

## **Psicoterapia psicodinamica adleriana con i genitori di pazienti con Disturbi del Comportamento Alimentare**

ALESSANDRA BIANCONI, ANDREA RAMBAUDI, PAOLA VIGLIANCO

*Summary* – ADLERIAN PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY WITH PARENTS OF EATING DISORDERS' PATIENTS. In the context of eating disorders and of psychological disorders in adolescence, it is particularly useful to take care not only of the individual patient, but of the whole family. It is important that parents are not blamed as the cause of the disorder by therapists but see themselves involved in the treatment and change process of their children, allowing them to acquire awareness of the relational dynamics underlying the disorder. The psychoeducational component is configured as a solid basis of awareness relating to the patients' disorder, on which it becomes possible to build a path to access the emotional dynamics, which makes a profound reset achievable in the parent-child relationship. Clinical research are placing great attention on the role that the family environment plays in the genesis of personality and identity pathologies. Parental influences seem to have a fundamental importance also in shaping early psychological constructs (beliefs, visions of the self and the world), which in turn are the basis of personality development (temperament/character) and specific behavioral drifts. The psychodynamic approach can represent an effective tool, suited to the need to take care of the family, considered as a fundamental ally in the healing process of the member concerned.

*Keywords:* COUNSELING PARENTALE, PSICOTERAPIA PSICODINAMICA, GENITORI, DCA

### *Introduzione*

Negli ultimi anni, si è assistito a un aumento significativo dei disturbi psichici tra gli adolescenti, sia in Italia che a livello globale. In particolare, i disturbi alimentari sono triplicati, mentre i tassi di ansia e depressione in adolescenza sono raddoppiati in tutto il mondo. Un elemento particolarmente preoccupante è l'aumento dei pensieri suicidari e dei comportamenti autolesivi tra gli adolescenti, con un incremento del 300% a Torino tra il 2018 e il 2021 [94].

Questa tendenza, già evidente prima della pandemia, è stata ulteriormente esacerbata dalla crisi da COVID-19 e conseguenti lock-down. Uno dei compiti evolutivi più importanti da raggiungere per un adolescente è investire sulla dimensione relazionale e sociale extrafamiliare. Per alcuni ragazzi, però, non si realizza il passaggio da soggetto filiale, che vive la relazionalità soprattutto in seno alla famiglia di origine, a soggetto sociale, in grado di investire sull'altro, acquisendo visibilità e riconoscimento all'interno del gruppo dei pari [76].

Il ritirarsi dalla scena sociale chiudendosi in una forma di volontaria autoreclusione è un fenomeno in ascesa tra i giovani. Il grande assente nel ritiro sociale è il corpo. Un compito evolutivo centrale per l'adolescente è quello della mentalizzazione del sé corporeo, della simbolizzazione del nuovo corpo sessuato e potenzialmente generativo; l'adolescente si trova a dover elaborare il lutto di un corpo infantile, conosciuto e dunque rassicurante, per approdare ad una nuova dimensione corporea, spesso disarmonica e sgradevole nel passaggio.

Questo nuovo corpo anela all'altro non bastandosi più, come invece accadeva per il corpo infantile; è un corpo in tensione verso l'altro, ma un "altro" temuto, un "altro" potenzialmente giudicante e in grado di suscitare vergogna e imbarazzo. Il ritiro sociale estromette dalla scena, ripara, evita frustrazioni e ferite [61]. Caratteristiche comuni ai disturbi alimentari e ai disagi che si esprimono attraverso il corpo sono la propensione all'agito ed il predominio del vissuto sul pensato, legato alla difficoltà, di costruire una rappresentazione psichica di contenuti emotivi ed affettivi troppo difficili da elaborare.

Il disagio delle civiltà impone un arduo lavoro ad ogni individuo, ad ogni generazione e ad ogni società, così i nodi critici dell'ambiente socio-culturale in cui viviamo, le sue verità nascoste, danno forme nuove alla psicopatologia che si producono nella continua negoziazione tra la sofferenza psichica dei singoli e le modalità con cui la civiltà dà vita alle credenze e ai sistemi simbolici che regolano le identificazioni e le proibizioni fondamentali.

Che senso dare alle nuove sintomatologie adolescenziali, per esempio? Cosa significhi essere un adolescente e un giovane adulto nella società postnarcisistica e iperconnessa, nella società della procreazione assistita e dell'intelligenza artificiale, delle guerre e della deprivazione delle risorse atmosferiche e terrestri? Crediamo importante proporre ed individuare nuove prospettive e nuovi orizzonti per aiutare giovani pazienti, figli, studenti, ma anche genitori ed insegnanti a diventare ed essere più autenticamente se stessi, ora e nel futuro.

La civiltà contemporanea ci confronta con i profondi mutamenti che hanno investito la natura stessa del legame sociale, con tali effetti da imporre una interrogazione su ciò che tiene ancora insieme i soggetti in una dimensione comune.

L'attuale crisi dei sistemi simbolici coinvolge le funzioni paterna e materna, gli ideali e le istituzioni, mettendo in scacco la capacità di pensarsi nella propria differenza e di fare esperienza dell'altro. Tutto questo contribuisce a condurci in una solitudine profonda di fronte a ciò che è fuori e dentro di noi.

La velocità e la complessità dei cambiamenti che hanno accompagnato lo sviluppo tecnologico degli ultimi anni hanno aperto numerose riflessioni [83]. L'utilizzo della rete è divenuto ancora più esponenziale dalla pandemia e conseguenti lock down. Il tentativo di costruire dei confini che orientino il rapporto delle persone con il web diviene particolarmente complesso quando si tratta di adolescenti. Ed in questa accezione è assai significativo il ruolo della rete ed il suo utilizzo all'interno del nucleo familiare.

Di fronte all'aumento del disagio giovanile è fondamentale che gli adulti forniscano risposte tempestive ed efficaci, intervenendo precocemente per evitare che il disagio possa diventare un disturbo psichiatrico grave. È importante offrire approcci innovativi ed integrati per coinvolgere i genitori e per formare gli insegnanti a riconoscere il disagio: si tratta di fornire loro le competenze essenziali per riconoscerne i segnali nei ragazzi e promuovere le cosiddette "soft skills" come empatia, comunicazione, collaborazione tra pari, fiducia in se stessi e capacità di problem-solving, strumenti essenziali per gestire i rapporti con gli adolescenti.

Il disagio ed i disturbi psichici a cui stiamo assistendo [70] possono esprimersi con una varietà sintomatologica, ad esempio: disturbi del comportamento alimentare, disturbi di personalità [17, 37] [58] utilizzo di smart drugs, tossicodipendenza e alcolismo, agiti autolesionistici e anticonservativi [34, 86]. Come dicevamo poc'anzi tali disagi possono essere messi in relazione ai rapidi cambiamenti socioculturali, ma anche alle dinamiche familiari. Fassino e coll. evidenziano specifiche costellazioni familiari, che sembrano facilitare l'insorgenza dei disturbi stessi [37].

Un numero sempre maggiore di studi sta sottolineando l'importanza dei fattori neuro evolutivi come elemento comune predisponente lo sviluppo di disturbi psichici differenti, che potrebbero essere rivalutati come espressività diverse di un medesimo substrato di neuroatipia cerebrale: il fenotipo varierebbe a seconda della gravità dell'alterazione genetica e della modulazione operata dai fattori ambientali. Siamo di fronte a nuove e difficili sfide cliniche in una inedita complessità psicopatologica che si presenta un po' in tutti gli ambiti e in diverse fasce d'età. La psichiatria psicodinamica ci pone a confronto con l'impatto di tali trasformazioni sul funzionamento psichico, con i segni che lo testimoniano, con le soluzioni sintomatiche che i soggetti singolarmente, e non solo, costruiscono per farvi fronte [13].

Di recente viene proposto, per la patogenesi dell'Anoressia, un modello psiconeurobiologico di alterazione del Sé [12] alla luce di nuove prove riguardanti il ruolo

lo dell'attaccamento insicuro. In particolare, come risulta da evidenze sperimentali, in soggetti con AN, il Sé presenterebbe alterazioni nello stato di riposo del cervello (resting state), specificamente associate al funzionamento spaziale correlato all'esperienza del proprio corpo come aspetto integrato del Sé, e al funzionamento temporale correlato all'integrazione del Sé in una narrazione coerente nel tempo.

Nello sviluppo del Sé ci sono aspetti sincronici (sperimentati nel momento) e diacronici (esperiti come continui nel tempo): entrambi sarebbero alterati e suggeriscono, nell'AN, un legame neurobiologico tra la teoria del Sé e il funzionamento spaziotemporale del cervello. Inoltre, la maturazione del Sé è intrecciata con lo sviluppo degli stili di attaccamento dell'infanzia e dell'adolescenza. L'interazione tra processi evolutivi del Sé e l'attaccamento appare cruciale nella comprensione della patogenesi e quindi per una terapia più efficace dell'AN ad essa correlata, terapia che, oltre a coinvolgere il paziente stesso, possa integrarsi con una terapia della coppia genitoriale e /o della famiglia.

Secondo la concezione dell'anoressia nervosa come disturbo del Sé [12] e quindi dello Stile di vita-personalità, che è la struttura integrativa tra funzioni cognitive, emotive, relazionali, corporee e somatosensoriali dell'individuo il miglioramento sarebbe correlato ai cambiamenti nell'evitamento del danno, nella ricerca della novità, e nell'autodirettività<sup>1</sup> che supportano la rilevanza di queste caratteristiche fondamentali della personalità per l'evoluzione del percorso di guarigione: infatti il miglioramento di questi tratti di personalità può rappresentare l'espressione di una migliore integrazione del Sé.

Tuttavia, la debole correlazione tra tratti di personalità e caratteristiche cliniche suggerisce che le dinamiche che collegano i cambiamenti di personalità e l'esito clinico sono complesse e verosimilmente mediate da molteplici fattori. Tra questi è possibile che durante il trattamento multimodale le problematiche personologiche e la difettualità nell'integrazione del Sé siano vicariate dagli atteggiamenti dei terapeuti [82] che supportano attivamente i pazienti all'alleanza terapeutica.

Le psicoterapie Adleriane hanno radici solide e profonde i [70, 4, 9, 6, 79, 77] che hanno subito ulteriori sviluppi e conferme con l'evoluzione delle neuroscienze e degli studi sull'intersoggettività. [17].

