

segnate, prima di muovere verso nuove e sconosciute forme vitali che, probabilmente, la sua straordinaria sensibilità nel mentre avrà già preso a catturare.

Parte un applauso interminabile: la persona va, il suo insolito pensare ed il suo essere esemplare restano.

# Autonomia e dipendenza: due termini che si oppongono?

Stefano Cirillo

## La crisi culturale della dimensione della dipendenza

Alcuni anni fa (2007) mi è stato richiesto di tenere una delle due relazioni introdotte al Convegno francofono di terapia familiare di Lione, convegno dedicato al tema "Autonomia e dipendenza"<sup>1</sup>. Il comitato organizzatore mi proponeva di riflettere sull'evoluzione della posizione del corpo sociale nei confronti di questa coppia di opposti, sottolineando come, malgrado le oscillazioni del pendolo culturale si siano spostate negli ultimi anni decisamente a favore dell'autonomia, è esperienza comune degli psicoterapeuti che, mai come in questo periodo, i pazienti che si presentano nei loro studi sono portatori di problematiche legate ad un eccesso di autonomia, che si trasforma in distanza.

Il tema mi ha molto intrigato e ci ho costruito intorno diversi pensieri, tanto che recentemente ho deciso di affrontarlo di nuovo al Convegno sistemico di Santiago del Cile, organizzato, vedi caso, nel bicentenario dell'indipendenza del paese<sup>2</sup>.

**STEFANO CIRILLO:** Psicologo e psicoterapeuta, è co-responsabile della Scuola di Psicoterapia "Mara Selvini Palazzoli", Viale Vittorio Veneto, 12 - 20124 Milano.  
stefanocirillo@scuolamaratraselvini.it

<sup>1</sup> Versione precedente di questo lavoro è in pubblicazione in lingua francese sulla Rivista *Thérapie Familiale*, 2, 2012.

<sup>2</sup> La versione in lingua spagnola è stata pubblicata in *De Familias y Terapias* 20:30/Agosto 2011, *Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar*.

*Terapia Familiare*, n. 102, 2013

**ITF** ISTITUTO DI TERAPIA FAMILIARE DI BOLOGNA  
Direttore: Tullia Toscani

**SERVIZI:**  
- Servizio Clinico per Coppie e Famiglie  
- Servizio Clinico sul Trauma Psicologico  
- Servizio sul Trattamento del Gioco d'Azzardo Patologico  
- Servizio Psicogiuridico

**CORSI:**  
- Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Familiare e Relazionale  
(*Riconosciuta dal MIUR il 06/02/2006 - DM 06/02/06 - GU n. 39 del 16/02/06*)  
- Corso biennale di Mediazione Familiare Sistemica e Mediazione Penale (AIMS)  
- Corso di Counselling (CNCFP)  
- Corso Consulenza Tecnica e Perizia Psicologica

**TRA I SEMINARI DI STUDIO 2013:**  
Bologna, sabato 9 febbraio - **TRAUMA PSICOLOGICO: CONOSCENZE DI BASE DELLA PSICOTRAUMATOLOGIA PER LO PSICOTERAPEUTA** - T. TOSCANI  
Bologna, sabato 6 aprile - **MOVIMENTI IN ARMONIA E ARMONIE IN MOVIMENTO** - M. MARTINI;  
M. BOSCARO  
Bologna, sabato 13 giugno - **I PROFUMI DELLA MEMORIA** - T. TOSCANI; L. OTTAVIANI  
Bologna, sabato 21 settembre - **TRATTAMENTO FAMILIARE E DI COPPIA DEI GIOCATORI D'AZZARDO** - M. GARRIDO FERNANDEZ  
Bologna, venerdì 11 ottobre - **IL CAMMINO TERAPEUTICO** - S. NASCIMBENI  
Bologna, venerdì 18 ottobre - **IMPLICITO E IMMAGINE IN PSICOTERAPIA** - R. DE BERNARDI  
Bologna, venerdì 8 novembre - **LAUSANNETRIADIC PLAY** - G. FRANCIOSI  
Bologna, sabato 9 novembre - **DIETRO LA PORTA DELLE FIABE** - C. LORIMER

Bologna, 15-17 febbraio  
**CORSO EMDR** - I. FERNANDEZ  
Bologna, 6-9 giugno  
**XIII CONFERENCE OF EUROPEAN SOCIETY FOR TRAUMATIC STRESS STUDIES**  
Bologna, dal 2 al 6 luglio 2013  
**SUMMER SCHOOL "ALFIE MIE RADICI"**  
Moltiplicità della famiglia e del familiare attraverso narrazione, giochi relazionali, immagini

Responsabile organizzativo: Emilia Casale  
Segreteria: Annalia Francesca Tundo  
Via Milazzo, 5 - 40121 Bologna  
Tel/fax 051/6390890  
E-MAIL: info@itfb.it WEB: www.itfb.it

Il punto di partenza da cui già da molto tempo hanno preso le mosse le mie considerazioni sull'argomento è una concettualizzazione di Marion Solomon (1989), che i miei colleghi ed io abbiamo riportato - ormai quattordici anni fa - nel nostro libro sull'anorexia (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini, Sorrentino, 1998). Solomon ha individuato una sorta di continuum difensivo nell'organizzazione della personalità rispetto all'elaborazione di ferite infantili (bisogni insoddisfatti). *L'estremo borderline* (che noi potremmo meglio chiamare depressivo - dipendente) è quello dell'interiorizzazione di un atteggiamento negativo verso il Sé, del tipo: «Io sono cattivo, gli altri sono buoni, mi trattano male per colpa mia, devo cercare di accattivarmeli». Possiamo considerare difensiva una simile posizione nella misura in cui aiuta l'individuo a uscire dalla passività dell'angoscia spingendolo a cercare attivamente delle relazioni affettive. Una tale visione del mondo, espressa nel modo in cui queste persone agiscono e sentono all'interno di interazioni in cui chiedono aiuto, o in cui aiuto e cure vengono loro offerti (come la relazione terapeutica) somiglia molto all'interiorizzazione di un modello operativo interno, frutto dell'aver sperimentato, fin dalla prima infanzia, un pattern di attaccamento ansioso-ambivalente. L'altro *estremo* dell'organizzazione della personalità è quello *narcisistico* (che giunge fino alla paranoia e all'autismo). Qui l'individuo si difende dalla sofferenza, ma anche dall'accettazione di una visione negativa del Sé, con un atteggiamento del tipo: «Io sono bravo e buono, sono gli altri a essere cattivi, avrò successo e sarò ammirato».

Questo atteggiamento porta l'individuo a privilegiare nelle relazioni la strumentalità, l'immagine, il potere, a scapito degli affetti e dei sentimenti. Una tale visione del mondo, nello stesso senso di quanto dicevamo sopra, somiglia molto al modello operativo interno dell'attaccamento evitante. Naturalmente, tra i due estremi esistono tante posizioni intermedie, che mescolano le due fondamentali posizioni difensive, come nell'attaccamento sicuro, che integra adattivamente le due organizzazioni cui è possibile ricorrere a seconda delle circostanze, o anche in quello disorganizzato, dove le due dimensioni si alternano, dando l'impressione all'interlocutore di trovarsi in presenza di due funzionamenti distinti e incongruenti.

