

## Personalità dipendente e dipendenza relazionale: aspetti diagnostici, descrittivi e dinamici \*

VITTORIO LINGIARDI

*Riduceteci piuttosto in schiavitù, ma sfamateci!*  
F. M. Dostoevskij, *I fratelli Karamazov*, 263

*Il primo oggetto erotico del bambino è il seno della madre che lo nutre, l'amore  
nasce in appoggio al bisogno soddisfatto del nutrimento.*  
S. Freud, 1938, 615

*Ma questo linguaggio che implica il seno è un gergo. In realtà viene implicata  
l'intera area dello sviluppo e della cura del bambino, area ove l'adattamento è in  
rapporto con la dipendenza.*  
D.W. Winnicott, 1969, 161

Un'indipendenza autentica poggia sulla capacità di dipendere da altre persone, e di permettere ad altre persone di dipendere da noi. Dunque, più che di una polarità dipendenza-indipendenza sarebbe meglio parlare di *dipendenze sane e dipendenze patologiche*, definendo patologiche le forme «non negoziabili» di dipendenza o le pretese, eccessive e illusorie, d'indipendenza. Da una ricerca disperata dell'altro, visto come regolatore unico degli stati del Sé, a una fuga atterrita dall'altro, visto invece come minaccia alla propria integrità.<sup>1</sup>

Ma «dipendenza» è la parola giusta? Non secondo Bowlby, il quale ne coglie il sapore peggiorativo preferendo il termine «attaccamento». Non è vero, dice, come affermano i sostenitori della pulsione secondaria, che «una volta che il bambino può provvedere a se stesso, dovrebbe diventare indipendente». E neppure «che ogni forte desiderio di una figura di attaccamento» sia un «segno di regressione, [...] l'espressione di un bisogno infantile che deve essere superato» (Bowlby, 1979, 123). Dipendenza e indipendenza sono dimensioni compatibili e l'idea di un movimento lineare dalla prima alla seconda non è realistica. «La

---

\*Questo contributo è una versione modificata e aggiornata di Lingiard, 2005.

<sup>1</sup> È su questo continuum che possiamo riconoscere i segni di una dipendenza adeguata anche in età adulta – *dipendenza matura* (Fairbairn, 1946), *capacità di mitigare la solitudine* (Klein, 1959), *capacità di essere solo in presenza di un altro* (Winnicott, 1958), *base sicura* (Bowlby, 1969), *amae* (Doi, 1971, 1992; Young-Bruehl, 2003), *natura mutevole delle relazioni tra il Sé e i suoi oggetti-Sé* (Kohut, 1984, 1987; Lichtenberg, Lachmann, Fosshage, 1992), *capacità di abbandonarsi* (Ghent, 1990), *riconoscimento reciproco* (Benjamin, 1988, 1995, 1998, 2002), *mutualità* (Aron, 1996) – da quelli di una *dipendenza sprovveduta* (Khan, 1972), *sottomessa* (Ghent, 1990), *adesiva, maligna, sadica o masochista* (Benjamin, 1988; Kaplan, 1991; Kernberg, 1992, 1995).

fiducia negli altri e la fiducia in se stessi non solo sono compatibili, ma addirittura sono complementari» (*ibid.*, 124).

## 1. ASPETTI TEORICI

### Una nota sull'attaccamento

La teoria dell'attaccamento, che Bowlby definisce «un modo per concettualizzare la tendenza dell'essere umano a strutturare solidi legami affettivi con particolari persone, e per illustrare le varie forme di profondi turbamenti emotivi e di disturbi della personalità [...] originati da perdite e separazioni involontarie», si occupa di fenomeni fino a quel momento considerati prevalentemente «in termini di bisogno di dipendenza [...] o di individuazione e simbiosi» (*ibid.*, 134)<sup>2</sup>. Come sottolineano Mikulincer e Shaver (2004, 159; 2008), «interazioni ripetute con altri significativi capaci di protezione e sostegno tendono a produrre un senso relativamente stabile di sicurezza nell'attaccamento (per esempio, la sensazione di poter fare riferimento, per ottenere protezione e sostegno, alle persone più vicine; di poter esplorare l'ambiente in modo sicuro ed efficace; di stabilire relazioni soddisfacenti con gli altri), che in vari modi conduce allo sviluppo di un modello di sé stabile e positivo e a una serie di strategie di regolazione affettiva riuscite e in buona parte autonome». Da questo back-ground evolutivo e relazionale si sviluppa quella personalità adulta che, relativamente autonoma, ma capace di fidarsi, chiedere aiuto e appoggiarsi agli altri, strutturerà il senso della propria sicurezza a partire da figure di riferimento tanto interne quanto esterne.

Questa definizione solleva importanti questioni sul rapporto tra sicurezza dell'attaccamento e capacità di regolazione del Sé. I dati di ricerca a nostra disposizione (Mikulincer e Shaver, 2008) dicono che la disponibilità delle figure di attaccamento non solo rinforza la capacità di fare affidamento su figure sia esterne sia interne, ma è anche una base fondamentale per sviluppare capacità di autoregolazione. I due autori propongono una sequenza evolutiva del senso di sicurezza dell'attaccamento che, dalla primissima infanzia all'adolescenza, permette al soggetto di apprendere la capacità di autoregolarsi in maniera flessibile anche in condizioni stressanti. Appoggiandosi a diverse ricerche

---

<sup>2</sup> Negli stessi anni, altri autori (in particolare Winnicott, Kohut, Modell, Loewald), criticano la svalutazione psicoanalitica della dipendenza, sostenendo che un'indipendenza completa non è possibile né auspicabile, e che tutti abbiamo bisogno di approvazione, empatia e ammirazione. La riscoperta della teorizzazione innovativa di Loewald è in gran parte merito di Mitchell, che gli ha dedicato un attento studio. Per Loewald, la separazione tra il soggetto che si attacca e l'oggetto di attaccamento è apparente: «le relazioni oggettuali sane (e quindi gli attaccamenti sani) consistono non tanto in una chiara separazione del sé dagli altri quanto in una capacità di contenere, in tensioni dialettiche, differenti forme di relazionalità che si arricchiscono a vicenda» (Mitchell, 2000, 117).

empiriche, essi sottolineano come i soggetti con attaccamento sicuro presentino, rispetto ai soggetti insicuri: a) livelli di autostima più alti; b) capacità di problem solving e coping più articolate; c) punteggi più bassi alle scale che rilevano la presenza di disturbo dipendente di personalità; d) un atteggiamento più positivo nei confronti del lavoro e dell'esplorazione autonoma. Questi risultati implicano che l'attaccamento sicuro si associa non solo alla capacità di cercare un sostegno, ma anche alla costruzione del Sé come principale istanza esecutiva della mente. Le interazioni capaci di promuovere un attaccamento sicuro facilitano la costruzione di processi specifici di autoaccudimento e autorassicurazione che diventeranno una sorgente di sostegno fondamentale di fronte a eventi minacciosi o stressanti. Vale la pena notare come tali *security-based self-representations* ricordino, per contrasto, l'impossibilità di richiamare figure genitoriali interne positive e l'assenza dei *self-soothing objects* descritti da Adler (1985) e da Blatt (2008; Blatt, Luyten, 2009) a proposito delle personalità borderline.

Fatta salva l'intima connessione tra i fenomeni descritti con i termini *attaccamento* e *dipendenza*<sup>3</sup>, ci sembra più opportuno riferire il primo a un comportamento primario teso alla ricerca e al mantenimento della prossimità con una figura preferenziale, di solito percepita come più forte, saggia e competente, e la seconda a un atteggiamento derivato dal bisogno di attaccamento, che può *non* essere diretto verso un soggetto specifico e che si esprime attraverso atteggiamenti *generalizzati* mirati a evocare assistenza, guida e approvazione<sup>4</sup>. Del resto è noto che se per il bambino parliamo di attaccamento «sicuro», dove l'aggettivo «sicuro» va a qualificare la relazione con una persona specifica (la figura di accudimento da cui il bambino, per definizione, dipende per la sua sopravvivenza), per l'adulto la dicitura diventa «sicuro-autonomo» e si riferisce a uno «stato mentale rispetto all'attaccamento» che va invece a definire la qualità delle relazioni intime intese in senso più ampio (Main, 1999).

È su quest'ultimo versante, quello adulto, che, come vedremo, psichiatri e psicologi accademici hanno costruito modelli descrittivi e/o patogenetici nel tentativo di descrivere i «disturbi dipendenti della personalità».

---

<sup>3</sup> Nonostante i comportamenti d'attaccamento e i segni di dipendenza presentino aspetti simili (per esempio, piangere, aggrapparsi, cercare la vicinanza), non sembra corretto considerare la qualità dell'attaccamento una misura della dipendenza *tout court*. Indipendentemente dalla connotazione giudicante che il termine dipendenza spesso assume, infatti, è importante sottolineare che quando il piccolo è massimamente dipendente dalla madre, cioè nei primi 6 mesi di vita, di fatto il legame di attaccamento non si è ancora pienamente sviluppato (Bowlby, 1969).

<sup>4</sup> «Il concetto di “modello operativo” – scrive la Main (1999, 992-993) – sembra adeguato per descrivere l'opinione che il bambino ha di sé, del genitore e della relazione tra loro, ma difficilmente può racchiudere le risposte fornite da un adulto nella descrizione della sua intera storia di vita in riferimento all'attaccamento. Riflessioni su tale errore mi hanno condotto alla conclusione che in alcune circostanze l'applicazione del termine “modello operativo interno” è ingannevole e arbitraria [...] Per descrivere quello che la trascrizione dell'AAI può rappresentare più da vicino, alla fine ho scelto “stato mentale rispetto all'attaccamento”. Tale termine ha il vantaggio di *indicare uno stato complessivo che è presente o si manifesta al momento dell'intervista*, non implica alcun supervisore esecutivo o homunculus e tiene conto dell'*uso del linguaggio da parte dell'individuo*».

Sul rapporto tra stile di attaccamento e personalità dipendente sono state condotte varie ricerche (Ainsworth, 1972; Alonso-Arbiol, Shaver, Yarnoz, 2002; Brennan, Shaver, 1998; Dozier, Stovall-McClough, Albus, 2008; Sroufe, Fox, Pancake, 1983; Weinfield *et al.*, 1999; West *et al.*, 1994): la cosiddetta «personalità dipendente» viene di solito considerata il risultato di un attaccamento ansioso che tende ad autopettersi (West *et al.*, 1994)<sup>5</sup>. La ricerca e l'osservazione clinica hanno inoltre dimostrato che la dipendenza e il senso di inefficacia tendono ad aumentare quando l'attaccamento insicuro è associato a trauma e neglect (Holmes, 1997; Bornstein, 1998; West, George, 1999; Hill, Gold, Bornstein, 2000)<sup>6</sup>. Come osservano Liotti e Farina (2011, 28), «i contesti relazionali traumatici influenzano lo sviluppo delle competenze interpersonali causando tipicamente gravi difficoltà a riporre fiducia negli altri, oscillazioni fra ricerca di vicinanza protettiva e paura dell'intimità affettiva, e comportamenti inappropriati di controllo della relazione... Talora, le relazioni affettive divengono instabili a causa della drammaticità dello scambio emotivo, in maniera simile a quella tipicamente riscontrata nel disturbo borderline di personalità. Talora, al contrario, sono affettivamente appiattite dal continuo sforzo di compiacere l'altro, verso il quale si sviluppa una patologica dipendenza, come tipicamente si osserva nei pazienti con disturbo di personalità dipendente...». Sebbene la ricerca abbia riconosciuto la centralità di traumi focali (come abusi, perdite ecc.) nello sviluppo di attaccamenti disorganizzati, solo recentemente si è arrivati a comprendere e studiarne il profondo impatto psicopatologico. Si deve a Karlen Lyons-Ruth la descrizione più convincente di come la natura variegata e sottilmente traumatica di un ambiente di sviluppo caratterizzato da conflittualità, trascuratezza, interazioni disturbate, distorsioni sistematiche della comunicazione (bugie, inganni ecc.) possa contribuire a determinare una disorganizzazione della relazione di attaccamento e poi, a partire dall'età scolare, a sviluppare una personalità attorno a soluzioni difensive associate a stati mentali disorganizzati, multipli, incoerenti e conflittuali di impotenza e ostilità (Lyons-Ruth, Jacobvitz, 2008).

Come descritto da Lyons-Ruth *et al.* (2007), gli stati mentali di *impotenza-ostilità* (*Hostile-Helpless*, HH), pur affondando le radici nelle interazioni disorganizzate madre-bambino, presentano caratteristiche diverse. Gli individui caratterizzati da uno stato mentale *ostile* presentano contenuti mentali contraddittori, tendendo a valutare la stessa figura di accadimento in modo a volte

---

*nel parlare di molteplici esperienze e persone senza focalizzarsi in alcun modo su una particolare esperienza o persona».*

<sup>5</sup> Le caratteristiche del partner prescelto sono un'altra area di ricerca interessante per studiare il rapporto tra stile di attaccamento e personalità (Mikulincer, Erev, 1991; Feeney, Noller, 1995; Carli, 1995; Henry, Holmes, 1998; Zeifman, Hazan, 2008; Feeney, 2008; Mohor, 2008).

<sup>6</sup> Per ulteriori approfondimenti rimando ai seguenti lavori, in parte già citati: Ainsworth, 1972; Gewirtz, 1972; Sroufe, Fox, Pancake, 1983; Bornstein, 1993; Cassidy, Shaver, 1999; Mikulincer, Shaver, 2004, Van Der Kolk, 1987, 1995.

positivo a volte negativo. Si tratta di persone che mostrano solitamente confusione e inversione di ruoli, comportamenti negativi-intrusivi con altri significativi e un misto di comportamenti contraddittori all'insegna della ricerca di attenzione e del rifiuto. Viceversa, gli stati mentali *impotenti* si caratterizzano per una svalutazione globale di una figura di attaccamento che ha abdicato al proprio ruolo di genitore, coesistente però con un'identificazione totale con essa. Queste persone raccontano spesso di aver adottato nell'infanzia un ruolo protettivo nei confronti del genitore, ma ciò che appare è invece una forte rabbia-collera-aggressività che viene inibita. Nel rapporto con gli altri significativi, questi individui possono mostrarsi timorosi, evitanti e inibiti, a volte particolarmente docili e fragili. Spesso sono incapaci di prendere l'iniziativa o di avvicinarsi all'altro, e di fronte a richieste eccessive possono allontanarsi o declinare le richieste di contatto prima di cedervi.