<sup>1</sup> Il TCI, **Temperament and Character Inventory**; (Cloninger e coll., 1993) è un questionario autosomministrato ed è un valido strumento di studio della personalità. Il modello psicobiologico della personalità comprende quattro dimensioni del temperamento e tre dimensioni del carattere. In base a questo modello circa il 50% della personalità può essere attribuito al temperamento, fortemente influenzato da variabili genetiche, e il restante 50% al carattere, ampiamente determinato da variabili ambientali. Dimensioni del temperamento: NOVELTY SEEKING (ricerca delle sensazioni) • HARM AVOIDANCE (evitamento del danno) • REWARD DEPENDANCE (dipendenza della ricompensa) • PERSISTENCE (persistenza). Dimensioni del Carattere: SELF DIRECTEDNESS (autodeterminazione) COOPERATIVENESS (cooperatività) SELF-TRANSCENDENCES (autotrascendenza): il carattere segue un criterio temporale (tanto più precocemente avviene l'esperienza tanto più l'apprendimento esperienziale è determinante) e, sebbene stabile, è modificabile o modulabile da nuove esperienze interiorizzate.

Fondate sui paradigmi fondamentali della Psicologia Individuale Comprata, le APPs si caratterizzano come tecniche di psicoterapia, semi-manualizzate, strutturate con setting sia open-ended che time-limited, con specifiche indicazioni tecnico-metodologiche e chiare regole di definizione del setting [10, 11, 13, 14, 15, 44, 39, 42, 43].

Ecco alcuni principi comuni alle Adlerian Psychodynamic Psychotherapies (APPs): [87, 70] si considerano imprescindibili sia l'osservazione delle caratteristiche biologiche e psicosociali in quanto fattori di vulnerabilità, sia la valutazione soggettiva delle esperienze di vita accadute al soggetto, che potrebbero aver influito nella comparsa della sintomatologia presentata (Modello VEP-PM: Vulnerability, Events, Personality - Psychopathological Model) [39, 41, 42].

Il trattamento viene orientato considerando i 3 assi tecnici [11, 13, 15]:

1. continuum mutativo - conservativo, in ordine agli obiettivi terapeutici;
2. continuum intensivo - supportivo, in ordine alla posizione relazionale del terapeuta;
3. continuum esplorativo - validante, in ordine agli strumenti tecnici utilizzati dal terapeuta nel corso delle sedute;

Tali strategie e tecniche di trattamento necessitano di essere adattate al setting specifico previsto.

Lavorare su questi livelli permette di orientare la psicoterapia verso cambiamenti maturativi sul piano dell'identità profonda, della relazionalità, della comprensione/mentalizzazione, della realizzazione di sé nei compiti vitali, e del Sé-Stile di Vita nel suo complesso.

In ogni caso la psicoterapia secondo la Psicologia Individuale adleriana dal momento che si basa da una parte sull'approccio al Sé-Stile di Vita come primario ambito patogenetico dei disturbi psichici [4, 7, 51] e dall'altra sul processo di incoraggiamento/transmotivazione. come principale strategia di cura, potrebbe giocare un ruolo specifico nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione, specialmente l'AN [81, 82, 54, 40]. Questa, infatti, secondo la IP sarebbe caratterizzata da una profonda demoralizzazione e da specifici dismaturazioni di alcuni aspetti del Sé/Stile di vita-personalità [12].

Si presuppone che il miglior adattamento prodotto dal cambiamento mostrato al TCI dell'autodirettività (SD) rappresenta anche nel gruppo delle AN-R un elemento di destabilizzazione del core sintomatologico del disturbo [29]. Infatti un deficit di autodirettività rappresenta una misura della fragilità nella struttura della personalità e rappresenta una caratteristica fondamentale del profilo di personalità nell'anoressia nervosa [35, 36].

La riduzione dell'evitamento del danno (HA) rappresenta un risultato rilevante per la comprensione dei meccanismi attraverso cui una terapia del profondo agisce sullo sviluppo del Sé dei pazienti irrobustendoli fino al superamento della necessità di espres-

sione sintomatologica [12]. HA è considerato un fattore essenziale nel “core psicopatologico” dell’anoressia nervosa, come di altri disturbi psichici in quanto esprime una rappresentazione fallimentare di Sé profondamente strutturata nelle esperienze infantili precoci e nei deficit dell’attaccamento.

Il fatto che, anche se in modo non significativo, le App e le B-APP riescano a produrre un cambiamento riferito a questo tratto sottolinea come l’interazione terapeutica basata sull’attenzione al profondo e alle dinamiche transferali dei pazienti possa innescare quei meccanismi di regolazione epigenetica del temperamento che sono in grado di modificarlo anche nella vita adulta influenzando significativamente la traiettoria evolutiva della personalità della paziente [13].

### I. Genitorialità e DCA

#### *Maternità*

Oggi la donna può fare della maternità una scelta che avviene all’interno della cultura narcisistica in cui è immersa, ed è quindi subordinata alla capacità di non rinunciare a parti di sé (femmina, lavoratrice, amica, figlia). Questi compiti, tuttavia sembrano andare nella direzione opposta rispetto al bisogno di vicinanza con il proprio cucciolo. Oggi internet permette di ricorrere ad una vicinanza simbolica che rende la madre presente anche quando fisicamente lontana.

Alcuni autori descrivono infatti una “*Mamma Avatar*” [90] ad indicare questo processo mentale per cui viene scelto un sostituto virtuale portatore di alcune caratteristiche di sé e veicolo di una connessione continua ed una presenza ubiquitaria, un vero e proprio cordone ombelicale virtuale. È la madre, molto prima del figlio, che scopre e sfrutta l’utilità della virtualità, così da mitigare le angosce materne, ma con il rischio di diventare poi una presenza invadente.

Adler riconosce un’aspirazione alla superiorità in ogni fenomeno psicologico, ma anche nella modalità in cui troviamo soluzioni ai problemi della vita. Potremmo quindi leggere in questi termini la soluzione che la madre odierna ha trovato per risolvere il conflitto tra le richieste della cultura narcisistica di appartenenza e i compiti necessari al suo ruolo di madre: dinnanzi al senso di inadeguatezza che sorge di fronte agli inevitabili movimenti di allontanamento dal proprio figlio a scopo auto affermativo, attraverso una disponibilità alla connessione illimitata, la madre fornisce simbolicamente un’altrettanta illimitata disponibilità di presenza e sguardo attento.

Il rischio è quello della supercompensazione, ovvero di una presenza orientata narcisisticamente e quindi volta a rispondere ai propri bisogni e a mitigare le proprie angosce, fino ad assicurare un risultato fittizio di presenza materna che si esprime prevalentemente su un piano virtuale.

### ***Paternità***

Charmet [74] identifica i padri di oggi “*pallidi*”: sottolineando che sono figure poco significative per i figli, sono padri che disertano il loro ruolo, lasciando al proprio posto un profondo vuoto, oppure “*padri affettivi*” in grado di assicurare una presenza empatica, orientata da valori femminili di tenerezza, ma fin troppo presente, sostenuta da meccanismi di identificazione narcisistica con il figlio, che non favoriscono la separazione, nemmeno quella rappresentata da un “no”.

Sono padri che non si riconoscono più nel ruolo normativo appreso dalle generazioni precedenti, ma che sembrano non aver trovato una soluzione alternativa. È in questo contesto che nascono quelli che Lancini [60] chiama “adolescenti navigati”: cresciuti all’interno di uno stile educativo orientato alla riduzione delle frustrazioni e all’incoraggiamento allo sviluppo delle proprie potenzialità e talenti, i ragazzi tendono ad essere particolarmente sensibili alle delusioni e alle privazioni, e quindi al tema della vergogna rispetto che a quello della colpa, più caratteristico delle generazioni precedenti. Lancini [60] sottolinea il ruolo della rete come “terza famiglia”, oltre a quella naturale e sociale, luogo di incontri e relazioni, luogo in cui possono essere fisicamente distanti, ma mai soli perché costantemente connessi in relazioni nonostante l’assenza del corpo. La rete, quindi, diviene una vera e propria “*protesi identitaria*”.

Il contesto educativo sopra descritto mette dunque al centro l’ideale dell’Io, anche a scapito del riconoscimento dell’altro. I modelli offerti dall’ambiente di vita sono del resto considerati, dalla Psicologia Individuale, tra gli elementi fondamentali nella strutturazione dello stile di vita, che si articola attorno alle dinamiche tra la volontà di potenza e il sentimento sociale [73].

Parenti [73] cita tra i fattori che possono essere alla base dello sviluppo del complesso di inferiorità, confronti negativi e ambivalenze all’interno della costellazione familiare. In particolare, all’interno delle famiglie troviamo uno stile educativo “*viziantе*”, inteso come eccessivamente protettivo o valorizzante. Se il messaggio genitoriale di fondo è quello dell’importanza della valorizzazione di sé e dei propri talenti, da un lato ci troviamo di fronte ad una modalità di relazione incoraggiante che può sostenere lo sviluppo del bambino, dall’altro il rischio è che il confronto con l’ambiente esterno smentisca il messaggio genitoriale, ma anche il valore della propria esperienza di sé e generi quindi un vissuto di inferiorità.

La rete, dunque si intreccia nello sviluppo intrapsichico e relazionale dell’individuo; essa interagisce con la costruzione della percezione di spazio e di tempo: lo spazio virtuale non si colloca in un luogo fisico, ma esiste e modifica il concetto di distanza; il tempo diventa multiforme; la fitta e costante stimolazione, che richiede di essere filtrata, sviluppa la capacità di mantenere l’attenzione su più piani, a svantaggio del livello attentivo posto su un singolo stimolo. Ciò porta ad una maggiore sollecitazione di processi cognitivi basati sull’immediatezza e differenti modalità di apprendimento [89].

Il periodo dell'adolescenza costituisce una fase delicata nello sviluppo dello stile di vita ed è quindi un momento in cui la dinamica tra le spinte autoaffermative e cooperative assume una valenza particolarmente rilevante. Adler sottolinea l'importanza della relazione madre-bambino nello sviluppo del sentimento sociale, in tal senso gioca un ruolo fondamentale la capacità della madre di rispondere al bisogno di tenerezza primaria e quindi la possibilità di una relazione fondata su un senso di compartecipazione emotiva [6, 10].

