-compilano per valutare il proprio grado di mindfulness. Questo strumento è composto da 39 domande, di cui ben 19 reverse, con risposte su una scala Likert da 1 a 5 (dove 1 significa "non mi accade mai o molto raramente" e 5 significa "mi accade molto spesso o sempre"). Se il soggetto ottiene punteggi più alti significa che egli possiede una maggiore abilità nell'essere pienamente presenti e consapevoli nel momento presente, accettando senza giudizio i propri pensieri, le proprie emozioni e le proprie sensazioni corporee.

Gli studi che hanno esaminato la validità di questo questionario hanno trovato correlazioni positive con altri strumenti per misurare la mindfulness e concetti simili, ad esempio, come l'esperienza nella pratica della meditazione e il senso soggettivo di benessere.

Inoltre, si sono trovate correlazioni negative tra la mindfulness e la presenza di sintomi psicologici (Baer et al., 2006; 2008).

Il FFMQ esplora la mindfulness attraverso cinque dimensioni, saturate dal costrutto e correlate positivamente fra di loro:

- *Osservare* (Observe): essa misura la capacità di notare le sensazioni fisiche, gli stati mentali, le percezioni e gli eventi esterni (alcuni esempi di item sono "Mentre cammino, sto attento/a alle sensazioni del mio corpo che si sta muovendo.", "Quando faccio il bagno o la doccia cerco di prestare attenzione alle sensazioni

prodotte dall'acqua sul mio corpo.” e “Mi accorgo di come i cibi e le bevande influenzino i miei pensieri, le mie sensazioni corporee e le mie emozioni.”);

- *Descrivere* (Describe): questo fattore valuta la capacità di esprimere con parole chiare e precise le proprie esperienze interne (alcuni esempi di item sono “Anche quando mi sento molto turbato/a posso trovare il modo di tradurlo in parole ed esprimerlo.”, “Riesco facilmente a trovare le parole per esprimere le mie credenze, le mie opinioni e le mie aspettative.” e “Per me è difficile trovare le parole per descrivere quello a cui sto pensando. (R)”);
- *Agire con consapevolezza* (Act with Awareness): questa parte esamina la capacità di essere presenti e consapevoli nel momento attuale, durante le attività quotidiane (alcuni esempi di item sono “Quando faccio delle cose la mia mente tende a vagare e mi distraigo facilmente. (R)”, “Non presto attenzione a quello che faccio perché sogno ad occhi aperti, sono preoccupato/a o comunque distratto/a. (R)” e “Mi sembra di “funzionare in automatico” senza troppa consapevolezza di quello che sto facendo. (R)”);
- *Non giudicare* (Nonjudge): dimensione che indica il grado in cui la persona è in grado di osservare le proprie esperienze senza giudizio o critica (alcuni esempi di item sono “Dico a me stesso/a che non dovrei sentirmi nel modo in cui mi sento. (R)”, “Credo che alcuni dei miei pensieri siano anormali o cattivi e che non dovrei pensarla in questo modo. (R)” e “Tendo a giudicare i miei pensieri come buoni oppure come cattivi. (R)”);
- *Non reagire* (Nonreact): sezione che valuta la capacità di non reagire automaticamente o impulsivamente alle proprie esperienze interne ed esterne (alcuni esempi di item sono “Percepisco i miei sentimenti e le mie emozioni senza essere costretto/a a reagirvi.”, “Quando i miei pensieri o immagini mi turbano,

“faccio un passo indietro” e sono consapevole del pensiero o dell'immagine senza esserne sopraffatto/a.” e “Nelle situazioni difficili riesco a fermarmi senza reagire immediatamente.”).

Queste cinque dimensioni sono parte del costrutto generale di mindfulness ed è stato dimostrato, appunto, che sono correlate tra loro in maniera positiva e sostanziale (Baer et al., 2008). Lo scopo del FFMQ, dunque, è quello di aiutare a valutare come una persona pratica la mindfulness attraverso la sua capacità di osservare, descrivere, agire con consapevolezza, non giudicare e non reagire alle esperienze della vita quotidiana.

4.2.2.5 ABQ-7DAS

La *Seven Dimensions Addiction Scale (7DAS)* è una parte del questionario Addictive Behavior Questionnaire (ABQ, Caretti et al., 2016), utilizzato per diagnosticare disturbi additivi seguendo le linee guida del DSM-5 (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta edizione, APA, 2013). In particolare, la 7DAS si concentra su sette diversi aspetti psicologici, identificati nella letteratura scientifica, che sono importanti per lo sviluppo e il mantenimento di una dipendenza patologica.

Questo strumento esplora variabili psicopatologiche e comportamenti individuali che stanno alla base dei comportamenti di dipendenza. La 7DAS è composta da sette domini, ognuno dei quali ha 7 domande con risposte a 5 punti, che vanno da 0 (Mai) a 4 (Sempre), per un totale di 49 domande.

I domini identificati dagli autori sono:

- *Ansia da separazione*, parte che valuta l'incapacità del soggetto di gestire in modo adeguato le relazioni di attaccamento con figure significative come familiari, amici o partner (due esempi di item sono “Ti capita che la paura di essere

abbandonato/a da un partner o da un amico intimo ti faccia star male per lungo tempo o ti porti a commettere azioni stupide?” e “Ti capita di pensare che le tue relazioni sentimentali finiranno male, anche quando tutto va bene?”);

- *Disregolazione affettiva*, sezione che esamina l'incapacità del soggetto di individuare, differenziare e comunicare le proprie emozioni in modo sano (due esempi di item sono “Ti capita di sentirti nervoso/a, triste o irritato/a anche se non c'è una specifica ragione?” e “Ti capita di sentirti in imbarazzo o di provare vergogna e non comprendere perché?”);
- *Dissociazione somatoforme e psicologica*, dimensione che si riferisce alla presenza di un senso di incoerenza personale che porta il soggetto a sentirsi estraneo a sé stesso, al proprio corpo e agli altri (“Ti capita di agire in modi così diversi nelle stesse circostanze, tanto da non riconoscere te stesso/a in quello che fai?” e “Ti capita di non capire se qualcosa è accaduta realmente oppure se l'hai soltanto pensata o sognata?”);
- *Esperienze traumatiche infantili*, insieme di affermazioni che esplora la presenza di memorie traumatiche legate a trascuratezza e mancanza di riconoscimento emotivo vissute in età precoce (“Hai sofferto per essere stato/a testimone di violenti litigi all'interno della tua famiglia d'origine?” e “Da bambino/a venivi trascurato/a da uno o entrambi i tuoi genitori?”);
- *Discontrollo degli impulsi*, parte che valuta l'incapacità di resistere a impulsi, desideri intensi o comportamenti pericolosi e violenti (“Ti capita di aver bisogno di fare qualcosa per smettere di pensare o per pensare ad altro?” e “Ti capita di non riuscire a mantenere l'attenzione a lungo su qualcosa (ad es., quando guardi la televisione, leggi un libro, ecc.)?”);

- *Comportamenti compulsivi e ritualizzazione*, sezione che esamina la tendenza del soggetto ad agire in modo compulsivo e ripetitivo, spesso anche in modi pericolosi; i rituali possono sembrare funzionali per gestire stati di disagio (“Ti capita di pensare che puoi influenzare magicamente la realtà attraverso i tuoi pensieri?” e “Ti capita di cercare continuamente le persone a cui sei più legato/a, anche quando queste non possono essere subito disponibili?”);
- *Pensieri ossessivi*, componente che riguarda l'eccessiva attenzione del soggetto al giudizio degli altri sui propri comportamenti, la confusione e l'agitazione nelle decisioni, e la presenza di pensieri ricorrenti e persistenti difficili da liberarsi (“Ti capita che il desiderio irresistibile di fare qualcosa occupi a lungo i tuoi pensieri?” e “Ti capita di sentirti confuso/a o agitato/a quando devi prendere una decisione?”).

Per calcolare il punteggio di ogni singolo dominio, occorre eseguire la sommatoria dei punteggi assegnati a ciascun item della singola sezione e, di conseguenza, per calcolare il punteggio totale al test è necessario fare la sommatoria di tutte e sottocomponenti.

Dunque, la 7DAS è progettata per esplorare questi sette aspetti cruciali che possono essere alla base di comportamenti di dipendenza patologica, aiutando a comprendere meglio le variabili psicopatologiche e i comportamenti che possono contribuire alla dipendenza.

4.2.2.6 ECR

L'*Experiences in Close Relationships* (ECR, Brennan, Clark & Shaver, 1998) è un questionario che le persone auto-compilano, per permettergli di capire i propri sentimenti e i propri comportamenti legati all'attaccamento nelle relazioni. Questo strumento è particolarmente utile per esplorare l'attaccamento nelle relazioni di coppia.

L'ECR è formato da 36 domande, divise in due gruppi di 18 domande ciascuno e valutate su una scala Likert da 1 (“forte disaccordo”) a 7 (“forte accordo”), che misurano due aspetti principali, ovvero l'ansia e l'evitamento:

La prima si riferisce a una forte preoccupazione per le relazioni sentimentali, a una paura di essere abbandonati, a un desiderio di vicinanza e di bisogno di coinvolgimento intenso da parte del partner; le persone con punteggi elevati su questa scala possono tendere a chiedere frequentemente al proprio partner un maggiore coinvolgimento emotivo.

La seconda dimensione riguarda il livello di disagio e la difficoltà nel cercare vicinanza emotiva e nell'affidarsi al partner; coloro che hanno punteggi alti in questa scala possono essere più restii ad avvicinarsi emotivamente e possono provare disagio nel fidarsi del partner.

A loro volta queste due dimensioni sono costituite da cinque sottocomponenti, le prime tre relative all'ansia e le altre due riferite all'evitamento:

- *Risposta di ritiro*: di cui alcuni item rappresentativi sono “Preferisco non mostrare al mio partner come mi sento dentro.”, “Appena il mio partner comincia a stabilire con me una relazione di intimità, sento di volermi allontanare.” e “Mi sento a disagio quando il mio partner vuole stabilire con me una relazione di intimità.”;
- *Risposta di disagio*: di cui alcuni item rappresentativi sono “Spesso desidero che i sentimenti del mio partner verso di me siano forti come quelli che io provo per lui/lei.”, “A volte sento di forzare i miei partner a mostrare più sentimento e più impegno.” e “Se non riesco a far sì che il mio partner mostri interesse per me, sono turbato/a e arrabbiato/a.”;
- *Timore di abbandono*: di cui alcuni item rappresentativi sono “Mi preoccupo molto per le mie relazioni sentimentali.”, “Temo che il mio partner non tenga a me quanto io tengo a lui/lei.” e “Mi preoccupo molto di perdere il mio partner.”;

- *Difficoltà nella ricerca di sostegno*: di cui alcuni item rappresentativi sono “Di solito discuto dei miei problemi e delle mie preoccupazioni con il mio partner.”, “Non mi disturba chiedere ai miei partner conforto, consigli, aiuto.” e “Mi rivolgo al mio partner per molte cose, inclusi il conforto e la rassicurazione.”;
- *Ricerca di intimità non corrisposta*: di cui alcuni item rappresentativi sono “Trovo che il/i mio/miei partner non vogliono stabilire con me l’intimità che vorrei io.”, “Spesso vorrei fondermi completamente con il mio partner e ciò a volte lo fa allontanare.” e “Il mio desiderio di un rapporto molto intimo a volte fa allontanare le persone.”

