

Psicopatologia e famiglia

SECONDO FASSINO, FEDERICO AMIANTO, ANNALISA BRUSTOLIN,
STEFANIA BERGESE, MARIA BOLGIANI

Summary – PSYCHOPATHOLOGY AND FAMILY. A disturbed familiar environment plays a relevant role in the pathogenesis, maintenance and therapeutic approach to many psychiatric disorders arising mainly in early ages, such as anorexia, bulimia and borderline personality organization. Not only mothers, but also fathers of anorectic, bulimic and borderline patients express significant fragility of temperament and character traits. ED families often show alterations in parental relationships, that are particularly pathogenic during adolescence. In BDP-affected patients, growing processes may be impaired by lean parental cooperativeness. Temperament and character traits also display a significant role on psychogenic infertility. From these considerations, it derives that an adequate psycho-educational approach, involving counselling and eventually psychotherapy to present or future parents, seems to be useful to reduce or modify the dynamics causing parenthood's psychopathology, as some character traits may undergo a certain degree of evolution also in adulthood.

Keywords: PARENTHOOD, ANOREXIA-BULIMIA, INFERTILITY

La complessità della cultura occidentale presenta marcate ripercussioni sulla maturazione e sull'esperienza della funzione genitoriale. I disturbi del comportamento alimentare, i disturbi borderline di personalità, le tossicodipendenze, emblematica espressione di patologia della famiglia, sono radicati nelle fasi evolutive della personalità [37] e sembrano rappresentare una via finale comune riparativa, ma perversa, all'angoscia da disidentità. L'atteggiamento dei genitori, conseguente alla delusione per la patologia del figlio, ma anche la loro ostilità più o meno consapevole ed i loro problemi psicopatologici personali precedenti o conseguenti a quelli del figlio, sono spesso determinanti per il buon esito delle cure [24, 50].

I. *Psicologia e psicopatologia della genitorialità*

Un recente studio apparso su *Science* offre un modello sociale semplificato per studiare le dinamiche della genitorialità nella specie umana. Esso riporta sedici anni di osservazioni etologiche sulle famiglie di babuini della savana africana ed evidenzia come le cure parentali ed il contesto sociale in cui queste vengono offerte risultino determinanti per lo sviluppo e la sopravvivenza fino a un anno dei cuccioli di questi primati [52].

La famiglia è l'organismo sociale più necessario per la maturazione dell'individuo poiché rappresenta un mondo di significati che si manifesta con le sembianze di un progetto [14]. Il bambino utilizza i genitori come supporto e modello per plasmare e orientare il proprio Sé. Esso comprenderà le rappresentazioni conscie e inconscie di se stesso come "Persona" che riproducono il dialogo, verbale e non, con i genitori e tra i genitori. Infatti, la costellazione familiare [1], in comunicazione biunivoca con quella sociale, è interiorizzata dal bambino in un'epoca nella quale non ha né il linguaggio né i concetti adeguati e le sue registrazioni inconscie ("i genitori interni") sono attive a lungo nel plasmare la personalità [3, 18].

Spesso il desiderio del bambino è distinto dal desiderio di gravidanza. Certe gravidanze non hanno altra finalità che verificare il buon funzionamento del corpo. Coscientemente la generatività dell'individuo si esprime nel desiderio e nella progettazione di sé come genitore. Sul piano del cosciente desiderare, progettare è l'espressione della generatività dell'individuo, è situarsi come genitore: allevare il proprio bambino come hanno fatto i propri genitori, con il fantasma di produrre, sagomare, forgiare un nuovo essere, somigliante o differente da se stessi, secondo la stima di sé e la qualità delle proprie identificazioni parentali. È anche sorpassare il proprio destino, attivare il "plasma germinale immortale". Già Platone riteneva che la capacità di generare fosse una particella d'immortalità della creatura mortale.

Sul piano inconscio questo desiderio consegue ad una doppia identificazione: materna e paterna. Lo sviluppo psichico femminile è basato sulla percezione, presente fin dall'infanzia, di poter generare, conseguente al confronto col corpo della madre. Nella gravidanza e nell'allattamento una donna prolunga la propria madre e si identifica con lei. L'identificazione paterna, per la teoria freudiana, nella donna vedrebbe il bambino come il sostituto del pene mancante [27].

L'Individualpsicologia adleriana con le sue concezioni sulla protesta virile ha deletteralizzato questa impostazione rigidamente sessuale e biologica, estendendo il concetto al vissuto di mancanza, d'inferiorità rispetto ad un modello idealizzato fittizio (ermafroditico) del Sé. La "volontà di potenza", una delle due istan-

ze fondamentali del Sé, onnipotente nell'immaginario inconscio del bambino, armonicamente mediata nell'adulto maturo dal *sentimento sociale*, ne richiederebbe una compensazione attraverso la gravidanza [3].

Il termine genitore indica, quindi, colui che sente la mancanza, l'incompletezza dell'essere, del Sé. Implica la sessualità (da *sectus*, cioè diviso, incompleto) come motivazione, ma non si esaurisce in questa. Essere genitori può nascondere un'esigenza di immortalità, l'obbligo nei confronti dei propri genitori di perpetuare il patrimonio genetico familiare. Può derivare da un sentimento di scarsa autostima che la sterilità accentua come ferita sull'identità sessuale e sull'immagine di sé dovuta allo stretto legame che da sempre c'è stato tra fertilità e virilità e tra maternità e femminilità. Può conseguire all'ansia di sentirsi disistimati socialmente, soprattutto dalla famiglia e dagli amici [26].

I complessi rapporti natura-cultura regolano l'espressività psicologica e sociale di aspetti biologici "forti", quali la fertilità della donna, le strutture anatomiche femminili concave di "accoglimento", quelle maschili convesse di "proposizione". Il codice materno su cui si modella il Sé del soggetto è ancora riferito, nella nostra cultura, alla categoria dell'appartenenza dei legami relazionali, della protezione e della continuità affettiva, espressione di dipendenza; il codice paterno è riferito all'esplorazione fuori della continuità affettiva, all'affermazione personale, alla realtà sociale, espressione di autonomia.

Il "diventare genitore" comporta altresì l'elaborazione di cambiamenti, di perdite e di angosce collegate alle vicissitudini della realtà esterna e del mondo interno come nell'elaborazione di un lutto [27]. Accettare di perdere alcuni aspetti di Sé perché il figlio diventi se stesso è una delle più elevate espressioni del Sé Creativo. Il Sé Creativo per Adler motiva una composizione, mediazione tra le istanze del sentimento sociale ("fare per/con gli altri") e della volontà di autoaffermazione ("con crescita dell'autostima").

Già prima della nascita il feto sviluppa funzioni percettive e un'attività psichica che si strutturano in relazione a quelle materne. Perché un feto e un neonato possano accedere al pensiero è necessario che la madre, fantasticando ed amando il bambino durante la gestazione, crei per lui un "contenitore di pensieri" e "pensi" i suoi primi pensieri. Così anche per la nutrizione: il bambino arriva ad alimentarsi in modo autonomo dopo essere stato alimentato dal sangue e poi dal latte materni: nutrimenti "prodotti" dalla madre. Il processo empatico è una complessa capacità percettiva caratterizzata, per la madre, dal ricevere la comunicazione del figlio e tradurre le sue emozioni, le sue parole e i suoi simboli nei significati "suoi propri". È uno degli aspetti più raffinati del sentimento sociale e implica sperimentare il processo ed il contenuto della coscienza del figlio [17]. La dedizione al figlio non si limita a nozioni di puericultura o di psicopedagogia evolu-

tiva, ma è impegno a non venire meno all'amore per lui, chiunque egli sia. È un'alleanza affettiva profonda, viscerale.