La crisi in adolescenza non può essere inquadrata ricorrendo esclusivamente a quanto accaduto nelle fasi di vita precedenti: il disagio e la sofferenza dipendono molto da quanto sta accadendo, o non accadendo, ora, nel processo trasformativo in atto e dalla visione di un futuro incerto che in alcuni casi può diventare perdita della speranza in un possibile futuro. Fondamentalmente i compiti evolutivi adolescenziali sono: il processo di separazione ed individuazione, la mentalizzazione del Sé corporeo, la nascita sociale [61]. Il processo di separazione individuazione è assai complesso e spesso vissuto in modo ambivalente dall'adolescente che può sperimentare vissuti di perdita e depressivi.

Le difficoltà nel processo di separazione non devono essere attribuite esclusivamente agli atteggiamenti genitoriali materni e/o paterni: spesso dipendono anche dalla tendenza dei figli di "richiamare" la presenza dei genitori attraverso comportamenti e agiti che richiamano il legame originario.

Ecco le parole di una paziente di 17 anni:

***"i miei genitori sono sempre molto composti. Alle medie mi tagliavo e avevo un disturbo alimentare e loro non se ne sono accorti! Niente! Solo al liceo, quando ho iniziato a tagliare la scuola e ad avere un calo del rendimento scolastico si sono resi conto che forse qualcosa non andava!"***

Perché gli interventi sulla famiglia? Perché la famiglia rappresenta un'unità sociale ed emotiva che, oltre a formare alla relazione, favorisce lo sviluppo dell'identità ed assicura l'integrità fisica, personale e psichica dei figli.

I genitori trasmettono ai figli gli strumenti e i codici di significato necessari per adattarsi alle esigenze del gruppo familiare e sociale [38].

La nostra personalità, il nostro particolare modo di essere-nel-mondo, fa parte di un sistema intrinsecamente attivo, suscettibile di modificazioni a causa dell'azione di eventi interni od esterni, ambientali e relazionali, che agisce non secondo un meccanismo comportamentale di stimolo-risposta, bensì secondo un dinamismo in cui siamo possessori di una personale possibilità di significazione degli eventi (schemi appercettivi/potere creativo del sé). La struttura del carattere individuale, la struttura della famiglia e la struttura della società sono in collegamento interattivo mediante fattori causativi tri-direzionali.



L'atteggiamento della famiglia è ritenuto uno dei più importanti fattori del perpetuarsi e della cronicizzazione del disturbo.

I genitori di pazienti con DCA non sarebbero in grado di fornire alle figlie una calda, non viziante ed empatica relazione, che favorisca la maturazione della personalità e la formazione dell'identità, attraverso l'integrazione armonica degli elementi del Sé in formazione [1, 37]. Spesso si evidenzia un'incapacità delle famiglie (*fig. 1*) a riconoscere e affrontare i conflitti: diniego ed evitamento delle problematiche per preservare un'immagine ideale di perfezionismo («famiglia del Mulino Bianco»).

### Caratteristiche delle famiglie con DCA

- |                                       |                                                   |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 1) Disconoscimento dei bisogni        | 12) Propositi di separazione                      |
| 2) Presenze distratte                 | 13) Assenza di dialogo di coppia                  |
| 3) Iper-indulgenza                    | 14) Assenza di dialogo con la figlia malata       |
| 4) Rifiuto                            | 15) Gravi problemi economici                      |
| 5) Ostile indifferenza                | 16) Problemi di salute fisica di familiari        |
| 6) Sentimenti di colpa                | 17) Problemi di salute psichica di familiari      |
| 7) Evitamento del conflitto           | 18) Invischiamento tra familiari                  |
| 8) Elevata conflittualità             | 19) Mancanza di empatia materna                   |
| 9) Periferizzazione del marito/moglie | 20) Mancanza di empatia paterna                   |
| 10) Vittimizzazione del marito/moglie | 21) Ruolo genitoriale (paterno/materno) invertito |
| 11) Tradimento coniugale              |                                                   |

Fig. 1

La confusione dei ruoli e delle responsabilità mascherano un profondo senso di inadeguatezza. I genitori di pazienti con DCA vivono spesso i figli come possibili realizzatori delle proprie ambizioni, proteggendoli e viziandoli, ma anche controllandoli.

### Esempio clinico

L'esempio che segue evidenzia in modo chiaro alcune dinamiche familiari tipiche dei pazienti con un disturbo alimentare. Si tratta di due gemelle entrambe affette da Anoressia Restricta (AR).

Le gemelle erano seguite da 2 terapeuti diversi che hanno collaborato e comunicato tra loro (rete) per omogenizzare l'intervento terapeutico, anche in considerazione del legame "simbiotico" esistente tra le 2 sorelle.

Ecco cosa raccontava una gemella (23aa):

***“Mi sono sempre sentita fuori posto ovunque! Al paese eravamo quelle diverse, cittadine. Al liceo eravamo le campagnole. All'università eravamo le donne. Mamma, anche con nostro fratello (maggiore di 10 anni) ...gli ha sempre proposto cose un po' fuori dalla sua portata: per es. lui è stato il primo del paese a fare l'università. Noi eravamo, siamo sempre quelle diverse. È stato difficile farci accettare al Liceo”.***

E ancora:

*“i nostri genitori non hanno mai preso una posizione, a loro faceva comodo che noi 2 facessimo tutto insieme”.*

I genitori lavorano da sempre in campo alimentare.

*“Mi sono sempre sentita sbagliata, anche con mia sorella (lei ha preso 30 all’esame ed io...bocciata!), come se fossi sempre la seconda gemella, quella che arriva dopo. Mi sento in competizione...ed è come se io perdessi la competizione! ...è come se mi trascinasse...per esempio ieri sera Alberta ha proposto di andare in torteria...parte sempre da lei! Non sono mai io! La sento assolutamente più forte! Ed io inferiore e sottomessa. Non riesco mai a dirle di no!”*

*“mio fratello ha un legame particolare con mia sorella”*

**Terapeuta:** Ne è un po’ dispiaciuta?

*Sì. Io sono più pacata e tranquilla. Loro sono molto più simili. Io cerco di farmi vedere, di mettermi in mezzo...ma è come se loro non mi calcolassero! Loro dicono che non è così, ma io lo percepisco così. A mio fratello non piaceva il mio ex e non lo ha mai invitato a cena! Mentre ha subito invitato mia sorella ed il suo ragazzo!”*

Inoltre:

*La mia tata: Rita. La ricordo con tanto affetto! Mi sono sempre sentita amata da lei. Compravo sempre un regalino per mamma ed uno per Rita.*

*Rita era deliziosa: cucinava con tantissimo amore! Lei era contenta e felice di averci a casa sua! Ricordo ogni cibo che ci cucinava...e nessuno di mia madre.*

*«Mamma era sempre stata molto dura con me, con noi. L’ho vissuta sempre un po’ male, mamma. Ci controllava tantissimo: con chi eravamo, cosa facevamo ecc., però a casa non era così presente!*

*Noi eravamo molto indipendenti, ma nella nostra vita di ragazzine mamma era troppo presente!*

*E faceva bene! Mamma mi ha indirizzata bene anche se le modalità non mi sono piaciute. Pensavo: mamma non si fida di me. Lei era molto concentrata su mia sorella e non si soffermava tanto su di me... che ero più tranquilla. Io mi sento sempre in un angolo rispetto a lei».*

Ed infine:

*Quando avevo 4/5 aa papà era andato con la migliore amica di mamma. Ci avevano tenuto fuori dalla storia...*

*Un paio di anni fa mamma ha di nuovo ribeccato papà a scambiare sms con la stessa signora, rimasta vedova.*

*È stata una cosa molto brutta. Mamma l'avrebbe perdonato in ogni caso per noi. Noi abbiamo chiesto a papà di stare a casa!*

*Dopo la nostra malattia loro si sono molto uniti, la famiglia si è molto unita.*

*Loro sono molto presenti nella nostra vita...non fisicamente! Ci facciamo anche 8 telefonate al giorno!*

*Mamma è veramente rompiscatole e io sono stata l'unica veramente dalla parte di mamma. Ero molto arrabbiata! Vedere mia mamma piangere...è come se avesse tradito tutta la famiglia!*

*Papà piangeva come un bambino e a noi 2 disse: «Se voi mi dite di andare via, vado...altrimenti resto!»*

*Li avevo sempre visti come esempio...e ho visto tutto distrutto in un attimo!*

*Mamma si è sposata a 19 anni e non è mai riuscita a separarsi da sua madre! Quindi non riesce a separarsi da noi.*

*Mamma è molto capa! Pretende senza chiedertelo. Papà credo si senta inferiore a lei, che è un vulcano!*

*Papà è sempre lì che le corre dietro!*

*Mi sono ammalata come richiamo d'aiuto. Ci siamo ammalate dopo tutte queste cose! Come se non mi fidassi più...neanche di papà».*

*Ha iniziato mia sorella, io mi ci sono calata per imitazione e poi sono caduta più in basso di lei!"*

Nelle famiglie dei pazienti DCA i padri sono frequentemente distratti e talora ostili, insicuri e legati ai valori del successo e dell'apparenza; lasciano le madri «sole», disorientate, incerte della propria identità e iperinvestite di responsabilità, attivando dinamiche intrusive e sostitutive nel rapporto con le figlie su base spesso ansiosa.

**La terapia familiare**, si basa sul concetto fondamentale di “sistema familiare” [18, 19, 91, 92, 52, 67, 19].

La famiglia non è semplicemente la somma degli individui che la compongono, ma è un “sistema interattivo aperto” costituito dai componenti della famiglia, dalle loro caratteristiche personali, dalle caratteristiche delle loro relazioni. Il comportamento di ogni singolo individuo influenza il comportamento di tutti gli altri membri e ne è, a sua volta, influenzato.

Quindi il sintomo o il problema di uno dei membri ha sempre anche a che vedere con le dinamiche relazionali dell'intero nucleo familiare ed esprime un disagio dell'intero nucleo. Qualsiasi mutamento si verifichi in uno dei componenti retroagirà sull'intero sistema e, quindi, sugli altri membri [29].

Quindi la famiglia è sì un fattore che esacerba la patologia, ma può rappresentare una risorsa terapeutica [63] che può contribuire alla riduzione dei sintomi e alla prevenzione delle ricadute [65] nonché al miglioramento della qualità di vita [53].