### Un'idea guida

Un'idea molto semplice, ma clinicamente preziosa (che io in verità ho ridotto all'osso) si è da allora radicata in me come uno strumento effica-

ce per orientarmi nei miei incontri con i pazienti: troppa dipendenza indebolisce, troppo poca isola. Infatti un eccesso di dipendenza impedisce al soggetto di valorizzare le risorse del Sé, mentre una dipendenza insufficiente non gli permette di utilizzare l'offerta affettiva dell'ambiente. Se penso alle persone che, come si è detto, in questi anni arrivano a chiedere il nostro aiuto collocandosi verso il polo di una carenza esperienze di dipendenza, non possono non tornarmi in mente le parole di Doherty nel suo bel libro sull'etica in psicoterapia (1995), allorché rimprovera quei colleghi che spingendo a tutti i costi i loro pazienti verso l'autonomia ottengono il risultato nefasto che questi, recisi i propri legami, finiscono con il dipendere dagli psicoterapeuti... E qui ci sta benissimo la sua citazione del volume di Hillman e Ventura: *Cent'anni di terapia e il mondo va sempre peggio* (1992).

La prima volta che mi sono imbattuto in questo equivoco, la demonizzazione della dipendenza come se fosse matrice di vincoli irresolubili, è stata nei primi anni '90, durante la ricerca che precedette la pubblicazione del lavoro *La famiglia del tossicodipendente* (Cirillo, Berrini, Cambiaso, Mazza, 1996). Con gli altri membri del gruppo di ricerca ci rendemmo conto, esaminando le storie dei pazienti eroinomani e dei loro genitori, che frequentemente questi ultimi avevano ricevuto il consiglio da parte del personale di varie comunità terapeutiche di assumere verso i figli resistenti all'ingresso in comunità un atteggiamento fermo, al limite della durezza, fino al chiudere loro la porta di casa se continuavano a drogarsi. La teoria sottostante era appunto che la tossicodipendenza rappresentava un disturbo dello *svizzamento*, presente in eterni bambini troppo legati alle loro madri. Viceversa, ricostruendo le vicende infantili di quei giovani, non riscontrammo alcun indizio di iper-accudimento, ma piuttosto segni inequivocabili di disaccudimento, che andavano dall'abbandono all'accudimento "mimato": con questa lente, la tossicodipendenza veniva a caratterizzarsi al contrario come un disturbo dell'*attaccamento*.

Nei propri sistemi di appartenenza, l'individuo deve infatti poter beneficiare di una dipendenza *sana*, che soddisfi i suoi bisogni di calore, sostegno, nutrimento affettivo, amore, protezione, per potere da lì partire ad esplorare il mondo in crescente autonomia, senza bisogno di ricercare esperienze surrogate di dipendenze *patologiche*.

L'appartenenza è una dimensione che per anni la clinica ha poco esplorato, confondendola con la dipendenza: il pensiero corrente era che l'individuo umano, che nasce totalmente dipendente, evolvesse gradualmente verso l'indipendenza e l'autonomia. Il modello di uomo (e donna)

adulto tendeva perciò ad essere presentato come quello di una persona che basta a se stessa.

Si può invece vedere la crescita di una persona come l'evoluzione da una dipendenza ad un'altra: o, per meglio dire, da un'appartenenza all'altra. Un autore francese, Neuberger (1997), ha costruito addirittura uno strumento, "l'appartenenzometro", per descrivere e misurare il livello di differenziazione personale di un soggetto all'interno dei legami che sono significativi per lui. Infatti, partendo dalla vita intrauterina all'abbraccio della mamma, il piccolo dell'uomo fa poi l'esperienza di vivere in seno ad una famiglia, e quindi di appartenere anche al gruppo dei pari, la cui importanza relativa crescerà bruscamente in adolescenza, finché l'esperienza dell'innamoramento non lo riporterà ad appartenere ad una coppia, e poi di nuovo ad una famiglia, questa volta di procreazione, senza cancellare le altre appartenenze e senza smettere di aggiungerne altre, mutualmente non escludentesi, come il gruppo dei colleghi, le associazioni, e così via.

Ricordo una paziente che seguivo tanti anni fa quando lavoravo nel consultorio familiare di un piccolo paese: era una donna anziana, nubile, sola al mondo, sofferente di depressione. Una donna bizzarra, ma simpatica, a cui mi ero affezionato. Aveva vissuto sempre con i genitori e una sorella, lavorando come operaia. Ora i suoi erano tutti morti e lei era in pensione da tanto tempo. Non aveva più nessuno, salvo un nipote, sposato a Milano, con un bambino di qualche anno. Questo pronipotino era diventato l'unica ragione di vita della mia paziente, che ogni giorno faceva un'incursione in casa sua, suscitando l'insofferenza del nipote e ancor più della sua giovane moglie. Io mi sforzavo di aiutarla a mantenere un po' più di distanza, a trovare qualche interesse alternativo, a parlarla insomma ad una maggiore autonomia: niente da fare. Un giorno, forse un po' bruscamente (magari a causa di una mia identificazione con il suo sconosciuto nipote, che aveva più o meno la mia età), le ho sottolineato che suo nipote a Milano aveva la sua propria famiglia, separata da lei. Ricordo ancora il grido angosciato con cui ha risposto al mio intervento: «Ma allora io, di chi sono?». Questa sua tragica domanda, in anni di femminismo in cui le donne gridavano «Io sono mia!», aveva una sua provocatoria e drammatica verità.

Nel mio libro *Cattivi genitori* (2005) ho cercato di mostrare come anche nel campo della protezione all'infanzia in Europa la dimensione dell'appartenenza non riscuota grande successo, mentre viene privilegiata quella della continuità: per garantire quest'ultima, nei paesi mediterranei la misura della decadenza della potestà è caduta sempre più in di-

suso anche quando i genitori appaiono sicuramente non recuperabili al loro ruolo, impedendo così a molti bambini di diventare adottabili e di godere di una nuova e stabile appartenenza. La scelta più frequente è invece quella di soluzioni meno radicali (affidi *sine die*, comunità) che consentono per l'appunto al minore di evitare il trauma della rottura, ma lo fanno crescere tra due appartenenze, forzatamente indebolite. Maurice Berger, nel suo libro di pesante condanna al sistema di tutela e assistenza francese dal provocatorio titolo *L'échec de la protection à l'enfance* (2003) porta come esempio "virtuoso" proprio l'Italia, paradossalmente il paese della "mamma" e dei figli che restano dipendenti dai genitori fino oltre ai trent'anni, dove i Giudici per i minori osano più facilmente recidere il legame di sangue, quando questo intervento sembra rappresentare il male minore per il bambino.

### Le ragioni di una scelta teorica

Se percorriamo dunque il *continuum* tra eccesso di dipendenza ed eccesso di autonomia, proviamo ora a ritrarre alcuni personaggi che via via incontreremo, il cui funzionamento ci permetterà di sviluppare numerose riflessioni, nonché di porci alcuni interrogativi interessanti.