Quello che queste strategie hanno in comune è che sono entrambe espressione di un tentativo di proteggersi (controllare) da un'iper-attivazione senza possibilità regolazione. In questo caso, come fanno notare Liotti e Farina (2011), è il sistema di difesa a dominare la personalità dell'individuo, mentre quello di attaccamento rimane disattivato, così da evitare quella che con Winnicott (1963) potremmo chiamare la "paura di un crollo". Comportamenti o atteggiamenti patologicamente dipendenti (accudenti) – o contro-dipendenti (ostili) – diventano così, paradossalmente, l'espressione del tentativo di fuggire da una relazione di attaccamento intima vissuta come troppo pericolosa e traumatica.

Tornando al tema delle dipendenze patologiche, è la strategia impotente quella che sembra avere più elementi in comune con esse. Dalla prospettiva appena descritta, è interessante notare come l'estrema paura dell'abbandono e il tentativo di conservare una relazione per mezzo del continuo compiacimento dell'altro possano essere letti come tentativi di difendersi da originari sentimenti di impotenza e inermità legati alla precoce relazione traumatica con il genitore. Come vedremo tra poco, commentando il film di Icair Bollain, *Ti do i miei occhi*, strategie di impotenza e ostilità possono talvolta incastrarsi tra loro all'interno di una relazione sado-masochista che, seppur dolorosa, ci aiuta a comprendere lo sforzo disperato dei protagonisti per mantenere "disattivato" (controllato) il loro sistema motivazionale di attaccamento (vedi Liotti, Farina, 2011).

### **Una nota sulle neuroscienze**

«Le esperienze precoci – scrive Mitchell (2000, 130) – creano dipendenza non solo perché sono psicologicamente salienti, ma anche a causa dei loro concomitanti neurochimici». La neurofisiologia ci aiuta infatti a comprendere le relazioni oggettuali adesive e tossicomane anche come dipendenze chimiche (Bartels, Zeki, 2000; Fosha, 2000; Insel, Young, 2001; vedi anche Caretti, La Barbera, 2010). Sappiamo, per esempio, che i percorsi delle endorfine si stabiliscono nel cervello durante i primi anni di vita e nel contesto delle relazioni

oggettuali precoci. Le esperienze affettivamente intense, sia positive sia negative, sono accompagnate da rilascio di endorfina, e così questi stati cerebrali chimicamente determinati si associano sia a condizioni di profonda sicurezza sia a traumi (Van der Kolk, 1994; Kalin *et al.*, 1995; Pally, 1999; Cozolino, 2006). Possiamo parlare in questo senso di una «fisiopatologia del legame».

L'importanza dei concomitanti neurofisiologici nello sviluppo delle prime competenze relazionali è stata evidenziata dagli studi condotti da Hofern (1987, 1996, 2006) sulla neurobiologia della dipendenza. Secondo queste ricerche, la regolazione fisiologica del bambino si esplica all'interno della coppia madre-bambino attraverso dei «processi regolatori nascosti» che svolgerebbero sì il loro effetto sul sistema nervoso dell'infante, ma la cui qualità sarebbe comunque funzione della coppia. Perché il bambino possa arrivare a contare su una futura vita autonoma, questi processi regolatori dovrebbero gradualmente diventare dominio delle sue capacità di autoregolazione, attraverso una progressiva interiorizzazione dei processi regolatori diadici. In questo percorso sarebbero implicate tre componenti: la maturazione degli apparati fisiologici, l'interiorizzazione delle componenti affettive-cognitive della relazione, l'influenza di altre relazioni nel corso di tutta la vita.

Si tratta, in altre parole, di un passaggio evolutivo da una regolazione fisiologica con il caregiver primario a una regolazione, ben più complessa, inserita in un *mondo interno simbolico*. Ciò che il modello di Hofer ci permette di comprendere è come la capacità individuale di regolazione fisiologica, e quindi anche emotiva, affondi le sue radici nei compromessi precoci trovati dalla diade bambino-caregiver. È probabile che all'interno di una relazione connotata da un'eccessiva intrusività materna il bambino abbia poche possibilità di esplicitare le sue funzioni autoregolatrici poiché viene attivamente scoraggiato dal farlo, e quindi continui a «dipendere» adesivamente dall'altro per la sua autoregolazione. È qui che il concetto di «modello operativo interno» come rappresentazione dinamica della relazione diviene centrale.

Un esempio di come modelli operativi interni insicuri e processi regolatori nascosti carenti possano portare allo sviluppo di forme diverse di dipendenza, non solo relazionale, è rappresentato dalle condotte tossicomane. Tali condotte si riscontrano infatti in personalità diverse per gravità e psicopatologia, evidenziando così un carattere trans-nosografico che testimonia il loro legame con una vulnerabilità di fondo che può portare alcuni individui a riorganizzare la personalità proprio attorno alla dipendenza. La quale, sul piano del funzionamento psichico, può essere spiegata come «l'impiego a fini difensivi della realtà percettivo-motoria come controinvestimento di una realtà psichica interna carente o minacciosa» (Jeammet, Corcos, 2002, 384). Al contrario, una realtà interna abbastanza rassicurante e strutturata offre, in caso di conflitti e difficoltà, «una possibilità di regressione che non è sinonimo di disorganizzazione [...]». La condotta dipendente può così essere descritta come la ricerca di un apporto

esterno di cui il soggetto ha bisogno per il proprio equilibrio e che non può trovare a livello delle sue risorse interne» (*ibid.*, 385).

In sostanza, il modello di Hofer permette di ipotizzare che le persone possono diversificarsi non solo per la qualità delle relazioni reali necessarie alla propria regolazione, ma anche per il tipo di *oggetto regolatore* su cui appoggiarsi per compensare le carenze autoregatorie.

### **Una nota sull'intersoggettività**

Anche se nella pratica clinica la maggior parte degli psicoanalisti ha cercato di promuovere un equilibrio tra autonomia e relazione, sul piano teorico la sopravvalutazione dell'indipendenza ha rappresentato un forte pregiudizio. È questa, osserva Jessica Benjamin, «una conseguenza della concezione dell'individuo come sistema chiuso, all'interno del quale l'Io investe del proprio desiderio gli oggetti e li interiorizza per accrescere la propria indipendenza da loro». Ne deriva che «il confronto con un altro indipendente come reale condizione di crescita e cambiamento» e «il processo simultaneo di trasformare e di essere trasformato dall'altro» vengono ostacolati. Come vedremo, questo allontanamento dalla dipendenza, «prepara anche la scena del *dominio*» (Benjamin, 1988, 53). Del resto, la cultura occidentale ha sempre associato la dipendenza a debolezza, incapacità, labilità emotiva, passività, guadagno secondario e dunque, *inevitabilmente*, al genere femminile (Ainsworth, 1969; Steele, van der Hart, Nijenhuis, 2001)<sup>7</sup>.

Se con Bowlby gran parte delle vicissitudini fisiologiche e relazionali prima consegnate ai modelli psicoanalitici della dipendenza orale cominciano a essere riconcettualizzate in termini di attaccamento, con Winnicott e Kohut la riflessione si sposta sul significato dell'uso dell'oggetto e su una concezione di maturità come capacità di scegliere oggetti adeguati dai quali è possibile

---

<sup>7</sup> Il concetto di dipendenza va sempre anche declinato culturalmente. Si pensi a come è cambiato negli ultimi cinquant'anni il concetto di dipendenza in relazione ai ruoli di genere (Paris, 1996). E a come può cambiare rispetto alle culture locali: orientali e occidentali, per esempio, hanno idee e prassi molto diverse in tema di dipendenza. Gli americani vivono la società giapponese, che attribuisce grande valore all'armonia tra le persone (*wa*), come conformista e formata da individui troppo dipendenti, mentre i giapponesi vivono la società americana, assertiva e individualista, come aggressiva o, per dirlo nella loro lingua, *dokuritsushin-ga-tsuyoi* (troppo indipendente di spirito). Neki (1976) sottolinea il contrasto tra il valore che la cultura indiana attribuisce ai «forti attaccamenti d'interdipendenza affiliativa favoriti e portati avanti fino all'età adulta», e il valore che la cultura occidentale attribuisce all'«indipendenza orientata verso il successo».

Il sociologo inglese Giddens (1992) si è occupato dei rapporti tra le trasformazioni epocali della società moderna e l'emergere del «problema» delle dipendenze. Il venir meno di modelli e regole sociali «universalmente» accettati e investiti di valore normativo avrebbe costretto l'uomo moderno a elaborare un progetto riflessivo con cui esprimere e costruire la propria identità. In questo contesto, le dipendenze patologiche sono un sintomo dell'incapacità di elaborare un progetto di questo tipo, e dunque ostacolano lo sviluppo di un'identità socialmente efficace.

dipendere (ovviamente con forme e intensità diverse a seconda della fase di sviluppo)<sup>8</sup>.

Con queste premesse, e forti della capacità di assimilare i nuovi temi biologici e relazionali derivati dalla ricerca sull'infanzia, gli intersoggettivisti sottopongono il concetto di dipendenza a ulteriore revisione. La teoria intersoggettiva, infatti, mette in risalto la *reciprocità*, mentre sia la teoria pulsionale sia la teoria delle relazioni d'oggetto si concentrano sul soggetto concepito come individuo e sulla sua relazione con l'altro in quanto oggetto. Essere umano consiste invece nell'essere riconosciuto *come soggetto* da un altro essere umano (Mitchell, 2000). In questo processo di riconoscimento è naturalmente presente una tensione continua tra la nostra spinta all'*autoaffermazione* e la nostra *dipendenza* da un altro individuo che ci garantisce il riconoscimento di cui abbiamo bisogno. È infatti soprattutto quando si trova a fronteggiare spinte verso l'indipendenza che il soggetto risente del fallimento delle funzioni genitoriali e finisce per optare per soluzioni relazionali patologiche. Un esempio tipico sono le oscillazioni di molti pazienti dell'area borderline tra il desiderio di indipendenza e il bisogno di una vicinanza fisica o di un'unione fantasticata.

Dal momento che l'approccio intersoggettivo sosterrà buona parte dei miei argomenti sulla dipendenza relazionale, riporto a mo' di introduzione alcune osservazioni proposte da Jessica Benjamin più di una ventina di anni fa.

Le esperienze di «essere insieme» sono fondate su una crescente coscienza di differenza, su un senso di intimità vissuto come qualcosa che avviene tra «noi due». È precisamente perché io e l'altro non sono uno che le esperienze di fusione hanno un così intenso impatto emotivo. Il fatto che l'altro sia all'esterno ci fa sentire che si è nutriti davvero, nutriti da fuori, invece di dover provvedere da sé a ogni cosa. Come ci dicono le ricerche sull'infanzia, la sensazione intensa ed elevata di unione si verifica sia nello scambio attivo *con* l'altro sia nell'esperienza di essere regolamentati o trasformati *dall'*altro. Ma la psicoanalisi ha visto come prototipi dell'esperienza fusionale solo quelle interazioni in cui lo stato di tensione del bambino viene modulato, quando lo si allatta o lo si tiene in braccio. E soprattutto la psicoanalisi ha sottolineato più la complementarità che non la reciprocità dell'interazione. L'altro è rappresentato come risposta e il Sé come bisogno; l'altro è il seno, il Sé è la fame, o ancora, l'altro tiene attivamente in braccio e il Sé si lascia tenere passivamente. Questa complementarità di attivo e passivo costituisce un'unità duale che può essere interiorizzata e rovesciata («Ora io sono la mamma e tu sei il bambino»). La forma dell'unità duale sottintende la tendenza a restare invariata anche quando si rovescia, a non raggiungere mai l'uguaglianza, ma semplicemente a *capovolgersi all'interno di rapporti di dipendenza*. [...] L'approccio intersoggettivo non è certo la negazione di tutto ciò che abbiamo imparato da Freud, e non cancella le molte ragioni di pessimismo

---

<sup>8</sup> Per Greenberg e Mitchell (1983) la critica kohutiana alla svalutazione psicoanalitica della dipendenza (Kohut, 1980, 1984) è eccessiva e non distingue tra l'uso dell'altro come «oggetto proprio» e il riconoscimento dell'altro come soggetto esterno, perdendo così di vista la questione nodale della teoria intersoggettiva.



che lui nutriva. Fin troppo spesso riscontriamo segni di lotta per il controllo onnipotente e di ostilità verso gli altri. Tuttavia l'approccio intersoggettivo suggerisce che ci sono aspetti del Sé, assenti nell'impostazione freudiana, che possono opporsi a tali tendenze e aiutare a spiegarle. Forse era questo ciò a cui Freud pensava quando parlava della forza istintuale dell'Eros, forza vitale che mira a creare unione, ma non assegnò mai a Eros un posto nella struttura psichica. Proprio questa dimensione mancante della psiche ci consente finalmente di affrontare l'aspetto doloroso della realtà esterna – la sua incontrollabile, tenace alterità – come presupposto di libertà anziché di dominio (Benjamin, 1988, 51-52).

Con questo riposizionamento della dipendenza non si intende naturalmente negare il suo versante patologico. Al contrario: la *dipendenza patologica* (e le dinamiche di potere che essa porta con sé) si basa su un'idea immutabile dell'altro come oggetto «nutriente» esclusivo, o comunque molto idealizzato, e sempre a rischio di perdita, e su un'idea di sé come soggetto eternamente e assolutamente bisognoso, incapace di contribuire al proprio sostentamento e benessere. Una concezione sana della dipendenza, invece, presuppone i temi, intersoggettivi per eccellenza, della mutualità e del patteggiamento, e dunque si basa sulla capacità di accettare le tensioni insite nel riconoscimento reciproco e nell'irriducibilità della differenza. Quando (nella regolazione reciproca che struttura la relazione bambino-caregiver, il rapporto di coppia, il legame terapeutico, ecc.) questa tensione viene a cadere, il gioco della dipendenza comincia ad assumere i caratteri del dominio e della sottomissione nelle loro molteplici varianti.