La terapia della coppia genitoriale è un processo che vede protagonisti la coppia e talora anche altri membri (conviventi) della famiglia ed il terapeuta, che è autenticamente presente come persona, cioè con il suo sapere, saper fare e saper essere [78].

Tra i principi significativi della Terapia Familiare c'è quello della circolarità: la sofferenza di un membro si rifletterà sull'intero sistema familiare e viceversa l'intero nucleo familiare influenzerà l'individuo e così via.... Gli **obiettivi della terapia familiare** sono, dunque, quello di aiutare le persone a trovare una soluzione ai disagi o di uno solo dei suoi componenti o dell'intero nucleo Familiare con l'aiuto di un terapeuta, che potrà “osservare da una prospettiva esterna” le dinamiche in azione di quel contesto per poi intervenire.

Esistono diversi modelli di terapia familiare [29]. In base al problema, alle possibilità e alle necessità, è possibile scegliere la tipologia più idonea.

Interventi possibili che coinvolgono la famiglia:

1. **Counseling parentale Adleriano di gruppo** [11, 28]: tale modello viene proposto con l'obiettivo generale di promuovere all'interno del nucleo familiare un “atteggiamento coraggioso”, che afferisca ad uno Stile di Vita orientato verso scopi adattivi. Il Gruppo di Counseling (è un gruppo etero-centrato, focalizzato sulle difficoltà genitoriali nella relazione con i figli affetti da DCA).

Gli interventi non sono indirizzati al cambiamento, ma alla chiarificazione e alla schematizzazione di quanto i genitori vivono nella relazione con i figli con DCA e ad una maggiore comprensione cognitiva.

Si articola attraverso un percorso di incontri di un'ora e mezza a cadenza settimanale, in cui viene dato particolare rilievo allo sviluppo delle capacità empatiche dei genitori, intese come abilità di accoglimento e comprensione delle emozioni delle

figlie, in particolare della rabbia, e di focalizzazione dell'attenzione sugli aspetti psicologici-emotivi. Tutto questo si realizza attraverso l'esperienza di condivisione ed accoglimento delle proprie difficoltà di cui i genitori possono fruire nel gruppo, con la guida e il supporto dei conduttori. Oltre a ciò, tra le finalità del gruppo, è contemplata l'esigenza dei genitori di avere informazioni relative alla patologia, di apprendere o potenziare strategie di comunicazione efficace, recuperando fiducia nelle loro competenze genitoriali rimodellate da acquisite consapevolezza cognitive.

**2. Counseling parentale Adleriano individuale** (di un genitore o della coppia genitoriale). Nel Counseling parentale individuale si lavora per spostare l'attenzione dei genitori dal cibo e dal corpo, dai sintomi dei figli ai problemi psicologico-emotivi e relazionali, di cui sono l'espressione, anche per rendere meno pressante lo stile familiare fondato sul controllo, sulla scarsa fiducia e sul mantenimento della dipendenza emotiva della figlia/o.

Il counseling è un intervento supportivo e conservativo, che si pone l'obiettivo di fornire un aiuto nella gestione di problemi di adattamento all'ambiente circostante, nei rapporti familiari, nel contesto lavorativo, relazionale, senza aspettarsi che il paziente modifichi le proprie caratteristiche di personalità e i meccanismi di difesa personali. La tecnica di counseling si propone di rielaborare i problemi espressi da diversi punti di vista. Si fornisce una consulenza tecnica sulla soluzione di problemi di vita reale in cui il "paziente" si trovi coinvolto, in modo tale che possa affrontarli nel modo più consapevole ed efficace.

**3. Psicoterapia psicodinamica parentale individuale o di gruppo:** l'obiettivo principale è quello di incrementare la consapevolezza relativa alle dinamiche interne della famiglia, favorendo il cambiamento delle relazioni patologiche esistenti all'interno di questa. Un altro obiettivo è quello di ottenere una riduzione dei livelli di Emotività Espressa nei familiari dei pazienti [22, 20, 25, 32] dato che è in relazione, come confermato da studi randomizzati e controllati, con una significativa diminuzione delle ricadute [62] e dei tassi di recidiva [49].

Alcune caratteristiche del nucleo familiare e delle dinamiche di interazione tra genitori e pazienti nonché tra i membri della coppia genitoriale possono favorire o inibire il processo di guarigione (insieme a fattori psicologici, biologici e socioculturali).

Nella progettazione dell'intervento clinico viene tenuto in grande considerazione il ruolo fondamentale che i genitori detengono nella direzione del supporto e della comprensione delle dinamiche emotive alla base del comportamento dei figli.

La terapia della coppia genitoriale mira a restituire al sistema in difficoltà la capacità di affrontare i propri problemi, utilizzando le risorse e le energie positive della famiglia stessa, spesso sopite ed inattive, affinché essa stessa possa diventare artefice del suo cambiamento. La terapia genitoriale consente la ridefinizione e la giusta designa-

zione dei ruoli, con una riappropriazione della propria identità e del ruolo da parte di ciascun membro all'interno del sistema; essa inoltre può favorire o ristabilire l'alleanza e la complicità della coppia genitoriale, necessarie non solo al benessere della coppia stessa, ma anche ad un adeguato esercizio del ruolo genitoriale.

L'approccio psicodinamico, anche in forma breve, può rappresentare uno strumento economico ed efficace, adeguato alla necessità di prendersi cura della famiglia, intesa come alleato fondamentale nel processo di guarigione del membro interessato.

*“Nella famiglia odierna spesso i genitori sono più impegnati per i propri bisogni che per quelli emotivi dei figli. Genitori assenti, permissivi ma esigenti, che viziano e amano male, oppure presenti e distratti, che usano il bambino per i propri bisogni inducono ‘genitori interni’ disarmonici e confusivi disturbanti i processi maturativi dell'identità del sé del figlio. Su tale disturbo strutturale di maturazione potrebbero successivamente agire quei fattori bio-psicologici che attivano il rischio di tossicodipendenze, disturbi del comportamento alimentare, disturbi di personalità narcisistici e borderline, così diffusi negli ultimi anni tra i giovani delle società avanzate” [72].*

A questo proposito oggi, la genitorialità si complica proprio per l'accelerazione dei cambiamenti sociali e culturali, inclusi quelli indotti dallo sviluppo tecnologico, e dalle modificazioni sociali delle forme familiari [38], rispetto ai quali spesso gli adulti appaiono non sincronizzati con la tipologia di percezione del mondo dei figli adolescenti.

Di particolare rilevanza appaiono gli studi condotti sui genitori dei pazienti con DCA e/o disturbi di personalità, che hanno evidenziato l'interazione dinamica tra gli aspetti genetici temperamentali, quelli ambientali e caratteriali nella patogenesi del disturbo. Le frequenti alterazioni della personalità dei padri e delle madri dei pazienti sono indicatrici della necessità di un intervento terapeutico specifico per i genitori, compatibile ed armonico con gli interventi terapeutici rivolti ai figli, ponendo molta attenzione al rischio di favorire una responsabilizzazione colpevolizzante dei genitori, che può incrementare iatrogenicamente le resistenze al trattamento [36].

In tal senso, vari ambiti di studio e di ricerca considerano la famiglia stessa: a) un fattore protettivo rispetto agli stressors esterni, b) un agente di formazione e potenziamento delle capacità di resistenza psicologica del figlio, c) una potenziale risorsa ed un potenziale co-agente del cambiamento nel trattamento dei disturbi gravi della personalità in adolescenza. Il trattamento della coppia genitoriale (o, in determinati casi di almeno un genitore) può contribuire al miglioramento dei sintomi, alla prevenzione delle ricadute ed al miglioramento complessivo della qualità della vita [38, 53, 63, 65].

Rispetto a questo tema, sin dalle prime formulazioni del suo pensiero, Adler [5, 6, 8, 9, 10] sottolinea l'importanza delle relazioni infantili, non solo rispetto alle figure genitoriali, ma anche all'interno della costellazione familiare, intesa come una **“unità dinamica”** “tendente ad una unità funzionale complessa” [79].

Adler stesso considerò la relazionalità una qualità primaria della psiche: l'individuo è visto alla luce delle sue azioni e delle reazioni del suo ambiente sociale, e non più come situazione isolata e statica. L'individuo è visto, cioè, come un "sistema aperto" [80] in equilibrio dinamico, in continua interazione con il mondo e in continua ridefinizione di se stesso.

Adler ha colto l'importanza di quelle attitudini genitoriali all'attenzione emotiva, quella "tenerezza" verso il figlio, che costituiscono significativi fattori di protezione per lo sviluppo sano della personalità, e ha descritto alcuni tratti clinici salienti che oggi riconosciamo nei DCA e nei disturbi di personalità. Sottolinea l'importanza, per il genitore, di essere attento al "*progresso della vita sociale*" [3] ovvero alle modificazioni che avvengono nel contesto sociale e culturale, scolastico ed esterno alla famiglia, in cui il ragazzo cresce, evidenziando la possibilità che egli si debba confrontare con messaggi educativi contrastanti intra ed extra-familiari.

Gli sviluppi contemporanei delle teorizzazioni delle psicologie del profondo ed anche i più recenti orientamenti delle psicologie del Sé, sistemiche ed intersoggettive sono accomunati dal presupposto fondamentale che la struttura della personalità sia costituita dall'interazione dinamica tra fattori genetici e temperamentali, conflitti intrapsichici consci ed inconsci e modalità relazionali specifiche.

Gli approcci adleriani contemporanei, ed in particolare gli sviluppi nordamericani, hanno sviluppato con particolare attenzione il tema dei trattamenti per le famiglie [26, 51, 69, 31, 68], anche attraverso contributi di ricerca [16] sottolineando l'importanza del coinvolgimento dei familiari nei percorsi di cura, al fine di promuovere l'attivazione di una **posizione incoraggiante** di fronte alle patologie dei figli adolescenti [30], attraverso l'integrazione delle istanze cooperative ed autoafferme, in una relazione stimolante nella quale vi sia un adeguato spazio di individuazione di Sé, anche attraverso consigli pratici [28].

Come già anticipato, i maggiori orientamenti<sup>2</sup> attuali relativi al trattamento dei pazienti DCA includono trattamenti per i genitori [24], in considerazione del fatto che molte delle caratteristiche personologiche, psicopatologiche e sintomatologico-cliniche dei pazienti innescano, e/o sono innescate da dinamiche relazionali all'interno del contesto familiare in cui sono inserite.