Nel momento in cui, superando un antico tabù del purismo sistemico, decidiamo di mettere a fuoco non solo i sintomi, ma tutto il funzionamento della persona/paziente, dobbiamo inevitabilmente fare i conti con le varie tipologie della personalità.

È doveroso sottolineare il carattere un po' impressionistico con cui tratterò questa materia così complessa, che è stata oggetto di classificazioni diagnostiche ben più raffinate. Il mio proposito è semplicemente mostrare come un terapeuta che resti fondamentalmente sistemico possa utilmente potenziare la lente con la quale guarda i suoi pazienti se si sforza di integrare nei propri riferimenti teorici anche categorie diagnostiche individuali e diadiche, in quel "pensare per andirivieni" ricalcato sul pensiero di Edgar Morin, che già Mara Selvini Palazzoli aveva raccomandato più di vent'anni fa e a cui anche Marzio Selvini ha dedicato due articoli (2008, 2010).

Tra le varie classificazioni diagnostiche, quella più forte e dominante, rappresentata dall'asse II del DSM, al di là della sua indubbia utilità descrittiva ci lascia insoddisfatti, in quanto puramente fenomenica e dichiaratamente costruita in opposizione a qualunque eziopatogenesi. Noi al contrario nella nostra attività clinica abbiamo bisogno di un'ipo-

resi eziopatogenetica che faccia dialogare il pensiero tra ipotesi sistemiche e ipotesi individuali per impostare successivamente il trattamento. La tradizione psicoanalitica (Kernberg, 1996; Gabbard, 1994) ci può aiutare, ma fino ad un certo punto, perché troppo intrisa di ipotesi cliniche che si sono spesso rivelate arbitrarie (Stern, 1985; Atrili, 2007), mentre il riferimento teorico più prezioso si rivela quello della teoria dell'attaccamento (Atrili, 2007): questa infatti ha avuto un formidabile impatto sul nostro lavoro, come trasversalmente su molte correnti della psicoterapia, per la sua capacità strutturale di coniugare con eleganza la dimensione relazionale con quella individuale dei modelli operativi interni, offrendo quindi una traccia della modalità del soggetto di essere nel mondo, ossia della sua personalità (Liotti, Monticelli, 2008).

L'altro modello a cui facciamo riferimento è quello di Lorna Smith Benjamin (1996), vale a dire il SABS (*Structural Analysis of Social Behavior*), che crea un ponte tra la prospettiva storico-evolutiva e l'interesse a ciò che accade nel presente, tenendo conto della prospettiva interpersonale ma senza ignorare il sistema diagnostico del DSM. Il particolare interesse per un terapeuta sistemico della teorizzazione della Benjamin è che esamina come le esperienze interpersonali della storia evolutiva di ogni paziente che manifesta uno specifico disturbo di personalità si siano strutturate in certi contesti familiari e non in altri, facilitando lo sviluppo di paure, speranze e difese, che eliceranno manifestazioni tipiche di comportamenti. La sua analisi inoltre aiuta il terapeuta a diventare più consapevole dei modi in cui gli stili interpersonali del paziente inneschino in lui un certo controtransfert e di come, reciprocamente, il suo modo di interagire spinga il paziente a cambiare il proprio comportamento, in un processo di intervento che la Benjamin denomina "apprendimento ricostruttivo".

### Sei personaggi lungo un continuum

Descriverò dunque sei personaggi-simbolo, due sul versante dell'eccesso di dipendenza (il paziente con disturbo dipendente di personalità e il paziente borderline), tre sul versante dell'eccesso di autarchia (o della insufficiente dipendenza), vale a dire il paziente narcisista, lo schizoide e l'antisociale, e un personaggio intermedio, che anela alla dipendenza e allo stesso tempo si sente costretto a respingerla, il paziente con disturbo evitante.

Come si vede, non ci occuperemo dei sintomi che spingono questi sei

pazienti a consultarci, cioè la loro patologia sull'Asse 1: i loro sintomi possono essere i più diversi, dalla tossicodipendenza che abbiamo già menzionato ai disturbi alimentari, passando per l'alcolismo e il gioco patologico, ma anche problemi che non hanno nulla a che fare con la dipendenza patologica, dai disturbi sessuali agli attacchi di panico, alla depressione, ai fallimenti scolastici e così via.

Già nel volume sulla tossicodipendenza (citato) ci eravamo concentrati sui disturbi di Asse 2; più diffusamente, nel successivo lavoro sull'anorexia (citato) avevamo discusso il superamento della concezione sistemica purista del *sinotomo come messaggio*, abbracciando una posizione più complessa in cui il sintomo è contemporaneamente un *mezzo per esprimere la sofferenza* del paziente e insieme *per difendersene*, grazie al controllo che consente al paziente tanto su se stesso che sull'ambiente circostante. Ma il medesimo sintomo può curare sofferenze diverse, come l'aspirina che può essere assunta come febrifugo, antidolorifico o fluidificante del sangue: e qui a noi interessano per l'appunto le sofferenze sottostanti che il sintomo cerca di curare, e quindi il cattivo funzionamento della personalità che è concretizzato nei disturbi di Asse 2.

In questa prospettiva, che non è più sistemica purista, bensì *multidimensionale*, si abbandona l'ambizione di trovare una corrispondenza tra due poli, *famiglia* da un lato e *sinotomo* dall'altro, come nel classico articolo di Haley "La famiglia dello schizofrenico: un sistema modello" (1959), abbracciando invece una visione su tre poli, la *famiglia*, che contribuisce a forgiare *la personalità dei soggetti* che la compongono, in particolare i figli, e questi che eventualmente "scegliono", nell'ambiente socio-culturale circostante, il *sinotomo* che meglio si presta a esprimere e a controllare il proprio disturbo di funzionamento. In una visione complessa di questo tipo si possono utilmente integrare, come si vede, il contributo bowlbyano della teoria dell'attaccamento (1988) e il SABS della Benjamin, in quanto modelli che ipotizzano la maniera in cui la famiglia costruisce i tratti della personalità del soggetto.

### Il paziente dipendente e parentificato

Oggi è raro riscontrare il disturbo di personalità dipendente tra i pazienti dei terapeuti sistemici, mentre una volta questo tipo di funzionamento, mescolato ad elementi di tipo ossessivo, era classico nelle pazienti anoressiche. Presumibilmente ciò dipende dal fatto che nella società occidentale è ormai rarissimo un accudimento materno soffocante, control-

lante e iperprotettivo, in cui il/la bambino/a è il trofeo di una madre frustrata che non vive che per lui/lei.

Mara Selvini Palazzoli scoppiava in una delle sue famose risate quando confessava una delle più grosse cantonate che aveva preso allorché aveva profetizzato la sparizione dell'anoressia quando il movimento per la liberazione della donna avesse condotto alla diffusione del lavoro femminile: l'anoressia è invece cresciuta esponenzialmente, una vera epidemia. E però è scomparso, questo sì quasi del tutto, il funzionamento dipendente sottostante, sostituito da quadri evitanti o da disturbi più severi (in particolare *borderline* o narcisisti).

