Cognitivismo clinico (2023) **20**, 2, 153-170

UN'ANALISI DEL RUOLO DELLA DIPENDENZA AFFETTIVA COME FATTORE DI RISCHIO PER LA VIOLENZA NELLE RELAZIONI INTIME: PROFILI PSICOPATOLOGICI, SCALA E INTERVENTO

Erica Pugliese[1,2]

[1] Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Roma
[2] Associazione Millemé Violenza di Genere e Dipendenze Affettive

Corrispondenza
Erica Pugliese
E-mail: erica.pugliese@gmail.com

Riassunto

Obiettivo: Questo studio mira a esplorare la correlazione tra la Dipendenza Affettiva Patologica (PAD) e la violenza nelle relazioni intime (IPV), analizzandone le dinamiche e presentando una possibile misura del costrutto e intervento. Questo lavoro si inserisce in un progetto più ampio finalizzato alla cross-validazione della scala per misurare la PAD e allo sviluppo e la validazione di un trattamento cognitivo-comportamentale mirato a migliorare il benessere e la resilienza delle vittime di violenza.

Metodo: Attraverso l'analisi di un modello clinico cognitivo-comportamentale recentemente pubblicato (Pugliese et al., 2023a), vengono presentati per la prima volta nel contesto italiano: (1) il modello delle PAD e il ciclo della PAD, (2) i profili psicopatologici tipici delle persone che soffrono di PAD, (3) la validazione della scala PADS (Pathological Affective Dependence Scale) nella popolazione generale e clinica e (4) le ipotesi dell'intervento per le PAD.

Risultati: La PAD è una condizione trans-diagnostica che rende una persona più vulnerabile a comportamenti abusivi, controllanti, violenti o manipolativi del partner in una relazione intima. La difficoltà intrinseca di interrompere il legame con il partner abusante, anche quando la sofferenza è critica, evidenzia una forte correlazione tra PAD e IPV. L'analisi dei profili psicopatologici suggerisce varie personalità: "Indegno," "Salvatore," "Vulnerabile," e "Misto". I risultati preliminari della validazione della scala PADS indicano il suo potenziale come strumento di misurazione e la sua importanza per identificare i profili più a rischio di IPV. L'assenza di trattamenti evidence-based per la PAD sottolinea l'urgenza di colmare questo gap per combattere l'IPV.

Conclusioni: Le conclusioni mettono in luce l'importanza delle PAD come fattore di rischio per la violenza nelle relazioni intime e la necessità di interventi cognitivo-comportamentali evidence-based e personalizzati per i vari profili di vittime di IPV con PAD. L'identificazione accurata delle persone a rischio, basata sui profili psicopatologici e sull'utilizzo della scala PADS, è cruciale per sviluppare strategie di prevenzione e trattamenti mirati al contrasto delle conseguenze delle violenze sulla salute mentale e fisica delle vittime.

Parole chiave: dipendenze affettive patologiche (PAD), violenza nelle relazioni intime (IPV), comportamenti abusivi, modello cognitivo-comportamentale, profili psicopatologici, scala PADS, validazione cross-culturale

DOI: 10.36131/COGNCL20230201
Ricevuto il 21 Novembre 2023, accettato il 27 Febbraio 2024

© Giovanni Fioriti Editore s.r.l.

Erica Pugliese

EXPLORING THE ROLE OF PATHOLOGICAL AFFECTIVE DEPENDENCE AS A RISK FACTOR FOR INTIMATE PARTNER VIOLENCE: PSYCHOPATHOLOGICAL PROFILES, SCALE, AND INTERVENTION

Abstract

Objective: This study aims to investigate the relationship between Pathological Affective Dependence (PAD) and Intimate Partner Violence (IPV), analyze its dynamics and propose a measurement and intervention for PAD. The study is part of a broader project to cross-validate the PAD measurement scale and to develop and validate a cognitive-behavioral treatment to improve the well-being and resilience of IPV victims.

Method: Drawing on a recently published cognitive-behavioral clinical model (Pugliese et al., 2023a), this study (1) introduces the PAD model and cycle, (2) outlines psychopathological profiles associated with PAD, (3) validates the Pathological Affective Dependence Scale (PADS) in diverse populations, and (4) formulates intervention hypotheses for PAD.

Results: PAD is a trans-diagnostic condition that makes a person more vulnerable to abusive, controlling, violent, or manipulative behavior by a partner in an intimate relationship. The inability to separate from the abusive partner, even in critical situations, shows that there is a strong link between PAD and IPV. The analysis of the psychopathological profile suggests different clusters: "Unworthy"," "Rescuer"," "Vulnerable" and "Mixed". Preliminary results of the validation of the PADS indicate its potential as a measurement tool and its ability in identifying profiles at higher risk of IPV. The absence of evidence-based treatments for PAD stresses the urgent need to fill this gap in combating IPV.

Conclusions: The findings underscore the significance of PAD as a risk factor for violence in intimate relationships and the necessity for evidence-based, personalized cognitive-behavioral interventions for various profiles of IPV victims with PAD. Accurate identification of at-risk individuals, based on psychopathological profiles and the use of the PADS, is crucial for developing prevention strategies and targeted treatments to counteract the consequences of violence on the mental and physical health of victims.

Key words: pathological affective dependence, intimate partner violence, psychopathological profiles, scale, cognitive-behavioral intervention, ipv prevention

Introduzione

La violenza nelle relazioni intime (Intimate Partner Violence - IPV) è un problema psicologico e sociale complesso con implicazioni significative per il benessere individuale e la salute pubblica. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce l'IPV come "l'insieme di comportamenti agiti da un partner o ex partner nella relazione intima che causano danni fisici, sessuali o psicologici all'altro partner. Tra questi comportamenti rientrano l'aggressione fisica, la coercizione sessuale, l'abuso psicologico e il comportamento controllante" (OMS, 2021). In linea con questo, secondo la Convenzione del Consiglio d'Europa per la prevenzione e il contrasto della violenza contro le donne e la violenza domestica (Consiglio d'Europa, 2011) il fenomeno dell'IPV è multi faccettato e introduce quattro diverse forme di violenza: fisica, sessuale, psicologica ed economica. La violenza fisica include comportamenti come schiaffi, percosse, calci; la violenza sessuale include, ad esempio, il rapporto sessuale forzato e altre forme di coercizione sessuale (OMS, 2012). La violenza psicologica comprende insulti verbali, molestie e isolamento dagli altri, mentre la violenza economica include, ad esempio, il controllo dell'accesso del partner alle risorse finanziarie e ai beni necessari (Moshtagh et al., 2023). Queste forme di violenza possono avere effetti devastanti sulla salute fisica e mentale delle donne, compromettendo la loro autostima, libertà e sicurezza

(Wessel & Kostelny, 2022). L'IPV può anche avere ripercussioni negative sui figli delle vittime, che possono assistere o subire episodi di violenza (Oliver & Jaffre, 2023).

Il fenomeno della violenza domestica è diffuso in Italia e nel mondo. Secondo gli ultimi dati dell'Istat (Istat, 2023), il 31,5% delle donne italiane tra i 16 e i 70 anni ha subìto una qualche forma di violenza fisica o sessuale nel corso della propria vita. Il 13,6% delle donne ha subito violenze da parte del partner o dell'ex partner, mentre il 24,7% da parte di altri uomini. Le donne straniere hanno subito violenza in misura simile alle italiane (31,3%), ma sono più esposte alla violenza da parte del partner o dell'ex partner (20,4%). Le forme più gravi di violenza, come lo stupro e il tentato stupro, sono state commesse nel 62,7% dei casi da partner, nel 3,6% da parenti e nel 9,4% da amici. Le vittime di violenza domestica spesso non denunciano gli abusi per paura, vergogna o mancanza di sostegno.