È frutto di specifiche identificazioni reciproche, empatiche, intenzionali ed inconscie consentite da meccanismi regressivi parziali. Esse hanno l'effetto di consentire al figlio un cammino dalla *dipendenza* all'*autonomia* con crescita dell'autostima, ottenuta mediante collaudi creativi: tra l'appartenere e il cooperare è indispensabile un riconoscimento del Sé – originale e irripetibile – del figlio e un accoglimento transmotivante. Il cammino dalla *dipendenza* all'*autonomia* si avvale del processo di incoraggiamento e di una frustrazione ottimale che moduli protezione ed autonomia, distanza e vicinanza emotiva [10]. I genitori sono interiorizzati, durante la fase di identificazione o fase specchio, e diventano i precursori degli "schemi" inconsci di pensiero e di emozione. La modulazione tra *vicinanza protettiva* e *distanza autonomizzante* è necessaria perché il figlio si collaudi come individuo fornito di specifiche identità e creatività.

La trasformazione socioculturale della famiglia attuale incide sulla formazione dei nuovi individui. Paradossalmente un certo tipo di perseguimento del benessere genera patologie degli individui e della famiglia. Una cultura relazionale fonderebbe il benessere familiare sulla capacità di generare bene relazionale e non sui meri diritti individuali [14].

La crisi della famiglia tradizionale incide sulla formazione dei nuovi individui e quindi dei nuovi genitori. Alcuni fenomeni e tendenze indicano una trasformazione socioculturale della famiglia attuale. L'introduzione del divorzio, l'abrogazione del divieto di propaganda anticoncezionale, la riforma del diritto di famiglia, la legge sull'aborto legale, il decrescere della natalità, il diffondersi del lavoro femminile, della famiglia monogenitoriale e della pluralità dei modelli familiari [14], la crisi delle ideologie e degli assetti politici, la diffusione dei consumi, la diminuzione delle occasioni di lavoro per i giovani, l'invasione e la manipolazione dei flussi informativi, il diffondersi di stili comunicativi intolleranti rappresentano mutamenti culturali recepiti dal Paese, come l'adolescenza e i matrimoni protratti, da cui le gravidanze protratte e i matrimoni di prova.

Da un lato i rapporti tra generazioni sono sempre più gestiti da strutture pubbliche, dall'altro la capacità della famiglia di autoregolarsi sotto il profilo della relazionalità, non sembra sempre sufficiente. A ciò si aggiunge una diminuzione della capacità riparativa delle istituzioni scolastiche e delle agenzie di formazione che in passato compensavano le difficoltà esistenziali familiari [18, 14].

Assetti sociali scissionali e discordanti peggiorano le errate interazioni precoci tra genitori e figli [37]: assai marcata sarebbe la capacità persuasiva acritica occulta della televisione, "cattiva maestra" [44] nel favorire e diffondere stili di vita fon-

dati sul “tutto subito”, sulla mancanza di misura, sull’intolleranza, sulla violenza, sull’apparenza, su un’illusoria facilità del vivere, sulla dissociazione, scissione tra metodi e obiettivi esistenziali, sulla trasgressione.

Le condizioni socioeconomiche sembrano mettere in crisi e trasformare la famiglia, deputata ancora oggi a formare alla base la struttura di personalità. La competizione esasperata per il benessere economico rende difficili amicizie, matrimoni e rapporti genitori-figli profondi e duraturi. Il movimento di liberazione della donna ha inoltre prodotto una mascolinizzazione unilaterale, dove la donna ha spesso rinnegato la propria femminilità, ed il proprio sentimento materno, per esaltare le sue “qualità maschili”. Le madri inserite al contempo in ambienti di lavoro extra ed intrafamiliari sono spesso conflittualizzate, affaccate, sole [36].

Con la trasformazione della società sono state espulse dalla sfera familiare molte funzioni riconducibili al potere tradizionalmente legato al concetto di padre. I giovani perdono il confronto verticale con l’autorità: familiare, istituzionale, aziendale [11]. Il prolungamento adolescenziale, la “famiglia lunga”, la ritardata assunzione di *status-ruoli* adulti ne rappresenterebbero alcuni dei più vistosi effetti [18].

La crisi della famiglia tradizionale incide sulla formazione dei nuovi individui e quindi dei “nuovi genitori”. Si fanno incerte le identità familiari, per cui diventa più forte il bisogno di sapere che cosa ci si può aspettare dai propri familiari e le persone sono forzate a ridefinire continuamente chi sono [24]. Un numero crescente di stili di vita e di forme di convivenze reclamano oggi il diritto di essere trattati come famiglia per il fatto di adottare alcune – mai tutte – modalità del codice simbolico della famiglia: è il fenomeno della “pluralizzazione delle forme familiari” [14].

Ma le famiglie attuali sono ancora in grado di generare famiglie, e quindi genitori *compiuti*? Padri separati, madri separate, padri risposati, madri risposate, madri sole, padri soli, coppie senza figli, con molti figli, con figli naturali, in provetta, figli di separati, figli di genitori biologici, genitori sconosciuti: come si può governare una simile morfogenesi della famiglia? Il *Settimo rapporto CISF sulla famiglia in Italia* [14] a proposito della frammentazione della famiglia, evidenzia almeno due modi ben diversi per orientare la morfogenesi della famiglia attuale: il potere statale centrale indirizza la famiglia in termini di neutralità etica; oppure lo Stato favorisce le associazioni di famiglie e le delega a promuovere una semantica di qualificazione etica per cui il bambino non è solo un semplice individuo ma soggetto di una trama generazionale fra ascendenti e discendenti. Nella famiglia c’è un preciso complesso di diritti-doveri fra coniugi-genitori che è un bene comune della società, mentre nei patti di coppia, largamente discrezionali, sussistono al proposito molti “vuoti” sui figli, che necessitano di ulteriori regole da parte dello Stato [14].

Emerge con evidenza dalle osservazioni antropologico-sessuologiche il cambiamento radicale di prospettiva della vita di coppia e di famiglia. Tale cambiamento è caratterizzato, per un verso, dalla sostituzione del modello di famiglia genitoriale educante con quello centrato sulla coppia coniugale amorosa e, per altro verso, dal riconoscimento che soltanto il diventare genitori rappresenta un vero e proprio rito di passaggio ad uno stato nuovo, connotato da maturità psicologica e da successo sociale, dunque da stabilità e istituzionalizzazione.

La realtà urbana contemporanea è ormai costituita da un numero limitato di figli, concepiti da genitori già avanti nell'età. Infatti, l'economia domestica non è più basata, come quella rurale di un tempo, sulla forza-lavoro. Il consumismo e la limitata possibilità lavorativa, che richiedono ormai lunghi anni di studio, hanno creato una società basata su nuclei familiari ristretti e non più giovani [40]. I figli rimangono un bene prezioso ma soprattutto costoso. La nascita di un figlio è quasi sempre ponderata nell'ottica di valori di realizzazione personale e/o di coppia, di libertà di scelta, di qualità della vita [41]. Si nota uno spostamento dall'ottica della responsabilità a quella del desiderio e piacere: un figlio deve nascere solo se è voluto, ovvero se è considerato un bene per l'individuo e può soddisfare delle aspettative genitoriali. Questo principio spiega anche come, se un figlio è desiderato e non arriva, la sterilità produce una profonda ferita dovuta alla mancata realizzazione. Le due nuove figure estreme sono così gli "sterili per scelta" e i "genitori ad ogni costo" [40].

Le "patologie" della genitorialità si estendono dalla normale compiutezza imperfetta del *Sé Genitoriale*, alle manifestazioni nevrotiche, all'incompiutezza della personalità genitoriale, alla depressione ed alla patologia psicotica. Per la madre in un primo tempo deve svilupparsi la capacità di stabilire un "rapporto a due" e in un secondo tempo la capacità di inserirvi un terzo; per il padre la capacità di essere il terzo, prima esterno, poi interno a questa relazione. Per entrambi l'accoglimento del bambino reale rispetto a quello ideale è un processo fondamentale per la sua sanità psicologica. Nella famiglia odierna [14] spesso i genitori sono più impegnati per i propri bisogni che per quelli emotivi dei figli. Genitori assenti, permissivi ma esigenti, che viziano e non amano, oppure presenti e distratti, che usano il bambino per i propri bisogni sono specchi talora non solo vuoti ma anche deformanti e inducono "genitori interni" disarmonici e confusivi disturbanti i processi maturativi dell'identità del *Sé* del figlio [37, 42]. Su tale disturbo strutturale di maturazione potrebbero successivamente agire quei fattori biopsicologici che attivano il rischio di tossicodipendenze, disturbi del comportamento alimentare, disturbi di personalità narcisistici o borderline così diffusi negli ultimi anni tra i giovani delle società avanzate.