Possiamo, quindi, affermare che l'ECR aiuta a comprendere come una persona gestisce la vicinanza emotiva nelle relazioni, con la dimensione dell'ansia che riflette una forte preoccupazione per il legame e quella dell'evitamento che indica la difficoltà nell'affidarsi e nel cercare vicinanza.

4.2.2.7 DTQ

Il *Desire Thinking Questionnaire* (DTQ) (Caselli & Spada, 2011) è uno strumento autosomministrato che implica che la persona risponda a 10 domande riguardo al rimuginio desiderante. I suoi item mirano a capire quanto una persona rifletta in modo prolungato sui desideri che ha e su come potrebbe raggiungerli e gli individui devono rispondere a queste frasi indicando, su una scala Likert da 1 (“Quasi mai”) a 4 (“Quasi sempre”), quanto spesso svolgono l’attività in questione.

Il DTQ è costituito da due parti e ciascuna è formata da cinque affermazioni:

- *Perseverazione verbale*: la prima parte riguarda il "rimuginio verbale", ovvero il continuo “parlare” con se stessi riguardo al concedersi un desiderio o no e su come

si potrebbero organizzare le attività per ottenere ciò che si desidera (Caselli & Spada, 2011); alcuni esempi di domanda per questa sezione sono “Mi ripeto mentalmente che è importante per me fare l'attività che desidero.”, “Se non svolgo l'attività desiderata da molto tempo ci penso in continuazione.” e “La mia mente è concentrata su ciò che desidero fino a quando non riesco a soddisfarlo.”;

- *Prefigurazione immaginativa*: la seconda, invece, si concentra sul "rimuginio immaginativo", che significa fantasticare in modo dettagliato e coinvolgente sul come sarebbe svolgere l'attività desiderata o recuperare ricordi piacevoli legati a essa (Kavanagh et al., 2009); alcuni esempi di item potrebbero essere “Visualizzo me stesso mentre sto facendo ciò che desidero.”, “Anticipo le sensazioni che provo nello svolgere l'attività desiderata.” e “Immagino me stesso mentre svolgo l'attività come se fosse un film.”.

Le affermazioni sono scritte in modo da poter essere applicate a diversi tipi di desideri o dipendenze e le istruzioni consentono di specificare di che tipo di dipendenza si tratta. Il punteggio del DTQ, ottenuto facendo la sommatoria di tutti gli item di entrambe le sottoscale, se di valore alto, indica che la persona passa più tempo a pensare ai propri desideri. Il DTQ è stato validato per essere un buon strumento, con risultati affidabili e utili per prevedere e distinguere comportamenti legati ai desideri (Caselli & Spada, 2011).

4.2.2.8 MDTQ

Il *Metacognitions about Desire Thinking Questionnaire* (MDTQ, Caselli & Spada, 2013) è uno strumento che chiede alle persone di riflettere su come pensano riguardo al loro rimuginio sui desideri e si basa sulla terapia metacognitiva, un costrutto che è stato trattato già nei capitoli precedenti (Wells, 2000). La scala è stata suddivisa in tre diversi fattori,

di cui i punteggi totali sommati equivalgono al valore totale della persona nella scala. Questi sono le “metacognizioni positive sul rimuginio desiderante”, le “metacognizioni negative sul rimuginio desiderante” e il “bisogno di controllare il desiderio legato ai pensieri”.

Le metacognizioni positive sul rimuginio desiderante riguardano il modo in cui le persone pensano che questo tipo di pensiero possa essere utile, ad esempio:

- Per controllare i pensieri negativi e le emozioni (“Devo pensare a qualcosa di piacevole per non lasciarmi sopraffare dalle mie preoccupazioni”);
- Per aumentare il piacere nell'esperienza (“Immaginare ciò che desidero fare mi dà energia e mi prepara all'azione”);
- Per avere un senso di controllo sul proprio comportamento (“Immaginare ciò che desidero mi fa sentire come se potessi gestire meglio ciò che devo fare”);
- Per aiutare nella pianificazione per raggiungere gli obiettivi (“Immaginare ciò che desidero mi motiva”).

Le metacognizioni negative, invece, sono relative a:

- I danni al controllo del comportamento che possono derivare dal rimuginio desiderante (“Se penso troppo a ciò che desidero, diventa difficile evitarlo”);
- La sensazione di incontrollabilità del desiderio (“Non posso smettere di pensare a ciò che voglio una volta che inizio”);
- Gli effetti negativi del desiderio sull'immagine di sé (“Continuare a pensare a ciò che desidero mentre faccio altro significa che non riesco a controllare la mia mente”) e sulle capacità cognitive (“Quando comincio a pensare a ciò che desidero, non riesco a concentrarmi su nient'altro”).

Infine, il bisogno di controllare il desiderio relativo ai propri pensieri è connesso a:

- La modalità giudicante riguardo ai propri pensieri e desideri (“Certi desideri dovrebbero essere sempre allontanati”);
- La credenza che la mancanza di controllo sul proprio pensiero sia segno di fallimento (“Immaginare continuamente a ciò che desidero senza riuscire a smettere è segno che non ho controllo su me stesso”)

Il questionario consiste in 18 domande alle quali le persone devono rispondere su una scala da 1 a 4, dove 1 equivale a “non sono d'accordo” e 4 indica “sono completamente d'accordo”. Questo strumento mira a misurare quanto le persone pensano e riflettono riguardo al proprio rimuginio sui desideri in generale, senza focalizzarsi su un particolare tipo di dipendenza.

4.2.3 Procedura

I partecipanti sono stati preventivamente informati del progetto tramite messaggio di presentazione dello studio e contattati personalmente dalle somministratrici che si premuravano di assicurarli riguardo il carattere anonimo e le modalità dell'indagine.

Una volta conclusa questa prima fase, ai partecipanti è stato inviato un collegamento ipertestuale tramite un'applicazione di messaggistica ed è stato raccomandato loro di compilare la batteria dei test in un contesto, un orario e una modalità consoni e adeguati. Lo studio non ha richiesto una procedura di rilevazione dati che prevedesse la somministrazione del materiale in laboratorio o in un luogo standardizzato e, dunque, si è scelto di raggiungere le persone coinvolte nella ricerca via smartphone.

In questa maniera, gli intervistati svolgevano i vari test in maniera autonoma e asincrona e, per avere il controllo sulla numerosità campionaria, veniva poi chiesto loro di comunicare alle somministratrici quando avevano concluso il lavoro.

In un primo momento, veniva presentata al candidato una scheda introduttiva volta a raccogliere informazioni socio-anagrafiche per avere ulteriore conferma che lo stesso presentasse effettivamente le caratteristiche necessarie per poter entrare a far parte della composizione del campione e poi, in seguito, per poter controllare le differenze di risposta sulla base di queste variabili. Nel dettaglio, le informazioni, di cui sopra, riguardavano l'età, il genere, lo status occupazionale attuale o ricoperto durante la vita, il titolo di studio ottenuto, la durata della propria relazione, il numero di relazioni avute durante la propria vita, la loro durata e l'intervallo di tempo fra una e l'altra, la percezione del proprio orientamento sessuale, ma queste ultime non rappresentavano criteri di inclusione o esclusione dal campione, bensì hanno consentito piuttosto una più puntuale descrizione dello stesso.

In base a quanto sopra, si è scelto di non considerare certe persone dal momento che alcune di loro erano fuori dal range previsto. Inoltre, un altro motivo di esclusione di alcuni soggetti dal numero finale di componenti del campione è stata la mancanza di risposta ad alcuni degli item previsti negli otto differenti test.

Per contenere i bias distorcenti legati agli effetti di ordine e sequenza, la concatenazione della presentazione dei reattivi era differente fra i vari partecipanti e definita dall'utilizzo di un software: essendo otto gli strumenti di misurazione, sono state generate otto diverse combinazioni e distribuite ai partecipanti in egual misura.

Le somministrazioni, avvenute in forma individuale ed effettuate, come già riferito, in luoghi informali e privati, hanno richiesto tempi molto variabili, da venticinque fino a cinquanta minuti, e sono state svolte attraverso istruzioni standardizzate scritte previste a priori che indicavano come compilare gli otto test, ciascuno comunque riportante istruzioni specifiche.

La raccolta dati ha avuto una durata di diverse settimane, avvenendo, prettamente, durante il mese di novembre 2022 e, prevalentemente, con persone provenienti dalla provincia di Genova e dalla città di Firenze.

4.3 Risultati

Il primo passaggio effettuato sui dati raccolti è stato rappresentato dalla realizzazione delle statistiche descrittive dei fattori delle diverse scale, come punto di partenza della regressione lineare. Come statistica descrittiva di tendenza centrale, è stata calcolata la media, mentre, come misura di dispersione intorno alla media, la deviazione standard, inoltre, è stato evidenziato il valore minimo ottenuto dalla somma di tutti gli item di ogni fattore e il valore massimo, nuovamente, ottenuto dalla somma di tutti gli item di ciascuna sottoscala. Nella tabella 4.2, infatti, sono riportati, per ogni scala di ogni test, il punteggio medio, la deviazione standard, il valore minimo e il valore massimo.

Inoltre, sempre nella stessa tabella, è presente l'alpha di Cronbach di ogni fattore che indica la misura di coerenza interna, quindi di attendibilità, della sottoscala. In generale, tutti i valori di attendibilità della INLOAD possono essere considerati ottimali (>.90) e buoni (>.80), alcuni valori delle altre scale possono essere esaminati come accettabili (>.70) e si distinguono i valori di TCI-NS1 e di TCI-NS4, evidenziati in grassetto, che devono essere valutati come fattori con una coerenza interna insufficiente.

In più, nella tabella, sono riportate le correlazioni ottenute fra i vari test.

La scala INLOAD sembra avere delle correlazioni sostanziali con la SES, che misura la sensazione di vuoto interiore, in particolare i fattori "Insicurezza/inadeguatezza" (.63), "Ossessività" (.42) e "Sottomissione" (.43).

Questi due aspetti, ovvero la sensazione di vuoto e la dipendenza affettiva, sembrano coincidere: è intuitivo pensare che buoni punteggi di percezione di *emptiness* corrispondano, con alta probabilità, a una situazione di *love addiction*.

Sono emerse, inoltre, correlazioni forti e moderate fra il fattore INLOAD-II e i quattro della TCI - *Harm Avoidance* (ovvero, evitamento del pericolo), il che sta a indicare una grande associazione fra il sentirsi inadeguato e insicuro rispetto alle situazioni e l'evitamento di certe circostanze pericolose.