<sup>2</sup> Le N.I.C.E. Guidelines on Treatment and Managment inglesi (National Institute for Health & Clinical Excellence) per il Disturbo Borderline di Personalità (British Psychological Society & Royal College of Psychiatrists 2009) sottolineano l'importanza di una presa in carico familiare del paziente borderline, in particolare se adolescente. Fonagy e collaboratori hanno ideato la MBFT - Mentalization-Based Family Therapy (Allen et al. 2008) a sua volta evoluzione della SMART - Short-Term Mentalization and Relational Therapy (Allen et al. 2006), un intervento specificatamente rivolto agli interi nuclei familiari o alle singole coppie genitoriali, in integrazione con il programma MBT per giovani pazienti con BPD.

L'intervento psicoterapeutico ad orientamento psicodinamico adleriano per genitori di adolescenti con DCA si pone, in un'ottica di integrazione, nella presa in carico complessa [66] ed in accordo con il modello epistemologico bio-psico-sociale adleriano [38, 66, 78], come intervento di cura di alcuni aspetti patologici e/o patologizzanti interni alle dinamiche familiari, di compensazione delle fratture nella rete familiare del paziente e di prevenzione rispetto al verificarsi di situazioni di crisi e di urgenza clinica.

L'intervento è articolato nell'ambito di una proposta di intervento multidisciplinare a rete [77] concepito all'interno di una cornice teorica e metodologica del trattamento intesa come sistema aperto [80] e che include, nello specifico, la presa in carico psicoterapeutica e/o farmacologica dell'adolescente, in accordo con un progetto clinico coordinato.

Nella progettazione dell'intervento clinico viene tenuto in grande considerazione il ruolo fondamentale che i genitori detengono nella direzione del supporto e della comprensione delle dinamiche emotive alla base del comportamento dei figli [28].

Il modello di intervento psicoterapeutico applicato alle coppie genitoriali, coerentemente con l'impostazione concettuale dell'Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP) [43], è orientato in senso psicodinamico, in quanto prende in considerazione la correlazione tra la sintomatologia o le difficoltà attuali familiari, le capacità e strategie di coping disadattive, l'organizzazione di personalità nei suoi differenti livelli di funzionamento (PFL), al fine di garantire interventi mirati per varie patologie e per differenti tipi di pazienti, e le dinamiche inconsce (anche quando il significato simbolico delle comunicazioni del paziente non costituisca l'obiettivo principale degli interventi del terapeuta).

I livelli di funzionamento (PLF) sono valutati dal terapeuta sulla base di:

- 1) sintomatologia espressa
- 2) qualità delle relazioni interpersonali,
- 3) comportamenti sociali complessivi,
- 4) modelli cognitivi ed emotivi e i meccanismi di difesa.

I livelli di funzionamento guidano le scelte terapeutiche. È evidenziato in letteratura l'importanza del fatto che il terapeuta focalizzi i propri interventi sull'affettività dei pazienti, sui pattern relazionali e sul "qui ed ora" delle relazioni prima di andare ad agire sul significato simbolico del contenuto delle sedute [41].

I DCA sono meglio compresi come **disturbi dell'identità corporea** in connessione a un **deficit dello sviluppo del Sé**: è possibile che le sollecitazioni mentalizzanti che vengono proposte durante gli incontri possano promuovere cambiamenti anche significativi nel modo di percepirsi, di percepire sé stessi nella relazione con il figlio/a ed in rapporto alla patologia [2, 33].



La concettualizzazione degli interventi psicoterapeutici per la coppia genitoriale è ancorata agli aspetti più profondamente psicodinamici della metapsicologia Individual Psicologica, e si articolano in essi elementi che afferiscono ad altri modelli psicoeducativi psicodinamici: in particolare i modelli basati sulla mentalizzazione e sulla mindfulness [88, 56].

Particolare rilevanza ha assunto, nella concettualizzazione teorica e metodologica, la riflessione sul contributo della terapia dialettico-comportamentale<sup>3</sup>, con particolare riferimento all'attenzione che essa pone rispetto all'acquisizione di competenze, prevalentemente inerenti all'autoregolazione emotiva [64].

## *II. Caratteristiche della psicoterapia psicodinamica con i genitori di pazienti DCA*

Nella presa in carico dei genitori di pazienti affetti da DCA è indispensabile tenere presente alcune dinamiche caratterizzanti l'attualità della relazione genitori-figli adolescenti, nonché altre specificità del rapporto genitori figli con DCA. Per quanto riguarda le prime bisogna prendere in considerazione la trasformazione progressiva della famiglia da normativa ad affettiva.

Gli affetti sono i principali regolatori delle dinamiche familiari ed educative, le promesse di realizzazione e la condivisione di ideali e traguardi di altissimo livello rappresentano il patto familiare condiviso tra genitori e figli e la cornice entro cui ne avviene la stipula è di natura prettamente affettiva e narcisistica. È l'amore che spinge a ricercare il successo [74].

Si delinea così una concezione del figlio come oggetto-sé [59] funzionale a soddisfare i bisogni di specularità, idealizzazione e gemellarità, che sembrano abitare la mente di genitori alla ricerca di conforto e convalida rispetto al proprio sé personale e genitoriale, attraverso il buon funzionamento dei figli e le loro esperienze di vita [61].

Con la comparsa dell'adolescenza i figli si trovano a dover riconoscere ciò che autenticamente appartiene a loro, da ciò che consiste in aspettative genitoriali interiorizzate e non più riconosciute come tali, che diventano linee guida orientanti conflittualizzanti, in un contesto di eterocentratura focalizzata sulle aspettative esterne, che è tipico delle pazienti anoressiche.

<sup>3</sup> In ambito nordamericano, Marsha Linehan e collaboratori hanno sviluppato uno specifico programma per pazienti adolescenti con BPD, il Dialectical Behavior Therapy for Adolescents Program (DBT-A) (Callahan 2008), (Hoffman et al. 1999). Una delle caratteristiche principali di questa variazione della DBT prevede un gruppo per genitori orientato all'apprendimento delle abilità nucleari di mindfulness, ad una migliore tolleranza degli stimoli stressanti, all'efficacia interpersonale, alla regolazione emotiva, all'apprendimento di modalità specifiche di comprensione e risposta a specifici comportamenti dei figli adolescenti [64].

In considerazione del fatto che l'anoressia consiste in una sorta di *"autocura"* delle pazienti contro il falso sé costituito dal ruolo di *"brave bambine"*, la psicoterapia dei genitori si deve configurare come aiuto a riconoscere l'adulthood e l'alterità delle figlie, che si è perduta nella consuetudine di un rapporto significativamente e costantemente improntato ad un divario relazionale tra genitori adulti e figlia, vissuta come bambina [1, 12].

In considerazione della tendenza delle madri di pazienti DCA ad assumere una posizione intrusiva, direttiva e orientante rispetto alle decisioni della figlia, è utile evidenziare l'importanza di una sua *"risoggettivazione"*, attraverso un riconoscimento di sé come giovane adulta, in grado di operare le scelte in piena autonomia, tuttalpiù con una richiesta di confronto genitoriale, a sua discrezione in caso di necessità.

In considerazione del fatto che è individuabile una coppia genitoriale delle pazienti con DCA abbastanza caratteristica, costituita da una madre con tendenze educative sostitutive e non autonomizzanti e da un padre emotivamente poco comunicativo e poco incline alla relazione empatica, l'intervento nei confronti dei genitori si deve strutturare in una dimensione di stimolo al processo di individuazione e separazione delle pazienti e nel contempo di stimolo ad una partecipazione emotiva, in forma di ascolto empatico nei confronti del figlio/a, da parte dei padri.

Si dimostrano particolarmente utili percorsi psicoeducativi, che consentano ai genitori di comprendere la logica inconscia e apparentemente incomprensibile della restrizione alimentare, in termini di modalità affermativa nonché di definizione di identità, realizzata in modo patologico dai figli, in assenza di una opportunità di affermazione fisiologica in ambito relazionale intra ed extra familiare.

In affiancamento a questa tipologia di intervento è utile realizzare approfondimenti sul significato attribuito alla genitorialità da parte dei genitori, nonché il riconoscimento di caratteristiche di conflittualità e/o abbandoniche appartenenti alle dinamiche di coppia. Non raramente, infatti l'adesività che caratterizza il rapporto madre-figlia: *"siamo come due sorelle"*, *"mia madre è la mia confidente"*, *"non ho bisogno di amiche, parlo di tutto con mia mamma"*, è conseguenza di vissuti di solitudine della madre rispetto al partner, che si traducono in una intimità compensatoria ma inappropriata rivolta alla figlia. Non è infrequente che siano i genitori stessi a chiedere un aiuto alla genitorialità, aiuto che va erogato da un altro terapeuta rispetto a quello che segue la paziente.

Abbiamo riscontrato che è frequente un'autentica disponibilità da parte dei genitori a mettere in atto modalità relazionali diverse a seguito dell'acquisizione di consapevolezza psicodinamiche relative all'interazione fin qui con loro realizzata.

Questo conferma la matrice del tutto inconscia di alcune caratteristiche relazionali ed educative disturbanti, di solito agite nei confronti delle pazienti. In virtù di tutto questo si conferma come interventi specifici rivolti ai genitori possano non soltanto disattivare loop relazionali disturbanti e perpetranti la patologia delle pazienti, ma far sì che la loro presenza si trasformi in una funzione co-terapeutica insieme ai curanti, nel percorso di mutamento profondo, che è all'origine del miglioramento psicopatologico e sintomatologico delle pazienti, anche in virtù dell'acquisizione di una sana capacità auto-affermativa, declinata nel mondo relazionale esterno alla famiglia e sostenuta da una acquisita capacità di mentalizzazione.

A questo proposito, “fil rouge” dei percorsi terapeutici con i genitori è proprio l'attivazione di una capacità di mentalizzazione, sia all'interno dei membri della coppia, sia rispetto alla figlia, in considerazione che queste coppie genitoriali difettano classicamente di una dimensione di consapevolezza emotiva di sé fino a sfociare, a volte, nella configurazione di vere e proprie famiglie psicosomatiche [46, 47, 67].