L'approccio clinico deve, da un lato, considerare l'esigenza di mantenere una relazione tra i genitori e al contempo la necessità di organizzare, favorire una

separazione utile ad una sana identità di ciascun membro della triade [45]. È necessario differenziare ogni spazio del padre e della madre, affinché il figlio a sua volta possa sviluppare il Sé generativo (le strutture psicobiologiche della generatività) verso il Sé genitoriale.

Poussin [45] in riferimento ad una ricerca clinica *sul campo*, in un centro di aiuto per bambini figli di genitori separati, fonda il senso attuale della funzione genitoriale per i genitori e i figli non solo dal punto di vista della funzione materna e della funzione paterna, ma nella sua globalità. Il modello psicologico della funzione materna di nutrimento e quello etologico dell'attaccamento sono visti come funzionali a un approccio clinico che consideri l'esigenza di mantenere una relazione tra i genitori e al contempo la necessità di organizzare, favorire una separazione utile a una sana identità di ciascun membro della triade. Occorre differenziare ogni spazio del padre e della madre affinché il figlio a sua volta possa sviluppare il *Sé generativo* verso il *Sé Genitoriale* ed eventualmente poter diventare genitore. Infatti, il significato che si può attribuire al fatto di avere dei genitori rimanda immediatamente al significato che si può dare al diventare noi genitori. L'articolazione tra bisogni dei genitori e bisogni del figlio produce effetti interattivi sulla piena maturazione degli uni e dell'altro: da una parte la funzione genitoriale per i genitori agisce in riferimento al desiderio di un figlio, al suo sviluppo, all'assenza di un figlio; dall'altra parte la funzione genitoriale per i figli riguarda i compiti dei genitori, le attese nei loro confronti, lo sviluppo del Sé, e gli effetti su loro stessi dei fallimenti della funzione genitoriale. Il prototipo di ogni relazione è, infatti, l'esperienza primaria, apparentiva, deludente, entusiasmante o dolorosa ma comunque significativa, di rapporto con i nostri genitori.

L'esercizio corretto della paternità e della maternità è per i figli, ma anche per i genitori, essenziale al processo di identificazione: maschile e femminile sono dimensioni biopsicologiche costitutive di ogni soggetto, uomo o donna, che devono trovare un'armonica composizione e alternanza per la crescita maturativa del Sé [24]. La situazione di complessità propria di questo nostro tempo non può non avere ripercussioni profonde anche sull'esperienza di padre e di madre.

Si riscontra pertanto nelle società avanzate una diffusa difficoltà alla maturazione della funzione genitoriale. Alcune patologie, come disturbi del comportamento alimentare, disturbi borderline di personalità, tossicodipendenze, sono radicate nelle fasi evolutive della personalità e sono rese complesse per la difficoltà della transizione dalla *dipendenza* all'*autonomia*. Questi disturbi in costante diffusione [37] sembrano caratterizzati dallo stesso denominatore di rappresentare una via finale comune riparativa, ma controproducente e distorta, all'angoscia da disidentità.

II. *Psicopatologia familiare nei disturbi del comportamento alimentare (DCA)*

Anoressia e Bulimia Nervosa sono stati considerati disturbi “sindromici” ovvero “via finale comune” di elementi biologici, psicologici, familiari e socio-culturali [29]. Fin dal 1974 Minuchin [38] ha messo in luce la tipica modalità relazionale delle famiglie di soggetti affetti da DCA (invischiamento, scarsa definizione dei ruoli, iperprotezione, etc.). Alcune osservazioni hanno focalizzato l’attenzione sulle caratteristiche individuali materne, altre su quelle paterne. La maggior parte ha, comunque, rilevato disfunzioni delle relazioni interpersonali nell’ambito del sistema familiare [21, 25].

Alcuni studi retrospettivi sull’anoressia che hanno individuato relazioni distanti, carenze nell’espressione dell’affetto e dei sentimenti tra le pazienti e i genitori, hanno descritto tre diversi stili di rapporti nell’ambito familiare: stile chiuso e dipendente, stile disorganizzato, stile misto ben funzionante [56].

Nei genitori di soggetti con DCA esiste una maggiore vulnerabilità a numerosi disturbi mentali. La presenza di tratti ossessivi in uno od entrambi i genitori sembra essere un fattore di rischio specifico di AN per le loro figlie [34, 56].

Ci sarebbero maggiori livelli d’ipercoinvolgimento e sintomi psichiatrici nei parenti delle anoressiche, ma non in quelli delle pazienti bulimiche, mentre familiari di donne con bulimia sono frequentemente affetti da disturbi dell’umore, anoressia e bulimia, abuso di sostanze e disturbo ossessivo-compulsivo [55, 56]. Inoltre il funzionamento familiare si correla anche al buon esito terapeutico che produce a sua volta un miglioramento nel funzionamento familiare [16, 61].

Al momento sono pochi gli studi sulla personalità dei genitori, e sulle loro eventuali alterazioni patologiche effettuati con gli stessi strumenti utilizzati per descrivere la personalità delle figlie. Gli studi sulla personalità di pazienti e genitori rappresentano una promettente area di ricerca, sia per la prevenzione che la cura, soprattutto da quando è disponibile uno strumento di valutazione della personalità che consente di differenziare temperamento e carattere, come il TCI inventario diagnostico dimensionale della personalità [12, 13]: il carattere, infatti, rappresenta il settore della personalità che si sviluppa in riferimento alle interazioni relazionali a partire dai primi anni di vita, ma con rimodellamenti in ogni età.

Il TCI di Cloninger [12, 13] è lo strumento che ha dato il contributo maggiore in questo tipo di studi [21, 25]. Esso rileva quattro dimensioni temperamentali: ricerca della novità, evitamento del danno, dipendenza dal riconoscimento, persistenza, e tre del carattere: autodirettività, cooperatività, autotrascendenza. Le ragazze anoressiche presentano una “triade temperamentale” costituita da *alto evitamento del danno, bassa ricerca di novità, alta persistenza* [19, 20, 21, 33]

cui si associa la *bassa autodirettività nel carattere* [9, 22]. Il temperamento delle pazienti bulimiche si caratterizza per un alto *Evitamento del danno* [22, 33], per un'*Autodirettività inferiore a quella delle ragazze anoressiche* [9, 22].

L'alto *Evitamento del danno* è una predisposizione in parte geneticamente trasmessa [13], a reagire con livelli elevati di *stress*, ansia e depressione agli stimoli ambientali potenzialmente dannosi. Le pazienti anoressiche, come le bulimiche, mostrano una suscettibilità particolarmente elevata a situazioni ambientali, e quindi anche familiari, stressanti. La bassa ricerca della *Novità* che indica scarsa attività esploratoria, frugalità e adattamento alla *routine* e l'alta persistenza che implica rigidità, ipercontrollo, ossessività, capacità di resistere alle frustrazioni, in una parola una patologica forza di volontà espressa sintomatologicamente nel disturbo dell'alimentazione, sono invece tratti tipici della paziente anoressica. La bassa *Autodirettività* indica una *generica immaturità del carattere* [58] e pertanto una maggiore suscettibilità a esprimere un disturbo di personalità propria di entrambi i DCA.

Emerge, quindi, l'importanza di studiare l'ipotesi di una relazione complessa tra gli elementi della personalità delle ragazze anoressiche e bulimiche – caratterizzata da alcuni tratti temperamentali e caratteriali comuni – ed elementi della personalità dei familiari, eventualmente in parte connessi allo sviluppo del Disturbo Alimentare: oltre all'importanza degli interventi di prevenzione nei soggetti a rischio, genitori e figlie, è cruciale il significato di tali acquisizioni ai fini degli interventi terapeutici, specie per limitare l'azione dei cosiddetti fattori perpetuanti, responsabili della cronicizzazione di questi disturbi.