A partire dalla polarità *relazionalità vs autodefinizione* – inizialmente articolata da Freud (1914) e poi ripresa sia in ambito psicoanalitico (soprattutto da Balint e Loewald), sia in ambito cognitivo-comportamentale (Beck, 1983)<sup>9</sup>, sia dai teorici della personalità (in particolare da Angyal, Bakan, McAdams, McClelland) – Blatt (2008) propone un modello dialettico fondato sulle due linee evolutive che definiscono le rappresentazioni delle relazioni sé-altro: la *relazionalità* e la definizione della propria *identità*. Si tratta di una tensione evolutiva, il cui squilibrio conduce a esiti psicopatologici in forma di *patologie introiettive* e *patologie anaclitiche*. Le prime, dominate dalla preoccupazione per il mantenimento di un senso vitale di sé, da assetti distanzianti/evitanti, da depressione<sup>10</sup> con senso di colpa, inadeguatezza e vergogna, compaiono più spesso nelle personalità schizoide, schizotipica, narcisistica, antisociale, evitante. Le seconde, dominate da una preoccupazione primaria per temi interpersonali, da assetti preoccupati/invischiati, da depressione con senso di perdita e *helplessness*,

---

<sup>9</sup> Beck (1983) formula una distinzione analoga tra tipi *sociotropici* (socialmente dipendenti) e soggetti *autonomi*.

<sup>10</sup> Oltre a «Self-criticism» e Efficacy», il *Depressive Experiences Questionnaire* di Blatt, D'Afflitti e Quinlan (1979) poggia su un terzo fattore: «Dependency».

da bisogno esagerato dell'altro con confusione sé-altro, compaiono più spesso nelle personalità istrionica, borderline, dipendente.

## 2. PROBLEMI DIAGNOSTICI

Gli individui con un disturbo dipendente della personalità si caratterizzano per una *profonda insicurezza* nelle proprie capacità e risorse, per un *bisogno eccessivo e costante di accudimento* e per i *comportamenti sottomessi e adesivi* che ne conseguono. Sono incapaci di prendere decisioni in modo autonomo e di assumersi responsabilità; non riescono a funzionare socialmente senza che qualcun altro si prenda cura di loro e, quando possono, preferiscono demandare agli altri le proprie scelte (per esempio chi frequentare, come svolgere un dato lavoro, cosa fare nel tempo libero, come vestirsi ecc.). Così si affidano al partner, ai genitori, ai superiori, agli amici, sempre alla ricerca di un *magic helper* che li guidi e di cui «incorporare» la presenza, la forza e la competenza <sup>11</sup>.

Schive e inibite, quando sono sole si sentono indifese: vivono nel terrore di essere abbandonate e sono letteralmente sconvolte quando qualche relazione stretta finisce. Per farsi benvolere sono disposte a fare cose spiacevoli e degradanti e, pur di restare nell'orbita dell'altro, possono accettare situazioni per chiunque intollerabili: il caso tipico è quello di chi sopporta violenze fisiche e psicologiche pur di non perdere il partner (Fonagy, 1998; Bradley, Heim, Westen, 2005).

Per bisogno di sicurezza e per «vantaggio» relazionale la persona dipendente arriva a sottomettersi di buon grado al controllo e al potere dell'altro. Ribaltando il proverbio, piuttosto che sola preferisce essere male accompagnata. Il dipendere unicamente da fonti esterne per ottenere gratificazioni la rende incredibilmente vulnerabile ai desideri e agli umori altrui: ciò spiega il suo atteggiamento sottomesso e privo di autodeterminazione, ma anche la tendenza a trovarsi invischiata in relazioni di abuso e sfruttamento interpersonale dominate dall'identificazione proiettiva. Finché riesce a mantenere la relazione di dipendenza da cui trae forza, la persona con disturbo dipendente può condurre una vita apparentemente equilibrata. Ma quando la relazione si interrompe (per la

---

<sup>11</sup> La figura del *magic helper* ricorda l'idea psicoanalitica di un oggetto parziale idealizzato. Secondo Freud (1914, 1921), il processo di idealizzazione consiste nell'attribuire all'oggetto quella perfezione che originariamente il bambino attribuiva a se stesso, operazione psichica funzionale alla necessità di pensare che esiste qualcuno che ci può proteggere dagli inevitabili insulti dell'esistenza: uno dei ruoli che il bambino attribuisce ai genitori. La Klein (1935) e autori successivi di formazione kleiniana (Rosenfeld, 1983; Kernberg, 1992, 1995) ritengono che la creazione di un oggetto idealizzato «patologico» abbia piuttosto una duplice funzione: da una parte proteggere dagli assalti dei temuti oggetti persecutori (angoscia paranoide), e dall'altra rassicurare rispetto alla paura di aver distrutto l'oggetto buono con la propria aggressività (angoscia depressiva). Kohut (1971, 1978) ha invece sottolineato come l'oggetto(-Sé) idealizzato serva a sviluppare, mantenere e rafforzare uno dei componenti della struttura psichica, quel «polo degli ideali» che ha la funzione di guidare il comportamento e regolare gli affetti. Per Mitchell (2002), infine, l'idealizzazione (e, inevitabilmente, l'illusione) aiuta il soggetto a «costruire la realtà» con i propri oggetti significativi: la sua appropriatezza dipende dall'intensità con cui è mantenuta e dal contesto in cui si esprime.

morte del coniuge o del genitore, o per una separazione), può sviluppare manifestazioni patologiche che possono rendere necessario l'intervento psichiatrico. In molti casi parte immediatamente la ricerca di un altro partner a cui aggrapparsi.

Va detto per inciso che lo stile difensivo dipendente è spesso caratterizzato da un uso massiccio della *negazione*. Gli individui dipendenti tendono a smussare i conflitti negando in se stessi la presenza di quegli impulsi ostili che, se espressi, costituirebbero un pericolo per il mantenimento del proprio ruolo di sottomessi e dei rapporti retti da questo ruolo. La *svalutazione* di sé, che coesiste con l'*idealizzazione* dell'altro, può però alternarsi a momentanee trasgressioni a fini espiatori. Le persone dipendenti possono anche giungere alla negazione del proprio bisogno di dipendenza, *razionalizzando* le proprie inadeguatezze, o *esteriorizzandole*, attribuendole a qualche circostanza sfortunata o a un'improbabile malattia somatica (può esserci comorbilità con disturbi fittizi e somatoformi).

Gli individui dipendenti spesso provengono da nuclei familiari con figure controllanti, inattendibili, ipercoinvolte e intrusive che in modi più o meno espliciti comunicano l'idea che l'autonomia è piena di pericoli e per questo va evitata, oppure che crescere e differenziarsi è come «tradire» i genitori (Masterson, Rinsley, 1975). A volte i pazienti dipendenti raccontano storie di subdole ricompense per aver dimostrato fedeltà ai genitori. Una diretta conseguenza di questo messaggio è che *essere dipendenti è l'unico modo per mantenere il legame* e che *crescere e individuarsi significa perdere l'amore materno*. Così il bambino «impara» a rinunciare all'autonomia, affidandosi agli altri anche per i problemi più banali. Da adulto, tenderà a cercare solo all'esterno una fonte di sicurezza e accudimento e si aspetterà passivamente che qualcuno prenda l'iniziativa di fornirgli il sostegno e la sicurezza di cui sente il bisogno. Oltre che da dinamiche familiari intrusive e controllanti, lo stile dipendente può svilupparsi anche in soggetti che, trattati dai caregivers come cose inutili e di poco valore, finiscono per *rifugiarsi in relazioni in cui sentono di avere un ruolo*, fosse anche quello della vittima. «Anche l'oblatività coatta – scrivono Liotti e Farina (28) – può essere un segno delle conseguenze relazionali dello di uno sviluppo traumatico».

Importanti contributi per la comprensione della personalità dipendente provengono anche dalla teoria dell'apprendimento sociale e dalla psichiatria interpersonale. Bandura (1977) ipotizza che il comportamento dipendente venga appreso, col rinforzo dell'adulto significativo, nel contesto della relazione bambino-caregiver, per poi essere generalizzato, nel corso dello sviluppo, a soggetti diversi (insegnanti, compagni, amici ecc.). Sullivan (1947) e Leary (1957) evidenziano l'importanza dei fattori accidentali (per esempio, una malattia prolungata o continui problemi di salute del bambino) che possono trasformare il genitore in una persona costantemente in allarme per il benessere del figlio.

Anche Bornstein (1993) e Lorna Benjamin (1996) sostengono l'esistenza di un legame diretto tra un atteggiamento parentale iperprotettivo-autoritario e lo sviluppo di tratti di personalità dipendente in età infantile, con conseguente rinforzo di comportamenti dipendenti che impediscono la nascita di quell'autonomia che si sviluppa tramite l'apprendimento per tentativi e errori.

Passando al versante psicoanalitico, secondo la teoria classica la dipendenza sarebbe strettamente connessa agli eventi databili allo stadio «orale» dello sviluppo psicosessuale (Freud, 1905). La frustrazione o la complementare eccessiva gratificazione dei desideri di questa fase determinerebbero una fissazione testimoniata dal permanere di desideri di matrice orale e da tratti di carattere spiegabili come una formazione reattiva o una sublimazione di questi desideri. La difficoltà a elaborare i conflitti edipici determinerebbe poi una regressione a questa fase primitiva dello sviluppo psicosessuale. La psicoanalisi freudiana sottolinea inoltre come la persona «orale dipendente» si sottometterà alla volontà altrui per ottenere sostegno e nutrimento anche in età adulta, dimostrerà una propensione a ricorrere al cibo, al fumo, al bere ecc. come strumenti di gratificazione dei desideri e difesa contro l'angoscia e avrà un atteggiamento tendenzialmente passivo, o reattivamente recriminatorio, verso le persone e le situazioni da cui può ottenere gratificazioni o subire frustrazioni<sup>12</sup>.

Con l'affermarsi dei modelli delle relazioni oggettuali cominciano ad affacciarsi letture alternative a quella pulsionale. Viene de-enfatizzato il ruolo delle attività orali (per esempio l'allattamento al seno) come fattore centrale nello sviluppo del pattern comportamentale del «carattere orale» e viene sottolineato, al contrario, il ruolo determinante delle qualità globali della relazione bambino-caregiver nello sviluppo dei tratti di dipendenza. «Se dipendenza significa veramente dipendenza – scrive Winnicott (1971, 128) – allora la storia del singolo bambino non può essere scritta nei termini del solo bambino. Deve essere scritta anche nei termini della situazione ambientale che va o che non va incontro ai bisogni della dipendenza».

Un contributo importante alla comprensione della dipendenza viene dalla psicologia del Sé e in particolare dai concetti di oggetto-Sé speculare (che riconosce, accetta, conferma e ammira il Sé nella sua grandezza, bontà e interezza), imago parentale idealizzata (che consente al Sé di fondersi con la sua «onnipotenza», calma, saggezza e forza) e oggetto-Sé gemellare. Da questa prospettiva, l'adulto che dipende in modo patologico da un'altra persona per la

---

<sup>12</sup> Facendo seguito alle iniziali speculazioni freudiane sull'eziologia e le dinamiche della dipendenza orale, diversi autori (Abraham, 1927; Fenichel, 1945) hanno esteso il modello classico suggerendo la distinzione tra due tipi di fissazione orale: una risultante dalla frustrazione eccessiva dei desideri orali, l'altra connessa a una loro eccessiva gratificazione. Il primo fenomeno darebbe luogo ai cosiddetti «pessimisti orali», ai quali veniva associato un tono depressivo dell'umore, un atteggiamento passivo-recettivo accompagnato da notevoli espressioni di insicurezza, rabbia e recriminazione ecc. Un'eccessiva gratificazione dei desideri orali caratterizzerebbe invece i cosiddetti «ottimisti orali», descritti come persone socievoli, estroverse, ambiziose e

propria sopravvivenza fisica e psicologica è un individuo che, nel corso dell'infanzia, non ha avuto la possibilità di sviluppare una struttura psichica adeguata a causa dei fallimenti empatici dei suoi oggetti-Sé. Resta il fatto, scrive Kohut (1984, 78), che «il passaggio dalla dipendenza (simbiosi) all'indipendenza (autonomia) è impossibile e le tappe evolutive della vita psicologica normale devono essere considerate tenendo presente la natura mutevole delle relazioni fra il Sé e i suoi oggetti-Sé, e non come una sostituzione degli oggetti-Sé con oggetti d'amore, né come passaggio dal narcisismo all'amore oggettuale».

Gli *infant researchers* hanno invece sottolineato la centralità dell'equilibrio tra i processi di autoregolazione e regolazione reciproca degli stati psico-fisiologici del Sé. Come sostenuto da Sander (2007), Stern (1985), Beebe e Lachmann (2002) e molti altri, la regolazione dei cicli alimentari, del ritmo sonno-veglia, delle emozioni e dell'autostima sono processi che fin dall'inizio avvengono in contesti diadici o multipersonali. La capacità di autoregolazione interagisce per tutta la vita con la regolazione relazionale reciproca, e *la patologia si struttura in quei contesti relazionali che inibiscono l'oscillazione dialettica tra la necessità di regolare se stessi e quella di regolare la propria relazione con l'altro*.

La dipendenza patologica, da questo punto di vista, può essere pensata come una relazione in cui il soggetto dipendente è vincolato a una perenne eteroregolazione e non riesce a sviluppare un'adeguata capacità di autoregolarsi – il che naturalmente implica che all'altro non è lasciata la possibilità di autoregolarsi senza doversi a sua volta «impegnare» nella relazione. Cosa che ci aiuta a capire la facilità con cui un soggetto dipendente promuove, nelle relazioni terapeutiche e in ogni altra relazione significativa, dinamiche caratterizzate dall'identificazione proiettiva e capaci di produrre vissuti controtransferali di disprezzo talora anche venato di sadismo o, al contrario, di compiacimento collusivo derivato dalle gratificazioni prodotte dall'idealizzazione e dal senso di potere.

## **Il disturbo dipendente di personalità**

C'è ancora una certa distanza tra il concetto di *dipendenza*, così come lo abbiamo studiato nella teoria e nella clinica psicoanalitiche, e quello di *personalità dipendente*, così come ci viene tramandato dalla diagnostica psichiatrica del DSM e dalla psicologia accademica. La ragione di questa distanza va cercata non solo nei diversi scopi e orizzonti di queste discipline, ma anche nel significato da attribuire alla parola dipendenza quando si fa costruito indagabile e misurabile (Birtchnell, 1991). Come ben dimostra ogni psicodinamica delle dipendenze, non possiamo raccogliere sotto un unico termine-ombrello comportamenti che comprendono le tossicomanie e le tossicofilie da droghe,

---

ottimiste. I tentativi di testare empiricamente queste ipotesi hanno prodotto risultati controversi e di difficile interpretazione (Kline, Storey, 1977; Masling, Schwartz, 1979).

alcol, farmaci, la *sexual addiction*, le dipendenze relazionali, le svariate forme di craving, e i disturbi dipendenti della personalità ecc.