In sintesi:

### **1) obiettivi generali**

- *informare* sulle caratteristiche specifiche del disturbo del figlio;
- *formare alla prevenzione*, al riconoscimento ed alla gestione delle situazioni di crisi (nel caso non abbiano partecipato ai gruppi psico-educazionali previsti);
- *formare alla percezione* emotiva e comprensione dei bisogni e dei significati che la patologia esprime e comprensione delle difficoltà individuali e di coppia dei genitori;
- accettazione delle dinamiche relazionali cognitivo-emotive e comportamentali dei figli;
- *formare alla mentalizzazione* sia a livello esplicito (verbale) sia a livello implicito (intuitivo), nella direzione dell'aumento della consapevolezza dei pensieri, delle paure, dei bisogni, degli affetti e degli stati mentali propri e dei figli anche nei termini dei comportamenti sottili;
- aiutare ogni coppia genitoriale a definire e raggiungere obiettivi personali inerenti il rapporto con il proprio figlio;
- aiutare i genitori a definire e raggiungere obiettivi personali che coinvolgano la coppia stessa;
- far acquisire un nuovo stile comunicativo intra-familiare, incoraggiante ed aperto.

## 2) **strategie terapeutiche**

Due le strategie terapeutiche che accompagnano l'intero percorso: incoraggiamento e mentalizzazione.

### *1. Incoraggiamento*

In senso generale una strategia dell'incoraggiamento in psicoterapia, si declina attraverso la relazione empatica che costituisce la matrice di un modello identificatorio per accogliere il deficit, il sentimento di inferiorità [40] e per modulare la sintonizzazione con la risposta più adatta al paziente in quel momento [45]; su questa base si inscrivono le scelte tecniche dell'intervento tese ad implementare la possibilità di attivare o riattivare le funzioni creative dell'individuo [22, 71].

L'incoraggiamento si esplica attraverso indicazioni pratico-operative tese a sottolineare le risorse disponibili ed i progressi conseguiti, anche minimi, attraverso la dimostrazione di fiducia, l'accoglimento degli errori come opportunità di apprendimento e miglioramento, la stimolazione coerente alle possibilità del soggetto ed ai suoi interessi [2, 30, 51].

Nello specifico dell'intervento psicoterapeutico rivolto ai genitori di pazienti con DCA questa impostazione implica:

1) **fornire informazioni** chiare sulla patologia dei figli e sul trattamento ad essi rivolto (psicoterapico/farmacoterapico/dietologico ecc...);

2) **assumere una posizione non giudicante**, che favorisca la compliance e che sostenga la "risorsa famiglia", depotenziando l'emotività negativa innescata dalla auto-colpevolizzazione o dalla colpevolizzazione reciproca dei genitori;

3) **accogliere** il disagio e le difficoltà dei genitori;

4) **fornire strumenti tesi a riconoscere e comprendere gli stati emotivi propri e dei propri figli**, attraverso l'uso di interventi tecnici di convalidazione empatica, di chiarificazione e di confronto, e, quando è possibile ed utile, attraverso il ricorso ad interpretazioni;

5) stimolare la **mentalizzazione**;

6) fornire o **implementare strumenti di comunicazione** efficace, anche attraverso le esemplificazioni portate dai genitori stessi.

In questo senso, il processo di incoraggiamento che viene attivato, è teso a favorire la costruzione di un'alleanza di lavoro; essa implica l'accordo e la cooperazione con una focalizzazione sul compito e sugli obiettivi; vengono quindi lasciati sullo sfondo,

ma ben presenti nella mente del terapeuta, quegli aspetti di fiducia profonda e di attivazione dei processi identificatori, che sono propri della relazione terapeutica [21]. Attraverso la sperimentazione ed il collaudo di tale alleanza cooperante, divengono possibili modificazioni nelle dinamiche relazionali con i figli, i quali, proprio per la specificità della patologia, devono riguadagnare gradualmente terreno verso la possibilità di una relazionalità con i genitori che possa favorire i processi identificatori ed individuativi del Sé.

## 2. Mentalizzazione

Mentalizzare significa, nella definizione di Fonagy e Coll. [48], comprendere e dare un senso alle azioni proprie ed altrui sulla base degli stati mentali intenzionali sottostanti, come desideri, sentimenti, pensieri e credenze [15]. Sin dalle prime formulazioni cliniche del concetto, carenze nelle capacità riflessive e di mentalizzazione sono state messe in relazione all'evoluzione della personalità borderline, fino ad essere considerate il 'core' di questa psicopatologia [46]; sin dall'inizio è stato postulato che specifiche difficoltà genitoriali nel riconoscere, tollerare o esprimere gli stati mentali è una delle condizioni che favoriscono o inducono l'emergere di deficit nelle abilità di mentalizzazione dei figli.

Spesso è possibile riconoscere nelle famiglie di soggetti con un DCA un deficit specifico di questa funzione, cioè della *"capacità di concepire gli stati mentali propri e altrui, consci ed inconsci"* [47]. La mentalizzazione è indebolita dall'assenza di una contingente e rimarcata funzione d'attaccamento e di rispecchiamento durante lo sviluppo [18]. È l'abilità di interrogarsi costantemente su quali stati mentali interni, propri o del paziente, possano spiegare ciò che accade nell' *"hic et nunc"*.

Consente al paziente e al terapeuta di sviluppare un linguaggio che esprima, senza alterare, e dia forma alla complessità delle relazioni, delle motivazioni e degli stati interni. Consente inoltre di identificare lo stato affettivo dominante per cogliere il conflitto interiore, od il deficit, esplorando gli stati emotivi del momento.

Le acquisizioni sulle interazioni tra processi neurofisiologici e relazioni interpersonali [57] hanno aperto la strada alla possibilità di comprendere le modalità attraverso le quali i fattori relazionali, le influenze ambientali e in particolare la qualità del legame con persone significative, e dunque anche della relazione terapeutica, possono esercitare un'influenza diretta sullo sviluppo delle strutture e delle funzioni del cervello e della mente, nonché della personalità<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Esperienza emotivo-correttiva. L'espressione *"esperienza emozionale correttiva"* è stata introdotta dallo psicanalista F. Alexander (1946) per indicare il principio terapeutico secondo cui il paziente, per essere aiutato, deve fare esperienze emotive concrete che gli permettano di "riparare" l'influenza traumatica di esperienze negative precedenti.

Lo sviluppo della mente è il risultato delle interazioni tra processi neurofisiologici e relazioni interpersonali [84]. I rapporti con genitori influenzano direttamente lo sviluppo delle strutture del cervello e della mente. Questa neurobiologia interpersonale è fondata sui processi di attaccamento [14]: le prime comunicazioni interpersonali favoriscono attaccamenti sicuri [23] e quindi modelli operativi interni sani, quando il genitore è in grado di percepire gli stati mentali del bambino e di rispondere santonicamente. La base sicura crea un trampolino per la curiosità e l'esplorazione, un'apertura fiduciosa al mondo. Fornire una base sicura è uno dei compiti fondamentali della genitorialità.

Durante la APP, anche in forma breve (B-APP o S-BAPP) particolare attenzione viene posta ad interventi tesi a far cogliere ai genitori le differenti percezioni ed interpretazioni dello stesso stimolo/gesto/evento, e le modalità distorcenti e paradossali di alcuni scambi relazionali e comunicativi.

Cambiamenti nella capacità di mentalizzare possono costituire occasioni, anche relative ad aspetti profondi della persona e della relazione, per modifiche nei pattern cognitivo-emotivi dell'attaccamento, riconoscendo nei pazienti DCA una vulnerabilità rispetto al sistema relazionale dell'attaccamento [50, 85, 90].

Nell'incontro psicoterapeutico psicomodinamico teniamo ben presenti le caratteristiche di personalità della coppia genitoriale e gli stili difensivi di ciascuno, lavorando quando è possibile in senso mutativo oppure conservativo in modo da rinforzare le difese più efficaci. L'identificazione e la mentalizzazione rappresentano non solo delle modalità relazionali ma anche un modo di conoscersi e conoscere l'altro. Durante l'intervento psicoterapeutico vengono apertamente, ma gradualmente, affrontate le cause profonde, sottostanti la patologia del familiare.

Per riuscire ad ottenere il cambiamento dello stile di vita individuale e familiare è necessario passare dalla comprensione del sintomo alla comprensione delle persone coinvolte. Le proposte di un percorso psicoterapeutico pur nel rigore metodologico, comportano già dagli inizi non solo una consapevolezza analitica profonda da parte del terapeuta, ma anche la possibilità di utilizzare strategie operative individualizzate a seconda dei progetti terapeutici e che possono variare dagli interventi psicoeducazionali e cognitivi alla psicoterapia supportiva fino agli interventi francamente espressivi (*Fig. 2*).

#### **Cosa osserviamo:**

- la domanda "consapevole" della coppia genitoriale
- i bisogni "inconsapevoli"
- le motivazioni al cambiamento
- le resistenze
- le dinamiche intrapsichiche
- i meccanismi di salvaguardia e di difesa

*Fig. 2*

Ci attendiamo che le capacità di tollerare le emozioni negative, l'allargamento personale della finestra di tolleranza e l'acquisizione di una consapevolezza mentalizzata dei pensieri, delle paure e dei bisogni sottesi alle emozioni, alle parole ed ai comportamenti propri e dei figli, possano permettere di riconoscere e riorientare gli scambi relazionali patologizzanti e possano al contempo favorire l'emergere di elementi relazionali impliciti ed espliciti in grado di promuovere il cambiamento.

Spesso i familiari sono poco motivati, talora sono essi stessi portatori di tratti di personalità patologici o di una propria psicopatologia; spesso sono colmi di aggressività, attiva o passiva, di frustrazione, di scoraggiamento. Meccanismi proiettivi e atteggiamenti iperdifensivi possono esitare in agiti nei confronti dei figli compromettendo il percorso terapeutico. Spesso il percorso da intraprendere con la famiglia deve fare i conti con un tentativo più o meno inconscio di rifiutare la patogenesi mentale della patologia nelle figlie, minimizzando o negando la "malattia".

È importante lavorare per rendere i genitori consapevoli che il processo di cambiamento e superamento del disagio familiare richiede pazienza, impegno, apertura nei confronti del partner e della figlia/o e che inevitabilmente ci saranno momenti di frustrazione, di crisi, di sensazione di fallimento. È importante ricordare che i conflitti possono essere sia la causa che la conseguenza delle difficoltà di interazione familiare in famiglie in cui si manifestano psicopatologie gravi come un DCA. La terapia che coinvolge i genitori può interrompere l'instaurarsi del circolo vizioso.