All'analisi discriminante col TCI la famiglia dell'anoressica come pure quella della bulimica risultano fortemente caratterizzate (discriminazione al 98%) rispetto alle famiglie controllo ed in particolare i padri e le figlie sono meglio caratterizzati rispetto alle madri.

Quantunque gran parte della letteratura consideri le madri delle anoressiche "patogenetiche" [8], esse come pure quelle delle ragazze bulimiche si discostano dai controlli solo per una dimensione: una più bassa *Autodirettività* [23, 24]. Questa denota una scarsa capacità a darsi e a perseguire obiettivi ed una maggiore fragilità caratteriale con tendenza alla critica, all'irresponsabilità, all'inaffidabilità e al bisogno di una "guida" più matura [12]. In entrambi i disturbi l'"immaturità" materna lascia prevedere un'importante difficoltà ed instabilità relazionale madre-figlia derivata dalla sottostante struttura di personalità. A causa di tale modello instabile ed inaffidabile per la strutturazione del carattere, nella figlia si forma una personalità altrettanto immatura ed instabile tanto da non permettere un'adeguata gestione dell'elevato *Evitamento del danno*. La correlazione positiva tra l'HA della madre e quello della figlia evidenzia una

possibile origine genetico-ereditaria [57] della vulnerabilità temperamentale della paziente bulimica. Sebbene la madre della paziente non esprima un HA significativamente superiore a quella dei controlli, tale tratto sottosoglia potrebbe esprimersi a livelli patologici nelle figlie a causa di una concomitante trasmissione sottosoglia del tratto da parte dei padri.

Molteplici sono le differenze dei padri delle ragazze anoressiche che presentano alti *Evitamento del danno* e *dipendenza dal riconoscimento*, bassa *persistenza* – dimensioni temperamentali – oltre ad una bassa *Autodirettività* [20]. I profili temperamentali dei padri delle pazienti bulimiche mostrano un'unica differenza significativa rispetto a quelli dei controlli: appaiono meno *persistenti* dei padri di ragazze non affette da ED.

Nel complesso, più della madre, i padri sembrano “portatori” di una vulnerabilità temperamentale che li priva di perseveranza e stabilità di fronte alla frustrazione (bassa persistenza). Tale *deficit*, anch'esso motivo di scarsa affidabilità del riferimento genitoriale, può costituire un forte ostacolo all'instaurarsi di una relazione padre-figlia fruibile nel processo di formazione dell'identità. Alla bassa persistenza consegue, infatti, un facile cedimento del padre di fronte alle difficoltà relazionali dovute all'instabilità della figlia stessa.

La bassa SD caratteristica di tutta la famiglia indica una pervasiva immaturità e fragilità di tutti i membri che è stata considerata un fattore di rischio per la suscettibilità ai “*social messages pertaining to the ideology of slenderness*” [30]. I padri osservati sono privi di quegli elementi di perseveranza e stabilità di fronte alla frustrazione (bassa persistenza) che sono tipici delle figlie e delle madri. Questi aspetti suggeriscono l'ipotesi che le madri ricoprono verso le figlie una “funzione” vicariante, rispetto ai padri. Padri immaturi e dipendenti e madri fragili, coinvolti in un rapporto di coppia “omogamica” (partner con analoghe problematiche inconsce irrisolte e/o analoga labilità emotiva) [51] sottolineata dalla correlazione tra i rispettivi tratti caratteriali (autodirettività e cooperatività) conducono a mancanza di definizione di ruoli e di trasmissione di sicurezza. Un più stretto legame vicariante madre-figlia rinforza nelle figlie anoressiche comportamenti rigidi e fortemente assertivi (alta *Persistenza*), ed in quelle bulimiche comportamenti autoaggressivi ed impulsivi compensativi della “debolezza familiare” e della scarsa conoscenza e accettazione personale.

Padri maggiormente disturbati e madri fragili conducono a due problematiche nei rapporti con la figlia: a) la mancanza di definizione di ruoli e di trasmissione di sicurezza che si intreccia a carenze temperamentali (alto *Evitamento del danno*, bassa *ricerca di Novità*) e caratteriali (bassa *Autodirettività* ed alta *persistenza* delle figlie anoressiche) b) un più stretto legame (le correlazioni) madre-figlia alimenta nuclei patologici temperamentali e rinforza nelle figlie stesse comporta-

menti rigidi e fortemente assertivi, compensativi della “debolezza familiare” (alta *persistenza*) e della scarsa conoscenza e accettazione personale.

III. Genitori e dinamiche familiari nel disturbo borderline di personalità e nelle tossicodipendenze

La complessità della patologia borderline si rivela nell’eziologia, nella diagnosi e nella terapia. Le ipotesi eziologiche sul disturbo borderline di personalità, BPD, sono numerose e differenti tra loro, ma molti autori concordano sul fatto che non esista un singolo agente eziologico attendibile.

Il confronto tra le diverse teorie eziologiche riporta alla luce il dibattito fra innato e acquisito e in quale misura il disturbo di personalità sia frutto di una predisposizione genetica, delle esperienze relazionali ambientali e dell’interazione dinamica tra i due aspetti [35].

Studi genetici sulla famiglia avallano l’ipotesi per cui il disturbo borderline di personalità rientrerebbe nei disturbi dell’impulsività con prevalenza significativamente superiore nei familiari [53, 62]. Tuttavia si trova una bassa prevalenza di BPD nelle coppie di omozigoti [59] e nelle adozioni [7]. Gli studi genetici, non hanno finora definito l’entità della trasmissione genetica sia del disturbo *in toto*, che dei tratti di personalità del BPD.

Fin dall’elaborazione del concetto di Personalità Borderline un grande peso eziologico è stato attribuito alle relazioni genitoriali ed alle condizioni familiari. Kernberg [32] sostiene che i pazienti borderline esprimano problemi nella fase di separazione-individuazione dalla madre a causa di un disturbo nella disponibilità emozionale della madre, dovuto ad un eccesso d’aggressività del bambino o a problematiche della madre nella funzione genitoriale, o ad una combinazione di entrambi i fattori.

G. Adler [2] basandosi sul modello del *deficit* o dell’“insufficienza” notò che il bambino, verso il diciottesimo mese di vita, dovrebbe essere normalmente in grado di costruirsi un’immagine interna della madre anche durante la sua assenza fisica. Al contrario, il bambino che svilupperà il disturbo di personalità borderline, avrebbe invece un *deficit* di questa “memoria evocativa”: in situazioni di stress o di intenso transfert tenderebbe a regredire, fino a perdere la capacità di richiamare alla memoria le figure importanti del suo mondo.

Altri autori hanno rilevato un “controllo anaffettivo” da parte di entrambi i genitori che falliscono nel dare un supporto emozionale e al tempo stesso ostacolano la separazione dei loro figli [63]. Per molti autori, i genitori del paziente con BPD

sono assiduamente impegnati nella soddisfazione dei propri bisogni, piuttosto che in quelli emotivi dei figli o, comunque, presentano una dinamica affetto-controllo disturbata [54]. L'instabilità del Sé materno generativo di madri abbandonate dai mariti crea schemi educazionali confusivi [17, 54] con l'alternarsi di atteggiamenti vizianti e rifiutanti [46], che gli rimandano un'immagine del Sé inaffidabile, con compromissione dell'autostima.

Tutti i modelli sono stati criticati soprattutto sulla base della più recente ipotesi patogenetica del trauma infantile. Anche in questo caso, tuttavia, la famiglia riveste un ruolo fondamentale. La ricerca empirica ha largamente sostenuto l'ipotesi che molti pazienti borderline abbiano subito reali violenze durante l'infanzia dai genitori o da persone che si prendevano cura di loro. La prevalenza degli abusi sessuali infantili dei pazienti diagnosticati come borderline è di notevole importanza. L'84% dei pazienti con BPD riferisce una qualche esperienza di abuso da parte di entrambi i genitori prima dei diciotto anni [62].