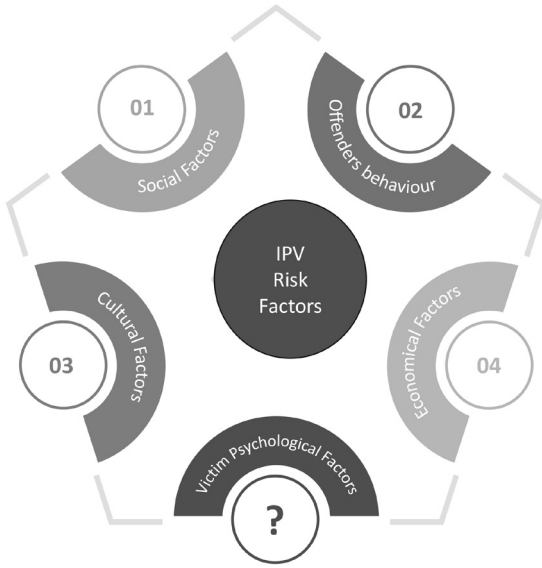
Per contrastare questo fenomeno, sono state introdotte diverse misure legislative e operative. Tra queste, il cosiddetto "Codice rosso"[1], che prevede l'obbligo per le forze dell'ordine di intervenire entro tre giorni dalla segnalazione di un caso di violenza domestica e di attivare una serie di tutele per le vittime. Inoltre, sono stati creati dei centri antiviolenza che offrono assistenza legale, psicologica e sociale alle donne che subiscono violenze. Infine, sono state promosse delle campagne di sensibilizzazione e prevenzione per diffondere una cultura del rispetto e della parità tra i generi.

Le conseguenze della IPV riguardano non solo la salute psicologica della vittima e delle persone che circondano la vittima come figli e familiari, ma anche la salute fisica. In particolare, l'IPV è correlata a diverse problematiche tra le quali l'abuso di sostanze, sviluppo di stress post-traumatico complesso, depressione e pensieri suicidi, tra gli altri (Cannon et al. 2009). Contribuisce anche alla trasmissione del trauma attraverso le generazioni, comporta oneri economici sostanziali e porta a livelli elevati di malattie fisiche e mortalità (Shakoor et al., 2022). Per quanto riguarda le conseguenze a livello fisico, le vittime di IPV possono subire lesioni come ferite, lividi, contusioni, fratture ossee, perdita dei denti e ustioni, che possono interferire con la loro capacità di lavorare e di svolgere le attività quotidiane (Istat, 2023). Inoltre, la violenza sessuale può comportare rischi di gravidanze indesiderate, aborti spontanei, infezioni sessualmente trasmesse, traumi genitali e disturbi ginecologici (MSD Manuals, 2021). La violenza psicologica può causare ansia, depressione, disturbo da stress post-traumatico, disturbi alimentari e sessuali, abuso di alcol e droghe, comportamenti autolesivi e suicidari (ISS, 2018). La violenza economica può limitare l'accesso delle vittime alle risorse finanziarie e ai beni necessari per la loro sopravvivenza e quella dei loro figli (Moshtagh et al., 2023). L'IPV è dunque un fenomeno complesso e diffuso che ha un impatto negativo su tutti gli aspetti della salute delle vittime, sia fisica che mentale.

Proprio per questa ragione, negli anni l'IPV ha raccolto l'attenzione di numerosi studiosi che hanno provato a comprendere quali sono i fattori di rischio di questo fenomeno così controverso e dalla portata globale. Nel tempo si sono susseguite diverse teorie. Alcuni si sono concentrati sui fattori culturali (patriarcato, norme di genere, ecc.), sociali (gender gap, isolamento sociale, ecc.), economici (povertà e livello lavorativo della donna, ecc.) e sul comportamento violento dei maltrattanti (aggressività, abuso di alcol, ecc.) (Mellaard & Meijl, 2021; Lawson, 2012). Questi fattori possono influenzare la probabilità che una persona eserciti o subisca violenza da parte del partner, ma non spiegano completamente il fenomeno. Quello che al momento sembra invece mancare è una chiara e completa comprensione dei fattori psicologici di rischio dell'IPV con particolare riferimento alla vittima e quindi alle sue vulnerabilità (vedi **figura 1**).

[1] https://www.interno.gov.it/it/notizie/unanalisi-dei-dati-sulla-violenza-genere-due-anni-dal-codice-rosso

Figura 1. *Fattori di rischio che contribuiscono al fenomeno dell'IPV*



Mancano risposte a domande fondamentali se si vuole realmente contribuire a fermare il fenomeno dell'IPV. Ancora infatti sono assenti articoli scientifici che esplicitino "Che tipo di connessione hanno la vittima e il maltrattante?", "Chi è la vittima di violenza?" e "Perché una vittima di violenza rimane in una relazione abusante e violenta anche quando può andare via?".

Nel rispondere a queste domande, un crescente corpo di ricerche ha rintracciato nella Dipendenza Affettiva Patologica (Pathological Affective Dependence, PAD) un possibile fattore di rischio per l'IPV (Crapolicchio et al., 2021; Kane et al., 2000; Pugliese et al., 2023b).

Nel tempo si sono susseguite diverse definizioni di PAD che condividono i seguenti elementi distintivi (Ozal et al., 2023): l'assenza di reciprocità all'interno di una relazione romantica (Deetjens, 2009), la distorsione relazionale come forma d'amore morboso, ossessivo e fusionale dannoso per il benessere di una persona (Borgioni, 2015), e il bisogno compulsivo di intimità che porta a schemi relazionali disfunzionali (Reynaud et al., 2010). Secondo Pugliese et al. (2019; 2023a), la PAD può essere definita come una condizione relazionale, trasversale ai diversi disturbi della personalità, nella quale uno o entrambi i partner mettono in atto comportamenti abusivi, controllanti, violenti o manipolativi. La PAD è sia una condizione di tratto che di stato. In uno studio pubblicato nel 2023 (Pugliese et al., 2023b) è stato dimostrato che la PAD è una condizione latente che può essere innescata da un ambiente abusivo. Quando le persone si trovano in una relazione abusiva, possono manifestare comportamenti, credenze o scopi disfunzionali tipici di un individuo con un disturbo di personalità. Questi tratti negativi e aspetti disfunzionali sembrano scomparire quando sono completamente fuori dall'ambiente patologico e la separazione dal partner abusivo è stata completamente elaborata. I partner abusivi possono essere considerati quindi un fattore *trigger* della PAD. La percezione di inabilità a chiudere la relazione – nonostante il rischio sulla salute mentale e fisica e oltretutto il pericolo per la

propria vita per via dell'abuso del partner– è la caratteristica principale di questa condizione. La difficoltà a interrompere la relazione è spiegata dalla presenza di tre conflitti intrapsichici, e quindi dall'oscillazione tra lo scopo di mantenere la relazione a tutti i costi e lo scopo di chiuderla. I tre conflitti sono:

- Conflitto assente: la vittima non percepisce alcun conflitto e rimane nella relazione violenta senza rendersi conto del danno che subisce. La vittima nega o minimizza le problematiche della relazione e idealizza il partner.
- Conflitto alternato: la vittima percepisce il conflitto in modo intermittente e alterna momenti di accettazione e rifiuto della relazione violenta. La PAD è sia egodistonica (la persona vuole interrompere la relazione fonte di sofferenza ma non sa come fare) che egosintonica (la persona cerca di salvare la relazione a tutti i costi, anche di fronte a evidenti problematicità della coppia e del partner).
- Conflitto akrasico: la vittima percepisce il conflitto in modo costante e vorrebbe chiudere la relazione violenta, ma non riesce a farlo. La PAD è solamente egodistonica.

Nonostante la PAD sia stata riconosciuta come un fattore di rischio per l'IPV, c'era una ampia lacuna nella letteratura specialistica. In particolare, mancavano (1) un modello clinico cognitivo-comportamentale; (2) uno strumento di valutazione per misurare la PAD e identificare vari prototipi, alcuni dei quali potrebbero essere più a rischio di IPV; (3) un protocollo d'intervento mirato alle vittime di IPV, basato su un modello clinico.