Fra i fattori della TCI legati al *Novelty Seeking*, invece, non sono emerse correlazioni sostanziali.

Nelle correlazioni con la FFMQ, il fattore INLOAD-DP, relativo alla dipendenza dal partner, è rimasto nuovamente escluso, infatti, non riporta correlazioni sostanziali con nessun fattore della scala riferita alla mindfulness. La sottoscala INLOAD-II, invece, ha dimostrato associazioni sostanziali ma negative con i fattori FFMQ-ACT (-.42), FFMQ-DES (-.36), FFMQ-NJD (-.54) e FFMQ-NRE (-.41), l'INLOAD-O con FFMQ-ACT (-.30), FFMQ-NJD (-.36) e FFMQ-NRE (-.30) e l'INLOAD-S solo con FFMQ-ACT (-.33) e FFMQ-NJD (-.33). Questi risultati coincidono, in generale, con l'idea che persone con alti livelli di dipendenza affettiva non siano abituati ad utilizzare tecniche di mindfulness e dunque dimostrino bassi punteggi della stessa.

Nuovamente, anche con la scala ABQ, il fattore della INLOAD legato alla dipendenza affettiva non riporta correlazioni sostanziali, diversamente dagli altri tre che correlano in maniera positiva e sostanziale con ABQ1 (.61, .45 e .42), che misura l'ansia da separazione, ABQ2 (.57, .34 e .31), che riflette la disregolazione affettiva, ABQ5 (.49, .39 e .33), legato al discontrollo degli impulsi, ABQ6 (.36, .37 e .29), relativo ai comportamenti compulsivi e alla ritualizzazione, e ABQ7 (.53, .36 e .31), che rispecchia la quantità e la frequenza dei pensieri ossessivi, lasciando in disparte ABQ3, fattore della

dissociazione somatoforme e psicologica, e ABQ4, parte del test che vede le esperienze traumatiche infantili. Questi dati affermano come la dipendenza affettiva possa essere associata a questi aspetti relativi alla dipendenza, mettendo, così, in secondo piano la presenza di traumi passati e di una forma di dissociazione.

Il fattore INLOAD-DP, invece, riporta alcune correlazioni positive e sostanziali con la scala ECR, che misura le esperienze nelle relazioni affettive, in particolare, con il fattore ECR-DIF (.33), relativo alla difficoltà nella ricerca di sostegno, ECR-DIS (.35), legato alla risposta di disagio, e ECR-TIM (.35), che riflette la paura di abbandono. Coerentemente con i dati emersi in precedenza, gli altri tre fattori di INLOAD vanno di pari passo mostrando correlazioni positive e sostanziali con tre sottoscale dell'Experiences in Close Relationships: l'INLOAD-II correla in modo sostanziale con ECR-DIS (.47), con ECR-TIM (.57) e con ECR-INT (.30), che misura la ricerca di intimità non corrisposta; l'INLOAD-O correla in modo sostanziale con ECR-DIS (.59), ECR-INT (.47) e ECR-TIM (.58); l'INLOAD-S correla in modo sostanziale con ECR-DIS (.45), ECR-INT (.48) e ECR-TIM (.48). Queste associazioni indicano che le persone con maggiore dipendenza affettiva sembrano avere più comportamenti problematici nelle relazioni, aspetto perfettamente in linea con quanto ci potevamo attendere.

Infine, con la DTQ e la MDTQ, due scale relative al rimuginio desiderante, sono solo due le correlazioni sostanziali, entrambe relative a INLOAD-O: esso, appunto, correla in maniera positiva e sostanziale con DTQ-VP (.35), relativo alla perseverazione verbale, e con MDTQ-N (.35), riferito alle metacognizioni negative sul rimuginio desiderante. Mettendo da parte queste due associazioni moderate, possiamo affermare che il rimuginio desiderante non sembra essere particolarmente associato con la dipendenza affettiva.

Tabella 4.2 – Matrice delle correlazioni, del valore minimo, del valore massimo, delle medie, delle deviazioni standard e dei coefficienti di coerenza interna delle misure di INLOAD, SES, TCI-R, FFMQ, ABQ-7DAS, ECR, DTQ, MDTQ. ($n = 500$)

	INLOAD-DP	INLOAD-II	INLOAD-O	INLOAD-S	MIN	MAX	M	DS	alpha
SES	.17	.63	.42	.43	5	20	8.78	3.99	.89
TCI-HA1	.14	.60	.26	.23	13	55	34.05	7.86	.85
TCI-HA2	.14	.44	.09	.09	8	35	24.35	5.52	.78
TCI-HA3	.14	.52	.17	.24	7	35	21.21	6.38	.87
TCI-HA4	.17	.47	.26	.22	8	40	23.65	6.84	.86
TCI-NS1	-.10	-.21	-.07	-.20	14	45	31.29	5.45	.62
TCI-NS2	-.05	-.06	.05	.01	9	41	24.05	5.78	.72
TCI-NS3	.05	-.02	.05	-.02	10	45	26.71	6.19	.77
TCI-NS4	.02	-.02	.12	.11	8	34	19.91	4.44	.52
FFMQ-ACT	-.11	-.42	-.30	-.33	8	40	26.77	6.91	.88
FFMQ-DES	-.09	-.36	-.15	-.20	9	40	28.32	7.34	.91
FFMQ-NJD	-.14	-.54	-.36	-.33	8	40	25.34	7.54	.89
FFMQ-NRE	-.14	-.41	-.30	-.25	7	35	20.52	4.78	.78
FFMQ-OBS	-.03	.01	.02	-.01	9	40	26.43	5.95	.76
ABQ1	.14	.61	.45	.42	0	28	12.03	6.43	.85
ABQ2	.14	.57	.34	.31	0	28	12.72	5.27	.80
ABQ3	.01	.27	.24	.21	0	28	5.12	4.64	.82
ABQ4	.05	.20	.17	.14	0	28	5.80	6.22	.87
ABQ5	.15	.49	.39	.33	0	28	10.93	5.31	.81
ABQ6	.11	.36	.37	.29	0	28	9.59	5.43	.78
ABQ7	.12	.53	.36	.31	0	28	14.03	5.97	.86

ECR-DIF	.33	-.06	-.01	-.15	5	35	26.14	6.58	.86
ECR-DIS	.35	.47	.59	.45	8	56	30.52	10.3	.85
ECR-INT	.11	.30	.47	.48	3	21	7.31	4.22	.77
ECR-RIT	-.09	.29	.12	.27	7	46	16.24	8.39	.87
ECR-TIM	.35	.57	.58	.48	5	35	18.96	7.53	.83
DTQ-VP	.09	.15	.35	.22	5	20	10.95	3.86	.87
DTQ-IP	.04	.19	.24	.16	5	20	13.23	3.86	.85
MDTQ-P	.03	.11	.14	.05	8	32	20.28	4.69	.82
MDTQ-N	.11	.25	.35	.26	6	24	12.97	4.39	.87
MDTQ-NC	.09	.20	.27	.25	4	16	7.60	2.82	.75
MIN	11	7	6	5					
MAX	17	49	42	35					
M	37.51	26.95	13.99	11.93					
DS	15.46	9.62	6.99	6.11					
alpha	.94	.88	.85	.85					

Nota: sottolineatura chiara: correlazioni moderate, sottolineatura scura: correlazioni grandi; INLOAD: Inventory for Love Addiction: INLOAD-DP: Dipendenza dal partner, INLOAD-II: Insicurezza/inadeguatezza, INLOAD-O: Ossessività, INLOAD-S: Sottomissione; SES: Subjective Emptiness Scale (Price et al., 2020); TCI-R: Temperament and Character Inventory Revised (Cloninger, et al., 1994): TCI-HA1: Ansia anticipata e pessimismo vs ottimismo disinibito, TCI-HA2: Paura dell'incertezza, TCI-HA3: Timidezza, insicurezza per cose sconosciute, TCI-HA4: Affaticabilità e mancanza di energie, TCI-NS1: Esploratività, eccitabilità vs rigidità stoica, TCI-NS2: Impulsività vs riflessività, TCI-NS3: Stravaganza e riservatezza, TCI-NS4: Sregolatezza vs irrigimentazione; FFMQ: Five Facets Mindfulness Questionnaire (Baer et al., 2006): FFMQ-ACT: Agire con consapevolezza, FFMQ-DES: Descrivere, FFMQ-NJD: Non giudicare la propria esperienza interna, FFMQ-NRE: Non reagire alla propria esperienza interna, FFMQ-OBS: Osservare; ABQ-7DAS: Addictive Behaviour Questionnaire – Seven Dimensions Addiction Scale (Caretto et al., 2016): ABQ1: Ansia da separazione, ABQ2: Disregolazione affettiva, ABQ3: Dissociazione somatoforme e psicologica, ABQ4: Esperienze traumatiche infantili, ABQ5: Discontrollo degli impulsi, ABQ6: Comportamenti compulsivi e ritualizzazione, ABQ7: Pensieri ossessivi; ECR: Experiences in close relationships (Brennan et al., 1998): ECR-DIF: Difficoltà nella ricerca di sostegno, ECR-DIS: Risposta di disagio, ECR-INT: Ricerca di intimità non corrisposta, ECR-RIT: Risposta di ritiro, ECR-TIM: Timore di abbandono; DTQ: Desire Thinking Questionnaire (Caselli et al., 2011), DTQ-VP: perseverazione verbale, DTQ-IP: prefigurazione immaginativa; MDTQ: Metacognitions about Desire Thinking Questionnaire (Caselli et al., 2013), MDTQ-P: Metacognizioni positive sul rimuginio desiderante, MDTQ-N: Metacognizioni negative sul rimuginio desiderante, MDTQ-NC: Bisogno di controllare i pensieri legati al desiderio

Successivamente, per la creazione del modello di regressione lineare, sono state realizzate delle tabelle in cui sono stati inseriti tutti i predittori, ovvero le caratteristiche socio-demografiche (sesso, età, status occupazionale, titolo di studio conseguito, tempo medio della propria relazione, numero di relazioni, durata delle relazioni, intervallo fra le relazioni e orientamento sessuale). Qui di seguito sono presentate le tabelle per ogni fattore della scala INLOAD con tutti i predittori, anche quelli non significativi, ovvero quelli in cui il valore di p non è minore di .05. I p-values dei predittori significativi sono stati messi in grassetto.