### III. Conclusioni

L'osservazione che sia il temperamento che il carattere dei genitori abbiano un ruolo importantissimo nella patogenesi del DCA ha importanti conseguenze per il trattamento [35]. Le conoscenze circa le dinamiche relazionali che coinvolgono i membri della famiglia con una paziente DCA evidenziano dinamiche di dipendenza regressiva tra madre e figlia, in un contesto relazionale caratterizzato da infantilizzazione della figlia, con uno scarso riconoscimento delle istanze autoafferme adolescenti.

Di non secondaria importanza è il ruolo paterno, caratterizzato da una apparente "assenza" emotiva dalla vita familiare. I genitori delle pazienti DCA mostrano una significativa vulnerabilità personale, che può riflettere la presenza di disturbi di personalità o perlomeno uno scarso sviluppo delle capacità autodirettive.

La famiglia ha bisogno di una presa in carico che consideri le sue dinamiche come possibili determinanti, ma anche come conseguenza della malattia stessa [40]. Le responsabilità dei familiari devono essere riconosciute e definite, ma come possibilità di cambiamento e acquisizione di libertà, come incoraggiamento ed apertura alla speranza. È fondamentale per la cura un'attenzione analitica orientata alle dinamiche relazionali e personali che sono all'origine dei disturbi dei pazienti DCA.

Le finzioni per quanto appaiano concrete e legate ad una parte reale di avvenimenti e fatti interiori, devono tuttavia essere considerate come dotate di senso simbolico. Riteniamo che al successo del trattamento contribuiscano alcune caratteristiche proprie della Psicologia Individuale: l'uso intenzionale del contro-atteggiamento nonché la disponibilità ad un'autentica condivisione empatica di aspetti emotivi.

La presa in carico dei genitori, orientata sia in senso psicoeducativo che psicodinamico, può disattivare i circoli viziosi relazionali tra i membri della famiglia che inevitabilmente tendono a perpetrare il disturbo alimentare dei pazienti, proponendo nuove modalità di convivenza più adeguatamente allineate alle dinamiche di individuazione e separazione dei figli.

Il terapeuta può offrire inoltre la sua capacità di percepire emozioni differenziate, di mentalizzarle ed integrarle, restituendole ai pazienti pre-elaborate, con la finalità di promuovere una maggior tolleranza dell'ambivalenza e delle frustrazioni, attivando di conseguenza meccanismi difensivi più avanzati ed efficaci, e adeguati a dinamiche relazionali meno disturbanti.



### Bibliografia e Sitografia

1. ABBATE-DAGA, G., MARZOLA, E., AMIANTO, F., FASSINO, S. (2016), A comprehensive review of psychodynamic treatments for eating disorders, *Eat Weight Disord.* Dec; 21(4):553-580. doi: 10.1007/s40519-016-0265-9. Epub 2016 Mar 15. PMID: 26980319.
2. ACCOMAZZO, R. (1986), Il coraggio nella Psicologia Individuale al di là delle tecniche psicoterapeutiche di incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25: 84-92.
3. ADLER, A. (1912) (a), Zur Erziehung der Eltern, tr. it. Per l'educazione dei genitori, *Psyche*, III: 362-382, 1914 e *Riv. Psicol. Indiv.*, 36: 5-16, 1994.
4. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della psicologia individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
5. ADLER, A. (1929), *Individualpsychologie in der Schule*, tr. it. *La Psicologia Individuale nella scuola*, Newton Compton, Roma 1973.
6. ADLER, A. (1930), *Die Seele des schwererziehbaren Schulkindes*, tr. it. *Psicologia del bambino difficile*, Newton Compton, Roma 1973.
7. ADLER, A. (1930), *The Education of Children*, tr. it. *Psicologia dell'educazione*, Newton Compton, Roma 1973.
8. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1976.
9. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
10. ADLER, A. (1935), Über das Wesen und die Entstehung, tr. it. I concetti fondamentali della Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 5-9.
11. AMIANTO, F., BERTORELLO, A., SPALATRO, A., CAZZANIGA, G., BIANCONI, A., CAVARERO, S., ABBATE DAGA, G., FASSINO, S. (2013), Counseling Parentale Adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 73.
12. AMIANTO, F., NORTHOFF, G., ABBATE DAGA, G., FASSINO, S., TASCA, G. A. (2016), Is Anorexia Nervosa a Disorder of the Self? A Psychological Approach, *Front. Psychol.* 7:849. doi: .3389/fpsyg.2016.00849.
13. AMIANTO, F., ABBATE DAGA, G., BAROSIO, M., RAMBAUDI, A., FASSINO, S. (2021), La Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy nell'anoressia nervosa: i tratti di personalità predicono i cambiamenti di peso? Uno studio preliminare, *Riv. Psicol. Indiv.*, 90: 91-114.
14. AINSWORTH, M. D. S. (1978), *Pattern of Attachment*, tr. it. *I modelli dell'attaccamento*, (raccolta di articoli a cura di N. Dazzi), Raffaello Cortina, Milano 2007.
15. ALLEN, J. G., FONAGY, P., BATEMAN, A.W. (2008), *Mentalizing in Clinical Practice*, tr. it. *La mentalizzazione nella pratica clinica*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2010.
16. ALTMAIER, E., MALONEY, R. (2007), An initial evaluation of a mindful parenting program, *J. Clin. Psych.*, 63 (12): 1231-1238.
17. AMMANITI, V., GALLESE, V. (2014), *La nascita dell'intersoggettività. Lo sviluppo del Sé tra psicodinamica e neurobiologia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

18. BATEMAN, A., FONAGY, P. (2004), *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-Based Treatment*, tr. it. *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2006.
19. VON BERTALANFFY, L. (1968), *General System Theory. Development, Applications*, tr. it. *Teoria Generale dei Sistemi*, Mondadori, Milano 2004.
20. BERTRANDO, P. (1997), *Misurare la famiglia: il metodo dell'emotività espressa*, Bollati Boringhieri, Torino.
21. BIANCONI, A., CAIRO, E., FASSINA, S., VIGLIANCO, P. (2004), "La realizzazione di un intervento individual-psicologico a rete nel trattamento dei disturbi borderline di personalità: presentazione di un caso clinico gestito in ambito privato", *XVIII Congresso Nazionale S.I.P.I.: Il modello adleriano nelle relazioni d'aiuto*, Bocca di Magra (SP).
22. BIANCONI, A., FASSINA, S. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento nella psicoterapia con i disturbi borderline e narcisistici di personalità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 67: 5-20.
23. BOWLBY, J. (1969), *Attachment and Loss*, vol. 1, tr. it. *Attaccamento e perdita*, Vol. 1, L'Attaccamento alla madre, Bollati. Boringhieri, Torino 1999.
24. BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY & ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS, (2009), *Borderline Personality Disorder. The N.I.C.E. guideline on treatment and management*, Leicester / London. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12125/43045/43045.pdf>
25. BROWN, G. W., CARSTAIRS, G. M., TOPPING, G. (1962), Influence of family life on the course of schizophrenic illness, *Br. J. Prev. Soc. Med.*, 16 (2): 55-68.
26. BURNETT, P. C. (1988), Evaluation of Adlerian parenting programs, *J. Indiv. Psychol.*, 44: 63.
27. CAIRO, E., FASSINA, S., GUASTAFIERRO, E., SCALDAFERRO, M. (2008), Considerazioni teorico cliniche sui comportamenti etero distruttivi e sul rischio suicidario nel disturbo narcisistico di personalità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 63: 15-26.
28. CAZZANIGA, G., VIGLIANCO, P., SIGNA, C., ZUCCOLIN, M. (2010), Efficacia del counseling adleriano individuale e di gruppo con genitori di pazienti affetti da DCA, *Riv. Psicol. Indiv.*, 67 (suppl. su cd): 83-100.
29. Cherry, K (2021). What Is Family Therapy? Very Well Mind. <https://www.verywellmind.com/family-therapy-definition-types-techniques-and-efficacy-5190233>
30. DINKMEYER, D., DREIKURS, R. (1963), *Encouraging Children to Learn: the Encouragement Process*, tr. it. *Il processo di incoraggiamento*, Giunti Barbera, Firenze 1974.
31. DREIKURS, R., CASSEL, P. (1972), *Discipline without Tears*, tr. it. *Disciplina senza lacrime*, Ferro, Milano 1976.
32. FALLOON, I. R. H. (1993), *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria. Guida al lavoro con le famiglie*, Centro Studi Erickson, Trento.
33. FASSINO, S., AMIANTO, F. (2018), Psychoanalysis and Treatment of Body Image Disturbances in Eating and Weight Disorders, in CUZZOLARO, M., FASSINO, S., *Body Image, Eating, and Weight A Guide to Assessment, Treatment, and Prevention*, Springer.