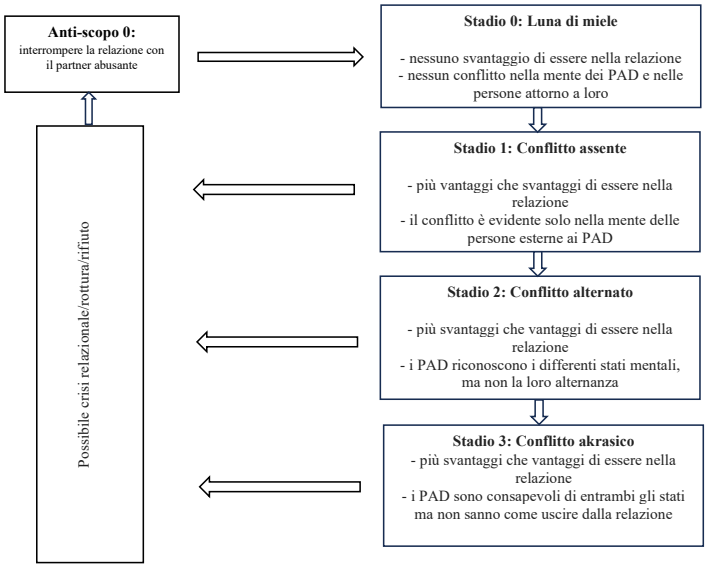
Negli ultimi anni, il nostro gruppo di ricerca presso le scuole di Psicologia Cognitiva insieme all'Associazione Millemé ha dedicato impegno significativo a colmare questo gap nella letteratura scientifica riguardante la PAD. L'obiettivo di questo lavoro è presentare i progressi finora compiuti e discutere le prospettive future per quanto riguarda la PAD.

Il modello cognitivo delle Dipendenze Affettive Patologiche

Nel 2019 (Pugliese et al., 2019), e poi in una versione rivisitata internazionale nel 2023 (Pugliese et al., 2023a), è stato pubblicato il primo modello cognitivo della PAD. Questo modello evidenzia un interessante parallelismo con il ciclo della violenza descritto da Walker (2006) sottolineando che anche la PAD, coerentemente, segue un andamento ciclico. A differenza del ciclo della violenza, che si concentra principalmente sulla crescita della tensione all'interno dell'ambiente relazionale patologico, il ciclo delle PAD pone l'attenzione per la prima volta sullo stato interno delle vittime che soffrono di questa patologia. Le dinamiche mentali, spinte da scopi contrapposti – da un lato lo scopo sano di cercare di porre fine alla relazione per proteggersi e, dall'altro, lo scopo patologico di cercare in ogni modo di mantenerla per via della PAD – sono complesse. Per ogni fase del ciclo delle PAD, è stato eseguito uno *zoom* sugli scopi e sui conflitti intrapsichici tipici di quel momento specifico (vedi **figura 2**).

Secondo il modello cognitivo delle PAD, l'obiettivo patologico principale, chiamato 'scopo zero', è il mantenimento della relazione a tutti i costi. Nella fase 0 di questo modello, ciò è possibile poiché la persona con dipendenza affettiva vive una sorta di luna di miele con il partner abusante, idealizzandolo. Sebbene alcune lievi avvisaglie di problematicità potrebbero essere state già intraviste e sono una condizione necessaria per la persona con dipendenza affettiva per legarsi in questo tipo di relazione, i vantaggi nel restare nella relazione superano notevolmente gli svantaggi. In questa fase, non emergono conflitti intrapsichici nella mente della persona con

Figura 2. *Il ciclo della PAD nelle relazioni intime violente secondo il modello cognitivo delle PAD (Pugliese et al., 2023a)*



dipendenza affettiva né nelle persone intorno a lei.

Nella fase 1, si presenta il primo conflitto denominato "Assente" poiché non è ancora presente nella mente della persona con PAD, ma è osservabile nelle persone intorno a lei. In questa fase, gli svantaggi non superano ancora i vantaggi, ma familiari, amici o persino il terapeuta stesso potrebbero aver notato caratteristiche disfunzionali nel comportamento del partner abusante.

Nonostante queste segnalazioni, la persona con dipendenza affettiva continua a idealizzare il partner e tende a difenderlo o a non rendersi conto della gravità di ciò che potrebbe accadere. In questa fase, c'è una tendenza a sottovalutare il comportamento del partner abusante o a giustificarlo e difficilmente assistiamo a una rottura o alla minaccia della rottura, anche se è possibile che accada.

Nella fase 2, gli svantaggi della relazione aumentano e superano i vantaggi. Il conflitto diviene “alternato” e gli stati mentali, guidati sempre dallo scopo di interrompere la relazione per salvarsi e lo scopo di mantenerla a tutti i costi per via della PAD, non sono integrati. La vittima vive una forte ambivalenza e potrebbe per esempio, presentarsi una settimana in seduta chiedendo di essere aiutata a interrompere la relazione e la settimana successiva informare il terapeuta che sta organizzando il matrimonio con lo stesso compagno abusante dal quale era convinta di separarsi nella seduta precedente.

Nella fase 3, il conflitto diviene “akrasico”, la persona dipendente affettiva è consapevole dei numerosi svantaggi della relazione, soffre e ne è consapevole ma non sa come tirarsi fuori dal ciclo della dipendenza affettiva. In questa fase, entrano in gioco credenze secondarie di inadeguatezza e vergogna, poiché la persona non sa come porre fine alla relazione nonostante i maltrattamenti subiti.

Soprattutto negli ultimi due conflitti, ovvero l'Alternato e l'Akrasico, la persona con PAD

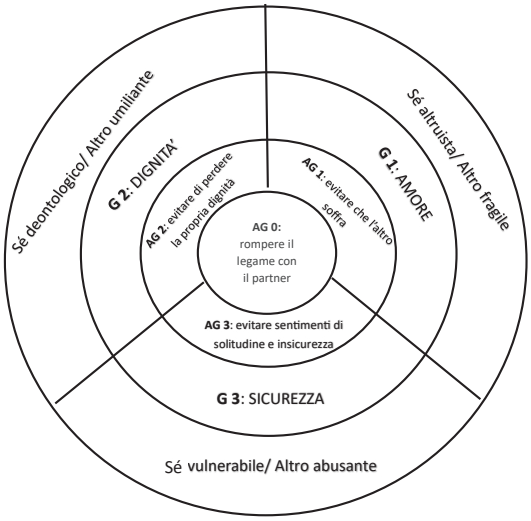
potrebbe tentare di porre fine alla relazione o minacciare la separazione. Tuttavia, il forte stress emotivo e il dolore che seguono questo momento si rivelano spesso intollerabili per la vittima. Di conseguenza, la persona ritorna nella relazione PAD, confermando lo scopo disfunzionale principale: mantenere a ogni costo il legame, nutrendo la speranza di salvare in qualche modo la relazione e/o che il partner abusante possa cambiare, anche se, nella maggior parte dei casi, ciò non avviene.

La descrizione del ciclo delle PAD nelle relazioni violente consente di delineare l'andamento ricorrente di questo tipo di legami. Tuttavia, è necessario approfondire ulteriormente per comprendere le motivazioni profonde che costringono le persone con dipendenza affettiva a non porre fine alla relazione abusante, anche quando la propria vita è a rischio. In base a questi scopi terminali sono stati ipotizzati come vedremo nel paragrafo successivo i quattro profili prototipici di dipendente affettivo.

I quattro profili di Dipendente Affettivo Tipico

Nei lavori pubblicati entrambi nel 2023 (Pugliese et al., 2023a; Pugliese et al., 2023b), sono stati presentati quattro profili prototipici di persona dipendente affettiva. Tutti e quattro i profili condividono lo scopo principale di mantenere la relazione a tutti costi (vedi **figura 3**).

Figura 3. *I profili prototipici della persona dipendente affettiva secondo il modello cognitivo delle PAD (Pugliese et al. 2023a)*



Ogni profilo mantiene la sofferenza e porta avanti comunque la relazione per almeno uno specifico scopo terminale. Il profilo denominato "Salvatore" è guidato da uno scopo altruistico: cercare di salvare il partner, che percepisce come fragile o emotivamente immaturo. Queste persone non riescono a chiudere la relazione perché non sopportano la sofferenza del proprio partner. Spesso scelgono di mettersi in secondo piano, ignorando i propri bisogni e rischiando

persino la propria vita per cercare di salvare il partner e la relazione. Il profilo "Salvatore" è spesso associato a una storia familiare di invisibilità. Molte di queste persone da bambine hanno dovuto rinunciare al soddisfacimento dei propri bisogni per prendersi cura di un genitore troppo occupato di se stesso o che aveva problemi cronici, sia di natura psicologica come disturbo bipolare, depressivo o della personalità, sia di natura fisica come disabilità o gravi malattie.