In un lavoro sui disturbi di personalità rivisitati in ottica sistemica (2004), Selvini e Sorrentino raccomandano di utilizzare anche il vertice del vissuto controtransferale del terapeuta per formulare un'ipotesi diagnostica sul paziente che non costituisca una sterile e stigmatizzante etichetta, ma un modo di inquadrare il suo "essere nel mondo" (qui lo chiamerò il suo *modo*) che permetta all'interlocutore di entrare in rapporto con lei/lui nel modo più efficace.

Nel caso del paziente dipendente, il vissuto del terapeuta è quello di essere spinto da lei/lui a lavorare sempre di più e sempre meglio («Come è bravo, lei!», con il rischio che in parallelo il paziente si passivizzi diventando sempre più regressivo).

Il motto del paziente dipendente, pressoché cosciente, è: «Io sono di mia madre». Si badi bene, non «Mia madre è mia», nel senso che la percezione del paziente è di essere una proprietà, un'appendice della madre, con una frequente inversione di ruoli (parentificazione) che lo/la lascia in una sostanziale solitudine, in quanto non è lui/lei ad appoggiarsi alla figura di attaccamento, bensì il contrario. Nello stesso tempo, la vernice comportamentale è quella di un rapporto di iperprotezione della madre verso il figlio/a, che attacca inevitabilmente la stima di sé di quest'ultimo. E l'anoressia è per l'appunto una prova di forza che permette di tenere a bada questo sentimento di disvalore. «Prima di scoprire l'anoressia mi diceva una mia paziente - mi sentivo proprio una nullità».

Ecco una vignetta clinica.

Chiara, 18 anni, arriva in consultazione familiare per un'anoressia restrittiva che impensierisce la sua psichiatra perché anche la sorella maggiore ha sofferto anni prima dello stesso problema, risolti spontaneamente dopo che la ragazza ha trovato lavoro e fidanzato. Figlia secondogenita disperatamente attesa da una giovane madre, che aveva dovuto cedere la prima neonata alla suocera convivente e che aveva poi perso un secondo bambino, è bella, brava e intelligente. Si esprime così all'inizio della prima seduta: «Io ho sempre vissuto per

dare soddisfazione a mia madre. La dieta è la prima cosa che ho fatto per me». La madre le appare, come dice, una donna che non ha saputo realizzarsi: vive all'ombra del marito, che ama e ammira, e ha lasciato il lavoro di operaia per dedicarsi alla famiglia, ma senza alcuna autonomia decisionale neanche in quest'ambito (il marito da sempre la accompagna in tutte le spese). Chiara vede suo padre come "una montagna", alta ma inaccessibile: «Non mi ha mai dato un bacio o una carezza: io ho sempre voluto essere il figlio che lui desiderava perché si avvicinasse a me». La madre condivide questa percezione del marito, uomo volitivo, determinato e professionalmente riuscito: non oserebbe mai contraddirlo, ma si sfoga con la figlia per le inevitabili frustrazioni e delusioni che il maschilismo e la lontananza di lui le causa.

In questo pattern (attaccamento ansioso ambivalente alla madre, evitante al padre; percezione di un rapporto di coppia altamente squilibrato) si forma la personalità della bambina, incapace - come la madre - di ottenere la stima del padre, malgrado i suoi studi brillanti, nonché di esprimere alcuna assertività esplicita, reagendo solo in forma mascherata attraverso il digiuno. Potremmo dire che la madre di Chiara presenta un evidente disturbo dipendente, a cui la figlia aggiunge anche il tratto parentificato.

Nella terapia del paziente dipendente è particolarmente indicata la scelta di *formati paralleli*, vale a dire alternare sedute familiari, sia congiunte che in sottosistemi (i genitori, le figlie), per svelare il gioco familiare e rendere ciascuno leggibile a se stesso e agli altri, aiutandolo poi a trovare un appropriato cambiamento del proprio ruolo, e sedute individuali con il/la paziente, per rivedere le trappole della dipendenza ed esplorare una autonomia sana e una capacità di affermarsi che non passi attraverso il sintomo.

### Il paziente *borderline*

L'universo calmo, strutturato, ansioso, rigido, adulterato della persona dipendente cede qui il passo ad un ambiente destrutturato, incoerente, impulsivo, angoscioso. La Benjamin (citato) descrive la famiglia del *borderline* (o meglio, della *borderline*, come lei dice) come caotica e regolarmente segnata dal dramma dell'abuso sessuale. Infatti ormai da più parti si suggerisce l'abolizione dell'etichetta "*borderline*" a favore di quella "personalità post-traumatica", laddove il trauma è riferito non solo all'abuso, ma a tutte le più gravi esperienze sfavorevoli infantili. Analogamente Green (1994) afferma che il disturbo *borderline* è più diffuso tra le donne perché l'abuso sessuale è più frequente contro le bam-

bine e le ragazze. Se non vogliamo arrivare a posizioni così nette, possiamo dire che una delle forme tipiche in cui si esprime l'incoerenza che caratterizza la famiglia della paziente borderline è quella che vede un padre, intenerito rispetto alle gravi mancanze nell'accudimento alla sua bambina da parte della moglie, sforzarsi di compensarle, finendo però con erotizzare il proprio rapporto con la figlia.

L'attaccamento di quest'ultima è dunque evitante *versus* disorganizzato con la madre e ambivalente *versus* disorganizzato con il padre.

Il *motto* della ragazza borderline potrebbe essere questo: «Io sono la principessa di mio padre». Sembra che il suo essere nel mondo si basi sulla seguente premessa esistenziale: «Gli altri mi hanno sedotto e abbandonato. Ora mi vendicherò seducendoli io per prima e attaccandoli quando stanno per lasciarmi».

Si comprende come qui la dipendenza, pur intensamente bramata, vissuta in modo morboso, eccitato, con frequenti accenni di sospettosità al limite della paranoia, e segnata dai sensi di colpa per l'aspetto corrotto del legame.

Sul piano *controtransferale* il terapeuta sperimenta un eccesso di vicinanza, sentendo di essere invaso, sedotto e aggredito assieme, come da un gatto che morde la mano che lo nutre: soprattutto rischia regolarmente di essere trascinato ad infrangere le regole del setting. Gabbard (1994) ammonisce che quei terapeuti che non sono capaci di contenere i propri impulsi sessuali e seducono le proprie pazienti, molto spesso lo fanno con donne che presentano un'organizzazione borderline.