Gli assetti sociali che peggiorano le errate interazioni precoci tra genitori e figli [42] come l'aumento rilevante di separazioni coniugali, divorzio e secondi matrimoni [39], l'abbandono della progettualità e dell'unità e dell'integrazione [14], e la diminuita efficacia di istituzioni (scuola, oratori, associazioni, etc.) che compensavano le problematiche relazionali [37] possono costituire fattori di modernizzazione favorevoli al disturbo. La famiglia, infatti, subisce l'influsso culturale dell'abbandono della progettualità e quindi anche dell'unità e dell'integrazione, per orientarsi sull'oggi e sulle differenze individuali [14]. Ne deriva una visione multiprospettica, una continua problematizzazione dell'identità per cui le persone sono forzate a ridefinire continuamente chi sono [14]. Il legame genitoriale patologico non è di per sé causa di BPD, ma senza dubbio è considerato un grave fattore di rischio per il disturbo di personalità.

Un considerevole numero di studi sostiene l'associazione tra un disturbo di personalità e tossicodipendenza [31]. La presenza di un grave disturbo di personalità sembra differenziare i soggetti che fanno uso sporadico da coloro che abusano costantemente di sostanze [60]. Kandel e coll. [31] hanno riscontrato che le relazioni deteriorate con i genitori, assieme alla depressione, sono fattori predittivi altamente significativi per l'eventuale abuso di droghe da parte di soggetti in età giovanile, mentre non lo sono le variabili sociodemografiche. Per queste ragioni le problematiche familiari dei soggetti tossicodipendenti appaiono simili a quelle dei soggetti con DPB.

Utilizzando il *Temperament and Character Inventory* [12], sono state confrontate le personalità di soggetti con disturbo borderline di personalità affetti da tossicodipendenza con quello dei propri genitori [25]. I figli mostrano un profilo borderline tipico [12, 13, 58]: alta Ricerca della Novità e basse Dipendenza

dal Riconoscimento, Autodirettività, Cooperatività. I padri mostrano una Ricerca della Novità più elevata e Persistenza, Autodirettività e Cooperatività più basse rispetto ai controlli. Le madri una minore Autodirettività. L'alta Ricerca della Novità condivisa tra padri e figli indica un temperamento impulsivo, esplorativo, intollerante della frustrazione e della routine, facilmente predisposto alla rabbia [12]. I bassi punteggi di Dipendenza dal Riconoscimento dei soggetti borderline sottolineano la difficoltà nel percepire pensieri ed emozioni altrui denotando indifferenza e distanza nelle relazioni sociali. La bassa Persistenza paterna indica una bassa resistenza alla frustrazione che, accentuata dalla alta NS, può, come per le famiglie dei DCA, rinforzare la fragilità dell'intero sistema familiare, rendendo difficile mantenere saldi progetti di vita o strategie di convivenza, e superare le inevitabili difficoltà relazionali. L'assetto familiare appare disturbato e freddo mettendo in secondo piano l'emotività ed i sentimenti dei componenti. Poiché le dimensioni del temperamento sono geneticamente trasmissibili [13] soprattutto l'impulsività elevata appare influenzata da tratti ereditari.

La bassa Autodirettività evidenzia una fragilità estrema del carattere dei soggetti borderline come pure dei loro familiari che risultano poco maturi, distruttivi, autocritici, incapaci di definire e perseguire mete prefissate e molto impulsivi. Tale tratto, come nelle famiglie dei DCA, è responsabile di distorte relazioni familiari [3, 18] in quanto gli stessi genitori risultano altamente disturbati e disturbanti [49]. La bassa Cooperatività è indice di egocentrismo, intolleranza, incapacità di prestare aiuto e di relazionarsi agli altri sia per i pazienti che per i genitori [51]. Genitori così poco cooperativi influenzano negativamente i processi maturativi dei propri figli [35, 49] offrendo un modello relazionale distorto e creando una relazione genitoriale non empatica e supportiva.

Ulteriori approfondite ricerche sono necessarie per chiarire i processi biopsicosociali della genitorialità, intesa anche come attitudine della personalità a diventare e essere genitore. I disturbi psicopatologici del Sé generativo, desiderio e progetto di un figlio [42], funzione che giunge a maturità nello stadio evolutivo psicosociale della generatività, centrale e fondamentale per la piena attuazione dell'identità personale devono ancora essere in gran parte studiati. Desiderare un figlio è necessario, ma non basta per diventare genitori: il Sé generativo è precursore del Sé genitoriale. La genitorialità, come nella vicenda biblica di Abramo padre di Isacco, comporta una personalità ben strutturata e fiduciosa di elaborare preventivamente il lutto della *perdita* dello stesso: per avere un figlio, per allevarlo, bisogna essere capaci di perderlo!

Nello studio preliminare di Fassino e colleghi [51] condotto con SCID-II e TCI sulle famiglie di soggetti eroinodipendenti affetti da DP spesso multipli (50% cluster B, 22% cluster A, 7% cluster C, 7% altri disturbi), i genitori manifesta-

vano altrettanti disturbi (nell'83% dei genitori) sebbene di clusters differenti. Il 50% delle madri apparteneva al cluster C, il 14% al cluster A, il 7% al cluster B. Al contrario, i padri manifestavano, in modo più simile ai figli, nel 50% dei casi un profilo appartenente al cluster B, il 19% al cluster A ed il 24% al cluster C.

Madri e padri rivelano bassa *Persistenza*, alto *Evitamento del Danno* e bassa *Autotrascendenza*, in modo simile a quanto riscontrato in precedenza per i genitori dei pazienti Borderline. I padri denotano, inoltre, una bassa *dipendenza dal riconoscimento* che ostacolerebbe la loro partecipazione comunicativa alla diade madre-figlio, determinando un'esclusione emotiva [42]. Nell'insieme queste dimensioni denotano persone centrate su se stesse, poco disponibili ad impegnarsi nel rapporto con gli altri, soprattutto quello genitoriale. Inoltre, questi genitori si mostrano incapaci di perseguire i propri compiti in modo costante e non ambivalente. Essi appaiono come persone poco affidabili e incapaci di offrire sostegno che richiedono invece narcisisticamente agli altri.

Alcuni importanti contributi, precursori eventuali di aspetti terapeutici, potrebbero derivare in futuro dagli studi sui meccanismi perturbanti del desiderio, del progetto e di un figlio, che potrebbero indurre scissione tra il desiderio di gravidanza e desiderio di maternità, tra generatività e genitorialità negli aspetti biopsicologici sia individuali che di coppia. L'approccio della psichiatria di collegamento ai problemi della sterilità può rappresentare un'area clinica già attualmente percorribile.

IV. *Aspetti psicopatologici della personalità nell'infertilità psicogena: psicopatologia della generatività?*

Gli aspetti psicologici correlati all'infertilità umana sono stati ampiamente studiati [4, 47]. Sia per l'uomo che per la donna la consapevolezza della propria capacità riproduttiva è un elemento fondante l'immagine di sé [15]. Oggi la coppia tende a ritardare il momento della gravidanza, mantenendo apparentemente intatta la fiducia nelle proprie capacità riproduttive. Quando si presenta la necessità di dover fronteggiare il problema dell'impossibilità a concepire, ciò diventa talora psicologicamente intollerabile. La perdita di controllo sulle capacità riproduttive rappresenta un potente attacco alla propria immagine corporea e alla grandiosità narcisistica individuale, producendo spesso una grave crisi personale [43].

Nell'infertilità non voluta, dovuta a fattori organici le manifestazioni più frequenti che si possono riscontrare sono ansia, depressione, mancanza di fiducia in se stessi, grave stress psicologico, crisi della relazione di coppia, separazione, divorzio [43]. L'infertilità sembra, inoltre, arrecare importanti disturbi della sfera sessuale: nel maschio diminuzione della *libido*, disfunzione erettile, aneiaculazione, eiaculazione precoce o ritardata, anorgasmia e oligospermia; nella

femmina vaginismo e dispareunia. Alcuni studi evidenziano tuttavia che il legame di coppia, e in particolare la comunicazione e la vicinanza, possono essere rinforzati dall'infertilità, in quanto sono consolidate le forze di coesione interna.