L'isolamento reciproco in cui sono cresciute le diverse tradizioni diagnostiche (clinica, descrittiva, psicométrica) ha permesso lo sviluppo di metodologie proprie e intuizioni specifiche, ma ha anche ostacolato la comunicazione tra operatori. Un esempio tipico è il gap che ancora separa la diagnosi dalla formulazione del caso (Westen, 1998; Lingiardi, Shedler, Gazzillo, 2006; Lingiardi, 2009; Lingiardi, Gazzillo, Waldron, 2010).

Uno degli scopi di questo paragrafo è avviare un dialogo tra gli aspetti descrittivi-sintomatici della personalità dipendente e la loro formulazione dinamica. Superare gli aspetti del *labeling* ci permette di passare dalla *descrizione* della personalità dipendente alla *comprensione* della dipendenza relazionale. Non ci limiteremo dunque a descrivere i tratti delle personalità dipendenti, ma cercheremo di comprenderne il significato e la funzione, le complesse combinazioni, gli aspetti idiomatici, l'esperienza interna da cui scaturiscono. Valutare la personalità richiede la capacità di immergersi nel mondo interno unico di un'altra persona e al tempo stesso di ricondurre le sue caratteristiche ad aree comuni e condivisibili sul piano descrittivo.

Dopo una breve rassegna della diagnostica psichiatrica e psicologico accademica sulla personalità dipendente, verrà presentata una lettura basata su uno strumento, la *Shedler-Westen Assessment Procedure-200* (SWAP-200; Westen, Shedler, Lingiardi, 2003), che ci aiuta a distinguere tra un *disturbo* e uno *stile* di personalità e ci propone, tra gli altri, un fattore diagnostico molto utile sul piano clinico: il fattore *disforico dipendente-masochista*<sup>13</sup>. Termineremo quindi questa sezione con le descrizioni delle personalità dipendenti (con cenni alle dinamiche controtransferali e di trattamento) presenti nel *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (PDM Task Force, 2006), il primo tentativo di elaborare una nosografia psicodinamica completa e sistematica, basata tanto su studi clinici quanto su ricerche empiriche dinamicamente orientate.

## Psicologia accademica e DSM

Gli psicologi accademici hanno distinto alcune varianti della personalità dipendente riferibili alla media della popolazione. Oldham e Morris (1995), per esempio, descrivono un tipo «devoted»<sup>14</sup> del tutto simile al tipo «agreeing» di

---

<sup>13</sup> Carcione e Conti (2003; Carcione, 2003), dopo aver descritto gli stati mentali e gli schemi interpersonali caratteristici del paziente con disturbo dipendente della personalità, indicano tre cicli interpersonali prototipici: ciclo oblativo, ciclo caotico-disregolato, ciclo sado-masochista.

<sup>14</sup> Descritto come un soggetto zelante che mette il benessere altrui davanti a tutto. Si tratta di persone che attribuiscono alle loro relazioni il massimo valore, nella coppia come nell'amicizia. Preferiscono la compagnia alla solitudine e vivono con gli altri e per gli altri. Tendono ad assumere un ruolo passivo e a rimettersi alle opinioni e ai desideri della persona amata, della cui felicità godono «per interposta persona». Tendono a promuovere l'armonia tra sé e il partner e a incolparsi anche quando la responsabilità di un evento negativo non

Millon e Davis (1996): individui che adattano le proprie preferenze a quelle degli altri, sono inclini a fare concessioni pur di trovare soluzioni pacifiche ai conflitti, sono capaci di notevole empatia e hanno un modo di fare gentile, modesto e acritico che, rivolto anche a chi non li prende in considerazione, comunica un senso di accettazione incondizionata.

Basandosi sulle conclusioni di diversi studi statistici e sulle differenze del background patogenetico, Millon e Davis hanno creato una dettagliata sottotipizzazione della personalità dipendente (Tabella 1).

**Tabella 1.** Sottotipi della personalità dipendente secondo Millon e Davis (1996)

<i>Dipendente inquieto-preoccupato</i>	Presenta caratteristiche anche della personalità evitante; comportamento sottomesso, modesto e non-competitivo; mancanza di iniziativa e ansioso evitamento dell'autonomia; spiccata apprensività e timore generalizzato di perdere il supporto altrui; diversamente da molti dipendenti, può esprimere la paura della perdita con scoppi d'ira; disforia emotiva associata a potenti angosce abbandoniche.
<i>Dipendente accomodante</i>	Presenta caratteristiche anche della personalità istrionica; comportamento compiacente, socialmente gregario, teso a evitare il conflitto; ricercano l'armonia anche a spese dei propri valori di riferimento; preoccupati di ricevere approvazione dall'esterno, non esitano a sacrificarsi e tendono a ricoprire ruoli inferiori e subordinati; il comportamento accomodante ha il compito precipuo e disfunzionale di incoraggiare il partner a prendere il controllo sollevando il soggetto dalla percezione della propria incompetenza; sintomi depressivi con reazioni psicopatologiche anche gravi quando viene minacciata la stabilità della relazione.
<i>Dipendente immaturo</i>	Tendenzialmente puerile, rifiuta le responsabilità dell'adulto, preferisce attività infantili e cerca di relazionarsi principalmente con i bambini; si ritiene inesperto, poco sofisticato e incompetente, per cui giudica opprimenti le aspettative relative all'assunzione del ruolo di adulto; di fronte a incalzanti pressioni sociali o relazionali può manifestare ostilità.
<i>Dipendente inefficace</i>	Presenta caratteristiche anche della personalità schizoide; mancanza di vitalità, iniziativa, energia; affaticabile e poco spontaneo; resistente alle pressioni esterne, conduce un'esistenza dipendente e in parte svincolata dagli obblighi sociali; risponde alle difficoltà con un certo fatalismo; rispetto allo schizoide è però più empatico e socievole, in quanto è in grado di cogliere alcune sottigliezze nei rapporti che di norma sfuggono alla

---

ricade su di loro. Sono rispettosi dell'autorità e delle istituzioni e preferiscono lavorare in gruppo anche per poter seguire i consigli e le direttive altrui. Sono capaci di ricostituire legami affettivi significativi anche dopo aver subito perdite dolorose.

	comprensione della personalità schizoide.
<i>Dipendente che si annulla per gli altri</i>	Non solo subordina se stesso agli altri (caratteristica condivisa da tutti i dipendenti) ma tende alla totale fusione con i propri partner; man mano che aumenta la sua identificazione con l'altro significativo, la sua identità e le sue potenzialità si impoveriscono; privo di un sé proprio, attraverso la fusione nutre l'illusione di possedere una stabilità emotiva e una ragion d'essere; adotta valori e preferenze altrui; esempi classici sono le madri che vivono per i figli, o le mogli che vivono per la carriera del marito.

Al di là delle tipizzazioni, una definizione di personalità interessante per il clinico deve riguardare il modo in cui il soggetto risponde all'ambiente da un punto di vista cognitivo, affettivo, comportamentale e, va da sé, motivazionale, in modi che definiscono sia le sue disposizioni durevoli sia gli aspetti disfunzionali che potrebbero andare incontro a insight e cambiamento. Un punto di partenza è la definizione, operativa e sufficientemente generica, proposta da Bornstein (1993, 19) nella sua pluricitata monografia sulla personalità dipendente:

La dipendenza è uno stile (o un tipo) di personalità caratterizzato da quattro componenti principali: a) *motivazionale* (per esempio, forte bisogno di ricevere guida, approvazione, e sostegno dagli altri); b) *cognitiva* (per esempio, percezione di sé come tendenzialmente impotente e inefficace, accompagnata dalla credenza che gli altri siano potenti e sappiano governare le situazioni); c) *affettiva* (per esempio, tendenza a diventare ansioso e spaventato di fronte alla necessità o alla richiesta di funzionare in modo indipendente, soprattutto quando i risultati di questo sforzo devono essere valutati dagli altri); d) *comportamentale* (per esempio, tendenza a cercare aiuto, sostegno, approvazione, guida, e rassicurazioni dagli altri e a sottomettersi nelle relazioni interpersonali).

Era il 1993, e alcune edizioni del DSM avevano già detto la loro in tema di personalità dipendente, il più delle volte guidate dalle tipizzazioni di Millon e dalle ripartizioni temperamentali di Cloninger<sup>15</sup>.

Citata solo di passaggio nel DSM-I del 1952 (come sottotipo del disturbo passivo-aggressivo) e assente nel DSM-II, se non per un ambiguo riferimento alla «inadequate personality», è con i DSM-III, -III-R e -IV che la personalità dipendente prende forma diagnostica e status di disturbo: «un comportamento sottomesso e adesivo legato a un eccessivo bisogno di essere accudito». Per comodità di consultazione ne ricordiamo i criteri, corsivando le parole chiave attorno a cui è stata aggregata la problematica dipendente:

<sup>15</sup> Cloninger (Cloninger, Svrakic, Prysbeck, 1993) ha proposto di caratterizzare la personalità dipendente come bassa ricerca di novità, alto evitamento del danno e alta dipendenza dalla ricompensa. Data questa combinazione, Cloninger suggerisce che le caratteristiche di sottomissione, deferenza, tentativo di ingraziarsi gli altri, e ipersensibilità alla critica, alla frustrazione e alla punizione, sono ampiamente compatibili con la categoria diagnostica del disturbo dipendente di personalità.



Una situazione pervasiva ed eccessiva di necessità di essere accuditi, che determina comportamento sottomesso e dipendente e timore della separazione, che compare nella prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

- 1) ha difficoltà a prendere le decisioni quotidiane senza *richiedere un'eccessiva quantità di consigli e rassicurazioni*;
- 2) ha bisogno *che gli altri si assumano le responsabilità* per la maggior parte dei settori della sua vita;
- 3) ha *difficoltà a esprimere disaccordo verso gli altri* per il timore di perdere supporto o approvazione;
- 4) ha difficoltà a iniziare progetti o a fare cose autonomamente (per una *mancanza di fiducia nel proprio giudizio o nelle proprie capacità* piuttosto che per mancanza di motivazione o di energia);
- 5) può giungere a qualsiasi cosa pur di *ottenere accudimento e supporto da altri*, fino al punto di offrirsi per compiti spiacevoli;
- 6) si sente a disagio o indifeso quando è solo per *timori esagerati di essere incapace di provvedere a se stesso*;
- 7) quando termina una relazione stretta, ricerca urgentemente *un'altra relazione come fonte di accudimento e di supporto*;
- 8) *si preoccupa* in modo non realistico di essere lasciato a *provvedere a se stesso*.

Degli otto criteri suggeriti dal DSM-IV, cinque riguardano difficoltà nell'ambito interpersonale (1, 2, 3, 5, 7), due si riferiscono a problemi relativi all'immagine di sé (4, 6), e uno riguarda in particolare la sfera cognitiva (8). Più schematicamente, Perry (1995) riconduce i criteri a due set di tratti: dipendenza (1-5) e attaccamento insicuro (6-8).

Sostanzialmente immutato nel DSM-IV-TR, il disturbo di personalità dipendente sembrerebbe destinato a scomparire nel DSM-5 ([www.dsm5.org](http://www.dsm5.org))<sup>16</sup>, sostituito da un *personality disorder trait specified* descritto con i seguenti sotto-tratti del dominio dell'*affettività negativa*:

***Ansia***: *sentimenti intensi di agitazione, tensione, o panico in reazione a diverse situazioni; preoccupazione circa gli effetti negativi di esperienze spiacevoli passate e possibilità future negative; sensazione di paura, apprensione o senso di minaccia connesso alle incertezze; paura di andare in pezzi, perdere il controllo o trovarsi in imbarazzo.*

---

<sup>16</sup> Per commento introduttivo alle proposte del DSM-5 vedi Lingiardi, Gazzillo (2011).

***Insicurezza alla separazione:*** timore del rifiuto da parte di – e/o di separarsi da – altri significativi, associato alla paura di una dipendenza eccessiva e di una completa perdita di autonomia.

***Sottomissione:*** adattamento del proprio comportamento agli interessi e ai desideri altrui.

Per i clinici, psicoanalisti e non, la tassonomia dei disturbi della personalità proposta dal DSM ha comunque un valore limitato. Come osserva Nancy Mc Williams (1999):

Con il progressivo incremento dell'oggettività, della descrittività e della presunta ateoreticità del DSM [...] sono stati inevitabilmente minimizzati gli aspetti soggettivi e inferenziali della diagnosi, dai quali invece la maggior parte dei clinici di fatto dipende. C'è però un altro compendio di saggezza, trasmesso oralmente e dalle riviste di pratica clinica, che opera più o meno invisibilmente a fianco delle categorie empiricamente derivate del DSM: la conoscenza clinica, le inferenze determinate in modo complesso e le impressioni coerenti costruite a partire dalla disciplinata soggettività dei terapeuti. A livello di caso singolo, questi dati hanno sempre qualche difficoltà di coesistenza con l'etichetta diagnostica formale assegnata al paziente (p. XIX).

Per il DSM, sottolineano Dimaggio e Semerari (2003, 28), «il dipendente sperimenta senso di abbandono e reagisce per evitarlo, il paranoide, umiliato e offeso, lotta rabbiosamente per raddrizzare il torto. Nient'altro. Del senso pervasivo di terrore e debolezza che attanaglia i paranoidei, degli stati di ribellione rabbiosa che prendono il dipendente, neanche un cenno». In altri termini, la tassonomia del DSM sui disturbi di personalità non sempre riflette il modo in cui pensano i clinici ed è ambigua per quanto riguarda le sue fondamenta teoriche.

Inoltre, «c'è una comorbidità eccessivamente elevata tra le categorie diagnostiche, e spesso un paziente che soddisfa i criteri di un disturbo della personalità soddisfa contemporaneamente anche i criteri di altri 4 o 6 disturbi. Dopo un intervallo di 6 settimane l'attendibilità al test-retest delle diagnosi in asse II è bassa, a dispetto degli sforzi per ottenere dei criteri diagnostici oggettivi» (Shedler, 2002, 191).