Il quadro appena descritto si attaglia molto bene alla maggior parte delle donne tossicodipendenti accolte nelle comunità terapeutiche, delle quali gli operatori dicono che una di loro dà da fare più di dieci tossicodipendenti maschi: il loro disturbo di personalità, con vicende disastrose di abusi sessuali infantili, si accompagna ad una molteplicità di sintomi, al di là dell'uso di eroina: automutilazioni, disturbi del comportamento alimentare, furti, promiscuità sessuale... Sono tutti comportamenti che tentano di riempire il vuoto che il soggetto sperimenta (si tratta di persone estremamente vulnerabili alle rotture e agli abbandoni, a causa della matrice dipendente insoddisfatta). Con l'abbuffata o con l'anestesia data dalla droga, infatti, puntano a ricercare un risarcimento (vedi i furti) o a controllare il trauma sessuale con il cambiamento della posizione (passando da quella di vittima, oggetto del piacere altrui, a quella di chi conduce attivamente il gioco della seduzione senza implicarsi affettivamente) (Cirillo, 2009).

Vediamo un esempio.

Virginia, 26 anni, è una ragazza molto bella (ha lavorato come modella), colta (ha interrotto l'Università quando la sua vita è precipitata), che dopo una prima fase anoressica in adolescenza da anni è diventata bulimica, con attacchi orgiastici in cui svuota il frigorifero ingoiando cibi dolci e salati assieme, e grandi quantità di bibite gassate per vomitare. Ha altri comportamenti autolesivi (tagli, tentativi di suicidio) e di promiscuità sessuale senza alcuna protezione (in un periodo esce con i clienti di una linea erotica per cui lavora). Suo padre è morto quando lei aveva 10 anni. La madre, donna elegante e raffinata, nasconde un importante disturbo di personalità. Virginia racconta come la madre avesse un amante che perseguì a lungo quando ne fu abbandonata, coinvolgendo la figlia ragazzina nelle minacce (con tanto di pistola) e nelle ritorsioni (gli ha distrutto l'appartamento). Prima di approdare alla consulenza familiare, la paziente è stata a lungo in cura da un noto psicanalista di cui si era innamorata, tormentandolo al punto che questi si mise in ginocchio supplicandola di lasciarlo in pace! In una fase avanzata del trattamento, rivela di aver subito un abuso sessuale da bambina da parte di un vicino, mai rivelato ad alcuno, e di averlo ripetuto più tardi su un bambino piccolo (nel mio articolo appena citato ho discusso le condizioni che favoriscono il passaggio da vittima ad abusante).

Anche nella terapia di queste pazienti è consigliabile alternare *formate parallele*, cercando nelle sedute congiunte di esplorare se esistono ancora risorse familiari residue da riattivare, al fine di far sperimentare una dipendenza fisiologica e contenente e disponendosi nelle sedute individuali alla massima pazienza e costanza, per offrire contemporaneamente empatia e struttura.

Gabbard (cit.), come pure Marsha Linehan (2011), raccomandano di cercare un aiuto in un collega o in uno staff (per esempio Fonagy (2006) in uno psichiatra che prescrive e controlli un farmaco) per condividere il peso emotivo di questi pazienti: i terapeuti familiari possono naturalmente avvalersi del collega dell'équipe.

## Il paziente evitante

Prima di passare all'altro estremo del *continuum*, quello dell'autonomia, procedendo sulla nostra linea che unisce i due poli incontriamo un altro personaggio, in posizione intermedia rispetto agli estremi più devianti, il paziente con disturbo di personalità evitante. La sua sintomatologia può variare dall'essere prevalentemente di tipo *ossessivo* – e in questo caso il suo *motto* è «io me la cavo da solo seguendo le regole», regole che strutturano la realtà e calmano l'ansia – oppure di tipo *fobico*, e in questo caso l'individuo, come spiega Ugazio (1998), si trova in una con-

dizione impossibile in quanto disprezza i propri bisogni di dipendenza, avendo imparato ad aspirare ad una marcata autonomia, che però lo isola e lo spaventa. Il suo genitore di riferimento, a sua volta timido e pauroso, ammira perdutamente un partner coraggioso, esploratorio e indipendente, che gli sfugge: così si tiene vicino il figlio come consolatore, tramettendogli però la propria disapprovazione per la sua insicurezza e facendogli pesare il confronto con il coniuge audace e fuggitivo.

Questi pazienti, sottolineano ancora Ugazio, quando chiedono una terapia individuale perché hanno un sintomo che li affligge raramente arrivano ad un terapeuta sistemico perché temono l'implicazione relazionale, quindi di solito cercano un trattamento cognitivo-comportamentale che gli sembra minacciare di meno il loro rifiuto della dipendenza e il loro timore dell'intimità.

Ne descriverò uno in particolare.

Aldo, cinquant'anni, non arriva in terapia per sé, ma come genitore di un ragazzo psicotico. Durante il trattamento familiare la coppia divorzia e il lavoro procede soprattutto con formati paralleli: la mia collega prende in carico la madre e io il padre, inizialmente piuttosto perplesso e resistente all'essere implicato. Aldo, intelligente, simpatico, con spiccato senso dell'umorismo, ha una bassissima considerazione di sé: ne è un esempio il fatto che si percepisce del tutto irrealisticamente - come gobbo. Pensa di essere un paziente deludente per il terapeuta perché fatica a ricordare i contenuti delle sedute così come gli episodi vissuti con il figlio tra una seduta e l'altra. Chiuso e difeso in tutti i rapporti, dichiara che non avrà più rapporti sentimentali perché è impotente. Man mano che si apre ad una maggior fiducia nei confronti del terapeuta, rivelerà con molta vergogna che in realtà ha una relazione con la babysitter del figlio, donna autoritaria e prepotente, ai cui insistenti approcci sessuali, pur sgraditi, non è capace di sottrarsi. Gradualmente evolve verso una maggior considerazione di sé, con ricadute positive sul successo professionale, e verso un'apertura nei confronti degli altri, tanto da trovarsi una compagna (per quanto a distanza di sicurezza, in un'altra città...). Via via che i suoi progressi si consolidano, si ripercuotono anche in maniera sorprendente sul benessere del figlio.

Come nel caso in questione, con i soggetti con personalità evitante in terapia familiare è opportuno iniziare esclusivamente con *formati congiunti*, tenendo ben presente che il paziente in segreto anela ad una relazione personale di vicinanza, ma il suo timore fondamentale di essere giudicato e criticato si estende anche al terapeuta. Questi deve tenere in conto inoltre che l'eventualità che il paziente gli menta se si vergogna non è così remota, e se del caso controllare attentamente la propria delusione. Man mano che il paziente impara a fidarsi, vengono alla luce i suoi inten-

si bisogni di dipendenza, precedentemente negati, che lentamente imparano a legittimarsi e a godere.

### Il paziente narcisista

Esaminiamo ora i personaggi che si collocano sul polo dell'eccesso di indipendenza, nell'universo dell'autarchia, universo congelato nel quale per un terapeuta è ben difficile avventurarsi.

Il primo personaggio che intendo esaminare è quello affetto dal disturbo di personalità narcisista. Il suo pattern di attaccamento è di tipo evitante: non avendo mai potuto beneficiare di una vera dipendenza né quindi della vicinanza emotiva che questa garantisce, ha trovato una difesa di grandiosità, di arroganza, di stima eccessiva di sé, con cui si protegge dall'esperienza di profonda solitudine, vissuta in un'infanzia in cui i suoi bisogni reali non sono stati appagati mentre è stata esageratamente sottolineata una sua qualità o dote gratuita, cioè non frutto di merito ma della buona sorte.