Il profilo "indegno" ha attivo soprattutto lo scopo deontologico di valore e dignità. Non riesce a interrompere il legame disfunzionale con il partner, percepito il più delle volte come svalutante e invalidante, poiché teme di perdere valore separandosi, o di non meritare un partner migliore. Spesso sopportano forme di violenza verbale e psicologica, come probabilmente accadeva quando erano bambini e interagivano nelle loro relazioni precoci con almeno uno dei genitori, violento verbalmente e svalutante, anche in questo caso troppo assorbito da se stesso o dal conflitto con l'altro genitore considerato impotente, poiché anch'esso in stallo dentro la relazione senza la speranza di poter vivere qualcosa di meglio.

Il terzo profilo di persona con PAD è il cosiddetto "vulnerabile", guidato principalmente dallo scopo di sicurezza e attaccamento. Queste persone non riescono a separarsi dal partner abusante perché temono profondamente di sentirsi sole, in pericolo e abbandonate. La loro percezione di se stesse è spesso caratterizzata da fragilità e bisogno, e vedono il partner abusante come l'unica fonte di sicurezza e protezione. Si ipotizza che abbiano sviluppato un attaccamento di tipo traumatico (Liotti & Farina, 2011). Queste persone, infatti, spesso hanno una storia di maltrattamenti sia subiti direttamente su di sé che osservati passivamente durante gravi violenze intra-familiari.

L'ultimo profilo è quello definito come "misto". In questo tipo di persona con PAD, sono attivi almeno due degli scopi presenti nei tipi "Salvatore", "Indegno" o "Vulnerabile". Questi individui tendono ad essere tra i pazienti più complessi, sia in termini di sintomatologia che di necessità di intervento e prevenzione delle ricadute.

La PADS: scala sulle dipendenze affettive patologiche

Nel 2023 è stato pubblicato uno studio sui dati preliminari della scala che misura il costrutto della PAD (Pugliese et al., 2023b), costruita sulla base del modello cognitivo della PAD e delle caratteristiche dei quattro profili ipotizzati di persona prototipicamente dipendente affettiva (Salvatore, Indegno, Vulnerabile e Misto). La scala era costituita da 27 item costruiti facendo riferimento agli scopi, le credenze su se stessi e sugli altri tipiche delle persone che soffrono di PAD e i tre conflitti intrapsichici (assente, alternato o akrasico), intesi come ostacoli alla separazione dal partner violento. Per ogni item veniva chiesto su una scala di tipo likert a 5 passi (1 = per niente, 2 = leggermente, 3 = a volte, 4 = spesso, e 5 = sempre) quanto quella caratteristica fosse presente nell'attuale o ultima relazione della persona (con lo scopo di misurare la PAD di stato) e quanto quella stessa caratteristica fosse tipicamente presente nelle diverse relazioni avute nel tempo (con lo scopo di misurare la PAD di tratto). La versione preliminare della scala PAD (denominata PADS come acronimo di Pathological Affective Dependence Scale) è stata testata su un campione clinico di 25 persone (21 donne, 84%; 4 uomini, 16%; età compresa tra 29 e 61 anni) reclutate in un gruppo di mutuo-aiuto online per vittime di violenza di genere chiamato Millemé (http://www.milleme.it/) e nel centro di psicoterapia cognitiva APC-SPC di Roma (https://www.spc.it/). Sono stati selezionati solo pazienti in relazioni disadattive in base alle specifiche caratteristiche descritte nel modello cognitivo delle PAD (Pugliese et al., 2023a). Nello specifico, sono state coinvolte persone in cura presso il centro di Psicoterapia cognitiva

APC-SPC di Roma e iscritte al gruppo di auto-mutuo Millemè che dichiaravano di temere a separarsi da un partner percepito come non disponibile, eccessivamente fragile e/o abusivo e che credevano di non essere in grado di separarsi nonostante la sofferenza e/o il timore per la propria vita. Per testare la validità convergente e discriminante della scala sono state somministrate diverse misure e analizzate le correlazioni di Pearson. I risultati preliminari hanno supportato entrambi gli obiettivi della ricerca, dimostrando una buona validità della PADS e confermando che la PAD è sia una condizione di tratto stabile che di stato, quindi una condizione psicologica latente scatenata dal partner abusivo. È solo in presenza di quest'ultimo fattore che le persone con PAD sembrano manifestare un funzionamento riconducibile a un disturbo della personalità che invece non si osservava in precedenza (Pugliese et al., 2023b). Dopo la pubblicazione di questo articolo, insieme ai colleghi Angelo Maria Saliani e Francesco Mancini, abbiamo apportato alcune modifiche agli item originali della scala e introdotto nuovi item per un totale di 39 item, ipotizzando una nuova e più completa struttura della PADS a quattro fattori, coerentemente con la nuova versione del modello cognitivo delle PAD (Pugliese et al., 2023a). I quattro nuovi fattori principali ipotizzati sono Altruistico, Deontologico, Traumatico e Conflitti. Gli item dei primi tre fattori (vedi **tabella 1**)[2] descrivono credenze relative sia al sé che al partner e gli anti-goal, ovvero scenari catastrofici che si desidera evitare a tutti i costi. Ad esempio, l'anti-goal terminale del fattore Altruistico (che corrisponde al profilo Salvatore) è la paura di causare sofferenza all'altro/a dopo una separazione, mentre quello del fattore Deontologico (che corrisponde a quello del profilo Indegno) riflette il sentimento di non meritare nulla di meglio. L'anti-goal del fattore Traumatico (che corrisponde al Profilo Vulnerabile) esprime la preoccupazione di rimanere solo/a e in situazioni di pericolo.

Gli item dell'ultimo fattore, chiamato Conflitto, descrivono i tre tipici conflitti delle relazioni caratterizzate da PAD: Assente, Alternato e Akrasico (**tabella 2**).

Per effettuare una cross-validazione di questa scala, sono stati condotti diversi studi. Precisamente, sono stati raccolti dati sia nella popolazione generale sia tra le vittime di violenza domestica, per un totale di . La raccolta e l'analisi dei dati in questi studi sono state completate con successo. L'obiettivo principale era la validazione della scala PADS nella popolazione Italiana e l'identificazione dei profili psicopatologici delle vittime di violenza con PAD (rispettivamente Pugliese et al., 2024a; Pugliese et al., 2024b).

Lo scopo di validare la scala con studi che coinvolgono la popolazione generale e quella clinica ha il fine di riflettere e catturare la complessità del costrutto della PAD nella popolazione di riferimento e in quella generale (Clark & Watson, 2016). Inoltre, il questionario distribuito nella popolazione generale (Pugliese et al., 2024a e Pugliese et al., 2024b) ha inclusa una domanda filtro, nella quale viene richiesto se la persona è stata almeno una volta vittima di violenza intima (fisica e/o psicologica) agita per mano di un partner o ex partner nel corso della sua vita. La presenza di comportamenti di violenza nella coppia con il partner o ex partner viene inoltre valutata mediante la validazione italiana della scala *Revised Conflict Tactics Scale* CTS-2 (Signorelli et al., 2014), che misura appunto il livello di aggressività del partner intimo e nello specifico l'aggressione psicologica, fisica, le lesioni, la negoziazione e la coercizione sessuale. Questo con lo scopo di distinguere tra sotto-campioni di vittime di IPV e non vittime

[2] La struttura fattoriale della PADS e gli item della scala PADS presentati per la prima volta in questo articolo sono ancora in corso di validazione (vedi Pugliese et al., 2023c). Di conseguenza, al momento non è consentito l'uso della scala nella versione presentata in questo lavoro per la misurazione del costrutto della PAD e dei profili di Salvatore, Indegno, Vulnerabile e Misto, se no previo consenso dell'autrice di questo lavoro, Erica Pugliese, coordinatrice del progetto di ricerca.