Sul problema delle comorbidità del disturbo dipendente di personalità è il caso di aprire una parentesi: Westen e Shedler (1999a) hanno correlato le descrizioni composite di circa 500 pazienti reali con «pattern disadattivi di comportamento, emotività, cognizione e motivazione» con i prototipi diagnostici di pazienti ideali con un certo disturbo della personalità codificato secondo i criteri del DSM-III-R e IV. Le correlazioni più interessanti del disturbo dipendente sono con i disturbi depressivo (.79), evitante (.75), autofrustrante (.70), passivo-aggressivo (.47), borderline (.38), schizoide (.33). Numerosi studi hanno dimostrato l'esistenza di alte percentuali di comorbidità per i pazienti dipendenti

(Reich, 1987; Starcevic, 1992; Bornstein, 1995; Loranger, 1996; Lam *et al.*, 1996; Skodol *et al.*, 1996; Marshall, 1996; Alneas, Torgensen, 1997; Hoffart, Hedley, 1997). Tra le condizioni più frequentemente associate troviamo le diagnosi di depressione maggiore, disturbo bipolare, disturbi d'ansia, disturbi dell'alimentazione e da abuso di sostanze, disturbi fittizi e somatoformi. Nell'ambito dell'asse II le comorbilità più alte sono state empiricamente rilevate con i disturbi *evitante*, *istrionico*, *autofrustrante-masochistico*. Anche se la diagnosi di disturbo dipendente può affiancare quella di disturbo *borderline* (per una sovrapposizione tra i criteri relativi alla paura di essere abbandonati e alla ricerca di una figura di riferimento da cui ricevere sicurezza), i due disturbi possono essere differenziati tenendo conto di alcuni aspetti salienti delle rispettive modalità relazionali. I pazienti *borderline* tendono a reagire al temuto abbandono con rabbia e manipolazione, dirette sia verso il sé (comportamento autodistruttivo) sia verso gli altri (aggressioni e minacce); le loro relazioni sono caratterizzate da un'intensità e instabilità non riscontrabili tra i dipendenti. I pazienti dipendenti, al contrario, tendono a reagire alla separazione mostrandosi sottomessi e adesivi e operando negazioni sistematiche dei propri impulsi ostili.

Il proposito di sviluppare una tassonomia alternativa dei disturbi della personalità che fosse vicina alla clinica, sensibile dal punto di vista psicodinamico e empiricamente fondata, ha portato Shedler e Westen a promuovere un programma di ricerca sulla valutazione della personalità. La *Shedler-Westen Assessment Procedure-200* (SWAP-200) è stato il veicolo principale di questa ricerca: dal momento che consente di formulare sia diagnosi categoriali sia descrizioni dinamiche dimensionali, essa ci permette di studiare la personalità e i suoi disturbi in un modo che prima non era possibile, gettando così un ponte tra la psichiatria descrittiva e la formulazione psicodinamica dei casi clinici.

### **Lo stile dipendente-masochistico secondo la SWAP-200**

Applicando la SWAP-200 a un campione di soggetti affetti da disturbi della personalità diagnosticabili sull'asse II, Westen e Shelder (1999a, 1999b, 2000), hanno evidenziato empiricamente l'esistenza di 7 fattori/stili di personalità: 1) *disforico*, 2) *antisociale-psicopatico*, 3) *schizoide*, 4) *paranoide*, 5) *ossessivo*, 6) *istrionico*, 7) *narcisistico*. Poiché il primo fattore, il disforico, era molto ampio (includeva circa il 20% dei pazienti del campione), con una seconda Q-analisi sono stati identificati i sottofattori dei pazienti disforici: 1) *evitante*, 2) *depressivo (nevrotico) ad alto funzionamento*, 3) *con disregolazione emotiva*, 4) *dipendente-masochista*, 5) *con esteriorizzazione dell'ostilità*.

La Tabella 2 riporta, in ordine decrescente di descrittività, le caratteristiche che definiscono il profilo del soggetto dipendente-masochista empiricamente derivato con la SWAP-200 (il numero a sinistra indica la posizione nell'elenco dei 200 item che compongono lo strumento).

**Tabella 2.** Item della SWAP-200 più descrittivi dei pazienti che appartengono al sottofattore dipendente-masochista.

26	Tende a essere coinvolto/a o a rimanere in relazioni in cui subisce abusi emotivi o fisici.
17	Tende a ingraziarsi gli altri o a farsi sottomettere (per es., può acconsentire a cose che non condivide o fare cose che non vuole perché spera, in questo modo, di guadagnare il sostegno o l'approvazione altrui).
11	Tende ad attaccarsi agli altri in modo intenso o veloce; sviluppa sentimenti, aspettative ecc. che non sono giustificati dal contesto o dalla storia della relazione.
46	Tende a essere suggestionabile o facilmente influenzabile.
110	Tende ad attaccarsi o a coinvolgersi sentimentalmente con persone che non sono emotivamente disponibili.
77	Tende a essere eccessivamente bisognoso/a o dipendente; richiede rassicurazioni o approvazioni eccessive.
128	Fantastica di trovare l'amore ideale e perfetto.
171	Ha paura della solitudine; fa di tutto per non restare solo/a.
98	Tende ad aver paura di essere rifiutato/a o abbandonato/a dalle persone che per lui/lei sono emotivamente significative.
78	Tende a esprimere la propria aggressività in modi passivi e indiretti (per es., può fare errori, procrastinare, dimenticare, tenere il muso ecc.).
15	Non ha un'immagine stabile di chi sia o di chi vorrebbe diventare (per es., gli atteggiamenti, i valori, gli obiettivi o i sentimenti relativi a se stesso/a possono essere instabili e mutevoli).
45	Tende a idealizzare alcune persone in modi irrealistici; le vede come «totalmente buone», fino a escludere la presenza anche dei difetti umani più comuni.
180	Ha problemi nel prendere decisioni; tende a essere indeciso/a o a tentennare di fronte alle scelte.
199	Tende a essere passivo/a e poco assertivo/a.
117	È incapace di calmarsi o tranquillizzarsi da solo/a quando è stressato/a; ha bisogno di un'altra persona che lo/la aiuti a regolare gli affetti.

181	Tende a scegliere partner sessuali o amorosi inappropriati per età, status (per es., sociale, economico, intellettuale) ecc.
25	Ha difficoltà a riconoscere o esprimere la propria rabbia.
177	Cerca di convincere più volte gli altri del proprio impegno a cambiare, ma poi torna a comportarsi in modo disadattivo; vuole convincere gli altri che «questa volta è davvero diverso».

Mettendo a confronto i criteri DSM e SWAP per la diagnosi della personalità dipendente è subito evidente che, in entrambi i sistemi, i tratti principali sono l'eccessiva dipendenza dagli altri, il costante bisogno di essere rassicurato, accudito e aiutato, la paura esagerata della solitudine, del rifiuto, dell'abbandono. Ma il criterio che gli psichiatri e psicologi intervistati da Shedler e Westen hanno ritenuto più descrittivo del paziente dipendente non compare nella diagnosi DSM, rendendola in questo senso meno «relazionale»: «*Tende a essere coinvolto/a o a rimanere in relazioni in cui subisce abusi emotivi o fisici*».

Il fattore-Q *dipendente-masochista* sembrerebbe includere pazienti più disturbati di quelli diagnosticati al DSM come dipendenti. Esso comprende infatti una serie di item che hanno a che fare con difficoltà nella scelta e nella gestione delle relazioni (17, 11, 181 ecc), diffusione dell'identità (15), scissione e idealizzazione (45, 128), difficoltà nella regolazione emotiva (item 117, 25, 78). Le correlazioni più alte del fattore dipendente-masochista con i disturbi di personalità del DSM sono infatti con i disturbi dipendente (.47), istrionico (.42), autofrustrante (.33), borderline (.31) e depressivo (.23) (Westen, Shedler, 1999b).

Una ricerca da poco conclusa (Westen, Shedler, Bradley, DeFife, submitted), condotta su un campione di più di 1000 pazienti con una nuova versione della SWAP-200 (la SWAP-II), ha messo in evidenza un *disturbo di personalità dipendente-vittimizzato* sostanzialmente simile a quello dipendente masochistico appena descritto. Gli individui che corrispondono a questo prototipo:

«tendono a essere eccessivamente bisognosi e dipendenti, hanno paura della solitudine e temono di essere rifiutati e abbandonati. Tendono a ingraziarsi gli altri o a farsi sottomettere, spesso fanno cose che trovano sgradevoli, sperando, in questo modo, di guadagnare il sostegno e l'approvazione altrui, e tendono ad essere passivi e poco assertivi e a sentirsi deboli e impotenti. In genere sono persone indecise, suggestionabili o facilmente influenzabili, appaiono naif e innocenti e sembra che di come vanno le cose nel mondo ne sappiano meno di quanto ci si aspetterebbe. Spesso si legano ad altri non emotivamente disponibili e tendono a creare relazioni interpersonali nelle quali hanno il ruolo di chi si prende cura degli altri o li protegge. Tendono essere coinvolti o a rimanere in relazioni in cui subiscono abusi emotivi o fisici, o si mettono in situazioni pericolose senza che vi sia una giustificazione, non preoccupandosi abbastanza di soddisfare i propri bisogni. Si sentono indegni e privi di valore e hanno difficoltà nel

riconoscere o esprimere la propria rabbia. Invece di farlo, diventano depresse, autocritiche e autopunitive. Infine, tendono a esprimere la propria rabbia in modi passivi e indiretti, che possono suscitare negli altri rabbia o maltrattamenti».

Le implicazioni relazionali del fattore individuato da Westen e Shedler ci spingono a riflettere sugli aspetti dipendenti del *masochismo relazionale*. È bene chiarire che esso non ha alcuna implicazione necessaria con quella che viene comunemente chiamata perversione sado-masochista:

Il termine «masochismo», così come viene usato dagli psicoanalisti, non significa amore per il dolore e la sofferenza. La persona che si comporta in modo masochistico tollera il dolore e la sofferenza nella speranza, cosciente o inconscia, di un qualche bene maggiore. Quando un osservatore analitico definisce masochistico il comportamento di una moglie maltrattata che rimane con un uomo violento, non la sta accusando di provare piacere a essere picchiata. L'implicazione è, piuttosto, che le sue azioni tradiscono la convinzione che la sopportazione della violenza le consentirà di ottenere uno scopo che giustifica la sofferenza (per esempio, tenere unita la famiglia), o le eviterà qualche situazione ancor più dolorosa (come l'abbandono totale), o entrambe le cose. L'osservazione suggerisce però che tale calcolo non funziona e che rimanere con il marito violento è oggettivamente più distruttivo e pericoloso di quanto sarebbe lasciarlo; tuttavia la donna continua a comportarsi come se il proprio benessere dipendesse dalla sopportazione dei maltrattamenti (McWilliams, 1994, 284).

## **Il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM)**

Frutto della cosiddetta Alliance of Psychoanalytic Organizations<sup>17</sup>, il *Manuale Diagnostico Psicodinamico* è un'opera di grande rilievo scientifico e politico: si tratta infatti della prima nosografia sistematica dei disturbi psichici esplicitamente fondata su un modello psicodinamico e sostenuta da solidi dati di ricerca empirica. Pubblicato negli Stati Uniti nel 2006 e tradotto in Italia nel 2008, il PDM si propone come manuale complementare al DSM. Uno dei suoi principali obiettivi, infatti, è la promozione di una cultura diagnostica capace di affiancare alla diagnosi-label una *formulazione del caso*, sviluppando così una conoscenza del paziente idiografica oltre che nomotetica, e quindi utile alla pianificazione di interventi terapeutici mirati e attenti al contesto.

Tassonomia di *persone* più che di *malattie*, il PDM dà per scontata sia la *comorbilità* tra diversi disturbi psichici e di personalità sia la possibilità che uno stesso disturbo si presenti con manifestazioni cliniche variegata. In quest'ottica, le sindromi non sono intese come cluster di sintomi costantemente congiunti, ma

---

<sup>17</sup> Un network di clinici e ricercatori composto da: American Psychoanalytic Association, International Psychoanalytical Association, Division of Psychoanalysis 39 dell'American Psychological Association, American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, National Membership Committee on Psychoanalysis in Clinical Social Work. Tra gli autori di maggior rilievo della *task force*, ricordiamo S.I. Greenspan, N. McWilliams, S.R. Wallerstein, O.F. Kernberg, D. Westen, S.G. Blatt, P. Fonagy.

come *Gestalt* o «*tipi ideali*» a cui i pazienti reali possono approssimarsi in misura maggiore o minore. Il sistema diagnostico PDM tiene in considerazione contemporaneamente diversi fattori: la struttura della personalità come «contenitore» di sintomi e sindromi (Asse P); i livelli e le componenti del funzionamento mentale (Asse M); la presenza dei sintomi e l'esperienza soggettiva che i diversi pazienti ne fanno (Asse S); la dimensione evolutiva della diagnosi; il rilievo di dimensioni implicite e inferenziali del funzionamento psichico; la possibilità di una lettura sia categoriale sia dimensionale della diagnosi.

L'Asse P di questo manuale, cioè la sezione dedicata alla diagnosi del livello di organizzazione e degli stili di personalità prevalenti in soggetti adulti, curata da Nancy McWilliams, Drew Westen, Jonathan Shedler, Otto Kernberg, Eve Caligor e Habby Herzig, chiarisce che *pattern dipendenti di personalità* possono essere rilevabili tanto in pazienti di organizzazione nevrotica quanto in pazienti con organizzazione borderline. E, a seconda del livello di organizzazione di personalità in cui si sviluppano, cambia la gravità delle loro manifestazioni.

Secondo il PDM, i pattern dipendenti della personalità sono caratterizzati dal fatto che la definizione di sé delle persone che ne sono caratterizzate dipende dalle loro relazioni interpersonali, nelle quali ricercano sicurezza e soddisfazione. A tale scopo, questi individui mettono in atto «strategie di presentazione di sé» funzionali a facilitare le relazioni, come ingraziarsi gli altri, supplicare, servire da esempio, autopromuoversi e talora perfino intimidire. Stabilire e mantenere rapporti di cura e di sostegno dove rivestono un ruolo sottomesso è per loro essenziale: solo quando riescono a costruire legami di questo tipo, infatti, i soggetti dipendenti si sentono a proprio agio. La ragione di questo comportamento va ricercata nella sensazione di incapacità che sperimentano quando sono sole con se stesse, che si associa a una costante considerazione degli altri come più forti ed efficaci. Poiché ansia di prestazione e paura della critica e dell'abbandono sono tra le loro principali preoccupazioni emotive, questi pazienti di solito esprimono i loro sintomi psicologici quando la loro relazione fondamentale inizia a vacillare.