Tabella 4.3 - ANOVA Omnibus tests INLOAD-DP ($n = 500$)

	SS	df	F	p	η^2
Model	25717.08	25	5.21	<.001	.22
Sex	13.54	1	0.07	0.794	.00
Age_cat	1853.40	4	2.35	0.054	.02
Work	1425.74	3	2.41	0.067	.01
Deg	1892.01	2	4.79	0.009	.02
Rel_time_cat	9228.49	2	23.37	<.001	.08
Rel_num_cat	503.10	2	1.27	0.281	.00
Rel_dur_cat	937.73	5	0.95	0.448	.01
Rel_int_cat	1766.85	5	1.79	0.113	.01
Orsex	388.61	1	1.97	0.161	.00
Residuals	93601.91	474			
Total	119318.98	499			

Nota: INLOAD-DP: Dipendenza dal partner; Sex: sesso; Age_cat: categoria d'età; Work: status occupazionale; Deg: titolo di studio; Rel_time_cat: tempo della propria relazione; Rel_num_cat: numero di relazioni avute; Rel_dur_cat: durata media della relazione; Rel_int_cat: intervallo fra le relazioni avute; Orsex: orientamento sessuale; SS: devianza; df: gradi di libertà; F: valore dal test F; p: p-value; η^2 : indice della dimensione dell'effetto eta-quadro

Tabella 4.4 - ANOVA Omnibus tests INLOAD-II ($n = 500$)

	SS	df	F	p	η^2
Model	6253.44	25	2.97	< .001	.14
Sex	1666.21	1	19.77	< .001	.04
Age_cat	1202.33	4	3.57	0.007	.03
Work	166.78	3	0.66	0.577	.00
Deg	1324.27	2	7.86	< .001	.03
Rel_time_cat	150.23	2	0.89	0.411	.00
Rel_num_cat	186.33	2	1.11	0.332	.00
Rel_dur_cat	1087.04	5	2.58	0.026	.02
Rel_int_cat	331.91	5	0.79	0.559	.01
Orsex	188.42	1	2.24	0.135	.00
Residuals	39943.21	474			
Total	46196.65	499			

Nota: INLOAD-II: Insicurezza/inadeguatezza; Sex: sesso; Age_cat: categoria d'età; Work: status occupazionale; Deg: titolo di studio; Rel_time_cat: tempo della propria relazione; Rel_num_cat: numero di relazioni avute; Rel_dur_cat: durata media della relazione; Rel_int_cat: intervallo fra le relazioni avute; Orsex: orientamento sessuale; SS: devianza; df: gradi di libertà; F: valore dal test F; p: p-value; η^2 : indice della dimensione dell'effetto eta-quadro

Tabella 4.5 - ANOVA Omnibus tests INLOAD-O ($n = 500$)

	SS	df	F	p	η^2
Model	2340.72	25	2.01	0.003	.10
Sex	37.79	1	0.81	0.368	.00
Age_cat	120.89	4	0.65	0.627	.00
Work	227.42	3	1.63	0.182	.01
Deg	437.07	2	4.70	0.010	.02
Rel_time_cat	325.87	2	3.50	0.031	.01
Rel_num_cat	126.13	2	1.36	0.259	.01
Rel_dur_cat	296.91	5	1.28	0.273	.01
Rel_int_cat	590.37	5	2.54	0.028	.02
Orsex	25.16	1	0.54	0.462	.00
Residuals	22043.25	474			
Total	24383.97	499			

Nota: INLOAD-O: Ossessività; Sex: sesso; Age_cat: categoria d'età; Work: status occupazionale; Deg: titolo di studio; Rel_time_cat: tempo della propria relazione; Rel_num_cat: numero di relazioni avute; Rel_dur_cat: durata media della relazione; Rel_int_cat: intervallo fra le relazioni avute; Orsex: orientamento sessuale; SS: devianza; df: gradi di libertà; F: valore dal test F; p: p-value; η^2 : indice della dimensione dell'effetto eta-quadro

Tabella 4.6 - ANOVA Omnibus tests INLOAD-S ($n = 500$)

	SS	df	F	p	η^2
Model	2669.33	25	3.17	< .001	.14
Sex	123.80	1	3.68	0.056	.01
Age_cat	206.42	4	1.53	0.191	.01
Work	76.26	3	0.76	0.520	.00
Deg	281.07	2	4.18	0.016	.02
Rel_time_cat	534.32	2	7.94	< .001	.03
Rel_num_cat	98.80	2	1.47	0.231	.01
Rel_dur_cat	328.51	5	1.95	0.084	.02
Rel_int_cat	303.53	5	1.80	0.111	.02
Orsex	62.33	1	1.85	0.174	.00
Residuals	15951.49	474			
Total	18620.82	499			

Nota: INLOAD-S: Sottomissione; Sex: sesso; Age_cat: categoria d'età; Work: status occupazionale; Deg: titolo di studio; Rel_time_cat: tempo della propria relazione; Rel_num_cat: numero di relazioni avute; Rel_dur_cat: durata media della relazione; Rel_int_cat: intervallo fra le relazioni avute; Orsex: orientamento sessuale; SS: devianza; df: gradi di libertà; F: valore dal test F; p: p-value; η^2 : indice della dimensione dell'effetto eta-quadro

Da queste tabelle, successivamente, sono stati rimossi i predittori non statisticamente significativi e sono state aggiunte le covariate dei punteggi delle sottoscale della SES, della TCI, della FFMQ, della ABQ, della ECR, della DTQ e della MDTQ che avevano una correlazione significativa con le sottoscale di INLOAD (vedi tabella 4.2). Qui di seguito sono riportate, nuovamente, le tabelle aggiornate con questa modifica per ogni fattore della scala INLOAD. I p-values dei predittori significativi sono stati evidenziati in grassetto.

Tabella 4.7 - ANOVA Omnibus tests INLOAD-DP ($n = 500$)

	SS	df	F	p	η^2
Model	48037.32	7	47.37	<.001	.40
Deg	1889.52	2	6.52	0.002	.02
Rel_time_cat	17621.16	2	60.81	< .001	.15
ECR_DIF	4554.11	1	31.43	< .001	.04
ECR_DIS	1295.47	1	8.94	0.003	.01
ECR_TIM	6286.44	1	43.39	< .001	.05
Residuals	71281.66	492			
Total	119318.98	499			

Nota: INLOAD-DP: Dipendenza dal partner; Deg: titolo di studio;
 Rel_time_cat: tempo della propria relazione; ECR_DIF:
 Difficoltà nella ricerca di sostegno; ECR_DIS: Risposta di disagio;
 ECR_TIM: Timore di abbandono; SS: devianza; df: gradi di libertà;
 F: valore dal test F; p: p-value; η^2 : indice della dimensione dell'effetto
 eta-quadro

Tabella 4.8 - ANOVA Omnibus tests INLOAD-II ($n = 500$)

	SS	df	F	p	η^2
Model	30109.95	29	30.33	< .001	.65
Sex	233.31	1	6.82	0.009	.01
Age_cat	270.64	4	1.98	0.097	.01
Deg	66.41	2	0.97	0.380	.00
Rel_dur_cat	113.08	5	0.66	0.653	.00
SES	1796.66	1	52.49	< .001	.04
TCI_HA1	103.55	1	3.03	0.083	.00
TCI_HA2	222.06	1	6.49	0.011	.00
TCI_HA3	576.93	1	16.86	< .001	.01
TCI_HA4	13.16	1	0.38	0.535	.00
FFMQ_ACT	62.67	1	1.83	0.177	.00
FFMQ_DES	81.47	1	2.38	0.124	.00
FFMQ_NJD	361.65	1	10.57	0.001	.01
FFMQ_NRE	120.94	1	3.53	0.061	.00
ABQ1	6.75	1	0.20	0.657	.00
ABQ2	0.56	1	0.02	0.898	.00
ABQ5	3.41	1	0.10	0.752	.00
ABQ6	10.60	1	0.31	0.578	.00
ABQ7	6.78	1	0.20	0.656	.00
ECR_DIS	131.47	1	3.84	0.051	.00
ECR_INT	99.27	1	2.90	0.089	.00
ECR_TIM	689.52	1	20.15	< .001	.01
Residuals	16086.70	470			
Total	46196.65	499			

Nota: INLOAD-II: Insicurezza/inadeguatezza; Sex: sesso; Age_cat: categoria d'età; Deg: titolo di studio; Rel_dur_cat: durata media della relazione; SES: Subjective Emptiness Scale; TCI_HA1: Ansia anticipata e pessimismo vs ottimismo disinibito; TCI-HA2: Paura dell'incertezza; TCI-HA3: Timidezza, insicurezza per cose sconosciute; TCI-HA4: Affaticabilità e mancanza di energie; FFMQ-ACT: Agire con consapevolezza; FFMQ-DES: Descrivere; FFMQ-NJD: Non giudicare la propria esperienza interna; FFMQ-NRE: Non reagire alla propria esperienza interna; ABQ1: Ansia da separazione; ABQ2: Disregolazione affettiva; ABQ5: Discontrollo degli impulsi; ABQ6: Comportamenti compulsivi e ritualizzazione; ABQ7: Pensieri ossessivi; ECR-DIS: Risposta di disagio; ECR-INT: Ricerca di intimità non corrisposta; ECR-TIM: Timore di abbandono; SS: devianza; df: gradi di libertà; F: valore dal test F; p: p-value; η^2 : indice della dimensione dell'effetto eta-quadro

Tabella 4.9 - ANOVA Omnibus tests INLOAD-O ($n = 500$)

	SS	df	F	p	η^2
Model	12074.80	23	20.30	< .001	.50
Deg	52.56	2	1.02	0.363	.00
Rel_time_cat	240.24	2	4.65	0.010	.01
Rel_int_cat	136.97	5	1.06	0.382	.01
SES	369.14	1	14.27	< .001	.02
FFMQ_ACT	34.12	1	1.32	0.251	.00
FFMQ_NJD	38.95	1	1.51	0.220	.00
FFMQ_NRE	270.08	1	10.44	0.001	.01
ABQ1	9.22	1	0.36	0.551	.00
ABQ2	93.00	1	3.60	0.059	.00
ABQ5	3.62	1	0.14	0.709	.00
ABQ6	85.02	1	3.29	0.070	.00
ABQ7	151.61	1	5.86	0.016	.01
ECR_DIS	718.98	1	27.80	< .001	.03
ECR_INT	124.95	1	4.83	0.028	.01
ECR_TIM	524.65	1	20.29	< .001	.02
DTQ_VP	133.10	1	5.15	0.024	.01
MDTQ_N	2.46	1	0.10	0.758	.00
Residuals	12309.17	476			
Total	24383.97	499			

Nota: INLOAD-O: Ossessività; Deg: titolo di studio; Rel_time_cat: tempo della propria relazione; Rel_int_cat: intervallo fra le relazioni avute; SES: Subjective Emptiness Scale; FFMQ-ACT: Agire con consapevolezza; FFMQ-NJD: Non giudicare la propria esperienza interna; FFMQ-NRE: Non reagire alla propria esperienza interna; ABQ1: Ansia da separazione; ABQ2: Disregolazione affettiva; ABQ5: Discontrollo degli impulsi; ABQ6: Comportamenti compulsivi e ritualizzazione; ABQ7: Pensieri ossessivi; ECR-DIS: Risposta di disagio; ECR-INT: Ricerca di intimità non corrisposta; ECR-TIM: Timore di abbandono; DTQ-VP: perseverazione verbale; MDTQ-N: Metacognizioni negative sul rimuginio desiderante; SS: devianza; df: gradi di libertà; F: valore dal test F; p: p-value; η^2 : indice della dimensione dell'effetto eta-quadro