È stata avanzata l'ipotesi di un'infertilità d'origine psicosomatica, causata da fattori psicologici preesistenti, che avrebbe basi fisiopatologiche complesse costituite da alterazioni ormonali, alterazioni funzionali e/o secretorie e incapacità a portare a termine la gravidanza. Tra queste ultime, all'ipercontrattilità uterina è universalmente riconosciuta una possibile base psicogena [48]. L'incapacità di avere un figlio con tale meccanismo si può riscontrare sia nella donna che nell'uomo, in relazione al ruolo assunto all'interno della coppia.

Inoltre, il concetto di infertilità inspiegata e d'infertilità psicogena non sono del tutto sovrapponibili, rivelandosi in alcuni casi l'infertilità inspiegata non di origine psicogena. Inoltre molti "danni biologici" e patologie organiche possono avere all'origine sofisticati processi psiconeuroendocrinologici e psiconeurometabolici. Per cui è attualmente ancora impossibile dirimere un'annosa questione: se la psicopatologia sia causa dell'infertilità in molti casi o se ne sia una conseguenza, e quindi un epifenomeno.

Non vi sarebbero differenze psicopatologiche significative nelle coppie infertili rispetto a quelle fertili [6] ma si può ritenere che siano a livello di personalità espressa come tendenza alla riservatezza, all'introversione, alla diffidenza, all'ansia, ad un'eccessiva e talvolta immotivata preoccupazione per persone o cose, a un attaccamento alle proprie idee, a una scarsa disponibilità e flessibilità, ed a un'eccessiva attenzione agli aspetti formali. In ogni caso sintomi depressivi e di *stress* psicologico sono così comuni nelle coppie infertili da raggiungere una prevalenza doppia rispetto alla popolazione generale [48].

Il modello psicobiologico di Cloninger [13] è stato impiegato per valutare le componenti temperamentali (derivate geneticamente e biologicamente) e caratteriali (acquisite attraverso l'esperienza, l'educazione, la cultura) della personalità delle coppie infertili [23].

In questa ricerca 290 soggetti (145 coppie) rivoltisi ad un Servizio pubblico per un problema d'infertilità, sono stati valutati attraverso la somministrazione del *Temperament and Character Inventory* (TCI) [13]. I soggetti, sottoposti a tutte le procedure diagnostiche *standard* per l'accertamento delle cause dell'infertilità, sono stati suddivisi in tre gruppi (infertilità organica, infertilità non organica, infertilità di dubbia origine) confrontati tra di loro.

Considerate le coppie infertili nel loro insieme, senza differenziare tra le cause d'infertilità, si evidenzia nella personalità solo una caratteristica del carattere costituita

da una minore Cooperatività rispetto alle donne con figli. Tale aspetto è rinforzato e chiarito dalla presenza di una Cooperatività significativamente inferiore nelle donne con infertilità funzionale rispetto a quelle con infertilità di tipo organico.

La flessibilità nelle relazioni interpersonali che caratterizza i soggetti con alta o media Cooperatività sembra favorire la possibilità di raggiungere un nuovo equilibrio di fronte a esperienze potenzialmente destabilizzanti [12, 13]. La bassa Cooperatività delle donne con infertilità di tipo funzionale può indicare una generica difficoltà ad affrontare il forte cambiamento dell'assetto intrapsichico e relazionale che la gravidanza e la successiva nascita di un figlio implicano.

Gli aspetti egocentri della personalità implicano una difficoltà all'investimento emotivo sui bisogni dell'altro [12]. Tale *deficit* caratteriale potrebbe generare un conflitto tra il rifiuto inconscio della maternità ed il desiderio conscio della stessa [5]. D'altro canto, lo stesso tratto potrebbe essere responsabile di una maggiore difficoltà a stabilire una relazione paritaria e serena ed un sufficiente affiatamento con il partner.

Entrambi i fattori potrebbero pertanto interagire come concause della ridotta fertilità. Anche l'Autodirettività è significativamente inferiore nelle donne affette da infertilità funzionale. Esse appaiono, quindi, caratterizzate da una bassa maturità e bassa autoaccettazione, scarso senso di responsabilità e maggiori fragilità e tendenza alla critica [12, 58]. Possiedono un principio di organizzazione interna più fragile e ciò le rende meno capaci di definire e perseguire obiettivi liberamente scelti [12, 13] per cui la stessa maternità verrebbe percepita più o meno consapevolmente come una prova verso la quale esse si sentono impreparate e inadeguate.

Sia le donne che gli uomini appartenenti al gruppo dell'infertilità funzionale evidenziano un *Evitamento del Danno* superiore ai soggetti con infertilità organica. Gli individui con questo tratto temperamentale sono molto passivi, timorosi, insicuri, affaticabili e propensi a reagire con alti livelli d'ansia e depressione ad eventi stressanti [12, 13].

D'altro canto la bassa Ricerca della Novità, dimensione temperamentale che esprime le tendenze esploratorie nei confronti dell'ambiente e la necessità di modificare costantemente le abitudini dell'individuo, è responsabile di bassa attività esploratoria, scarsa capacità di iniziativa ed incapacità di adattamento alla novità ed ai cambiamenti ed amplifica quindi l'evitamento del danno negli uomini infertili [13]. L'atteggiamento sistematico scarsamente innovativo e "creativo" del modo con cui questi soggetti affronterebbero il mondo, implicito in tale assetto temperamentale, potrebbe quindi implicare un minor bisogno generativo ed una accentuazione dell'ansia connessa alla paternità negli uomini affetti da infertilità funzionale.

L'associazione con un basso *Evitamento del Danno* costituirebbe un rinforzo reciproco dei due tratti con una conseguente amplificazione delle conseguenze cliniche [12]. Indipendentemente dal sesso i soggetti con infertilità funzionale mostrano quindi una maggiore tendenza a inibire il proprio comportamento in relazione a stimoli dannosi. La maggiore tendenza a subire lo *stress* e la minore iniziativa potrebbe ostacolare il comportamento sessuale (frequenza, numero, durata, partecipazione emotiva, soddisfazione dei rapporti sessuali). D'altra parte questi soggetti pur desiderando diventare genitori potrebbero percepire inconsapevolmente il futuro bambino come fonte di eccessive preoccupazioni, quindi potenzialmente pericoloso e "ostile", capace di minare gli equilibri intrapsichici individuali e relazionali della coppia [5].

L'infertilità "psicogena" consegue, quindi, all'interazione sinergica dei fattori temperamentali di entrambi i partner con i concomitanti deficit caratteriali. Le dinamiche relazionali favorite da tale interazione agevolerebbero una situazione psicobiologica "di coppia" sfavorevole alla procreazione. I risultati evidenziano come le differenze temperamentali e caratteriali tra le coppie infertili nel loro insieme e coppie fertili siano molto meno significative di quelle riscontrate tra le coppie con infertilità organica e funzionale. Pur necessitando di essere confermati da ulteriori studi, questi dati sottolineano come la presenza di peculiari tratti del temperamento e del carattere potrebbe influire sulla fertilità dei soggetti affetti da infertilità "funzionale".

Tale condizione oltre che alla peculiare situazione personologica di uno soltanto dei due partners, più verosimilmente consegue all'interazione sinergica di fattori temperamentali di entrambi i *partners* con i concomitanti deficit caratteriali. È pertanto plausibile che siano le stesse dinamiche relazionali favorite da tale interazione ad agevolare una situazione psicobiologica "di coppia" sfavorevole alla procreazione.

Le acquisizioni delle neuroscienze circa gli effetti dei comportamenti sui sistemi biologici cerebrali, come quelli che evidenziano gli effetti della psicoterapia [28] supportano l'ipotesi che la modifica di certi comportamenti potrebbe variare l'assetto di sistemi neuroendocrini e neurometabolici minimi che, al momento sconosciuti, sarebbero comunque coinvolti nel processo d'infertilità inspiegata attraverso i meccanismi psicobiologici di *stress*. Ulteriori approfondimenti dovrebbero essere mirati a chiarire se e come i suddetti tratti di personalità, probabilmente in concomitanza con *stressors* esterni, possano essere fattori predisponenti o veri e propri fattori eziopatogenetici di quel gruppo di infertilità definite "psicogene".