Tabella 1. *Item della PADS con riferimento ai primi tre fattori (Deontologico, Altruista e Traumatico)*

	Fattore 1 Deontologico	Fattore 2 Altruistico	Fattore 3 Traumatico
Credenze SÉ	In me c'è qualcosa di essenziale che non va da quando sono in coppia	Sono una brava persona, perché penso ai bisogni del mio/a partner più che a me stesso/a	Sono una persona indecisa da quando sono in coppia
	Penso di essere importante per il/la mio/a partner (Item reverse)	Mi sento amato/a dal/ la mio/a partner (Item Reverse)	Sono una persona fragile quando sono con il/la mio/a partner
	Mi sento invisibile per il/la mio/a partner	Mi sento responsabile della felicità/benessere del mio/a partner	Mi sento indifesa/o nella mia relazione di coppia
Credenze ALTRO	Il/la mio/a partner ha reazioni svalutanti nei miei confronti	Il/la mio/a partner è una persona che ha bisogno di me costantemente	Il/la mio/a partner mi manipola
	Il/la mio/a partner mi fa sentire sbagliato/a	Il/la mio/a partner non riesce a impegnarsi seriamente in questa relazione	Il/la mia partner mi abbandonerà
	Il/la mio/a partner si comporta come se io fossi trasparente	Il/la mio/a partner è fragile	Il/la mio/partner mi maltratta
Anti-Scopi	Non potrei lasciare il/la mio/a partner perché ho paura di non meritare una persona migliore	Separarmi dal/la mio/a partner è difficile perché non riesco a sopportare l'idea che soffra	Lasciare il/la mio/o partner mi farebbe sentire perso/a
	Non riesco a lasciare il/la mio/a partner perche' mi sentirei indegno/a	Non riesco a separarmi dal mio partner perche' sono certo/a che prima o poi riuscirò a farmi amare	Lasciare il/la mio/a partner mi distruggerebbe
	Ho difficolta' a lasciare il/la mio/a partner perche' non posso accettare di essere nulla per lui/lei	Non riesco a separarmi dal/ la mio/a partner perche' sento che la sua felicità/ benessere dipendono da me	Non potrei lasciare Il/ la mio/a partner perché nonostante tutto mi fa sentire protetto/a
	Farei di tutto pur di non perdere il valore che ho per il mio/a partner	Farei di tutto pur di non perdere il legame con il/la mio/a partner	Non posso vivere senza il/la mio/a partner

di IPV nella popolazione generale. Ciò ha avuto anche l'obiettivo di raccogliere dati di vittime di violenza domestica autoriferite (sia uomini che donne) che non hanno ancora avuto il coraggio di denunciarla e di comprendere meglio come questo fenomeno si distribuisca nelle varie popolazioni e culture. L'anonimato ha ipoteticamente aiutato a raccogliere dati anche su uomini vittime di IPV, che ancora oggi tendono a non segnalare gli abusi subiti, principalmente a causa dei problemi legati a stereotipi di genere (Bates et al., 2019). Infine, questo questionario

Tabella 2. *Item della PADS con riferimento al fattore Conflitto (Conflitto Assente, Alternato e Akrasico)*

	Fattore 4 Conflitti
Conflitto Assente	Gli altri mi fanno notare che cambio spesso i miei obiettivi, i piani, le mie credenze, ecc… da quando sono con il/la mio/a partner, ma io non me ne rendo conto
	Mi hanno detto che sono una persona completamente diversa/peggiore da quando sono in questa relazione ma non sono d'accordo
	Capita che le persone a me care mi dicano che il/la mio/a partner non sia la persona giusta per me e che debba lasciarlo/a ma io penso che si sbaglino
Conflitto Alternato	Mi capita di sentirmi soddisfatto/a della mia relazione in alcuni momenti mentre in altri valuto la possibilità di chiuderla in maniera definitiva
	Mi sono ritrovato/a a cambiare idea all'improvviso sul voler stare o meno con il/la mio/a partner in base al suo comportamento
	Mi capita di pensare di avere accanto la persona migliore e poi pensare sia l'opposto
Conflitto Akrasico	Sono consapevole del fatto che il/la mio/a partner non sia la persona giusta per me ma, allo stesso tempo, non riesco a lasciarlo/a
	Sono consapevole di meritare più amore di quanto ne ricevo ma allo stesso tempo non riesco a rinunciare al/la mio/a partner
	Sono consapevole di soffrire in questa relazione ma allo stesso tempo non posso separarmi

raccoglie anche dati sulla violenza psicologica, una forma di IPV che si stima sia la più comune negli Stati Uniti e in Europa, colpendo tra il 35% e il 49% degli uomini e delle donne (Dokkedahl et al., 2019). Nonostante le gravi conseguenze negative sulla salute mentale (può portare indipendentemente dalla presenza di altre forme di IPV al disturbo post-traumatico da stress, depressione e ansia), le vittime di violenza esclusivamente psicologica spesso non la segnalano alle autorità (Sikström et al., 2021; Lund & Thomas, 2023). A questi studi italiani, si affiancano altri tre studi da condurre in diverse culture oltre a quella Italiana. Queste ricerche condividono obiettivi e ipotesi e contribuiranno alla cross-validazione della scala per ora in Italiano, Inglese e in Olandese e parallelamente nella popolazione generale e in quella clinica. Una delle ipotesi nei nostri studi di validazione della PADS è che la PAD sia una dimensione sia di tratto che di stato. La scala è stata somministrata quindi due volte agli stessi partecipanti per misurare sia il tratto PAD che lo stato. Sono stati dunque in totale raccolti dati su 78 item. Nello specifico, per ciascun item è stata valutata la condizione di PAD attuale (con riferimento alla relazione recente) e il tratto abituale della relazione (se era tipico della persona di quando è in relazione con un partner). Sia per il tratto che per lo stato, i partecipanti hanno valutato le loro risposte su una scala Likert a 5 punti: 1 = per niente, 2 = leggermente, 3 = a volte, 4 = spesso, e 5 = sempre. Nello studio sono state infine misurate la soddisfazione nei confronti della coppia, i livelli di intimità, di *commitment*, fiducia, passione e amore nei confronti del partner (Fletcher et al., 2000), poiché si ipotizza che alcune delle persone che soffrono di PAD, quando è attivo lo scopo di voler salvare la relazione a tutti i costi valutino la relazione come soddisfacente mentre quando è attivo lo scopo di interrompere la relazione ma non sanno come fare la valutino come insoddisfacente

e dannosa. Si ritiene infatti che il *core* psicopatologico della PAD sia il conflitto interno tra queste due dimensioni co-presenti che vanno in direzioni opposte, guidate dallo scopo di volersi salvare dal partner violento, ma di non sapere come fare (PAD egodistonica) e dallo scopo di mantenere la relazione a tutti i costi poiché si ritiene di non poter vivere senza quel partner (PAD egosintonica). Questo avrebbe importanti implicazioni per la pratica clinica, riconoscendo nella egosintonia della PAD e nei tre motivi che sostengono l'anti-scopo principale di non separarsi anche a costo della vita, quali la paura di non meritare niente di meglio, di vedere soffrire il partner o rimanere soli e abbandonati, uno dei principali fattori di intervento insieme al lavoro sulle credenze secondarie (PAD egodistonica) che conducono le vittime di violenza a obbligarsi nella relazione pensando di non farcela a separarsi, nonostante la grande sofferenza alla quale questo tipo di relazioni costringono.

Dai risultati preliminari (Studio 1, 360 partecipanti di cui 541 di genere femminile e 181 di genere maschile, 237 non vittime, 123 vittime di IPV) in corso di pubblicazione (Pugliese et al., 2024a e Pugliese et al., 2024c) emerge che la scala PADS ha una struttura a tre fattori: Conflitto Interno (Fattore 1), Inabilità a separarsi dal partner abusante (Fattore 2) e Abuso del Partner (Fattore 3) sia per la condizione di tratto che di stato. I risultati si discostano dalle nostre ipotesi iniziali, rivelando una nuova e distintiva struttura fattoriale durante l'analisi fattoriale esplorativa (EFA). Mentre la nostra ipotesi iniziale prevedeva quattro fattori – deontologico, altruistico, traumatico e di conflitto – il *pattern* osservato suggerisce una nuova e più coesa organizzazione degli item. Questi si sono organizzati in base alle caratteristiche fondamentali del costrutto, in linea con la definizione di PAD. In particolare, la PADS sembra catturare le caratteristiche fenomenologiche della PAD, quali appunto il conflitto interno, l'inabilità a separarsi dal partner abusante e l'abuso del partner. Nello specifico, i fattori 2 (Incapacità di separarsi dal partner abusante) e 3 (Percezione dell'abuso del partner) riflettono la percezione individuale della propria inclinazione o predisposizione (essere incapaci, spaventati o non disposti a chiudere la relazione) e la percezione dell'inclinazione del partner (essere abusante) in una relazione caratterizzata da PAD. Il Fattore 1, conflitto interno, cattura la dinamica interna derivante da queste due percezioni, sia interne che esterne. In altre parole, la presenza degli ultimi due fattori (auto-percepita incapacità/paura a separarsi e percezione dell'abuso del partner) è essenziale per l'insorgenza del conflitto interno. Senza queste percezioni iniziali, il conflitto interno non si manifesterebbe. Ulteriori analisi, come l'analisi fattoriale confirmativa (CFA) sono necessarie per la validazione definitiva della scala in Italiano, e i risultati ottenuti saranno dettagliatamente presentati in una prossima pubblicazione (Pugliese et al., 2024a).