34. FASSINA, S., SIMONELLI, B., CAIRO, E., FERRERO, A. (2011), Adolescenti e suicidio: le finzioni che corteggiano la morte, *Riv. Psicol. Indiv.*, 69 (suppl. su cd): 144-160.
35. FASSINO, S. (2002), Anorectic family dynamics: Temperament and character data, *Compr. Psychiatry*, 2002b; 43:114-12.
36. FASSINO, S., AMIANTO, F., GRAMAGLIA, C., FACCHINI, F., ABBATE DAGA, G. (2004), Temperament and character in eating disorders: ten years of studies, *Eat Weight Disord.*, Jun; 9(2):81-90.
37. FASSINO, S., AMIANTO, F., BRUSTOLIN, A., BERGESE, S., BOLGIANI, M. (2004), Psicopatologia e famiglia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 55: 51-72.
38. FASSINO, S., DELSEDIME, N. (2007), *La famiglia è malata? Interazioni persona, famiglia, società*, Centro Scientifico Editore, Torino.
39. FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2008), Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy: Theoretical Issues and Process Indicators, *Pan. Min. Med.*, 50 (2): 165-175.
40. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 49-64.
41. FERRERO, A., SIMONELLI, B. (2006), "Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy" (SB-APP): "psicoterapia a tempo limitato" per pazienti con organizzazione borderline di personalità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 59: 13-37.
42. FERRERO, A., CAIRO, E., FASSINA, S., PIERÒ, A., SIMONELLI, B. (2009), Sequential Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP): technical issues for the treatment of aggressiveness in patients with Borderline Personality Organisation (BPO), *Pan Min. Med.*, 51 (suppl. 3): 39-50.
43. FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP): un trattamento possibile nei Dipartimenti di Salute Mentale*, Centro Studi e Ricerche in Psichiatria Ed., Torino.
44. FERRERO, A. (2018), Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP). A Psychopathology-Based Treatment, *Adlerian Society UK Institute for Individual Psychology*, Croydon, London.
45. FERRIGNO, G. (2009), La risonanza emozionale e il "ritmo" dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 81-92.
46. FONAGY, P., STEELE, M., STEELE, H., LEIGH, T., KENNEDY, R., MATTON, C., TARGET, M. (1995), Attachment, the reflective self and borderline states, tr. it. Attaccamento, Sé Riflessivo e disturbi borderline, in FONAGY, P., TARGET, M. (a cura di LINGIARDI, V., AMMANNITI, M.), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina Editore, Milano: 57-100. 2001
47. FONAGY, P., TARGET, M. (1997), *Attachment and reflective function: their role in self-organizations*, tr. it. *Attaccamento e funzione riflessiva: il loro ruolo nell'organizzazione del Sé*, in FONAGY, P., TARGET, M. (a cura di LINGIARDI, V., AMMANNITI, M.), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina Editore, Milano: 101-136. 2001.

48. FONAGY P., TARGET M. (2007), The rooting of the mind in the body: new links between attachment theory and psychoanalytic thought. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 55 (2), 411-456.
49. GABBARD, G.O., LAZAR, S.G., HORNBERGER, J. et.al. (1997), The economic impact of psychotherapy: review, *Am. J. Psychiatry*, 154 (2): 147-155.
50. GALLESE, V., MIGONE, P., EAGLE, M.N. (2006), La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività ed alcune implicazioni per la psicoanalisi, *Psicoterapia e Scienze Umane*, XL, 3: 543-580.
51. GFROERER, K.P., KERN, R.M., CURLETTE, W.L., WHITE, J., JONYNIENE, J. (2011), Parenting Style and Personality: Perceptions of Mothers, Fathers, and Adolescents, *J. Indiv. Psychol.*, 67(1).
52. HALEY, J. (1980), *Leaving home*, McGraw Hill, New York.
53. HERU, A. M. (2006), Family psychiatry: from research to practise, *Am. J. Psychiatry*, 163: 962-9.
54. HOFFMAN, P. D., FRUZETTI, A. E., SWENSON, C. R. (1999), DBT - Family Skills Training, *Family Process*, 38(4): 399-414.
55. JAFFA, T., McDERMOTT, B. (2007), *Eating Disorder in Children and Adolescent*, tr. it. *I disturbi alimentari nei bambini e negli adolescenti*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2009.
56. KABAT-ZINN, J. (2004), *Full Catastrophe Living*, tr. it. *Vivere momento per momento*, TEA, Milano 2010.
57. KANDEL, E. R. (1999), Biology and the Future of Psychoanalysis: a New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited, *Am. J. Psychiat.*, 156, 505-24.
58. KERNBERG, P. F., WEINER, A. S., BARDENSIETIN, K. K. (2000), *Personality Disorders in Children and Adolescents*, tr. it. *I disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti*, Fioriti, Roma 2001.
59. KOHUT, H. (1977), *The Restoration of the Self*, tr. it. *La guarigione del sé*, Bollati Boringhieri, Torino 1980.
60. LANCINI, M., (2015), Adolescenti navigati. Come sostenere la crescita dei nativi digitali, Erickson, Trento, in LAING, R. D. (1969), *The politics of the family*, Pelikan Books.
61. LANCINI, M., CIRILLO, L., SCODEGGIO, T., ZANELLA, T. (2020), *L'adolescente. Psicopatologia e psicoterapia evolutiva*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
62. LEFF, J. (1989), Controversial issues and growing points in research on relatives' expressed emotions, *Int. Soc. Psychiatry*, 3: 133-145.
63. LE GRANGE, D. (2005), The Maudsley family-based treatment for adolescent anorexia nervosa, *World Psychiatry*, 4-3:142-146.
64. LINEHAN, M. M. (1993), *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, tr. it. *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2001.
65. MANASSIS, K. (2006), Family Involvement in Psychotherapy: What's the Evidence?, in HUDSON, J. L., RAPEE, M., *Psychopathology and the Family*, Elsevier, Oxford: 283-300.

66. MAZZONE, M. (1996), Gruppo curante e patologia borderline, in ROVERA, G.G. (a cura di, 1996), *Il paziente borderline. Aspetti clinici, psicopatologici e terapeutici*, Centro Scientifico Editore, Torino: 437-446.
67. MINUCHIN S., ROSMAN B. L., BAKER L. (1978), *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*, tr. it. *Famiglie Psicomatiche*, Astrolabio, Roma 1980.
68. McVITTIE, J., BEST, A. M. (2009), The Impact of Adlerian-Based Parenting Classes on Self-Reported Parental Behavior, *J. Indiv. Psychol.*, 65(3).
69. MOSAK, H., MANIACCI, M. (1998), *Tactics in Counseling and Psychotherapy*, Wadsworth Publishing Co Inc.
70. MUSI, E., SIMONELLI, B., FASSINA, S., RUTTO, F., LERDA, S., FERRERO, A. (2022), La storia di Sara: osservazioni cliniche e di ricerca sul processo di cambiamento in un percorso di psicoterapia time-limited, *Riv. Psicol. Indiv.*, 92: 27-50.
71. PAGANI, P. L. (1998), I principi dell'incoraggiamento, in SANFILIPPO, B. (a cura di), *Itinerari adleriani*, Franco Angeli, Milano.
72. PALESTRO, G., FASSINO, S. (2007), Famiglia malata, società malata?, in FASSINO, S., DELSEDIME, N. (2007), *La famiglia è malata? Interazioni persona, famiglia, società*, Centro Scientifico Editore, Torino: 72-78.
73. PARENTI, F. (1983), *La psicologia individuale dopo Adler. Teoria generale adleriana. Lineamenti di psichiatria dinamica. Metodologia e tecniche di analisi*, Astrolabio, Roma.
74. PIETROPOLLI CHARMET, G. (2000), *I nuovi adolescenti. Padri e madri di fronte a una sfida*, Raffaello Cortina, Milano.
75. PIETROPOLLI CHARMET, G., PIOTTI, A. (2009), *Uccidersi. Il tentativo di suicidio in adolescenza*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
76. RIGHETTI, L., ROSSI, F. (2021), Adolescents-entis, "in via di crescita" al tempo del Covid-19. Ritiro sociale individuale e collettivo, *Riv. Psicol. Indiv.*, 89: 115-130.
77. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A., GATTI, A. (1984), Il modello di rete in psichiatria, *Rass. di Ipnosi*, Min. Med, 74: 1-7.
78. ROVERA, G. G. (1992), La costellazione familiare tra individuo e società, in MASCETTI, A., ZIGHETTI, M. (a cura di), *La Costellazione familiare*, *Atti del V Congresso Nazionale S.I.P.I.*, Stresa (NO), 1992.
79. ROVERA, G. G. (1992), La Psicologia Individuale, in PANCHERI, P., CASSANO, G. P. (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
80. ROVERA, G. G. (1979), Il sistema aperto della Individual-Psicologia, *Quad. Riv. Psic. Indiv.*, n° 4.
81. ROVERA, G. G. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 139-160.
82. ROVERA, G. G., (2015), Lo stile terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 19-85.
83. SALA, C. E., BIGNAMINI, E. (2018), Dinamiche intrapsichiche e relazionali nel web: rotte di navigazione per adolescenti e adulti nel cyberspazio, *Riv. Psicol. Indiv.*, 83: 73-82.
84. SIEGEL, D. J. (1999), *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who we Are*, tr. it. *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2001.

85. SIEGEL, D. J. (2007), *The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being*, tr. it. *Mindfulness e cervello*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2009.
86. SIMONELLI, B., FASSINA, S., SCALDAFERRO, M., GUASTAFIERRO, E. (2007), Dis-socialità e autolesionismo nel Disturbo Borderline di Personalità: due casi clinici, *Riv. Psicol. Indiv.*, 62: 69-86.
87. SIMONELLI, B., FASSINA, S., CAIRO E., FERRERO A. (2011), Identità e personalità in adolescenza. Finzioni guida e rischio psicopatologico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 69 (suppl. su cd): 259-269.
88. SIMONELLI, B., FASSINA, S., CAIRO, E., BIANCONI A. (2011), "Mindfulness interventions in the treatment of patients with Borderline Personality Organization", *25<sup>th</sup> International Congress of Individual Psychology: Separation, Trauma, Development*, Vienna.
89. TONIONI, F. (2013), *Psicopatologa web-mediata. Dipendenza da internet e nuovi fenomeni dissociativi*, Springer-Verlag, Milano.
90. TURUANI, L., COMAZZI, D. (2015), *Mamme avatar. Come le mamme di oggi possono usare collaboratori, tecnologia e presenza simbolica per accompagnare i figli nella crescita, anche quando sono lontane*, Bur Parenting, Milano.
91. WALLIN, D. J. (2007), *Attachment in psychotherapy*, tr. it. *Psicoterapia e teoria dell'attaccamento*, Il Mulino, Bologna 2009.
92. WATZLAWICK, P., BEAVIN, J. H., JACKSON, D. D. (1967), *Pragmatics of Human Communication*, tr. it. *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma 1971.
93. WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J. H. (1978), *The Interactional View*, tr. it. *La prospettiva relazionale*, Astrolabio Roma 1979.
94. UniTO News, 6 novembre 2023.

Alessandra Bianconi  
Strada Valle Sauglio 78  
I- 10020 Pecetto (Torino)  
E-mail: [alessandrabianconi@inwind.it](mailto:alessandrabianconi@inwind.it)

Andrea Rambaudi  
Via Assarotti 1  
I- 10128 Torino  
E-mail: [andrearambaudi@gmail.it](mailto:andrearambaudi@gmail.it)

Paola Viglianco  
Via Assarotti 1  
I- 10128 Torino  
E-mail: [p.viglianco@alice.it](mailto:p.viglianco@alice.it)