Approfondite ricerche sono necessarie per chiarire i processi biopsicosociali della genitorialità, intesa anche come attitudine della personalità, a diventare ed essere genitore. I disturbi psicopatologici del Sé generativo, desiderio e progetto di un figlio [42] devono ancora essere in gran parte studiati.

V. Implicazioni terapeutiche

L'esplorazione della personalità permette di conoscere il ruolo che le coppie genitoriali esercitano su figli affetti da DCA, DP Borderline e tossicodipendenza, o sulla propria fertilità. Ciò risulta utile ai fini del coinvolgimento nella terapia multidimensionale, *a rete* [50, 51] per i problemi di fertilità o dei propri figli, pur essendo necessario valutare il rischio di favorire intempestivamente una responsabilizzazione colpevolizzante dei genitori ed accrescere iatrogenicamente le resistenze al trattamento.

Nei soggetti con DCA o disturbi borderline di personalità, è stato evidenziato un miglioramento più rapido quando è trattato anche almeno uno dei genitori [28]. Nella psicoterapia individuale dei figli una più chiara conoscenza da parte del terapeuta dei tratti temperamentali e caratteriali dei loro genitori, ottenuta attraverso la somministrazione del TCI, integra i ritratti interiorizzati dei genitori espressi dai pazienti. Ciò consente al terapeuta di aiutare i figli a costruire relazioni meno patologiche e permette l'allestimento di progetti terapeutici che ne considerino la peculiare interazione patologica con la personalità dei genitori.

Le alterazioni della personalità dei padri e delle madri dei pazienti indicano un intervento terapeutico specifico per i genitori, compatibile con gli interventi terapeutici per i figli. Nei servizi pubblici sempre più frequentemente sono utilizzati gruppi terapeutici omogenei di genitori come interventi *di rete* in concomitanza alla psicoterapia dei figli.

Lo studio della personalità all'interno del percorso diagnostico e terapeutico dell'infertilità può fornire elementi predittivi utili a identificarne fattori personalologici predisponenti. Il temperamento è la componente della personalità più strettamente correlata a funzioni biologiche soprattutto, ma non esclusivamente, neurotrasmettitoriali [12, 13].

I tratti del carattere sono sistemi di relazione con il mondo esterno [58] basati su "autoconcetti" formulati in interazione dinamica con la realtà attraverso un continuo processo di sviluppo e maturazione [13]. Al fine di modulare entrambi i tratti potrebbe risultare efficace anche un intervento di tipo psicofarmacologico eventualmente associato al supporto psicoterapeutico. I tratti del carattere hanno ampie possibilità di evoluzione anche in età adulta. In tutte le famiglie considerate è necessario focalizzare l'attenzione sui blocchi evolutivi dell'*Autodirettività*. D'altro canto la *Cooperatività* assume un ruolo estremamente significativo nelle dinamiche familiari dei pazienti Borderline e nelle donne infertili. Possibili obiettivi terapeutici sulla coppia genitoriale sarebbero il miglioramento della consapevolezza sugli aspetti conflittuali intrapsichici e relazionali della maternità/paternità dei due partner ed una migliore gestione

dell'ansia ad essi secondaria con la modulazione anche farmacologica dei tratti temperamentali al fine di ridurre i possibili effetti neurobiologici dello *stress* relazionale.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
2. ADLER, G. (1985), *Borderline Psychopathology and Its Treatment*, Jason Aronson, New York.
3. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
4. ARDENTI, R., CAMPARI, C., AGAZZI, L., LA SALA, G. B. (1999), Anxiety and Perceptive Functioning of Infertile Women During In-vitro Fertilization: Exploratory Survey of an Italian Sample, *Hum Reprod*, 14: 3126-32.
5. AUHAGEN STEPHANOS, U. (1991), *Wenn die Seele nein sagt. Vom Mythos der unfruchtbarkeit*, tr. it. *La maternità negata*, Bollati Boringhieri, Torino 1993.
6. BERG, M. L., CROSBY, R. D., WONDERLICH, S. A., HAWLEY, D. (2000), Relationship of Temperament and Perceptions of Nonshared Environment in Bulimia Nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, 28: 148-154.
7. BOHMAN, M. (1981), The Interaction of Heredity and Childhood Environment: Some Adoption Studies, *J. Child Psychol. Psychiatry*, 22: 195-200.
8. BRUCH, H. (1978), *The Golden Cage*, The Harvard University, Cambridge.
9. BULIK, C. M., SULLIVAN, P. F. (1999), Temperament, Character and Suicide Attempts in Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Major Depression, *Acta psychiatrica scandinavica*, 100: 27-32.
10. CARMAGNANI, R., DANIELI, M. (1998), *Radici e Ali*, Ancora, Milano.
11. CENSIS (1992), *L'orizzontalità del mondo giovanile*, Censis, Roma.
12. CLONINGER, C. R., PRZYBECK, T. R., SVRAKIC, D. M., WETZEL, R. (1994), *The Temperament and Character Inventory: a Guide to Its Development and Use*, Washington University School of Medicine, St. Louis.
13. CLONINGER, C. R., SVRAKIC, D. M. (1999), Personality Disorders, in SADOCK, B., SADOCK, V. (a cura di), *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (7th edn)*, Lippincott Williams & Wilkins, New York: 1723-1764.
14. DONATI, P. (2001), Famiglia e pluralizzazione degli stili di vita: distinguere tra relazioni familiari e altre relazioni primarie, in DONATI, P. (a cura di), *Identità e varietà dell'essere famiglia. Il fenomeno della pluralizzazione*, San Paolo, Cinisello Balsamo.
15. EDELMANN, R. J., CONNOLLY, K. J. (1986), Psychological Aspects of Infertility, *Br. Med. Psychol.*, 59: 209-219.

16. FAIRBURN, C. G., HARRISON, P. J. (2003), Eating Disorders, *The Lancet*, 361: 407-416.
17. FASSINO, S. (1995), Psicoterapia breve a orientamento individualpsicologico: riflessioni sull'agente terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 38: 43-52.
18. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., AMIANTO, F., LEOMBRUNI, P., BOGGIO, S., ROVERA, G. G. (2002), Temperament and Character Profile of Eating Disorders: a Controlled Study with TCI, *Interational Journal of Eating Disorders*, 32: 412-425.
19. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., AMIANTO, F., LEOMBRUNI, P., FORNAS, B., GARZARO, L., D'AMBROSIO, G. (2001), Outcome Predictors in Anorectic Patients after 6 Months of Multimodal Treatment, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70: 201-208.
20. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P., AMIANTO, F., ROVERA, G., ROVERA, G. G. (2001), Temperament and Character in Italian Men with Anorexia Nervosa, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 11: 788-794.
21. FASSINO, S., AMIANTO, F., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P., GARZARO, L., LEVI, M., ROVERA, G. G. (2003), Bulimic Family Dynamics: Role of Parent's Personality. A Controlled Study with the Temperament and Character Inventory, *Compr. Psychiatry*, 44: 70-77.
22. FASSINO, S., AMIANTO, F., NOVELLI, A., BOLGIANI, M., BARBIERI, E., LEOMBRUNI, P. (2003), Personality Features of Borderline and Eating Disordered Families, *VIII ISSPD Congress*, Florence, Italy, October 9-12.
23. FASSINO, S., GARZARO, L., PERIS, C., AMIANTO, F., PIERÒ, A., ABBATE DAGA, G., ROVERA, G. G. (2002), Temperament and Character in Couples Affected by Fertility Disorders. A Controlled, Double-Blind Study, *Fertility and Sterility*, 71: 1233-1240.
24. FASSINO, S. (1996), Presentazione dell'edizione italiana, in POUSSIN, G., *Psychologie de la fonction parentale*, tr. it. *Psicologia della funzione genitoriale*, CSE, Torino 1993.
25. FASSINO, S., SVRAKIC, D. R., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P., AMIANTO, F., STANIC, S., ROVERA, G. (2001), Anorectic Family Dynamics: Temperament and Character Data, *Comprehensive Psychiatry*, 43: 114-120.
26. FLAMIGNI, C., MENGARELLI, M. (1994), Adozione versus donazione di gameti. Analisi di un dilemma, *Giornale Sifes*, 1: 91-8.
27. FREUD, S. (1914), Pour introduire le narcissisme, *La Vie Sexuelle*, Paris 1973.
28. GABBARD, G. O. (1994), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. The DSM-IV Edition*, American Psychiatric, Washington, DC.
29. GARFINKEL, P. E., GARNER, D. M. (1982), *Anorexia Nervosa: a Multidimensional Perspective*, Brunner/Mazel, New York.
30. GENDALL, K. A., JOYCE, P. R., SULLIVAN, P. F. ET ALII (1998), Personality and Dimensions of Dietary Restraint, *Interational Journal of Eating Disorders*, 24: 371-9.
31. KANDEL, E. R., HUANG, F. Y., DAVIES, M. (2001), Comorbidity between Patterns of Substance Use Dependence and Psychiatric Syndromes, *Drug Alcohol Depend*, 64: 233-241.
32. KERNBERG, O. F. (1967), Borderline Personality Organization, *J. Amer. Psychoan. Assoc.*, 15: 641-685.
33. KLEIFIELD, E. I., SUNDAY, S., HURT, S. ET AL. (1994), The Tridimensional Personality Questionnaire: an Exploration of Personality Traits in Eating Disorders, *J. Psych. Res.*, 28: 413-23.