Tabella 4.10 - ANOVA Omnibus tests INLOAD-S ($n = 500$)

	SS	df	F	p	η^2
Model	6894.50	14	20.37	< .001	.37
Deg	95.95	2	1.98	0.139	.01
Rel_time_cat	48.52	2	1.00	0.367	.00
SES	420.94	1	17.41	< .001	.02
FFMQ_ACT	205.11	1	8.48	0.004	.01
FFMQ_NJD	21.01	1	0.87	0.352	.00
ABQ1	0.23	1	0.01	0.922	.00
ABQ2	68.69	1	2.84	0.093	.00
ABQ5	10.00	1	0.41	0.520	.00
ABQ7	6.21	1	0.26	0.612	.00
ECR_DIS	80.81	1	3.34	0.068	.00
ECR_INT	601.57	1	24.88	< .001	.03
ECR_TIM	258.53	1	10.69	0.001	.01
Residuals	11726.32	485			
Total	18620.82	499			

Nota: INLOAD-S: Sottomissione; Deg: titolo di studio; Rel_time_cat: tempo della propria relazione; SES: Subjective Emptiness Scale; FFMQ-ACT: Agire con consapevolezza; FFMQ-NJD: Non giudicare la propria esperienza interna; ABQ1: Ansia da separazione; ABQ2: Disregolazione affettiva; ABQ5: Discontrollo degli impulsi; ABQ7: Pensieri ossessivi; ECR-DIS: Risposta di disagio; ECR-INT: Ricerca di intimità non corrisposta; ECR-TIM: Timore di abbandono; SS: devianza; df: gradi di libertà; F: valore dal test F; p: p-value; η^2 : indice della dimensione dell'effetto eta-quadro

Infine, sono state realizzate le tabelle post hoc dei predittori categoriali statisticamente significativi. Qui di seguito è presentata la tabella del predittore “Titolo di studio” del fattore “Dipendenza dal partner”, dove le tre categorie sono “licenza media o inferiore”, “diploma di scuola secondaria di secondo grado” e “laurea”, quella del predittore “Durata della relazione” del fattore “Dipendenza dal partner”, dove le tre categorie sono “No relazione”, “Meno di un anno” e “Più di un anno”, quella del predittore “Sesso” per il fattore “Insicurezza/inadeguatezza”, dove le due categorie sono “Maschio” e “Femmina”, e, infine, quella del predittore “Durata della relazione” per il fattore “Ossessività”, dove le categorie sono uguali a quelle citate in precedenza.

Tabella 4.11 - Post Hoc Comparisons – Titolo di studio (Deg) di INLOAD-DP

Comparison		Difference	SE	t	df	p _{tukey}
Deg	Deg					
HS	- DEG	2.22	1.19	1.86	492.00	0.152
Less_HS	- DEG	6.24	1.79	3.49	492.00	0.002
Less_HS	- HS	4.02	1.86	2.17	492.00	0.078

Nota: INLOAD-DP: Dipendenza dal partner; Less_HS: licenza media o inferiore; HS: diploma di scuola secondaria di secondo grado; DEG: laurea

Tabella 4.12 - Post Hoc Comparisons – Tempo della relazione (Rel_time_cat) di INLOAD-DP

Comparison		Difference	SE	t	df	p _{tukey}
Rel_time_cat	Rel_time_cat					
Meno_1_anno	- Piu_1_anno	-9.64	2.14	-4.51	492.00	< .001
No_rel	- Meno_1_anno	-3.93	2.18	-1.80	492.00	0.170
No_rel	- Piu_1_anno	-13.57	1.25	-10.89	492.00	< .001

Nota: INLOAD-DP: Dipendenza dal partner; No_rel: No relazione; Meno_1_anno: Meno di un anno; Piu_1_anno: Più di un anno

Tabella 4.13 - Post Hoc Comparisons – Sesso (Sex) di INLOAD-II

Comparison		Difference	SE	t	df	p _{tukey}
Sex	Sex					
Maschio	- Femmina	-1.75	0.67	-2.61	470.00	0.009

Nota: INLOAD-II: Insicurezza/inadeguatezza

Tabella 4.14 - Post Hoc Comparisons – Tempo della relazione (Rel_time_cat) di INLOAD-O

Comparison							
Rel_time_cat	Rel_time_cat	Difference	SE	t	df	Ptukey	
Meno_1_anno	- Piu_1_anno	-1.76	0.93	-1.90	476.00	0.140	
No_rel	- Meno_1_anno	0.22	0.97	0.23	476.00	0.972	
No_rel	- Piu_1_anno	-1.54	0.56	-2.74	476.00	0.017	

Nota: INLOAD-O: Ossessività; No_rel: No relazione; Meno_1_anno: Meno di un anno; Piu_1_anno: Più di un anno

5. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

*“L’amore può trasformarsi in una dipendenza affettiva,
ma la dipendenza affettiva non si trasforma mai in amore.”*

(Enrico Maria Secci)

5.1 Discussione

In generale, possiamo affermare che quanto ottenuto abbia risposto all’obiettivo principale della ricerca che è stato quello di costruire un modello di regressione della scala INLOAD e, dunque, del costrutto della dipendenza affettiva, andando, così, ad indagare le possibili correlazioni fra questa e le altre variabili.

Nel suo complesso, lo studio ha evidenziato come le ipotesi di partenza possano essere ritenute supportate e, scendendo maggiormente nel dettaglio, è plausibile asserire che le correlazioni, emerse dallo studio e riportate nella tabella 4.2 del capitolo precedente, rispecchiano a pieno le aspettative.

5.1.1 Verifica della prima ipotesi

Questa prima ipotesi si riferiva, in maniera più generale, ad analizzare l’importanza delle variabili sociodemografiche nel modello di regressione costruito per spiegare la dipendenza affettiva. In particolare, si è fatto riferimento alle relazioni fra partners, dunque, più specificatamente, il tempo della propria relazione sentimentale attuale, il numero di relazioni avute durante il proprio arco di vita, la durata media delle relazioni passate e l’intervallo medio fra una relazione e l’altra.

Queste, proprio come ipotizzato, sono le più frequenti fra i diversi possibili predittori della *love addiction*.

In particolare, il predittore più rilevante e ricorrente nei modelli di regressione dei diversi fattori della dipendenza affettiva sembra essere il tempo della propria relazione sentimentale attuale, che è risultato significativo per il fattore sulla dipendenza da partner e per quello relativo all'ossessività.

A questo risultato è facile attribuire una spiegazione plausibile, considerando il fatto che la quantità di tempo trascorso con una persona tende a spiegare una buona parte della varianza dei fattori in questione.

5.1.2 Verifica della seconda ipotesi

Riguardo la seconda ipotesi, ci si è supposti di riscontrare correlazioni sostanziali e positive fra i fattori della INLOAD e la scala SES, riferita alla percezione della sensazione di vuoto. I risultati ottenuti hanno permesso di dare frutto a un quadro di riferimento in questa direzione, infatti, come già rilevato dai dati mostrati nel capitolo precedente, sono presenti tre su quattro, ovvero il totale delle dimensioni della INLOAD, correlazioni positive e sostanziali fra le sottodimensioni di INLOAD e quelle di SES. L'unico fattore che non correla in modo sostanziale con la scala sul senso di vuoto è quello relativo alla dipendenza dal partner, INLOAD-DP, che, come vedremo anche nella spiegazione delle altre ipotesi, sembra correlare con associazioni maggiori di .30 con pochissime delle sottodimensioni. Nei modelli di predizione dei fattori INLOAD-II, INLOAD-O e INLOAD-S, infatti, la SES emerge come predittore che spiega una buona parte di devianza.

5.1.3 Verifica della terza ipotesi

La terza ipotesi, invece, indagava la relazione fra i fattori di INLOAD e i tratti temperamentali. Fra le diverse sottodimensioni della TCI, solo TCI_HA2 e TCI_HA3 sono significativi nello spiegare INLOAD-II. In realtà, questo risultato sembra essere piuttosto ovvio dato che queste due sottodimensioni rappresentano la paura dell'incertezza, il primo, e l'insicurezza per le cose sconosciute, il secondo, e appunto l'INLOAD-II è proprio l'espressione dell'insicurezza e dell'inadeguatezza provata rispetto al partner, perfettamente in linea con quanto descritto dai due fattori della TCI. Secondo le nostre aspettative, avremmo ipotizzato ulteriori correlazioni con la scala TCI, per esempio, anche con i fattori sulla ricerca della novità, con i quali, invece, non è emerso alcunché. Ciò significa, però, che sono solo questi due, descritti precedentemente, i tratti comportamentali che predicano la dipendenza affettiva.

5.1.4 Verifica della quarta ipotesi

Per quanto concerne la quarta ipotesi, invece, che era relativa alla relazione fra dipendenza affettiva e la mindfulness, emergono tutte correlazioni negative e, per la maggior parte, anche sostanziali: le attese, dunque, sono state perfettamente rispettate. Si può notare, difatti, che tutti i fattori di INLOAD, ad esclusione di quello sulla dipendenza dal partner, come già accennato prima, sono associati negativamente alle dimensioni della scala FFMQ. Questo dato dimostra che le persone che hanno una buona mindfulness avranno anche, di conseguenza, livelli inferiori di dipendenza dal proprio partner.

Questo, però, può essere affermato per i primi quattro fattori (ovvero “agire con consapevolezza”, “non giudicare la propria esperienza interna”, “non reagire e descrivere il proprio vissuto”) ma esclude il quinto, ovvero “osservare”.

La spiegazione che possiamo dare rispetto a questo aspetto è che le prime dimensioni sono più materiali e concrete e, dunque, è accettabile che correlino maggiormente, l’”osservare”, invece, rimane su un piano più astratto, quindi, è più difficile che si colleghi direttamente a una forma di dipendenza.

5.1.5 Verifica della quinta ipotesi

L’ipotesi numero 5 preventivava di trovare correlazioni positive fra i costrutti di dipendenza affettiva e di dipendenza patologica, più globale.

In generale, rimane sempre escluso il primo fattore della INLOAD, quello relativo alla dipendenza dal partner, con correlazioni positive ma trascurabili o deboli; per gli altri tre fattori, invece, si presentano in tutte le celle buone correlazioni, per la maggior parte dei casi moderate o grandi. Questo ultimo risultato è perfettamente in linea con quanto atteso, affermando che i due concetti siano, ovviamente, strettamente connessi fra di loro.

Occorre aggiungere, però, che, nonostante quanto dichiarato con le affermazioni precedenti, nei modelli finali di predizione nessun fattore della scala ABQ risulta essere statisticamente significativo.