Il suo *motto* è, come è facile intuire, «io sto per conto mio perché sono speciale».

Di regola un narcisista non chiede una terapia: se è giovane, può approdarvi sospinto dai genitori. Ovviamente in tali casi non si potrà che procedere esclusivamente con *formati familiari*: una presa in carico individuale va vista come un possibile ma lontano traguardo. Se è adulto, vi arriva, in modo riluttante, solo sotto l'effetto di uno scacco esistenziale: un fallimento professionale, una malattia, la carcerazione (si pensi ad alcuni terroristi che hanno visto infrangersi i loro sogni megalomani e disancorati dalla realtà), una catastrofe amorosa, la caduta rovinosa di prestazioni sessuali raggiunte grazie all'uso di cocaina, e così via. A questo punto la difesa crolla e il soggetto sperimenta quei limiti della condizione umana a cui si illudeva di non essere sottoposto, in quanto più bello, più intelligente, più ricco, più dotato degli altri.

Sonia e Furio chiedono una terapia familiare sospinti dalla psicologa infantile che ha in cura senza grandi risultati il loro ultimogenito, Dante, di 8 anni. Il bambino, di notevole intelligenza, si annoia a scuola e non ne rispetta in alcun modo le regole. A casa è insopportabile, tanto che tutte le babysitter che i genitori hanno assunto, con diplomi universitari e grande esperienza, si sono rapidamente licenziate. I quattro fratelli lo considerano matto e come tale lo trattano. Le prime consultazioni familiari sono difficilissime: Dante è incontentabile, i fratelli sprezzanti, la sorella maggiore, quindicenne, trascinata contro voglia in seduta, non sol-

leva nemmeno la testa dal suo libro. Apprendiamo che i genitori, titolari di un rinomato studio internazionale di avvocati con numerosi associati, non hanno letteralmente un minuto da dedicare ai figli, totalmente dediti come sono alla professione, nella quale gareggiano a chi ha più successo (e dunque a chi rientra a casa più tardi). Tra i due, è Furio che ogni sera si trova a tavola con i figli alle otto e trenta, schiumando di rabbia perché Sonia torna sempre ben dopo di lui. Sonia rifiuta esplicitamente di mettere in discussione l'organizzazione della sua vita e della sua casa, affidata a numeroso personale domestico. I due hanno alle spalle un percorso fallimentare di terapia di coppia e non intendono riprovarci, anche se la signora dichiara di soffrire per le continue critiche del marito, uomo sportivo e in gran forma fisica, al suo leggero sovrappeso: si sente depressa e assume degli psicofarmaci, ma non desidera più mettersi in discussione. Di fronte al continuo peggioramento di Dante, a cui seguono a ruota i problemi sempre più preoccupanti dei fratelli, e alla minaccia della psicologa del bambino di chiudere la sua terapia se i genitori si sottraggono al nostro trattamento, è Furio a decidere di fare un regalo alla moglie: verrà lui a fare delle sedute individuali. I colloqui sarebbero penosi se non fossero umoristici: l'uomo, intelligente e ironico, mi dice che sono fortunato, perché da quando lui è in terapia Dante è migliorato. E che non pensi che sia merito del mio trattamento, perché il miglioramento è iniziato quando lui non era ancora sceso dalla moto. Ovviamente il miracolo ha una spiegazione: la collega ha molto valorizzato con il suo piccolo paziente il fatto che il padre sarebbe andato a sua volta da un dottore per essere più paziente e meno violento (per lo più verbalmente) con lui, e Dante gli ha aperto un credito. Questo fatto si ripete comicamente nei mesi: ogni volta che Furio interrompe le sedute, Dante si arrabbia («mi hai imbrogliato, dici che vai da Cirillo, ma non è vero!») e ritorna a comportarsi male, per calmarsi magicamente non appena il padre riprende e lui cessa di essere il marò di casa. Inizialmente i colloqui debbono limitarsi ad elargire a Furio delle indicazioni su come far fronte alle richieste di affetto e di vicinanza dei cinque figli, da lui a suo tempo fortemente voluti in un attacco di grandiosità, che la moglie ha subito, cedendoli però appena nati a domestici e governanti. I ragazzi percepiscono comunque il padre meno irraggiungibile della madre, lo ammirano e ne imitano l'atteggiamento distaccato e arrogante. Piano piano nelle sedute riusciamo però ad esplorare anche il funzionamento dell'uomo. Furio è stato un bambino schiacciato dalla vergogna di avere un padre anziano, grasso e trasandato, che si trascinava per casa senza più lavorare, e non intendeva rivolgersi alla madre perché sentiva che questa avrebbe reagito a sue eventuali confidenze invadendolo con la propria ansia. Avendo giurato a se stesso di essere del tutto diverso dal genitore, ci è effettivamente riuscito, se non che il rifiuto di Sonia di seguirlo nelle sue ossessioni sulla prestanza fisica e le imprese sportive, nonché le normali difficoltà di crescita dei figli sono da lui avvertiti come insopportabili macchie sulla sua perfezione.

Di fronte ad un paziente narcisista il *controtransfer* è tipico ed aiuta molto a formulare la diagnosi: il terapeuta sente di essere sbagliato, in

difetto, e sperimenta imbarazzo e disagio, che si trasforma presto in irritazione, sotto lo sguardo sottilmente sprezzante dell'interlocutore. Tende a domandarsi: «Avrò una macchia sulla camicia? Le scarpe infangate? I capelli spettinati?», per arrivare presto alla sensazione di inutilità e di desiderio di sottrarsi al rapporto, di essere altrove. È necessario ricordare a se stessi che l'esperienza profonda del paziente è proprio il sentimento di vergogna, da cui si difende trasformandola nel suo contrario, l'atteggiamento di superiorità e di arroganza

### Il paziente schizoide

La Benjamin dichiara nel suo testo di non aver mai visto un paziente schizoide: è possibile, dice testualmente, che queste persone esistano davvero, ma che raramente si presentino per cercare aiuto (cit., p. 396). Le loro manifestazioni principali, descritte dall'American Psychiatric Association, sarebbero timidezza, ipersensibilità, tendenza all'isolamento, evitamento delle relazioni intime e incapacità di esprimere normali sentimenti di aggressività.

Io ne ho un esempio.

Elisa, 17 anni, è condotta in terapia dalla madre per una anoressia restrittiva che si sta già cronicizzando. Figlia di una donna nubile che vive in un contesto sociale limitato e di mentalità ristretta, ha tenuto a bada la vergogna della propria condizione di illegittima con il fatto che la sua famiglia (la madre è rimasta a vivere con i suoi) è la più ricca del paese. Il trattamento, malgrado un appello alla collaborazione ai vari zii, si infrange miseramente contro l'impervia chiusura della ragazza e la passività rassegnata della madre. Quattro anni dopo, Elisa torna, questa volta da sola: lei, che era stata una brillante allieva nel suo liceo di suore, non è riuscita ad inserirsi nell'università della grande città dove ha deciso di trasferirsi. In Facoltà non parla con nessuno e non è riuscita ad orientarsi, tanto da non aver sostenuto alcun esame. Reclusa nel suo piccolo appartamento, da cui telefona solo alla madre, alla zia e a una vecchia balia, non ha alcuna occupazione né interesse.