Nel paragrafo successivo, vengono riportati gli interventi per la PAD e l'IPV attualmente presenti in letteratura.

Interventi sulle dipendenze affettive patologiche

Nella revisione della letteratura condotta da Ozal et al. (2023), recentemente pubblicata, sono stati esaminati diversi approcci per il trattamento della PAD, tra cui terapie individuali, di gruppo e farmacologiche. Per quanto riguarda le terapie individuali, sono stati individuati come trattamenti efficaci per questa condizione la Terapia Cognitivo-Comportamentale, la Psicoterapia Psicodinamica, la Terapia della Gestalt e la Psicoterapia Integrata.

Nel contesto della psicoterapia Cognitivo-Comportamentale (TCC), l'attenzione si concentra principalmente sui processi di pensiero automatici e disfunzionali (Caccico, 2023; Semerari et al., 2018), nonché sulla distinzione tra emozioni, pensieri e azioni (Gangemi et al., 2013; Sanches

& John, 2019). La TCC mira inoltre a modulare le emozioni e i comportamenti disfunzionali che spesso seguono i momenti di separazione e allontanamento dal partner abusivo e a migliorare le competenze metacognitive del paziente (Carcione et al., 2016).

Nella psicoterapia Psicodinamica, l'attenzione è rivolta alle esperienze di attaccamento disfunzionale risalenti all'infanzia (Miller, 1997) e all'origine del terrore abbandonico, nonché alla dinamica di transfer e contro-transfer.

La Terapia Gestalt si concentra sull'esperienza attuale e sull'interazione tra l'individuo e l'ambiente, con l'obiettivo di migliorare l'autostima, ridurre la paura dell'abbandono e stabilire confini chiari nelle relazioni con gli altri (Perrotta, 2021).

Infine, la Psicoterapia Integrata, che combina la Terapia Imago e la Terapia dello Schema, esplora le origini della PAD e le prime esperienze legate all'attaccamento, nonché gli schemi inefficaci e le modalità disfunzionali di affrontare la situazione. L'obiettivo è sostituire tali modalità con strategie di coping efficaci (Ghaemi et al., 2018).

Per quanto concerne le terapie di gruppo, vengono menzionati trattamenti che includono lo psicodramma e i gruppi di auto-aiuto. La terapia di gruppo basata sullo psicodramma si è dimostrata efficace nel favorire una maggiore comprensione delle relazioni interpersonali e nell'aumentare l'autostima (Maglia et al., 2023). Uno studio condotto da Lorena e colleghi (2008) su otto individui con una presunta diagnosi di amore patologico ha evidenziato che, dopo 18 settimane di terapia, cinque dei partecipanti hanno manifestato significativi miglioramenti. Infine, i gruppi di auto-aiuto rappresentano una delle forme più diffuse di interventi impiegati nel trattamento della PAD e la maggior parte di essi si basa sul principio dei 12 passi (Sanches & John, 2019) che hanno lo scopo di far sperimentare ai partecipanti nuove relazioni, basate su principi sani e funzionali.

In aggiunta alle diverse forme di terapia precedentemente descritte, gli autori Ozal et al. (2023) hanno esaminato anche opzioni di trattamento a livello individuale. Nella maggior parte dei casi, queste opzioni si basano su strategie comportamentali. Secondo Fisher e colleghi (2016), adottare un comportamento di astinenza dall'oggetto desiderato, in questo caso il partner, comporta azioni come rimuovere foto, biglietti e canzoni legate al partner ed evitare il contatto con il partner o l'ex-partner. Tale approccio è fondamentale per il processo di recupero dalla PAD poiché i ricordi e il contatto con il partner possono agire come *trigger*, suscitando desideri e interferendo con il processo di guarigione (Fisher et al., 2016).

Per mitigare i sintomi della PAD, è essenziale che la persona si immerga in nuovi ambienti al fine di favorire esperienze più sane e positive. Ad esempio, sviluppare nuove abitudini quotidiane, incontrare nuove persone e partecipare ad attività nuove e stimolanti, come hobby, sport, attività di volontariato, esperienze spirituali, meditazione, e così via, può fornire un sostituto gratificante e una distrazione. Ciò avviene proprio grazie al loro potenziale di generare sentimenti positivi e attivare meccanismi di ricompensa (Fisher et al., 2016).

Per quanto riguarda il trattamento farmacologico della PAD, attualmente mancano linee guida specifiche e validate nella letteratura per suggerire interventi specifici nella pratica clinica (Marazziti et al., 2014). Tuttavia, alcune classi di psicofarmaci sono state considerate per la gestione della PAD (Perrotta, 2021). Si è ipotizzato che antidepressivi e stabilizzatori dell'umore potrebbero essere utili, in quanto possono migliorare la disregolazione dell'umore (Marazziti et al., 2014, Earp et al., 2017; Sanches & John, 2019). Ad esempio, è stata suggerita la terapia con inibitori selettivi del reuptake della serotonina (SSRI) basandosi su una sovrapposizione parziale dei sintomi tra la PAD e il disturbo ossessivo-compulsivo (Sanches & John, 2019). Gli SSRI sembrano influenzare la trasmissione dopaminergica in aree cerebrali coinvolte nella

ricompensa e motivazione, suggerendo un potenziale ruolo terapeutico nei pazienti con PAD (Frascella et al., 2010). La relazione tra PAD, impulsività e disregolazione emotiva suggerisce che stabilizzatori dell'umore, come il litio, potrebbero essere presi in considerazione (Marazziti et al., 2014; Sanches & John, 2019).

Inoltre, date alcune similitudini fenomenologiche tra la PAD e la dipendenza da sostanze (ad esempio, desiderio, tolleranza e astinenza), si è avanzata l'ipotesi che farmaci utilizzati nel trattamento di altre dipendenze, come il naltrexone e il buprenorfina, potrebbero essere efficaci anche nel trattamento della PAD (Falango 2023). Tuttavia, è importante sottolineare che al momento non esistono dati scientifici disponibili sull'efficacia, e tanto meno sulla sicurezza, degli interventi farmacologici nella gestione della PAD. Pertanto, gli interventi farmacologici non sono raccomandati come trattamento basato su evidenze di efficacia. Va anche evidenziato che l'uso di farmaci mirati specificamente ai sintomi della PAD potrebbe sollevare importanti questioni bioetiche (Sanches & John, 2019).

In sintesi, il lavoro sulla PAD rappresenta una sfida significativa per il suo trattamento. La mancanza di studi confermati sull'efficacia di varie terapie, tra cui la Terapia Cognitivo-Comportamentale, la Psicoterapia Psicodinamica, la Terapia Gestalt e l'Integrazione di Terapie (Terapia Imago e Terapia dello Schema), rappresenta una carenza critica nell'attuale corpo di conoscenze. La limitata generalizzabilità dei risultati dovuta a campioni di dimensioni ridotte e all'assenza di gruppi di controllo costituisce un ulteriore ostacolo. Infine, in nessuno degli studi viene indagato e trattato il ruolo dell'abuso subito dalla persona dipendente affettiva che per definizione entra in relazione e rimane agganciata a partner abusanti senza riuscire a liberarsene. Per trattare le persone dipendenti affettive infatti è fondamentale (1) considerare la condizione dalla quale si origina questa condizione e quindi quello che porta le persone dipendenti affettive a riprodurre questo modello di coppia nella maggior parte delle relazioni intime (condizione di tratto), (2) il lavoro sulla dipendenza affettiva patologica che le lega e le costringe nella relazione disfunzionale con l'attuale partner o ex- partner e (3) la prevenzione delle ricadute quindi il rischio di ritorno dal partner abusante, un altro elemento imprescindibile nel lavoro su questa problematica, in quanto rappresenta uno dei fattori connessi al femminicidio. In generale, è evidente la necessità di ulteriori ricerche e approfondimenti per comprendere meglio come trattare efficacemente la condizione di dipendenza affettiva patologica come condizione di rischio per la violenza nelle relazioni intime. Il lavoro di ricerca sull'intervento per la PAD, sviluppato in collaborazione con i colleghi Dr. Arnold van Emmerik e Professor Arnould Arntz del dipartimento di Psicologia dell'Università di Amsterdam, mirerá ad affrontare queste tre criticità rimaste irrisolte.