5.1.6 Verifica della sesta ipotesi

In riferimento alla sesta ipotesi, ci si è supposti una correlazione fra lo stile di attaccamento e la *love addiction*. Prima di poter elaborare le conclusioni, occorre

considerare che la ECR, ovvero la scala che misura i modelli di attaccamento adulto, è suddivisa in due macrofattori che misurano uno l'attaccamento ansioso (con le dimensioni di "risposta di disagio", "timore di abbandono" e "ricerca di intimità non corrisposta") e l'altro l'attaccamento evitante (con le dimensioni di "risposta di ritiro" e "difficoltà nella ricerca di sostegno"). Osservando la tabella delle correlazioni, infatti, si può notare come il fattore dell'evitamento non correli molto, a livello globale, con la scala INLOAD, a differenza di quello dell'ansia che, invece, ha quasi tutte associazioni sostanziali. Sebbene ci si potessero aspettare correlazioni positive e sostanziali con tutte le componenti di questo test, non c'è da stupirsi se il fattore dell'ansia gioca un ruolo maggiormente rilevante nel predire la dipendenza affettiva, che, per definizione, rappresenta proprio quella situazione in cui la persona prova un forte stato ansioso di perdere la persona amata e per cui si presenta, appunto, l'*addiction*. L'aspetto interessante dei risultati è che queste dimensioni relative all'ansia sono risultate significative anche nel modello di predizione dei fattori dell'INLOAD e, unicamente per questo costrutto, il fattore dipendenza da partner della scala non è rimasto escluso dal modello, riportando anch'esso la significatività statistica dei predittori dell'ECR.

5.1.7 Verifica della settima ipotesi

Una volta constatate le relazioni con tutte queste variabili, lo step finale è stato quello di andare ad indagare le associazioni con la presenza di rimuginio desiderante e le metacognizioni ad esso associato. Sorprendentemente rispetto a quanto atteso, quasi non emergono correlazioni sostanziali fra la INLOAD e le scale DTQ e MDTQ; le uniche associazioni moderate che compaiono sono quella fra MDTQ_N, che rappresenta le credenze metacognitive negative sul rimuginio desiderante, e INLOAD-O, ovvero

l'ossessività, e quest'ultima con DTQ_VP, ossia il fattore riferito alla perseverazione verbale, che rappresenta, di fatto, l'unico predittore significativo per questa dimensione di INLOAD nel modello di predizione finale. Nell'ipotesi iniziale su queste tematiche ci saremmo aspettati un numero maggiore di correlazioni e un maggior contributo di questi aspetti legati al *desire thinking* rispetto al modello generale di predizione della *love addiction* ma, a quanto pare, questo argomento non sembra essere di centrale importanza per la spiegazione del costrutto.

5.2 Conclusioni

L'obiettivo di questo lavoro è stato di focalizzarsi su una scala di un argomento considerato rilevante sia a livello informativo, più generale, che a livello clinico, per costituire un intervento psicoterapeutico mirato e per tutte le conoscenze necessarie per poterlo fare.

Il principale traguardo dello studio, pienamente raggiunto, è stato di confermare il modello di studio della scala INLOAD, relativa alla dipendenza affettiva, tramite la somministrazione ai partecipanti di questo test insieme ad altri questionari psicometricamente validi. Questo ha, inoltre, permesso di verificare l'affidabilità del nostro strumento.

Ulteriori studi potrebbero approfondire le relazioni fra i costrutti analizzati ed esplorare i legami fra la *love addiction* e altri concetti correlati come l'intelligenza emotiva, l'autonomia, l'autostima, la resilienza, l'assertività, il supporto sociale e familiare, la soddisfazione relazionale, il bisogno di approvazione. Inoltre, sarebbe anche interessante vedere se questa forma di dipendenza può essere presente in comorbidità con altri

disturbi. In aggiunta, si potrebbe somministrare un test di personalità generale per esaminare le possibili interazioni fra tratti individuali e dipendenza affettiva.

Molte vie di ricerca rimangono aperte per chiarire meglio i rapporti del nostro costrutto e per affermare il modello di fondo della scala INLOAD. Bisogna, infatti, ricordare che, nonostante l'importanza di questo lavoro, la validazione di una scala e la costruzione di un relativo modello è un processo continuo che può essere indagato indefinitamente, finché ci saranno criteri e costrutti significativi per valutare l'efficacia del test nel misurare ciò che si propone di valutare.

5.2.1 Limiti della ricerca

Pur rimanendo a conoscenza del fatto che “l'osservazione e la misurazione di caratteristiche psicologiche è certamente uno dei problemi più delicati nell'ambito della psicologia: chi conduce ricerche in campo psicologico sa che il compito più arduo è quello di quantificare le osservazioni del comportamento oggetto di studio” (Ercolani & Perugini, 1997, p.13), c'era tuttavia il desiderio di aggiungere un tassello nella costellazione delle ricerche relative alla dipendenza affettiva, un fenomeno che, soprattutto a livello di riscontro clinico, rimane poco studiato.

Considerando l'oggetto dello studio e l'obiettivo del lavoro e pur rimanendo consapevoli che l'uso di diverse metodologie risponde a varie esigenze di ricerca, abbiamo scelto deliberatamente di non considerare la varietà degli strumenti utilizzati nella ricerca psicologica sui costrutti indagati, utilizzando invece esclusivamente scale di misurazione. Possiamo, probabilmente, considerare come principale limite metodologico della ricerca l'uso esclusivo di scale di auto-valutazione (self-report scales) come strumenti di indagine, che presentano due problematiche principali oltre ai loro vantaggi.

Innanzitutto, sebbene i questionari self-report siano facili da sviluppare, permettano un controllo agevole delle caratteristiche psicometriche e siano semplici da somministrare, c'è il dubbio che possano misurare adeguatamente i processi mentali e la loro frequenza (Ercolani & Perugini, 1997). Questo perché tali strumenti presuppongono che le persone abbiano accesso diretto alle proprie risposte interne e siano disposte e capaci di fornirne una descrizione accurata (Luminet, 2004).

Inoltre, le scale auto-valutative possono essere soggette al bias di richiamo (*recall bias*) (Conway, 1990), cioè un errore sistematico dovuto alle differenze nell'accuratezza o nella completezza dei ricordi delle persone riguardo agli eventi passati. Le persone tendono a essere influenzate dalla “desiderabilità sociale”, il che significa che potrebbero riportare informazioni che ritengono socialmente accettabili o favorevoli, sia consapevolmente che inconsapevolmente.

Inoltre, contrariamente a quanto si pensa comunemente, le persone hanno generalmente una bassa consapevolezza dei propri processi cognitivi, il che rende plausibile che non forniscano informazioni esatte necessarie per completare adeguatamente lo studio (Nisbett & Wilson, 1997).

Considerando queste premesse, sarebbe auspicabile che l'analisi delle relazioni sentimentali non si basasse esclusivamente sulle scale self-report, ma piuttosto su una combinazione di strumenti diversi. Tuttavia, è comunque vero che non si può fare a meno di questo tipo di strumenti (Scherer, Walbott & Summerfield, 1986).

Un altro punto su cui vorrei soffermarmi, sempre nell'ambito della metodologia, è relativo a una delle limitazioni principali, secondo me, del presente studio e riguarda la durata complessiva della somministrazione dei test. Ogni partecipante è stato sottoposto a otto test psicologici, il che ha comportato un tempo totale di valutazione considerevole. Questo fattore ha influenzato negativamente l'attenzione e la concentrazione dei

partecipanti, i quali hanno riportato sentimenti di affaticamento e distrazione. Tali condizioni potrebbero aver compromesso la qualità delle risposte e, di conseguenza, la validità dei risultati ottenuti. Per mitigare questo problema e migliorare la qualità dei dati raccolti e, di conseguenza, la robustezza delle conclusioni dello studio, le future ricerche potrebbero adottare diverse strategie. Una di queste è la riduzione del numero di test somministrati, selezionando quelli più pertinenti agli obiettivi specifici dello studio, un approccio che diminuirebbe la durata complessiva della valutazione e, senz'altro, ridurrebbe l'affaticamento dei partecipanti.

Oltre alla questione della durata della somministrazione dei test, un'altra significativa limitazione del presente studio riguarda il trattamento dei costrutti di *love addiction* e *affective dependence*. Su suggerimento delle colleghe dell'Università di Firenze, questi due costrutti sono stati considerati equivalenti e trattati allo stesso modo, tuttavia, esistono motivi teorici e clinici per ritenere che *love addiction* e *affective dependence* possano rappresentare fenomeni distinti con differenti caratteristiche psicologiche, comportamentali e neurobiologiche.

Per approfondire questa questione, eventuali studi futuri potrebbero focalizzarsi sul condurre ricerche specifiche per ciascun costrutto, al fine di identificare e comprendere le eventuali differenze di questi due fenomeni complessi.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Acevedo, B. P., & Aron, A. (2009). Does a long-term relationship kill romantic love? *Review of General Psychology, 13*(1), 59–65. <https://doi.org/10.1037/a0014226>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Antonelli, P., Fortunati, M., Salvatori, G., & Giunti, D. (2021). La dipendenza affettiva oggi: concettualizzazione, valutazione e trattamento. *Rivista di Sessuologia Clinica, 28*(2), 123-145.
- Attili, G. (2004). *Attaccamento e amore*. Il Mulino.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*(1), 27–45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., & Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment, 15*(3), 329-342. <https://doi.org/10.1177/1073191107313003>
- Bartholomew, K. (1993). From childhood to adult relationships: Attachment theory and research. In C. Hendrick (Ed.), *Review of personality and social psychology: Close relationships* (Vol. 14, pp. 191-234). Sage Publications.
- Bodhi, B. (2000). *A comprehensive manual of Abhidhamma*. BPS Pariyatti Editions.
- Borkovec, T. D., & Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy, 28*(2), 153-158. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90027-G](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90027-G)

- Bowlby, J. (1988). *Una base sicura*. Raffaello Cortina.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Experiences in close relationships inventory. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). Guilford Press.
- Burkett, J. P., & Young, L. J. (2012). The behavioral, anatomical and pharmacological parallels between social attachment, love and addiction. *Psychopharmacology*, 224(1), 1–26.
<https://doi.org/10.1007/s00213-012-2794-x>
- Calleros, R. (1990). *Assessment of codependency factors in women*. International University Press.
- Caretti, V., & La Barbera, D. (2010). *Addiction. Aspetti biologici e di ricerca*. Raffaello Cortina Editore.
- Caretti, V., Craparo, G., Giannini, M., Gori, A., Iraci, G., Lucchini, A., ... & Schimmenti, A. (2016). *Addictive Behavior Questionnaire (ABQ). Manuale e questionari*. Edizioni Universitarie.
- Caretti, V., Gori, A., Craparo, G., Giannini, M., Iraci-Sareri, G., & Schimmenti, A. (2018). A new measure for assessing substance-related and addictive disorders: The addictive behavior questionnaire (ABQ). *Journal of Clinical Medicine*, 7(8), 194.
<https://doi.org/10.3390/jcm7080194>
- Caselli, G., & Spada, M. M. (2010). Metacognitions in desire thinking: A preliminary investigation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(5), 629-637.
<https://doi.org/10.1017/S1352465810000379>
- Caselli, G., & Spada, M. M. (2011). The desire thinking questionnaire: Development and psychometric properties. *Addictive Behaviors*, 36(11), 1061-1067.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.06.013>