Quando le chiedo, in uno dei penosi colloqui iniziali in cui non spiccica una parola se non espressamente interrogata, come abbia trovato la motivazione a chiedere aiuto, racconto che ogni domenica esce per andare a messa alla cattedrale, dove si confessa da un anziano sacerdote: la tenerezza con cui questi ogni tanto appoggia la propria mano su quelle giunte di lei le ha fatto sperare di poter sperimentare anche altrove un rapporto di vicinanza. Oggi, dopo nove anni di terapia, ha superato la condotta anoressica, sostenuto brillantemente i suoi esami universitari, sperimentato vari passatempi e attività, e infine trova-



to il suo primo impiego dove è molto apprezzata. Si è maggiormente legata alla madre e questa a lei. Non sono comparse né amicizie né relazioni sentimentali: frequenta assai saltuariamente le cugine e ha preso un cagnolino che ama tenacemente ma che non è stato un tramite di alcun incontro neanche superficiale con altri padroni di cani.

Per quanto mi riguarda, oggi riesco maggiormente a tenere a bada i miei moti di scoraggiamento e di fallimento. Ogni volta che ho ceduto all'impazienza e al desiderio di sfidare i limiti ristretti della sua clausura (per esempio allorché ho insistito a proporre un allargamento alla madre) ho solo rischiato il *drop-out*. Mi accontento di essere l'unico essere umano con cui parla e di complimentarmi con lei dei suoi lentissimi progressi, accettando la sua scelta di una vita così distante dai canoni della normalità.

### Il paziente antisociale

Questo paziente ci scaraventa in un mondo pericoloso, dove il *visuio controtrasferale* del terapeuta è solitamente la *paura*. Mentre di fronte all'eventuale violenza del paziente borderline la paura sperimentata dal terapeuta è classicamente mescolata alla compassione (due emozioni molto difficili da tenere assieme), qui ci sentiamo scaraventare addosso un odio freddo e spaventoso, oppure ci accorgiamo di essere abilmente manipolati ed esposti a seri rischi.

Il *motivo* dell'antisociale è: «Io sono solo e me ne frego, perché faccio quello che mi pare e prendo quello che mi serve». Per questo non domanderà mai una terapia, perché non si può immaginare in una relazione di dipendenza, che nella sua visione del mondo equivale a debolezza e sottomissione: ed è lui che sottomette gli altri, non certo il contrario.

È possibile trattarlo da adolescente in una terapia familiare: con Rangone e Selvini abbiamo descritto (1994) la famiglia dell'adolescente antisociale e proposto alcune linee guida per il trattamento. In sintesi, ci è sembrato di poter riscontrare come spesso questa famiglia si regga su un triangolo assolutamente specifico, caratterizzato, sul lato della relazione coniugale, dalla tirannia esercitata dal marito sulla moglie, sul lato della relazione madre/figlio, dall'istrigazione della madre sul bambino e dalla assunzione da parte di questi del ruolo di paladino di lei, sul lato della relazione padre/figlio del rifiuto del padre e dall'ostilità del ragazzo. Il futuro paziente non ha sperimentato alcuna dipendenza né da un genitore né dall'altro ed è cresciuto costruendosi una corazza emotiva.

Per spezzarla e accompagnare il paziente a contattare i propri vissuti depressivi rimossi e successivamente a intravedere i benefici della dipendenza, è necessario anzitutto mettere in crisi il padre, rivisitando la sua storia anche in colloqui individuali, come premessa all'aggancio del figlio.

Da adulti, gli antisociali secondo la Benjamin (cit.) non sono curabili se non in carcere. Nella mia esperienza si può tentare di trattarli anche in altri contesti altrettanto coatti, come la comunità di recupero per tossicodipendenti che la scelgono come misura alternativa alla prigione, oppure l'intervento prescritto dal Tribunale per i minorenni nel caso di genitori maltrattanti o trascuranti.

Raffaèle, un paziente che mi è stato molto caro e di cui ho scritto anche in altre occasioni (2005, 2007), giunge per l'appunto in seguito ad un intervento del giudice che limita la sua potestà sui figli. È appena uscito dal carcere: durante la sua detenzione il Tribunale per i minorenni mi aveva già inviato la sua compagna, Anna, che non aveva saputo proteggere la figlia maggiore dall'abuso sessuale commesso da un vicino di casa, abuso che si era ripetuto per tale mancanza di misure di tutela. Anna è oggi rientrata a casa con i figli, dopo un percorso estremamente soddisfacente, che ha previsto anche un soggiorno in una comunità specializzata nel trattamento di madri tossicomani. Nel suo cammino di cambiamento ha deciso di chiudere la burrascosa relazione con Raffaèle. Al primo incontro con me questi è furioso: non solo perché mi imputa la decisione di Anna di lasciarlo (lui è tuttora molto innamorato di lei, per la quale ha sfidato l'Aids — lei è sieropositiva, lui no — allo scopo di darle i figli che gli chiedeva), ma anche perché «si è mangiato lo stomaco» per la rabbia che prova verso il tradimento dell'ex-compagna. Nei fatti l'uomo è stato scarcerato e posto agli arresti domiciliari perché affetto da un cancro che ha comportato l'asportazione dello stomaco. Arriva in sedura con la chemioterapia al polso, nascosto dietro un paio di occhiali neri, ben deciso a non piegarsi a collaborare a una presa in carico di cui rifiuta il fondamento. Mi sforzo di agganciarlo lavorando sull'ingiustizia che ha patito nella sua tragica storia familiare, mostrandogli come la sua convinzione di aver diritto a prendersi con ogni mezzo un risarcimento lo induca senza volerlo a delegare la sua rabbia ai figli, «insegnando» loro come le regole siano fatte per essere trasgredite. Negli incontri individuali si apre, si ammorbidente, ma non si piega: non si abbasserà a chiedere all'assistente sociale di organizzare degli incontri vigilati con i figli, preferisce vederli di sfuggita evadendo agli arresti domiciliari. È solo durante una seduta allargata ai bambini che si deciderà a farlo, convinto dalle parole della figlia maggiore che rivela di essere a volte arrabbiata con lui che non è mai presente nella sua vita e che alla mia domanda di cosa potrebbe fare il papà per riparare gli consiglia candidamente: «Chiedete il permesso per poterci vedere». Quando divento per lui un punto di riferimento importante, la dipendenza che mi si spalanca davanti è impressionante. Mi chiede: «Ora che è finita la valutazione, vorrei fare una tera-

pia con lei, perché avrei bisogno di qualcuno... come un amico. No, non come un amico, come un padre. No, come Dio». Verrà nuovamente incarcerato e la terapia proseguirà per lettera. Uscito di prigione, ritorna: è molto malato, il cancro si è diffuso al fegato, è magro e senza capelli. Mi dirà: «Da quando sono venuto da lei, sono molto peggiorato. Prima ero un carro armato, non mi importava niente di nessuno, ora sono fragile, mi commuovo davanti alle disgrazie degli altri». Il carapace difensivo si è spezzato e lascia entrare le emozioni altrui, facendogli percepire anche le proprie. Nonostante ciò, la sua forza d'animo è rimasta integra: muore con ammirabile coraggio, dopo essersi congedato dai figli.