In linea di massima, il controtransfert del clinico è inizialmente improntato alla benevolenza, per poi progressivamente connotarsi di un senso di «pesantezza» dovuto all'eccessiva condiscendenza di questi pazienti. I soggetti dipendenti in genere idealizzano il terapeuta, tentano di diventare speciali ai suoi occhi e, più che provare a conoscersi meglio, cercano consigli e rassicurazioni circa il fatto di essere «buoni pazienti». A questo proposito, è importante osservare che i pazienti dipendenti possono sottoporre il terapeuta a test inconsci per verificare se incoraggia i loro impacciati tentativi di raggiungere una maggiore autonomia o si compiace del ruolo di esperto e consigliere che cercano di attribuirgli. Il clinico è quindi richiamato a resistere all'invito seduttivo di trasformarsi in un'autorità onnisciente, sostenendo il paziente nei suoi tentativi di

funzionare in modo autonomo e facendo da contenitore delle ansie che emergono nel corso della terapia. Il terapeuta, continua il PDM, dovrebbe inoltre essere in grado di cogliere e accettare i segnali di rabbia e altri sentimenti aggressivi di questi pazienti, anziché colludere con la loro spinta a evitare gli affetti negativi, aiutandoli così a consolidare il senso di agency e di orgoglio per le loro realizzazioni.

Il PDM sintetizza così le caratteristiche che definiscono i *pazienti dipendenti*:

*Pattern costituzionali-maturativi*: possibile attitudine alla calma, sociofilia.

*Tensione/preoccupazione principale*: mantenere/perdere le relazioni.

*Affetti principali*: piacere nella sicurezza dell'attaccamento; tristezza e paura nella solitudine.

*Credenza patogena caratteristica relativa a se stessi*: sono inadeguato, bisognoso, helpless.

*Credenza patogena caratteristica relativa alle altre persone*: gli altri sono forti e io ho bisogno delle loro cure.

*Modi principali di difendersi*: regressione, capovolgimento, evitamento.

*Sottotipi*: versioni passivo-aggressive dei disturbi dipendenti di personalità e disturbi contro-dipendenti di personalità come manifestazione opposta.

Il PDM riconosce un sottotipo caratterizzato da aggressività passiva e lo considera una manifestazione specifica del disturbo dipendente di personalità, quella *passivo-aggressiva*, appunto. Come i paranoidei, gli individui dipendenti passivo-aggressivi tendono ad aggredire gli altri nella convinzione di anticipare un attacco che si aspettano di ricevere, ma a differenza dei paranoidei manifestano la loro aggressività in modo obliquo; come gli individui masochisti, si aspettano di essere maltrattati, ma a differenza loro passano attivamente al contrattacco; presentano infine preoccupazioni basilari di natura narcisistica, ma a differenza dei pazienti narcisistici hanno una maggior capacità di coinvolgimento interpersonale. I pazienti con pattern dipendenti di tipo passivo-aggressivo sono inclini a definire se stessi in riferimento agli altri, ma a differenza dei soggetti dipendenti *tout court* valutano queste ultime in modo negativo. Molto impegnati a contrastare i piani degli altri, difficilmente riescono a perseguire i propri con successo.

I pattern controtransferali del clinico che tratta pazienti dipendenti passivo-aggressivi contemplan sentimenti negativi di impazienza e irritazione, che emergono molto rapidamente durante la terapia; occorre sottolineare peraltro che questi pazienti possono risultare del tutto inconsapevoli del grado di ostilità che riescono a suscitare. Il terapeuta deve utilizzare senso dell'umorismo e una certa dose di calma per fronteggiare la reazione aggressiva che questi pazienti a volte



oppongono ai suoi tentativi di stabilire una relazione di attaccamento; al tempo stesso dovrebbe fare attenzione a non manifestare un eccessivo coinvolgimento rispetto ai loro progressi, al fine di non cementare la loro oppositività. Tra gli obiettivi della psicoterapia di questi pazienti vi sono la denominazione dei loro affetti negativi e la differenziazione delle espressioni verbali dell'aggressività da quelle comportamentali. Altra meta importante è il rinforzo del senso di identità e dell'attitudine a riconoscersi come soggetti attivi anziché come «oggetti» delle azioni altrui da sabotare.

In sintesi, queste sono le caratteristiche essenziali della *variante passivo-aggressiva dei disturbi dipendenti di personalità* secondo il PDM:

*Pattern costituzionali-maturativi*: sconosciuti; possibile irritabilità, aggressività.

*Tensione/preoccupazione principale*: tollerare i maltrattamenti/ vendicarsi.

*Affetti principali*: rabbia, risentimento, piacere negli agiti ostili.

*Credenza patogena caratteristica relativa a se stessi*: l'unico modo per avere dignità è sabotare le realizzazioni altrui.

*Credenza patogena caratteristica relativa alle altre persone*: tutti vogliono che io mi conformi alle loro regole.

*Modi principali di difendersi*: proiezione (della propria negatività sugli altri), esteriorizzazione, razionalizzazione, diniego.

Il PDM descrive anche una «manifestazione opposta» dei disturbi dipendenti di personalità, cioè uno stile di personalità che condivide i temi nucleari del disturbo dipendente, ma mostra una fenomenologia clinica opposta: il *disturbo contro dipendente*.

Questo pattern descrive gli individui collocati da Bornstein (1993) all'estremo della dipendenza inflessibile (distacco privo di relazioni) di quel continuum che ha inizio dalla dipendenza disfunzionale (sottomissione) passando per una sana interdipendenza (relazionalità). L'assoluta autonomia che questi soggetti cercano di perseguire non sarebbe altro che una pseudo-indipendenza funzionale a dissimulare intensi bisogni di dipendenza che vengono allontanati dalla coscienza mediante le difese del diniego e della formazione reattiva. I pazienti contro dipendenti svalutano la manifestazione dei bisogni e i segnali di fragilità emotiva sia in se stessi sia negli altri e sono fieri della propria capacità di prendersi cura di sé. In alcuni casi, per procurarsi una «giustificazione plausibile» alle loro richieste di cure, possono arrivare a procurarsi «involontariamente» una malattia o qualche altro tipo di danno. Nonostante si ritengano coloro da cui gli altri dipendono, spesso le persone contro dipendenti presentano un oggetto segreto di dipendenza: una sostanza, un partner, una persona autorevole o un sistema di idee.

Poiché nella maggioranza dei casi questi pazienti sono spinti in terapia dai loro partner, che sentono la mancanza di un'intimità autentica nel rapporto con loro, il clinico deve essere preparato a resistere per un tempo sufficientemente lungo al modo in cui essi reclamano difensivamente la propria indipendenza, così da permettere il crearsi di un'alleanza terapeutica. L'obiettivo principale del trattamento è l'accettazione dei loro bisogni di dipendenza come qualcosa di naturale, e il conseguente abbandono delle difese contro-dipendenti, compito che passa per l'elaborazione dei sentimenti di lutto per i bisogni di dipendenza rimasti frustrati nell'infanzia.

Ecco, in sintesi, le caratteristiche dei *pattern contro-dipendenti di personalità* secondo il PDM:

*Pattern costituzionali-maturativi*: sconosciuti; probabilmente una maggior aggressività di quella dei soggetti apertamente dipendenti.

*Tensione/preoccupazione principale*: dimostrare la propria mancanza di dipendenza, della quale si vergognano.

*Affetti principali*: disprezzo, diniego delle emozioni «più deboli» (paura, tristezza, invidia, nostalgia).

*Credenza patogena caratteristica relativa a se stessi*: non ho bisogno di nessuno.

*Credenza patogena caratteristica relativa alle altre persone*: gli altri dipendono da me e hanno bisogno che io sia «forte».

*Modi principali di difendersi*: diniego, capovolgimento, agiti.

Il PDM descrive dunque un pattern dipendente che presenta elementi comuni al tipo DSM, ma ne specifica in modo più accurato le dinamiche; propone inoltre una seconda tipologia di dipendenza, quella passivo-aggressiva, in cui le componenti di ostilità sono espresse in modo più palese, anche se indiretto; e un pattern contro-dipendente fenomenologicamente opposto ai primi due, ma analogo in quanto a dinamiche di base.

La versione masochistica della dipendenza messa in evidenza dalla SWAP viene invece diagnosticata dal PDM sotto l'etichetta di *pattern masochistici, o auto-frustranti, di tipo relazionale*, in genere organizzati a un livello borderline di personalità. I soggetti autofrustranti in genere vogliono essere commiserati per le situazioni di sofferenza nelle quali finiscono sistematicamente per trovarsi, e sembrano quindi più dediti a mostrare l'entità delle loro sventure che a superare le proprie difficoltà, e associano inconsciamente la propria sofferenza personale alla disponibilità altrui, come se l'unico modo per stabilire e mantenere un legame fosse quello di soffrire. Nel corso di una terapia, questi pazienti possono danneggiarsi o farsi del male in vari modi al solo scopo di vendicarsi di qualche mancanza, reale o presunta, del terapeuta. I pattern controtransferali sono inizialmente improntati a un intenso compatimento del paziente, che può anche

manifestarsi in agiti «masochistici» del terapeuta, come fissare sedute in orari scomodi o drastiche riduzioni del proprio compenso; ben presto, però, questi sentimenti possono cedere il passo a irritazione o a forme velate di sadismo. L'atteggiamento di ascolto empatico e benevolo, che di solito aiuta le personalità depressive, può cementare la credenza patogena masochistica che sia la sofferenza a incentivare la relazione, e rafforzare quindi, sia pur in modo involontario, l'attitudine autodistruttiva di questi individui. È dunque spesso opportuno un atteggiamento lievemente confrontativo che aiuti questi pazienti a comprendere il loro contributo alle proprie ripetute sventure. Ecco, in sintesi, le caratteristiche dei *pattern masochistici di tipo relazionale* secondo il PDM:

*Pattern costituzionali-maturativi*: nessuno conosciuto.

*Tensione/preoccupazione principale*: soffrire/perdere le relazioni

*Affetti principali*: tristezza, rabbia, senso di colpa.

*Credenza patogena caratteristica relativa a se stessi*: la mia evidente sofferenza serve a mantenere le mie relazioni di attaccamento.

*Credenza patogena caratteristica relativa alle altre persone*: le persone si occupano degli altri solo quando questi sono in difficoltà.

*Modi principali di difendersi*: introiezione, identificazione proiettiva, rivolgimento contro il sé.

Dopo questo lungo excursus diagnostico, cerchiamo di comprendere meglio, da un punto di vista clinico e dinamico, il complesso intreccio tra dipendenza, aggressività e relazionalità.

### 3. OSSERVAZIONI CLINICHE

*Non ho altra vita che questa –  
Da condurre qui –  
Né altra morte – per tema  
Che mi scacciassi da lì –*

*Non ho vincoli con universi futuri –  
Né azioni nuove –  
Se non entro quest'orbita –  
Il tuo potere –*

*È strano che la cosa più intangibile sia la più adesiva.*  
Emily Dickinson, J 1398.<sup>18</sup>

Come fa notare Foucault (1976, 1972-1977), un sistema di potere non è semplicemente una forza che impone un divieto, ma anche qualcosa che attraversa

---

<sup>18</sup> Lettera a Samuel Bowles contenente la poesia J1398 che qui riporto nella traduzione di Annalisa Cima e Eugenio Montale.

la realtà e produce piacere, conoscenza e discorso – finendo implicitamente per creare anche chi si rivolterà contro di esso. «Se il potere fosse sempre e soltanto repressivo, se dicesse sempre e soltanto no, saremmo davvero portati all'obbedienza?». In che modo il dominio è radicato nel cuore di chi è dominato? «Ridurre il dominio a una semplice relazione tra chi agisce e chi subisce significa sostituire all'analisi l'indignazione morale» (Benjamin, 1988, 15).

Il tema della personalità dipendente finisce inevitabilmente per intrecciarsi con quello del masochismo e delle perversioni relazionali (Coen, 1992; Hirigoyen, 1998; Filippini, 2005), a loro volta formati nel percorso transgenerazionale di vicende familiari traumatiche e violente.

Freud (1924) definisce il *masochismo morale* come l'erotizzazione del senso di colpa edipico<sup>19</sup> e la conseguente ricerca di una punizione che diventa fonte di godimento. In linea con questa tradizione, Kernberg (1995) vede nella patologia masochistica di livello nevrotico un conflitto inconscio tra la sessualità e il Super-Io. «Nel regno del masochismo morale – dice – si paga un prezzo per avere il piacere» (145). Non solo ascrivibile a vicissitudini edipiche, il masochismo, nelle sue manifestazioni di livello borderline, può essere ricondotto, secondo Kernberg, all'aggressività costituzionale o a una relazione traumatica con l'oggetto primario. Raggiungere un'integrazione soddisfacente di libido e aggressività diventa in questo caso un compito difficile, e il desiderio di fondersi nuovamente con un sostituto materno si tinge di dolore e distruttività.

La collusione inconscia della coppia – scrive Kernberg (1995, 156) – può trasformare una relazione soddisfacente in un incubo [...] la reciproca proiezione di richieste e proibizioni sadiche del Super-Io viene rinforzata da un comportamento reciprocamente colpevolizzante, quando i partner si identificano con i propri introietti superegoici sadici.

Anche i teorici dello scambio sociale (Kelley, 1979) hanno messo in evidenza i meccanismi di possesso e potere che agiscono nella coppia dipendente, dove qualcuno ha la discrezionalità di fornire o negare qualcosa di cui l'altro ha bisogno. L'aspetto disfunzionale delle relazioni di coppia caratterizzate da spiccata dipendenza è associato alla rigidità dei ruoli e alla fissità delle posizioni, un'inflexibilità che si evidenzia nei fenomeni della *codipendenza* e della *collusione*. Queste ultime possono essere considerate organizzazioni difensive a due in cui contenuti scissi e identificazioni proiettive si potenziano a vicenda (Cleavelly, 1993; Kernberg, 1995; De Masi, 1999).

---

<sup>19</sup> Freud distingue il *masochismo erogeno* (che deriva da una fusione parziale della libido e dell'aggressività dirette contro il proprio corpo), dal *masochismo femminile* (conseguenza dell'identificazione con la madre nella «scena primaria» sadica) e dal *masochismo morale*. In quest'ultimo, l'intensità del senso di colpa e del bisogno di punizione affonda le sue radici nel complesso edipico: i desideri incestuosi e soprattutto gli impulsi parricidi sarebbero il peccato originale da scontare.