- Caselli, G., & Spada, M. M. (2013). The metacognitions about desire thinking questionnaire: Development and psychometric properties. *Journal of Clinical Psychology, 69*(12), 1284-1298. <https://doi.org/10.1002/jclp.22006>
- Caselli, G., Ruggero, G. M., & Sassaroli, S. (2017). *Rimuginio. Teoria e terapia del pensiero ripetitivo*. Raffaello Cortina Editore.
- Chen, B., Vansteenkiste, M., Beyers, W., Boone, L., Deci, E. L., Van der Kaap-Deeder, J., ... & Verstuyf, J. (2015). Basic psychological need satisfaction, need frustration, and need strength across four cultures. *Motivation and Emotion, 39*(2), 216–236. <https://doi.org/10.1007/s11031-014-9450-1>
- Chiesa, A. (2013). The difficulty of defining mindfulness: Current thought and critical issues. *Mindfulness, 4*(3), 255-268. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0123-4>
- Clark, M. S., & Mills, J. (1979). Interpersonal attraction in exchange and communal relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*(1), 12–24. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.1.12>
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry, 50*(12), 975–990. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240059008>
- Cloninger, C. R. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*. Center for Psychobiology of Personality, Washington University.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(4), 644-663. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.4.644>
- Conway, M. A. (1990). *Autobiographical memory: An introduction*. Open University Press.
- Costa, S., Barberis, N., Griffiths, M. D., Benedetto, L., & Ingrassia, M. (2021). The Love Addiction Inventory: Preliminary findings of the development process and psychometric

- characteristics. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(3), 651–668.
<https://doi.org/10.1007/s11469-019-00134-w>
- Cowan, C., & Kinder, M. (1985). *Smart women foolish choices: Finding the right men avoiding the wrong ones*. Penguin Putnam, Inc.
- Curtis, J. M. (1983). Elements of pathological love relationships. *Psychological Reports*, 53(1), 83–92. <https://doi.org/10.2466/pr0.1983.53.1.83>
- D'Agostino, A., Pepi, R., Rossi Monti, M., & Starcevic, V. (2020). The feeling of emptiness: A review of a complex subjective experience. *Harvard Review of Psychiatry*, 28(5), 287–295. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000259>
- Del Miglio, C., Couyoumdjian, A., & Patrizi, M. (2005). Dipendenze comportamentali negli adolescenti: Videogiochi e gioco d'azzardo. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 9(1), 139–153. <https://doi.org/10.1449/20409>
- Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R., & Salvatore, G. (2013). *Terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*. Raffaello Cortina Editore.
- Earp, B. D., Wudarczyk, O. A., Sandberg, A., & Savulescu, J. (2013). If I could just stop loving you: Anti-love biotechnology and the ethics of a chemical breakup. *American Journal of Bioethics*, 13(11), 3–17. <https://doi.org/10.1080/15265161.2013.839752>
- Earp, B. D., Wudarczyk, O. A., Foddy, B., & Savulescu, J. (2017). Addicted to love: What is love addiction and when should it be treated? *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 24(1), 77–92. <https://doi.org/10.1353/ppp.2017.0009>
- Ercolani, A. P., & Perugini, M. (1997). *La misura in psicologia: Introduzione ai test psicologici*. LED Edizioni Universitarie.
- Falango, M. (2012). Love addiction self-assessment. Retrieved August 3, 2018, from <https://www.loveaddiction.com/self-assessment>

- Feeney, J. A., & Noller, P. (1991). Attachment style and verbal descriptions of romantic partners. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8(2), 187-215. <https://doi.org/10.1177/0265407591082003>
- Fellowship A. (1985). 40 questions for diagnosis. Accessed August 3, 2018, from <https://www.fellowship-a.org/40-questions>
- Fisher, J. V., & Crandell, L. E. (1997). Complex attachment: Patterns of relating in the couple. *Sexual and Marital Therapy*, 12(3), 211-223. <https://doi.org/10.1080/02674659708404440>
- Fisher, H. E. (2004). *Why we love: The nature and chemistry of romantic love*. Henry Holt.
- Fisher, H. E., Brown, L. L., Aron, A., Strong, G., & Mashek, D. (2010). Reward, addiction, and emotion regulation systems associated with rejection in love. *Journal of Neurophysiology*, 104(1), 51–60. <https://doi.org/10.1152/jn.00784.2009>
- Fisher, H. E. (2014). The tyranny of love. In K. M. Earp, R. J. Rinehart, & K. G. Rinehart (Eds.), *Behavioral addictions* (pp. 237–265). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-407724-9.00010-3>
- Fogarty, T. F. (1973). On emptiness and closeness. *Center for Family Learning, Compendium I: The best of the family*.
- Friel, J., & Friel, L. (1988). *Adult children: The secrets of dysfunctional families*. Health Communications.
- Gerra, G., Leonardi, C., Cortese, E., Zaimovic, A., Dell'Agnello, G., Manfredini, M., Somaini, L., Petracca, F., Caretti, V., Raggi, M. A., & Donnini, C. (2009). Childhood neglect and parental care perception in cocaine addicts: Relation with psychiatric symptoms and biological correlates. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 33(5), 601–610. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2008.10.004>

- Goldsmith, H. H., Buss, A. H., Plomin, R., Rothbart, M. K., Thomas, A., Chess, S., ... & McCall, R. B. (1987). Roundtable: What is temperament? Four approaches. *Child Development*, 58(2), 505-529. <https://doi.org/10.2307/1130527>
- Griffiths, M. D. (1996a). Internet “addiction”: An issue for clinical psychology? *Clinical Psychology Forum*, 97, 32-36.
- Griffiths, M. D. (1996b). Nicotine, tobacco, and addiction. *Nature*, 384(6604), 18. <https://doi.org/10.1038/384018a0>
- Griffiths, M. D. (1998). Internet addiction: Does it really exist? In J. Gackenbach (Ed.), *Psychology and the Internet: Intrapersonal, Interpersonal and Transpersonal Applications* (pp. 61-75). Academic Press.
- Griffiths, M. D. (2005). A ‘components’ model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191–197. <https://doi.org/10.1080/14659890500114359>
- Hanh, T. N. (1987). *Il miracolo della presenza mentale*. Ubaldini Editore.
- Hatfield, E., & Walster, G. W. (1978). *A new look at love*. University Press of America.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1992). Broken attachments. In T. L. Orbuch (Ed.), *Close relationship loss: Theoretical approaches* (pp. 90-108). Lawrence Erlbaum Associates.
- Hendrick, C., & Hendrick, S. (1986). A theory and method of love. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(2), 392-402. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.2.392>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Vivere momento per momento*. Tea Edizioni.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Dovunque tu vada, ci sei già. Una guida alla meditazione*. TEA Libri.

- Kavanagh, D. J., May, J., & Andrade, J. (2009). Tests of the elaborated intrusion theory of craving and desire: Features of alcohol craving during treatment for an alcohol disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 48(3), 241-254. <https://doi.org/10.1348/014466508X387071>
- Keane, H. (2004). Disorders of desire: Addiction and problems of intimacy. *Journal of Medical Humanities*, 25(3), 189–204. <https://doi.org/10.1023/B:JOMH.0000036635.85851.e9>
- Keogan, C. (1993). Codependency and an assessment of the Friel codependent inventory: A thesis presented in partial fulfilment of the requirements for the degree of Masters in Social Sciences at Massey University (Doctoral dissertation, Massey University).
- Kline, T. (2005). *Psychological testing: A practical approach to design and evaluation*. Sage.
- Koob, G. F., & Le Moal, M. (2005). Plasticity of reward neurocircuitry and the 'dark side' of drug addiction. *Nature Neuroscience*, 8(11), 1442-1444. <https://doi.org/10.1038/nn1105-1442>
- La Mela, C. (2014). *Fondamenti di Terapia Cognitiva*. Maddali e Bruni.
- Lebruto, A. (2021, May 13-15). Inventory for love addiction (Inload): A new tool for the assessment of love addiction. Paper presented at the 10th International Congress of Cognitive Psychotherapy (ICCP), Roma.
- Lebruto, A., Calamai, G., Caccico, L., & Ciorciari, V. (2022). *Dipendenza affettiva. Diagnosi, assessment e trattamento cognitivo-comportamentale*. Erikson Edizioni.
- Lee, J. (1973). *The colors of love: An exploration of the ways of loving*. New Press.
- Lee, J. A. (1988). Love-styles. In R. J. Sternberg & M. L. Barnes (Eds.), *The psychology of love* (pp. 38-67). Yale University Press.
- Levesque, R. J. R. (1993). The romantic experience of adolescents in satisfying love relationships. *Journal of Youth and Adolescence*, 22(2), 219–251. <https://doi.org/10.1007/BF01536645>

- Levy, N. (2013). Addiction is not a brain disease (and it matters). *Frontiers in Psychiatry*, 4(24).
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2013.00024>
- Luders, E., Kurth, F., Mayer, E. A., Toga, A. W., Narr, K. L., & Gaser, C. (2012). The unique brain anatomy of meditation practitioners: Alterations in cortical gyrification. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6(34). <https://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00034>
- Luminet, O. (2004). Measurement of depressive rumination and associated constructs. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive rumination: Nature, theory and treatment* (pp. 107-123). John Wiley & Sons Ltd.
- Marazziti, D., Presta, S., Picchetti, M., & Dell'Osso, L. (2015). Dipendenze senza sostanza: Aspetti clinici e terapeutici. *Journal of Psychopathology*, 21, 72-84.
- Matthews, N., Farnsworth, B., & Griffiths, M. D. (2009). A pilot study of problem gambling among student online gamblers: Mood states as predictors of problematic behavior. *CyberPsychology & Behavior*, 12(6), 741–745. <https://doi.org/10.1089/cpb.2009.0050>
- Nisbett, J., & Wilson, T. D. (1977). The halo effect: Evidence for unconscious alteration of judgment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(4), 250-256.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.35.4.250>
- Noller, P. (2005). What is this thing called love? Defining love that supports marriage and family. *Personal Relationships*, 3(1), 97–115. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1996.tb00109.x>
- Peabody, S. (2005). *Addiction to love: Overcoming obsession and dependency*. Ten Speed Press.
- Peele, S., & Brodsky, A. (1975). *Love and addiction*. Taplinger.
- Peele, S., & Brodsky, A. (1992). *The truth about addiction and recovery*. Fireside.