Io penso che ciascuno di noi scelga questo mestiere per la qualità dei rapporti umani che ci consente: per me questo è stato uno dei più emozionanti.

## RIASSUNTO

*L'articolo parte dalla considerazione che la nostra cultura premia in maniera esagerata l'acquisizione dell'autonomia. Successivamente mostra come il disporre i pazienti lungo un continuum dal polo dipendente al polo autarchico possa rivelarsi molto utile per i terapeuti sistemici. Ciò costituisce un modo assai semplice per integrare nella nostra ottica anche il costrutto del tratto di personalità sottostante all'etichetta sintomatica.*

*Parole chiave: autonomia, appartenenza, disturbo di personalità, paziente dipendente, borderline, evitante, antisociale, narcisista.*

## SUMMARY

*Autonomy and dependence: two terms competing? Article based on the consideration that our culture rewards exaggerated way the acquisition of autonomy. Successively it shows how placing patients on a continuum from the dependent to the autarchic pole can be very useful in systemic therapists. This is a fairly simple way to integrate in our view the underlying concept of personality trait to the symptomatic label.*

*Key words: Autonomy, personality disorder, dependent, borderline, avoidant, antisocial, narcissist patient.*

## BIBLIOGRAFIA

- Atrili G. (2007). *Attaccamento e costruzione evolutivistica della mente*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bateman A., Fonagy P. (2006). *Guida pratica al trattamento basato sulla mentalizzazione per il disturbo borderline della personalità* (trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2010).
- Benjamin L.S. (1993). *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi della personalità* (trad. it. LAS, Roma, 1999).
- Benjamin L.S. (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Berger M. (2003). *L'éber de la protection à l'enfance*. Parigi: Dunod.
- Bowlby J. (1988). *Una base sicura* (trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 1989).
- Cirillo S., Berrini R., Cambiaso G., Mazza R. (1996). *La famiglia del tossicodipendente*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cirillo S. (2007). La vittimizzazione secondaria: alcune forme di violenza istituzionale. *Terapia Familiare*, 93: 63-80. DOI: 10.1400/94210
- Cirillo S. (2009). Il bambino abusato diventa adulto: riflessioni su alcune situazioni trattate. *Terapia Familiare*, 91: 161-182. DOI 10.3280/TF 2009-091010
- Cirillo S. (2005). *Cattivi genitori*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cirillo S., Rangone G., Selvini M. (1994). Il sottotipo regolare della famiglia dell'adolescente antisociale. *Terapia Familiare*, 44: 37-48.
- Doherty W.J. (1995). *Scrutare nell'anima* (trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 1997).
- Gabbard G.O. (1994). *Psichiatria psicodinamica* (trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 1995).
- Green A.H. (1994). La violenza sessuale infantile: conseguenze immediate e a lungo termine e loro trattamento. *Terapia Familiare*, 46: 15-38.
- Haley J. (1959). *La famiglia dello schizofrenico: un sistema modello* (trad. it. in Pizzini F. (a cura di) (1980). *Famiglia e comunicazione*, Feltrinelli Milano).
- Hillman J., Ventura M. (1992). *Cento anni di psicoterapia e il mondo va sempre peggio*. Milano: Raffaello Cortina, 1998.
- Kernberg O.E. (1980). *Mondo interno e realtà esterna* (trad. it. Torino: Bollati Boringhieri, 1985).
- Kernberg O.E. (1996). *Relazioni d'amore. Normalità e patologia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Linehan M. (2011). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline: il modello dialettico. I gruppi di skills training*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liorri G., Monticelli F. (a cura di) (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Neuburger R. (1997). *Nonverbal couples*. Parigi: Odile Jacob.
- Selvini M. (2008). Undici tipi di personalità - L'integrazione della diagnosi di personalità nel pensiero sistemico complesso. *Ecologia della Mente*, 31, 1: 29-55.

- Selvini M. (2010). "Undici tipi di personalità: quattro anni dopo". [www.scuolamaraselvini.it](http://www.scuolamaraselvini.it)
- Selvini M., Sorrentino A.M. (2004). "Tratto disfunzionale di personalità, costellazioni di tratti e diagnosi di personalità come guida del trattamento psicoterapeutico". [www.scuolamaraselvini.it](http://www.scuolamaraselvini.it)
- Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M. (1988). *I giochi psicotici nella famiglia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M. (1998). *Ragazze anoretiche e bulimiche*. Milano: Raffaello Cortina.
- Solomon M. (1989). *Narcissism and Intimacy*. New York: Norton.
- Stern D.N. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino* (trad. it. Torino: Bollati Boringhieri, 1981).
- Ugazio V. (1998). *Storie permesse, storie proibite. Polarità semantiche familiari e psicopatologia*. Torino: Bollati Boringhieri.

# L'alienazione genitoriale: le dinamiche relazionali

Luisa Arrigoni

## Introduzione

A seguito dell'aumento di separazioni e divorzi, vi sono stati in questi anni numerosi contributi dell'approccio familiare sulla crisi della coppia e sulle specifiche difficoltà delle famiglie ricostituite. Sia da parte di studiosi che si riconoscono nell'approccio sistemico in senso stretto (Andolfi, 1999; Van Cutsem, 1999), sia da parte di altri ricercatori, comunque sensibili al tema famiglia in quanto gruppo naturale con storia (Cigoli, 1998; Cigoli, Gulotta, Sauti, 1997; Scabini, Iafrate, 1997), molta attenzione si è dedicata all'impatto della separazione e alle sue conseguenze sui figli. Anche per quanto attiene all'ambito della valutazione delle competenze genitoriali si è sottolineata l'esigenza di metodologie atte a comprendere le relazioni familiari dell'intero nucleo (Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery, 1999, trad. it. 2000; Malagoli Togliatti, Mazzoni, 2006). Ben poca attenzione, stranamente, è stata invece dedicata dai terapeuti familiari a una specifica problematica separativa, che è l'alienazione parentale<sup>1</sup>. È noto che dopo una separazione si possono verificare delle difficoltà di rapporto tra il figlio e il genitore con cui questi non vive. Queste difficoltà possono crescere fino a configurarsi come un rifiuto totale del figlio a incontrare il genitore, e comunque ad avere con

LUISA ARRIGONI: Psicologa e psicoterapeuta, Milano. [luisa.arrigoni@virgilio.it](mailto:luisa.arrigoni@virgilio.it)

<sup>1</sup> Ringrazio molto Stefano Cirillo per avermi incoraggiata a sviluppare, sistematizzare e mettere per iscritto le impressioni e le domande che gli avevo rivolto sulla "PAS" alcuni anni fa.

*Terapia Familiare*, n. 102, 2013