Porsi in una posizione secondaria al solo fine di mantenere il sostegno e l'approvazione può anche indicare che il soggetto vive l'ipotesi del fallimento come un'esperienza devastante: un aspetto della personalità dipendente che ha margini di sovrapposizione con quella narcisistica. A questo proposito, Kernberg (1995, 156) segnala l'importanza di differenziare i pazienti con «personalità *masochistiche* con rinforzo narcisistico secondario di schemi masochistici» da quelli con «personalità *narcisistiche* la cui caotica vita amorosa può far pensare a schemi masochistici». Entrambi tendono a cercare partner idealizzati e potenzialmente irraggiungibili, ma mentre i primi hanno comunque la capacità di sviluppare relazioni oggettuali profonde, pur con partner frustranti e sadici, i secondi, organizzati a un livello borderline, una volta che i partner sono diventati raggiungibili, finiscono inevitabilmente per svalutarli.

Sandra Filippini (2005) parla di «perversione relazionale» o di «relazionalità perversa» per descrivere quei legami che, al di là dell'ambito strettamente sessuale, si sviluppano sul terreno di strutture narcisistiche della personalità, in particolare dove l'equilibrio narcisistico deve essere mantenuto manipolando e maltrattando un'altra persona. Al di là dell'aspetto funzionale della dimensione narcisistica (Stolorow, 1975), il termine viene usato anche in riferimento alla categoria del «narcisismo distruttivo» (Ronsenfeld, 1964, 1971) per definire relazioni d'oggetto basate sull'onnipotenza grandiosa e distruttiva e sulla negazione della dipendenza e dell'amore per oggetti vissuti come diversi da sé.

Per quanto possa essere disagevole – affermano Ponsi e Filippini (2003) – per la propria identità venire manipolato, o anche solo ignorato, da un narcisista grandioso, il danno ricevuto è inferiore a quello inflitto dal narcisista-perverso: per quest'ultimo l'oggetto non è solo uno strumento occasionale utile a mantenere alta l'immagine di sé, ma una vera e propria preda che egli soggioga e sfrutta a proprio vantaggio. Anche nella relazione narcisistico-perversa l'oggetto viene usato con la finalità di mantenere il sé coeso, ma ciò avviene con mezzi che vanno oltre l'uso dell'oggetto come supporto e specchio del proprio sé grandioso. Il rifornimento narcisistico nella relazione narcisistico-perversa si effettua in altre parole con un surplus di danneggiamento e di manipolazione nei confronti dell'oggetto perché entrano in gioco i mezzi tipici della perversione – e cioè il diniego e la scissione messi in atto con il piacere specifico di umiliare e distruggere, oltre a quella peculiare capacità, tipica della perversione, di alterare la realtà. Il narcisista perverso è «narcisista» in quanto lavora per mantenere la propria autostima ed è «perverso» in quanto fa pagare ad altri il prezzo della difesa dal collasso del sé.

Coen (1992) sostiene che trattare l'altro in modo «improprio e crudele» serve a evitare/espellere le parti di sé conflittuali o danneggiate, ma finisce per produrre una sorta di «dipendenza» del maltrattante nei confronti del maltrattato. Coen descrive queste forme di dipendenza patologica come perversioni, «organizzazioni difensive stabili e molto resistenti al cambiamento a causa del

loro ruolo di protezione rispetto alla distruttività e di preservazione dal bisogno oggettuale» (281-282).

Nutrire la dipendenza del partner porta con sé i benefici connessi alla detenzione del potere e al tempo stesso tutela dal rischio della perdita di un rapporto. La dipendenza dell'altro può essere coltivata in molti modi: spingerlo verso obiettivi che non può raggiungere da solo; persuaderlo di non possedere risorse adeguate per un dato scopo; convincerlo di non avere alternative, ecc.

Le dinamiche delle coppie che includono un soggetto dipendente sono state studiate prevalentemente in relazioni eterosessuali dove l'elemento dipendente è di genere femminile. Il fatto che il disturbo dipendente di personalità sia diagnosticato con più frequenza nelle donne (Bornstein, 1996; Loranger, 1996) è correlabile all'esistenza di stereotipi di genere che favoriscono la dipendenza delle donne e al tempo stesso consentono un'espressione più vistosa e socialmente «organizzata» della loro dipendenza. Le teoriche femministe hanno rivelato i legami tra genere, coppia e aggressività che spesso portano l'elemento maschile ad assumere su di sé l'illusoria dimensione dell'onnipotenza espellendo e proiettando nell'«altro femminile» la dimensione della dipendenza (Chodorow, 1978; Benjamin, 1988, 1995) – così che la femminilità viene a costituirsi come luogo di tutto ciò che viene ripudiato in quanto non-maschile (cfr. Freud, 1925).

Le testimonianze di molte donne mostrano il progressivo isolamento fisico e emotivo in cui vengono costrette dal partner (Coen, 1992, Dutton, 1998), finalizzato non solo alla riduzione o all'annullamento dei contatti con familiari e amici, ma anche all'abbandono di attività lavorative extradomestiche. L'obiettivo del partner, in questi casi, non è solo quello di provocare una dipendenza economica, ma anche di eliminare ogni possibile alternativa alla relazione. In queste coppie, il comportamento degli uomini denuncia, oltre a una grave compromissione della loro funzione riflessiva, anche la loro stessa dipendenza: senza la loro donna da controllare e dominare, si sentirebbero soli in modo intollerabile (Fonagy, 1998; Dutton, 1998). Anche la più piccola manifestazione di autonomia, fosse anche un nuovo taglio di capelli, rappresenta per loro una minaccia alla sicurezza emotiva. Mantenere il partner in uno stato di completa subordinazione diviene, di conseguenza, una priorità che serve a celare una dipendenza affettiva non riconosciuta e identificata proiettivamente nell'altro (Sonkin, 1987; Murphy, Meyer, O'Leary, 1994; Dutton, Golant, 1997). Questa patologica assunzione degli stereotipi di genere è in grado di produrre donne che depressivamente idealizzano e insonsciamente invidiano il potere e la (apparente) sicurezza dell'uomo che loro non potranno mai essere. Come vedremo dalle argomentazioni della Benjamin (1988), la tensione universalmente presente tra dipendenza/legame/identità e autonomia/separatezza/differenza trova nelle relazioni di coppia che abbiamo descritto un terreno fertile per uno scambio di proiezioni connotate in relazione al genere, dove donna significa «oggetto dipendente» e uomo significa «soggetto autonomo».

## Ti dò i miei occhi

Notte, interno di un appartamento di Toledo. Una giovane donna, Pilar, sveglia un bambino, lo veste in fretta, riempie una borsa con poche cose. È terrorizzata. Scende in strada in pantofole, tenta invano di fermare un taxi, sale su un autobus tutta tremante. Arriva a casa della sorella Ana, che l'accoglie con un abbraccio. Capiamo subito che Pilar è in fuga dal marito, Antonio, un uomo iracondo e violento che la picchia regolarmente. Il problema è che i due «si amano». La violenza che distrugge la loro relazione è pari alla passione che li vincola e al bisogno, quasi compulsivo, che hanno uno dell'altra. Antonio corre da Pilar, le promette che cambierà, che si curerà; ma poi, la gelosia, l'insicurezza, la paura di perderla, lo riconsegnano ogni volta a un'impulsività indomabile. Proprio come, ogni volta, la dipendenza affettiva, la speranza di vedere il marito cambiare, la certezza di essere davvero speciale per lui, la tenerezza di un accudimento patologico, riportano Pilar sulla strada di casa.

*Ti dò i miei occhi*, della regista spagnola Icíair Bollaín (2003), è una trasposizione narrativa molto riuscita di ciò che Fonagy (1998) descrive nel suo scritto sugli «uomini che esercitano violenza sulle donne». Per Fonagy, la violenza relazionale è una risposta esagerata del sistema di attaccamento. Come altri autori (Bowlby, 1988; Mayselles, 1991; Dutton *et al.*, 1994; Dutton, 1998; West, George, 1999) egli avanza l'ipotesi che fare del male al proprio partner rappresenti un'esagerazione o una perversione del comportamento di attaccamento. L'intensità e la forza di tale abuso possono essere viste come reazioni a un attaccamento insicuro da parte di uomini con limitate capacità di mentalizzazione che sono stati in passato a loro volta abusati o che hanno assistito a scenari familiari violenti e traumatici.

L'atto violento avrebbe una funzione duplice: ricreare e risperimentare il sé alieno<sup>20</sup> all'interno dell'altro, così da recuperare un senso di coerenza del proprio Sé, e distruggerlo nella speranza inconscia che scompaia per sempre. Quando vedono il terrore negli occhi delle loro donne, questi uomini si sentono rassicurati. Le loro successive suppliche di perdono sono sincere, perché in qualche modo loro stessi «dipendono» da una relazione in cui è possibile questo tipo di esteriorizzazione.

---

<sup>20</sup> Secondo Fonagy e Target (2001, 212), l'area dei disturbi borderline avrebbe la sua origine in uno sviluppo inadeguato della funzione riflessiva, che spiegherebbe la scarsa capacità di regolazione affettiva, il frequente ricorso a difese di acting, la difficoltà a gestire le relazioni intime e l'assenza di un sé coeso tipici di questi pazienti. Chi ha avuto un caregiver abusante non ha avuto la possibilità di interiorizzare una rappresentazione del sé come soggetto intenzionale e ha dovuto invece interiorizzare le rappresentazioni dello stato mentale del caregiver. Queste costituiscono appunto quei «sé alieni» che sciolgono la continuità della propria identità, determinano un senso di falsità della propria esistenza e vengono «espulsi» per mezzo di un meccanismo analogo all'identificazione proiettiva che Fonagy ha chiamato *traslocazione rappresentazionale intersoggettiva*.

La storia di Antonio e Pilar mostra in modo esemplare come gli uomini violenti con le loro donne non riescano a tollerare la solitudine, che li fa sentire vulnerabili e abbandonati. Spesso le peggiori esplosioni di violenza avvengono in concomitanza di «promozioni» sociali o professionali delle loro donne: nel film, quando Pilar trova un lavoro prima come cassiera e poi come guida turistica.

Fonagy racconta il caso di un uomo che, perso il lavoro e costretto a passare le giornate a casa da solo, si lamentava di «avere troppo tempo per pensare»: «era chiaro – dice Fonagy (1998, 288) – che fino a quando aveva avuto un lavoro gli era stato possibile pensare alla moglie come spaventata e totalmente dipendente da lui. Stando a casa, disoccupato e costretto a riconoscere la competenza sociale della moglie, cominciò a vederla come una persona capace e di successo. Descrisse queste idee dal punto di vista emotivo, dicendo che lo facevano sentire completamente vuoto. Non c'era più nessuno che potesse incarnare la sua parte spaventata e dipendente».

Un altro aspetto caratteristico della violenza sulla partner è una tensione crescente con scoppi d'ira<sup>21</sup> accompagnati dalla sensazione di perdere il controllo (Walker, 1979). Tale impulsività è legata all'incapacità di rappresentarsi in maniera coerente i propri stati emotivi:

Temendo di venire abbandonati – continua Fonagy (1998, 288) – ricorrono subito a strategie pre-mentali di tipo fisico basate sull'azione; perdono la capacità di influenzare la partner modificando il loro stato mentale. Si stabilisce una sorta di condizione di impotenza pre-mentale appresa; questa viene più facilmente stimolata dalla minaccia di perdita del veicolo della loro rappresentazione di sé. Un giovane uomo ci spiegò come una leggera irritazione poteva trasformarsi in rabbia incontrollata. Mentre lui stava fuori a bere fino a tardi quasi tutte le sere, la sua partner doveva rientrare a casa non un secondo più tardi di quanto era stato stabilito. Un suo eventuale ritardo, qualsiasi ne fosse il motivo, era fonte di una rabbia che cresceva rapidamente, che egli riconosceva come irragionevole, ma che non gli era possibile contenere. La frase che usò per descrivere questo processo è rivelatrice: «Era come tenere in mano un ferro rovente, dovevo per forza lasciarlo andare, dovevo far sì che lo avesse lei». Il risultato può anche non essere una violenza fisica. Possono anche essere delle parole che suonano come tentativi di modificare le intenzioni dell'altro, ma che sono in realtà intimidazioni e

---

<sup>21</sup> Considerata l'escalation di tensione che si verifica durante le fasi precedenti lo scoppio di aggressività, le esplosioni di Antonio hanno un effetto che può sembrare catartico. Tuttavia, la «scarica pulsionale» costituisce solo una parte secondaria del processo. Sembra non esserci «piacere» durante questi episodi, semmai, come dice Fonagy (1998, 290), una sensazione «di ripristino di una Gestalt interiore». All'esplosione di violenza non segue uno stato di conflitto, ma «uno stato simile al recupero dell'omeostasi, anche se all'interno di una situazione caotica, come nell'occhio del ciclone» (*ibid.*). Una calma che rappresenta la riuscita distruzione dell'indipendenza psichica della donna, ancora una volta veicolo dei processi proiettivi patologici di Antonio – il quale ora potrà «serenamente» attraversare la fase del pentimento e del perdono, ricercato magari con un piccolo dono. Paradossalmente, questa reazione può stimolare il sistema di attaccamento di Pilar, che torna a prendersi cura del marito nel momento in cui percepisce che è di lei che Antonio ha bisogno. L'aspetto tragico è che il bisogno di Antonio non riguarda Pilar in quanto persona reale, e più lei è rassicurata dal suo apparente rimorso e dalle sue manifestazioni di pentimento, più si rilassa e permette alla sua individualità di emergere, e più fa sì che si avvicini il successivo episodio di violenza.



coercizioni. Lo scopo è il controllo fisico e il possesso del corpo della donna, del suo essere fisico. La gelosia opprimente di questi uomini non è un'espressione di amore o di desiderio, ma una rozza manipolazione che serve a tenere la partner imprigionata e disponibile come regolatore degli stati del Sé.

Per Antonio in questi momenti è impossibile anche solo contemplare la possibilità di «avere dei pensieri sbagliati». Anche per questo il tentativo terapeutico è di aiutarlo a «pensare» e verbalizzare le proprie emozioni prima di raggiungere il «punto di non ritorno» in cui la possibilità di «giocare con la realtà» è irrimediabilmente compromessa. Qualsiasi tentativo di Pilar di presentargli una versione alternativa degli eventi «è vissuto come una provocazione o un tentativo di farlo diventare pazzo. La possessività folle è accentuata da questa rigidità e univocità di prospettiva. Una simile primitiva esperienza di realtà psichica, che equipara l'interno all'esterno, segnala l'ansia crescente dell'uomo associata alla separazione mentale. Lei non è più ciò che lui ha bisogno che lei sia... Per tornare a *essere sua*, lei deve essere costretta al ruolo del bambino terrorizzato... Detto con le parole di uno dei nostri pazienti: “Bisognava darle una lezione”» (Fonagy, 1998, 289).