Conclusioni

La dipendenza affettiva patologica è una condizione psicologica relazionale che comporta notevole sofferenza e manifestazioni cliniche di *impairment* nella sfera relazionale, emotiva e somatica. In questa condizione, una persona si ritiene non in grado di separarsi dal partner abusante, anche quando è consapevole dei danni psicologici, economici e fisici che essa comporta, e persino quando la sua stessa vita è a rischio. Questa inabilità a interrompere la relazione nonostante gli abusi del partner è sostenuta da tre anti-scopi terminali: l'anti-scopo altruistico (la paura di far soffrire il partner), l'anti-scopo deontologico (la paura di non meritare nulla di meglio) e l'anti-scopo traumatico (la paura di rimanere soli e sentirsi in pericolo).

La PAD è stata dimostrata essere fortemente correlata con l'IPV (Pugliese et al., 2023a; Pugliese et al., 2023b). Per prevenire e contrastare l'IPV, è fondamentale quindi intervenire su

diversi fronti: sociale, culturale, economico e psicologico dei maltrattanti, come è stato fatto finora, promuovendo una cultura basata sul rispetto e sulla parità di genere, volta a contrastare stereotipi e discriminazioni che alimentano la violenza. È necessario sensibilizzare l'opinione pubblica sull'IPV, denunciando la violenza come una grave violazione dei diritti umani delle persone, anziché considerarla un problema privato o familiare. Inoltre, in linea con i risultati delle ricerche, è essenziale lavorare anche sul piano psicologico dei maltrattanti e delle vittime. Per quanto concerne queste ultime, un crescente corpo di ricerche ha riconosciuto proprio nella condizione di PAD un fattore di rischio e vulnerabilità per la creazione e il mantenimento di relazioni intime violente. Per esempio, sarebbe interessare indagare, a livello neurofisiologico, l'identificazione dei meccanismi cognitivi alla base di alcuni comportamenti nelle persone con PAD. Questo potrebbe aiutare a comprendere azioni specifiche, come la paura della vicinanza e dell'intimità verso persone percepite come minacciose, indipendentemente dalla loro effettiva minacciosità, e la difficoltà nel riconoscere contesti abusivi (Silvestri e al., 2024). La comprensione dei meccanismi neurocognitivi potrebbe rivelarsi utile anche ai fini del trattamento farmacologico. È invece mandatorio offrire alle vittime un adeguato e valido sostegno che le aiuti a riconoscere e a elaborare il trauma relazionale alla base della PAD e che costringe le vittime di violenza a resistere nella relazione abusante, anche quando la decisione più ovvia sarebbe stata quella di andarsene. Lavorare sulla psicologia delle vittime non significa colpevolizzarle per la violenza subita. Significa invece offrire loro un intervento finalizzato alla risoluzione del trauma che ha originato la condizione di PAD con lo scopo di intraprendere relazioni in cui possano sentirsi libere di andarsene quando i comportamenti del partner sconfinano nell'abuso, diversamente da come accadeva da bambine/i, quando rimanerci e sopportare sembrava l'unica possibilità per sopravvivere.

Queste ricerche sono parte di un progetto più ampio che ha ancora tre macro-obiettivi finali da raggiungere. Il primo macro-obiettivo è la validazione della scala PADS a livello cross-culturale. Al momento, è in corso la validazione della scala in Italiano, Inglese e in Olandese. Il secondo macro-obiettivo è l'identificazione dei profili di dipendente affettivo tipico, alcuni dei quali più a rischio di IPV. Il terzo macro-obiettivo è lo sviluppo e la validazione di un trattamento cognitivo-comportamentale, finalizzato a migliorare il benessere e la resilienza delle vittime di violenza che soffrono di PAD. Questo protocollo sarà testato presso centri anti-violenza italiani e olandesi.

Questo progetto rappresenta un importante contributo e passo avanti nel campo della IPV. Comprendere gli antecedenti psicologici dell'IPV, come la PAD, fornisce una base per stabilire una misura dei profili patologici, migliora la possibilità di identificare in modo accurato le persone più a rischio di violenza e contribuisce al processo di valutazione da parte di una vasta gamma di professionisti, tra cui psicologi clinici e sociali, agenti di polizia specializzati nell'IPV, educatori, ecc. Questo è cruciale per lo sviluppo di interventi educativi (nelle scuole, nelle università, nei centri anti-violenza, nei servizi sociali, ecc.) e per prevenire recidive migliorando il benessere e la resilienza delle persone con PAD.

Nonostante i notevoli progressi compiuti nella lotta contro l'IPV, questa resta ancora oggi un problema diffuso nel nostro paese e nel mondo. In uno studio recente sui problemi tra partner intimi e il suicidio, Stanley e colleghi (2023) hanno concluso che le priorità chiave per ridurre le conseguenze delle relazioni disfunzionali sono "sviluppare modi ottimali per identificare individui a rischio, personalizzare i servizi per renderli più accessibili e coinvolgere le persone in strategie di prevenzione evidence-based che possono includere un trattamento personalizzato della loro salute mentale". Questo progetto di ricerca, nella sua completezza, rappresenta il primo e tanto atteso tentativo di fornire risposte a tali questioni.

Bibliografia

Bates, E. A., Klement, K. R., Kaye, L. K., & Pennington, C. R. (2019). The impact of gendered stereotypes on perceptions of violence: A commentary. *Sex Roles*, *81*, 34-43. https://doi.org/10.1007/s11199-019-01029-9

Borgioni, M. (2015). *Dipendenza e Controdipendenza Affettiva: Dalle Passioni Scriteriate All'indifferenza Vuota*. Alpes Italia: Rome, Italy.

Caccico, L. Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva. Available online: https://www.ipsico.it/sintomi-cura/dipendenza-affettiva/ (accessed on 18 March 2023)

Cannon E.A, Bonomi A.E, Anderson M.L., Rivara F.P. (2009). The Intergenerational Transmission of Witnessing Intimate Partner Violence. *Arch Pediatr Adolesc Med., 163*(8), 706–708. doi:10.1001/archpediatrics.2009.91

Carcione, A., Semerari, A., & Nicolò, G. (2016). *Curare i casi complessi: la terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità.* Gius. Laterza & Figli Spa.

Clark, L. A., & Watson, D. (2016). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. In A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues and strategies in clinical research* (pp. 187–203). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/14805-012

Consiglio d'Europa. (2011). Convenzione sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica. Recuperato da sito web del Consiglio d'Europahttps://rm.coe.int/istanbul-convention-questions-and-answers-italian/1680944876

Crapolicchio, E., Vezzali, L., & Regalia, C. (2021). "I forgive myself": The association between self-criticism, self-acceptance, and PTSD in women victims of IPV, and the buffering role of self-efficacy. *Journal of community psychology*, *49*(2), 252-265. https://doi.org/10.1002/jcop.22454

Deetjens, M. C. (2009). *Dire Basta Alla Dipendenza Affettiva: Imparare a Credere in se Stessi*, 1st ed.; Edizioni Il Punto d'Incontro: Vicenza, Italy.

Dokkedahl, S., Kok, R. N., Murphy, S., Kristensen, T. R., Bech-Hansen, D., & Elklit, A. (2019). The psychological subtype of intimate partner violence and its effect on mental health: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Systematic reviews, 8*(1), 1-10. https://doi.org/10.1186/s13643-019-1118-1

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: PPP*, *24*(1), 77. 10.1353/ppp.2017.0011

Falango, M. Love Addiction Self-Assessment. Available online: https://markfalango.com/services/sex-addiction/love-addiction/ (accessed on 15 April 2023).