34. LILENFELD, L. R., KAYE, W. H., GREEN, C. G. (1998), A Controlled Family Study of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa, *Arch. Gen. Psychiatry*, 53: 603-10.
35. LINEHAN, M. M., KOERNER, K. (1993), Una teoria comportamentale del disturbo borderline di personalità, in PARIS, J. (a cura di), *Borderline Personality Disorder. Etiology and Treatment*, tr. it. *Il disturbo borderline di personalità*, Cortina, Milano 1995.
36. MELCHIORRE, V. (1992), *Maschio e femmina. Nuovi padri e nuove madri*, Edizioni Paoline, Cinisello Balsamo.
37. MILLON, T. (1993) La personalità borderline: un'epidemia sociale, in PARIS, J. (a cura di), *Borderline Personality Disorder. Etiology and Treatment*, tr. it. *Il disturbo borderline di personalità. Eziologia e trattamento*, Cortina, Milano 1995.
38. MINUCHIN, S. (1974), *Families and Family Therapy*, Harvard Univ. Press, Cambridge.
39. MOYNIHAN, D. P. (1986), *Family and Nation*, Harcourt Brace Jovanovich, New York.
40. PADIGLIONE, V. (1991), Maternità e paternità: tra continuità e mutamento, *Famiglia Oggi*, 51: 42-52.
41. PIAZZA, M. G. (1994), Il valore dei figli, *Famiglia Oggi*, 1: 8-11.
42. PIETROPOLLI CHARMET, G. (1993), Paternità e maternità: un nuovo contratto, in MELCHIORRE, V. (a cura di), *Maschio-femmina. Nuovi padri e nuove madri*, Edizioni Paoline, Cinisello Balsamo, MI.
43. PINES, D. (1990), Emotional Aspects of Infertility and Its Remedies, *Int. J. Psychoanal.*, 7: 501-8.
44. POPPER, K. R., KONDRY, J. C. (1994), *Cattiva maestra televisione*, Reser, Milano.
45. POUSSIN, G. (1993), *Psychologie de la fonction parentale*, tr. it. *Psicologia della funzione genitoriale*, CSE, Torino 1996.
46. POUSTKA, F., LEHMKUHL, L. (1985), Das individualpsychologie verstandnis von borderline-stoungen. Moglichkeiten und grenzen der Therapie bei Kindern und Jugendlichen, *Z. f. Individpsychol*, 10: 170-183.
47. READ, J. (1999), ABC of Sexual Health: Sexual Problems Associated with Infertility, Pregnancy, and Ageing, *BMJ*, 318 (7183): 587-589.
48. ROTHMAN, D., KAPLAN, D. H., NETTLES, E. (1962), Psychosomatic Infertility, *Am. J. Obstet Gynecol.*, 83: 373-386.
49. ROVERA, G. G., FASSINO, S. (1996) Combined Therapy (Psychotherapy and Fluoxetine) in Borderline Personality Disorder. Clinical Experience, *The Italian Journal of Psychiatry and Behavioural Sciences*, 6: 73-77.
50. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A., GATTI, A., SCARSO, G. (1984), Il modello di rete in psichiatria, *Rass. Ipn. Min. Med.*, 75: 1-9.
51. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, P., LEOMBRUNI, P. (1996), Approccio a rete nei pazienti borderline, in ROVERA, G. G., (a cura di), *Il paziente borderline*, Centro Scientifico Editore, Torino.
52. SILK, J. B., ALBERTS, S. C., ALTMANN, J. (2003), Social Bonds of Female Baboons Enhance Infant Survival, *Science*, 302: 1231-1234.
53. SILVERMAN, J. M., ET ALII (1991), Affective and Impulsive Personality Disorder Traits in the Relatives of Patients with Borderline Personality Disorder, *Am. J. Psychiatry*, 148: 1378-1385.
54. SOLOFF, P. H., MILLWARD, J. W. (1983), Psychiatric Disorders in the Family of Borderline Patients, *Arch. Gen. Psychiatry*, 40: 37-44.

55. STEIN, D., LILENFELD, L. R., PLOTNICOV, K. ET ALII (1999), Familial Aggregation of Eating Disorders: Results from a Controlled Family Study of Bulimia Nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, 26: 211-215.
56. STROBER, M., FREEMAN, R., LAMPERT, C, ET ALII (2000), Controlled Family Study of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Evidence of Shared Liability and Transmission of Partial Syndromes, *American Journal of Psychiatry*, 157: 393-401.
57. STROBER, M., LAMPERT, C., MOZZEL, W. ET ALII (1990), A Controlled Family Study of Anorexia Nervosa: Evidence of Familial Aggregation and Lack of Shared Transmission with Affective Disorders, *International Journal of Eating Disorders*, 9: 239-53.
58. SVRAKIC, D. M., WHITEHEAD, C., PRZYBECK, T. R., CLONINGER, C. R. (1993), Differential Diagnosis of Personality Disorder by the Seven Factor Model of Temperament and Character, *Arch. Gen. Psychiatry*, 50: 991-99.
59. TORGENSEN, S. (1984), Genetic and Nosological Aspects of Schizotypal and Borderline Personality Disorders: a Twin Study, *Arch. Gen. Psychiatry*, 41: 546-554.
60. TREECE, C., KHANTZIAN, E. J. (1986), Psychodynamic Factors in the Development of Drug Dependence, *Psychiatr. Clin. North Am.*, 9: 399-412.
61. WOODSIDE, D. B., LACKSTROM, J., SHEKTER-WOLFSON, L. ET ALII (1996), Long-Term Follow-up of Patient-Reported Family Functioning in Eating Disorders after Intensive Day Hospital Treatment, *Journal of Psychosomatic Research*, 41: 269-277.
62. ZANARINI, M. C. (2000), Biparental Failure in the Childhood Experiences of Borderline Patients, *J. Personal. Disord.*, 14: 264-273.
63. ZWEIG-FRANK, H., PARIS, J. (1991), Parent's Emotional Neglect and Overprotection According to the Recollections of Patients with Borderline Personality Disorders, *American Journal of Psychiatry*, 148: 648-651.

Secondo Fassino, Federico Amianto, Annalisa Brustolin,
Stefania Bergese, Maria Bolgiani
Via Cherasco, 11
I-10126 Torino
e-mail: secondo.fassino@unito.it; fassinoedcentre@hotmail.com