- Price, A. L., Mahler, H. I., & Hopwood, C. J. (2022). Construction and validation of a self-report subjective emptiness scale. *Assessment, 29*(3), 397-409. <https://doi.org/10.1177/10731911211006688>
- Pugliese, E., Saliani, A. M., & Mancini, F. (2019). Un modello cognitivo delle dipendenze affettive patologiche. *Psicobiettivo, 39*(2), 55-78.
- Pugliese, E., Saliani, A. M., Mosca, O., Maricchiolo, F., & Mancini, F. (2023a). When the war is in your room: A cognitive model of pathological affective dependence (PAD) and intimate partner violence (IPV). *Sustainability, 15*(4), 1624. <https://doi.org/10.3390/su15041624>
- Pugliese, E., Mosca, O., Saliani, A. M., Maricchiolo, F., Vigilante, T., Bonina, F., Cellitti, E., Barbaro, G. F. M., Goffredo, M., Lioce, P., Orsini, E., Quintavalle, C., Rienzi, S., Vargiu, A., & Mancini, F. (2023b). Pathological affective dependence (PAD) as an antecedent of intimate partner violence (IPV): A pilot study of PAD's cognitive model on a sample of IPV victims. *Psychology, 14*, 305-333. <https://doi.org/10.4236/psych.2023.143021>
- Reynaud, M., Karila, L., Blecha, L., & Benyamina, A. (2010). Is love passion an addictive disorder? *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 36*(5), 261–267. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.493590>
- Ruiz, C. S., & de la Villa Jiménez, M. (2018). Construction and validation inventory for interpersonal relationships and sentimental dependencies (IRIDS-100). *Health and Addictions, 18*(2), 35-47. <https://doi.org/10.21134/haaj.v18i2.407>
- Ruiz, C. S., de la Villa Jiménez, M., Herrero, J., Miranda-Rovés, M., & Rodríguez Díaz, F. J. (2022). Concept of affective dependence and validation of an affective dependence scale. *Psychology Research and Behavior Management, 15*, 3875-3888. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S385807>

- Sassaroli, S., & Ruggiero, G. M. (2003). La psicopatologia cognitiva del rimuginio (worry). *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 9(1), 31-46.
- Schaeffer, B. (1987). *Is it love or is it addiction?* Harper/Hazelden.
- Scherer, K. R., Walbott, G. H., & Summerfield, A. B. (1986). *Experiencing emotion*. Cambridge University Press.
- Senchak, M., & Leonard, K. E. (1992). Attachment styles and marital adjustment among newlywed couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 9(1), 51-64. <https://doi.org/10.1177/0265407592091003>
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>
- Simon, J. (1982). Love, addiction or road to self-realization, a second look. *The American Journal of Psychoanalysis*, 43(3), 253–263. <https://doi.org/10.1007/BF01253201>
- Solomon, R. C. (1988). On emotions as judgments. *American Philosophical Quarterly*, 25(2), 183–191.
- Sophia, E. C., Tavares, H., Berti, M. P., Pereira, A. P., Lorena, A., Mello, C., Gorenstein, C., & Zilberman, M. L. (2009). Pathological love: Impulsivity, personality, and romantic relationship. *CNS Spectrums*, 14(5), 268-274. <https://doi.org/10.1017/S1092852900025438>
- Sussman, S. (2010). Love addiction: Definition, etiology, treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 17(1), 31–45. <https://doi.org/10.1080/10720161003604089>
- Sussman, S. (2012). Steve Sussman on Rudolf H. Moo’s “Iatrogenic effects of psychosocial interventions: Treatment, life context and personal risk factors”. A clarification. *Substance Use & Misuse*, 47(13-14), 1601–1602. <https://doi.org/10.3109/10826084.2012.705683>

- Timmreck, T. C. (1990). Overcoming the loss of a love: Preventing love addiction and promoting positive emotional health. *Psychological Reports, 66*(2), 515–528.
<https://doi.org/10.2466/pr0.1990.66.2.515>
- Valleur, M., & Matysiak, J. C. (2004). *Sesso, passione e videogiochi. Le nuove forme di dipendenza*. Bollati Boringhieri.
- Velotti, P., & Zavattini, G. C. (2008). L'incontro con l'altro nella relazione di coppia: Il luogo della reciprocità. *Funzione Gamma Journal, 21*, 1-19.
- Velotti, P., Zavattini, G. C., & Garofalo, C. (2013). Lo studio della regolazione delle emozioni: Prospettive future. *Giornale Italiano di Psicologia, 40*(2), 247-264.
<https://doi.org/10.1421/74474>
- Volkow, N. D., Fowler, J. S., Wang, G. J., Swanson, J. M., & Telang, F. (2007). Dopamine in drug abuse and addiction: Results of imaging studies and treatment implications. *Archives of Neurology, 64*(11), 1575-1579. <https://doi.org/10.1001/archneur.64.11.1575>
- Watkins, E. R. (2011). Dysregulation in level of goal and action identification across psychological disorders. *Clinical Psychology Review, 31*(2), 260-278.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.05.004>
- Weiss, R., & Schneider, J. (2006). *Untangling the web: Sex, porn, and fantasy obsession in the internet age*. Alyson Books.
- Wells, A. (2012). *Terapia metacognitiva dei disturbi d'ansia e della depressione* (Vol. 7). Eclipsi.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Wiley.
- Wolfe, J. L. (2000). Assessment and treatment of compulsive sex/love behavior. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 18*(4), 235–246.
<https://doi.org/10.1023/A:1007762904206>
- Yoder, B. (1990). *The recovery resource book*. Simon & Schuster.

RINGRAZIAMENTI

Giunta alla fine del mio percorso accademico, il cui presente contributo ne è il risultato finale, terrei a ringraziare le tante persone che, con la loro vicinanza morale e fisica, hanno condiviso con me il cammino, contribuendo al mio procedere con costanza, entusiasmo e serenità.

Grazie al Prof. Carlo Chiorri che, ponendo in me piena stima e fiducia, mi ha accompagnata costantemente in questo lavoro e in altri progetti universitari. Ci tengo a ringraziarla per il suo prezioso supporto, la sua puntualità e la sua precisione nel fornirmi i suoi consigli, fondamentali in tutto il percorso di elaborazione della mia tesi. La sua competenza, pazienza e disponibilità sono state determinanti per il successo di questo lavoro.

Grazie alla dott.ssa Antonella Lebruto per aver ideato il lavoro e avermi aiutata, con fermezza e gentilezza, attraverso puntuali suggerimenti durante tutte le fasi di questo percorso.

Grazie infinitamente ai miei genitori, Roberta e Tiziano, perché senza il loro costante supporto morale, informativo, emotivo ed economico tutto questo non sarebbe stato possibile. Voi avete uno spazio speciale in questa sezione finale della mia tesi. Grazie per avermi educata e formata per affrontare ogni tipo di situazione, sia su un piano scolastico e lavorativo ma anche nella vita quotidiana, nelle relazioni sociali e nelle difficoltà che il mondo costantemente ci presenta. So che qualsiasi cosa accada io sarò in grado di affrontarla e ciò è proprio grazie a voi. Ovunque sarò e ovunque sarete so che ci saremo per sempre e spero che, qualunque sarà il mio percorso futuro, sarete sempre orgogliosi di me.

Grazie alla nonna Bruna, allo zio Giorgio, allo zio Fabry, alla zia Renna, al cugino Federico e sua moglie Federica che sempre mi supportano con stima e affetto profondi, fin dall'inizio di questo cammino universitario, condividendo con me la passione e l'interesse per ciò che sto portando avanti. Vedere i vostri occhi brillare a ogni mia piccola soddisfazione universitaria non ha prezzo.

Grazie alle “psicologhe esaurite” (Chiara, Giorgia e Jessica), senza le quali, fin dai primi minuti del primo giorno, questo viaggio non sarebbe stato così pazzo, travolgente, emozionante, entusiasmante e divertente. Grazie per le sessioni di studio, i momenti prima degli esami, i messaggi di conforto, le risate di consolazione durante le lezioni ma anche i caffè insieme, le avventure, i consigli della vita universitaria e, soprattutto, non universitaria.

Grazie a Valentina, la compagna di sessioni invernali ed estive più pazza di sempre. Sono davvero grata di aver trovato un'amica così speciale fra i banchi delle aule che, non solo mi ha permesso di raggiungere questo traguardo attraverso ore e ore di studio insieme, ma che mi ha fatto vivere ogni esame di questi due anni con più spensieratezza, trasmettendomi tutta la gioia e vivacità che la caratterizzano.

Grazie a tutte le mie più care amiche: Ali Mombe, per dare, costantemente, leggerezza e allegria alle mie giornate, pur rimanendo ferma e decisa sulle parole da usare per consigliarmi; Ali Bizza, che, con la tua indipendenza e intraprendenza, mi hai insegnato a cogliere opportunità che prima non vedevo; Angela, per essere presente in ogni momento importante della mia vita, da sempre; Athena, per appoggiarmi anche nella più pazza delle idee e amarmi costantemente e incondizionatamente; Elodie, per ogni piccolo gesto d'affetto e d'amore, per il tuo instancabile ascolto dei miei infiniti discorsi e per essere, davvero sempre, dalla mia parte; Gaia, per essere entrata velocemente nella mia

vita avendo portato freschezza e risate, pur sempre accompagnate da determinazione e riflessività; Manuela, la mia seconda mamma, che con la tua gentilezza e dolcezza mi hai ammaliata e hai influenzato, senza farlo apposta, anche me; Sandra, che con le tue parole sagge e mature, in ogni situazione, trovi il modo per farmi vedere un cammino che prima, nei miei pensieri, sembrava non esserci; Vittoria, che, anche se spesso a distanza, con la tua grande aspirazione all'eccellenza mi hai, inconsapevolmente, motivata a dare il meglio di me.

Grazie a tutti i miei compagni dell'Erasmus a Barcellona (Barbara, Carla, Christian, Danijel, Federica, Francesca, Giulia, Jessie, Lara e Martina) che hanno colorato la fase più importante e sentimentale di questi due anni universitari. Siete entrati nella mia quotidianità come un uragano, riempiendo, giorno dopo giorno, la mia mente di ricordi meravigliosi e il mio cuore di emozioni indelebili.

Grazie agli amici conosciuti a Helsinki, che hanno rappresentato un'esperienza fantastica del mio percorso universitario. Senza rendervene conto, avete ampliato i miei orizzonti e sono davvero grata di aver condiviso con voi momenti in giro per l'Europa, che porterò per sempre nel mio cuore.

Grazie a tutti i miei amici e amiche, di cui le ragazze di danza, gli amici storici dal 2016, le compagne e amiche dei tempi del liceo, i pazzi del "con tutte", di Tolceto e dei Piero, i ragazzi della Samp e gli amici degli Ziky.

Grazie alla mia seconda grande famiglia NAC Ballet, per aver creduto in me sia come studentessa, che come insegnante ma, soprattutto, come persona. Mi rincuora sapere che, ovunque sarò, so che vi troverò sempre al mio fianco.

Grazie a tutte le persone che hanno dedicato parte del proprio tempo alla mia ricerca, accettando di sottoporsi alla compilazione dei questionari, rendendo, così, possibile la realizzazione di questo studio.

Grazie alle piccole Christal, Glen e Margot e ai piccoli Golden e Milkon che, amorevolmente, mi hanno tenuto compagnia nelle lunghe giornate di studio.

Grazie.