Fisher, H. E., Xu, X., Aron, A., & Brown, L. L. (2016). Intense, passionate, romantic love: a natural addiction? How the fields that investigate romance and substance abuse can inform each other. *Frontiers in psychology, 7*, 687. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00687

Fletcher, G. J. O., Simpson, J. A., & Thomas, G. (2000). The Measurement of Perceived Relationship Quality Components: A Confirmatory Factor Analytic Approach. *Personality and Social Psychology Bulletin, 26*(3), 340-354. https://doi.org/10.1177/0146167200265007

Frascella, J., Potenza, M. N., Brown, L. L., & Childress, A. R. (2010). Shared brain vulnerabilities open the way for nonsubstance addictions: carving addiction at a new joint?. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1187*(1), 294-315. https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05420.x

Gangemi, A., Mancini, F., & Johnson-Laird, P. N. (2013). Emotion, reasoning, and psychopathology. *Emotion and reasoning*, 44-83.

Ghaemi, Z., Etemadi, O., Bahrami, F., & Fatehizade, M. (2018). The Effect of Integrative Approach (Schema Therapy and Imago Therapy) on Girls' Love Addiction in Isfahan. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology, 12*(1), 1192. 10.5958/0973-9130.2018.00038.5

Istat (2023) https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/il-fenomeno/violenza-dentro-e-fuori-la-famiglia/numero-delle-vittime-e-forme-di-violenza

Istituto Superiore di Sanita o ISS (2018) Istituto Superiore di Sanità. (2018). Rapporto ISS 2018. https://www.

iss.it/documents/20126/0/023D21-R%20programma.pdf/9331433a-db87-7090-4dc5-a820a164d7ff
Kane, T. A., Staiger, P. K., & Ricciardelli, L. A. (2000). Male domestic violence: Attitudes, aggression and interpersonal dependency. *Journal of Interpersonal Violence, 15*(1), 16–29. https://doi.org/10.1177/088626000015001002
Lawson, J. (2012). Sociological Theories of Intimate Partner Violence. *Journal of Human Behavior in the Social Environment, 22*(5), 572-590, DOI: 10.1080/10911359.2011.598748
Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Raffaello Cortina Editore.
Lorena, A., Sophia, E. C., Mello, C., Tavares, H., & Zilberman, M. L. (2008). Group therapy for pathological love. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *30*, 292-293. https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000300019
Lund, E. M., & Thomas, K. B. (2023). The Association between Physical and Psychological Domestic Violence Experienced during the COVID-19 Pandemic and Mental Health Symptoms. *International journal of environmental research and public health, 20*(4), 3312. https://doi.org/10.3390/ijerph20043312
Maglia, M. G., Lanzafame, I., Quattropani, M. C., & Caponnetto, P. (2023). Love Addiction-Current Diagnostic and Therapeutic Paradigms in Clinical Psychology. (v2). *Health Psychology Research, 11*. 10.52965/001c.70218
Marazziti, D., Presta, S., Baroni, S., Silvestri, S., & Dell'Osso, L. (2014). Behavioral addictions: a novel challenge for psychopharmacology. *CNS spectrums, 19*(6), 486-495. https://doi.org/10.1017/S1092852913001041
Mellaard, A., & Meijl, T. van. (2021). Domestic violence policies in the Netherlands: A regime of deficiency. *Anthropological Theory, 21*(4), 437-459. https://doi.org/10.1177/1463499620958857
Miller, R. W. (1997). Killing for the Homeland: Patriotism, Nationalism and Violence. *The Journal of Ethics*, *1*, 165-185. https://doi.org/10.1023/A:1009792906662
Moshtagh, M., Amiri, R., Sharafi, S., & Arab-Zozani, M. (2023). Intimate partner violence in the Middle East region: a systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse, 24*(2), 613-631. https://doi.org/10.1177/15248380211035229
MSD Manuals. (2021). Esame medico della vittima di violenza carnale. 8https://www.msdmanuals.com/it-it/professionale/ginecologia-e-ostetricia/violenza-domestica-e-violenza-sessuale/esame-medico-della-vittima-di-violenza-carnale
Perrotta, G. (2021). Affective Dependence: From Pathological Affectivity to Personality Disorders: Definitions, Clinical Contexts, Neurobiological Profiles and Clinical Treatments. *Health Sciences, 1*(1), 52. https://doi.org/10.15342/hs.2020.333
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*(2), 1624. https://doi.org/10.3390/su15021624
Pugliese, E., Mosca, O., Saliani, A. M., Maricchiolo, F., Vigilante, T., Bonina, F., ... & 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*(2), 305-333. 10.4236/psych.2023.142018
Pugliese, E., Uvelli, A., Ferretti, F., Saliani, A.M., Vigilante, T., Celitti, E., Quintavalle, C., Foschino-Barbaro, M.G., Mancini, F., van Emmerik, A., Arntz, A. (2024a). Unveiling Pathological Affective Dependence (PAD): Cross-validation of a Trait and State Scale (PADS) in an Italian Sample and its implications for Intimate Partner Violence. Paper in submission.
Pugliese, E., Uvelli, A., Saliani, A. M., Ferretti, F., Mancini, F., van Emmerik, A., Arntz, A. (2024b). Psychopathological Profiles of Individuals with Pathological Affective Dependence: Savior, Unworthy, Vulnerable and Mixed. Insights from a Cognitive-Behavioral Perspective. Paper in submission.
OMS. (2012). Valutazione globale e regionale della violenza contro le donne: prevalenza e conseguenze sulla salute della violenza da parte di un partner intimo e della violenza sessuale da parte di un non partner. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità. Recuperato da sito web dell'OMS
OMS. (2021). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects

of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization. Recuperato da sito web dell'OMS

Oliver, C., Jaffre, P. (2023). Intimate partner violence-exposed children. Encyclopedia of Mental Health (Third Edition), 292-302. https://doi.org/10.1016/B978-0-323-91497-0.00212-5

Özal, Z., Mancini, G., De Fino, G., Ambrosini, F., Biolcati, R., & Truzoli, R. (2023). "I Can't Do without You": Treatment Perspectives for Affective Dependence: A Scoping Review. *Journal of Clinical Medicine, 12*(21), 6769. MDPI AG. Retrieved from http://dx.doi.org/10.3390/jcm12216769

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/10.3109/00952990.2010.495183

Sanches, M., & John, V. P. (2019). Treatment of love addiction: Current status and perspectives. *The European Journal of Psychiatry, 33*(1), 38-44. https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2018.07.002

Semerari, A., Lorenzini, R., & Mancini, F. (2018). Stato dell'arte e nodi di sviluppo della psicoterapia cognitiva. Stato dell'arte e nodi di sviluppo della psicoterapia cognitiva, 97-111. In *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva, 42*, 1. Milano: Franco Angeli.

Signorelli, M. S., Arcidiacono, E., Musumeci, G., Di Nuovo, S., Aguglia, E. (2014). Detecting Domestic Violence: Italian Validation of Revised Conflict Tactics Scale (CTS-2). *J Fam Viol 29*, 361–369. https://doi.org/10.1007/s10896-014-9594-5

Sikström, S., Dahl, M., Lettmann, H., Alexandersson, A., Schwörer, E., Stille, L., ... & Ngaosuvan, L. (2021). What you say and what I hear—Investigating differences in the perception of the severity of psychological and physical violence in intimate partner relationships. *PLoS one*, *16*(8), e0255785 https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255785

Silvestri, V., Gobbo, S., Pugliese, E. & Visco-Comandini, F. (2024). Facial trustworthiness and the perception of emotions in woman victims of intimate partner violence. Preliminary findings. Paper in submission.

Shakoor, S., Theobald, D., & Farrington, D. P. (2022). Intergenerational Continuity of Intimate Partner Violence Perpetration: An Investigation of Possible Mechanisms. *Journal of Interpersonal Violence, 37*(7-8), NP5208-NP5227.https://doi.org/10.1177/0886260520959629

Stanley, A. R., Aguilar, T., Holland, K. M., & Orpinas, P. (2023). Precipitating Circumstances Associated With Intimate Partner Problem–Related Suicides. *American journal of preventive medicine*, *65*(3), 385-394. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2023.03.011

Walker, M. U. (2006). The Cycle of Violence. *Journal of Human Rights, 5*, 81-105. https://doi.org/10.1080/14754830500485890

Wessells, M. G., & Kostelny, K. (2022). The psychosocial impacts of intimate partner violence against women in LMIC contexts: toward a holistic approach. *International journal of environmental research and public health, 19*(21), 14488. https://doi.org/10.3390/ijerph192114488