Il desiderio di «essere sua», figura di possesso icasticamente evocata dal titolo del film della Bollain, è la trappola amorosa di Pilar: rinuncia di sé e paura della separazione. Un'appartenenza totale che abolisce la propria intenzionalità: *ti dò i miei occhi*. Come la regista sembra suggerire, la storia familiare di molte donne coinvolte in relazioni masochistiche è anche una storia di svalutazione e indifferenza: figlie che si sono sentite invisibili, marginali o fallimentari, spesso rispetto a fratelli o sorelle privilegiati, oppure pazze e distruttive proprio perché si rifiutavano di diventare invisibili o anonime. La «scelta» di partner abusanti rispecchierebbe allora un desiderio distorto e degradato di essere viste, riconosciute (Goldner, 2004).

## **Il masochismo come perversione del desiderio di abbandonarsi**

Tra coloro che hanno esplorato l'incredibile complessità del bisogno umano di relazioni, nel duplice aspetto della dipendenza e dell'autodefinizione, un posto particolare spetta a Emmanuel Ghent (1990, 1992)<sup>22</sup>. Il suo concetto di *surrender* può infatti essere considerato un tentativo originale di studiare i fenomeni di dipendenza relazionale nelle loro forme estreme: il masochismo e il sadismo.

Vanno segnalati, per inciso, la suggestiva (involontaria) parentela di alcune idee di Ghent con le osservazioni della psicoanalista junghiana Rosemary Gordon (1987) sul masochismo come ombra archetipica del bisogno di adorare, e

---

<sup>22</sup> Autore di formazione interpersonale, ma molto influenzato dal lavoro di Winnicott e di Eigen (1981). Per una contestualizzazione di Ghent nella «svolta relazionale» vedi Lingiardi, Amadei, Caviglia, De Bei (2011).

l'esplicito riferimento alla psicologia dell'*amae* (come aspettativa di essere amato con indulgenza) e dell'*amaeru* (abbandonarsi) di Takeo Doi (1971, 1992; Young-Bruehl, 2003).

Per capire il pensiero di Ghent sono necessarie alcune precisazioni: il termine inglese «surrender» porta con sé un'ambiguità semantica che nella traduzione italiana può indurre a fraintendimenti. «Surrender» ha infatti il doppio significato di «arrendersi» e «abbandonarsi», ma è solo quest'ultimo quello che Ghent prende in considerazione: «niente a che fare con lo sventolare la bandiera bianca» (Ghent, 1990, 108). Per chiarire ulteriormente il campo semantico, l'autore stesso ne delimita i confini:

1. non è obbligatoria la presenza di un'altra persona, se non eventualmente come guida; ci si può abbandonare «in presenza di un altro», ma non «a un altro» come nel caso della sottomissione;

2. l'abbandonarsi non è un'attività volontaria: una persona non può scegliere di abbandonarsi, mentre può scegliere di sottomettersi. Si possono creare condizioni che facilitano l'abbandono, ma non si può fare in modo che avvenga;

3. la direzione ultima dell'abbandonarsi è la scoperta della propria identità, del proprio senso di sé, della propria interezza. Qualcosa di molto diverso dalla sottomissione, dove accade l'inverso: si sente il proprio sé come un pupazzo nelle mani dell'altro e il proprio senso di identità si atrofizza;

4. nell'abbandonarsi c'è assenza di dominio e di controllo; nel caso della sottomissione è vero il contrario;

5. non sempre è facile riconoscere e distinguere l'abbandonarsi dall'arrendersi alla sottomissione, anche perché la sottomissione è la forma difensiva e mutante dell'abbandonarsi;

6. la sottomissione porta con sé i segni della sconfitta e della rassegnazione, mentre l'esperienza di abbandonarsi facilita le esperienze della trascendenza e dell'accettazione.

Così definito, il concetto di *surrender* comincia a mostrare le sue connessioni profonde con lo sviluppo della personalità umana: un «bisogno» che nasce e si sviluppa se riesce a trovare un ambiente in grado di riconoscerlo e sostenerlo. Questo «bisogno di abbandonarsi all'altro», come lo chiama Ghent, avrebbe insomma le sue radici nella spinta motivazionale fondamentale: la ricerca dell'oggetto, con le forme e le vicissitudini che la disponibilità dell'altro può assumere. Nel descrivere lo sviluppo di questa esperienza, Ghent riprende il concetto winnicottiano di «falso Sé»: «Nel corso del mio lavoro parto dal presupposto che esista un'aspirazione – per quanto sepolta o congelata – a trovare qualcosa nell'ambiente circostante [...] che crei la possibilità di abbandonare il falso Sé» (*ibid.*, 109).

Sarebbe questa aspirazione all'abbandonarsi (all'abbandonare il falso Sé) a entrare in gioco in alcuni casi di masochismo dove la sottomissione è il surrogato perverso del bisogno di abbandonarsi. Nei fenomeni masochistici sarebbe insomma presente una forma mascherata, distorta, dell'abbandonarsi: «un'esperienza di sottomissione che nega il proprio Sé e in cui la persona è soggiogata dall'altro» (*ibid.*, 116). Ciò che rimane nascosto dietro la dimensione masochista è proprio l'aspirazione di essere raggiunto e conosciuto dall'altro in un ambiente sicuro e accettante.

Analogamente, Ghent fa risalire le radici di alcune forme di sadismo a un fallimento nel passaggio, descritto da Winnicott, dalla relazione con l'oggetto all'uso dell'oggetto: «Il cambiamento [dall'essere in relazione all'uso] vuol dire che il soggetto distrugge l'oggetto [in quanto oggetto soggettivo] e l'oggetto, se sopravvive alla distruzione, ora è reale [...] “Ciao oggetto! Ti ho distrutto”, “Ti amo”, “Tu hai valore per me perché sei sopravvissuto al fatto che io ti ho distrutto” » (Winnicott, 1969, 89). In questo modo, la distruzione «crea» la realtà, ponendo l'oggetto fuori dal Sé. Se l'oggetto non riesce a sopravvivere alla distruttività del bambino si potranno avere diversi esiti: per esempio, la madre potrà mettersi in una posizione difensiva, essere meno ricettiva nei confronti del bambino, fino a un vero e proprio crollo, con una totale perdita della capacità di funzionare adeguatamente.

Se nel masochismo Ghent scorge le tracce di un'intrusività materna che ha portato allo sviluppo di un falso Sé, all'origine del fallimento della transizione dalla relazione con l'«oggetto soggettivo» all'uso dell'«oggetto oggettivo», vede invece una difensività e una ritorsione del caregiver che ha come conseguenza il far sentire al bambino la sua propria distruttività. Nel bambino prevarranno la paura e l'odio, elementi che porteranno allo sviluppo del sadismo come espressione del bisogno di controllare aggressivamente l'altro. Il sadismo (una perversione dell'uso dell'oggetto) sarebbe dunque l'espressione patologica del tentativo di farsi strada fino all'altro; all'opposto, nel masochismo (una perversione dell'abbandonarsi) si celerebbe il desiderio di essere scoperti e conosciuti. «Come l'aggressione del sadico, anche la sottomissione del masochista è ambigua; mescola infatti la riproduzione di una vecchia frustrazione con il desiderio di qualcosa di nuovo... » (Benjamin, 1988, 82).

## **Viola**

Una breve storia d'analisi può aiutarci a mettere a fuoco alcuni dei concetti espressi. Viola è una bella donna di cinquant'anni; ha cinque figli e oggi è divorziata. Cresciuta in una famiglia borghese dominata da una madre severa e spesso indifferente, dopo la laurea in filosofia decide di non cercare un lavoro, ma di sposare l'uomo (il suo primo uomo) di cui è innamorata. Durante l'infanzia di Viola, il padre è sempre in giro per affari; il suo ritorno alla fine della settimana è

molto atteso, ma lui, per fuggire dalle ferree «regole della casa», si dedica alla vela. Prigioniera del sistema materno, Viola sente la mancanza del padre, che idealizza nella lontananza. Fedele all'ordine e al formalismo della madre, e in verità molto preoccupata dalla possibilità di deluderla, Viola è stata una figlia-modello e ora vuole essere una moglie-modello.

Consumata la fase dell'idealizzazione dello sposo, un uomo severo e punitivo, e ormai appagata dalle maternità, Viola comincia a sentirsi oppressa dall'ossessività e dalla durezza del marito. Se il suo comportamento non si adegua alle aspettative o alle regole che lui stabilisce, il marito la maltratta e la umilia. Passata dalla dipendenza dalla madre a quella dal marito e dal suo ruolo figlia a quello di moglie e madre, quando i figli raggiungono la pubertà e iniziano a mostrarsi più autonomi, Viola si «infatua» consecutivamente di tre uomini con caratteristiche molto simili: sportivi, sposati e poco disponibili a un'intimità autentica. Con nessuno di questi uomini riesce ad avere una storia d'amore, ma i grandi sensi di colpa, la paura delle conseguenze di una crisi coniugale ormai irreversibile e un senso di confusione e malessere sempre più intenso la spingono a iniziare un'analisi. Senza il marito teme di crollare, ma non riesce più a vivere in un clima di controllo violento.

Nel corso del primo anno di analisi, iniziamo a capire che Viola era alla ricerca di un padre da amare che potesse aiutarla a sviluppare la sua «storia d'amore con il mondo», a sperimentare una sua parte «selvatica» sacrificata da sempre a favore del Sé più familiare e rassicurante, coltivato nel rapporto con la madre prima e il marito poi. Benjamin (1995, 6) chiama «amore identificatorio» questo tipo di amore della bambina per il padre e ne indica il duplice aspetto: «da un lato, il diniego dell'impotenza del riavvicinamento, dall'altro la conferma dell'esperienza centrale di essere soggetto del desiderio».

Mentre esploriamo come la relazione precoce con la madre l'abbia convinta di non essere nulla in assenza dell'altro e che appagare le richieste dell'altro è l'unico modo per conservare una relazione con lui, Viola inizia a vivermi come una figura simile a quella del padre e degli uomini di cui si era invaghita: mi idealizza e si strugge in silenzio per la «lontananza» che sente tra noi.

Viola ha bisogno di un oggetto a cui abbandonarsi, ma sembra che possa cercarlo solo in una relazione che vive come distante: ha bisogno di desiderare e di essere riconosciuta, ma può sperare di essere appagata solo da un oggetto lontano. L'ordine materno e l'assenza del padre le avevano infatti comunicato che abbandonarsi era possibile solo con un altro lontano.

Nel suo oscillare tra presenze e assenze, privacy e disvelamento, e nel modo paradossale che le è tipico, la relazione analitica aiuterà Viola a esplorare i suoi aspetti «selvatici» nella relazione con un altro distante (l'analista come oggetto transferale dell'amore identificatorio) ma al tempo stesso presente, al

fianco della paziente, nell'esplorazione del suo mondo interno (l'analista come base sicura).

Il caso di Viola, in sintesi, mostra in modo sequenziale due possibili declinazioni della dipendenza relazionale: la compiacenza passiva verso un oggetto e un ambiente di cui si ha bisogno, ma che non permettono un'esistenza autentica, e l'arrendersi-affidarsi, anche masochistico, a un oggetto idealizzato.

### **Riconoscimento e distruzione**

*Sopprimere la lontananza uccide.  
Non di altro gli dei muoiono che dello stare in mezzo a noi.  
René Char, L'età squassante*

I fenomeni di dipendenza relazionale sono un argomento centrale della riflessione psicoanalitica di Jessica Benjamin (1988, 1995, 1998, 1999), che intreccia una lettura attenta dell'infant research all'intersoggettivismo e al pensiero femminista. Ne risulta una descrizione creativa dello sviluppo della soggettività umana all'interno di una relazione d'amore primaria, quella tra madre e bambino, connotata da un conflitto ineludibile tra il bisogno dell'altro e l'affermazione di sé. Una dialettica che, come già accennato, ruota attorno al delicato equilibrio tra *riconoscimento* e *distruzione* dell'altro ed è inevitabilmente attraversata dalle dinamiche di genere.

Inizia qui la riflessione sulla nascita della soggettività attraverso l'intersoggettività, di come cioè soggetti separati possono arrivare a riconoscersi come centri equivalenti di esperienza: «Non c'è forse una differenza radicale tra l'esperienza dell'altro percepito come esterno al Sé rispetto all'esperienza con un soggetto inteso in senso soggettivo?» (Benjamin, 1990, 22). La differenza naturalmente esiste, ed è proprio su questa che l'autrice costruisce la sua particolare visione dell'incontro: «l'altro [deve] essere riconosciuto come altro soggetto perché il Sé possa sperimentare la propria soggettività in presenza dell'altro» (*ibid.*, 23).

Non si tratta solo di riconoscimento, ma di «riconoscimento reciproco». La madre, di conseguenza, è un soggetto con un'esistenza indipendente e attivamente impegnato nella relazione<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> «Abbiamo appena cominciato a pensare alla madre come soggetto a pieno diritto, soprattutto grazie al femminismo contemporaneo che ci ha fatto capire quanto sia disastroso per le donne sentirsi ridotte a semplice prolungamento di un bambino di due mesi. La psicologia in generale e la psicoanalisi in particolare troppo spesso condividono questa visione deformata della madre, così profondamente radicata nella nostra cultura. Nessuna teoria psicologica ha analizzato adeguatamente l'esistenza indipendente della madre. Anche i resoconti di relazioni madre-bambino che prendono in considerazione la sensibilità parentale ritornano sempre a una visione della madre come strumento per la crescita del bambino, come oggetto dei suoi bisogni [...] Solo occasionalmente viene vista come altro soggetto, con obiettivi che non siano vivere in funzione del proprio bambino. [...] Invece la vera madre non è semplicemente oggetto delle richieste del suo bambino; di fatto è un altro soggetto il cui centro indipendente deve restare al di fuori del bambino se dovrà sapergli concedere il

Non è un'impresa facile. Se lo sviluppo della personalità si dispiega in una tensione continua tra contatto e separazione, riconoscimento dell'altro e affermazione di sé, come si possono conciliare queste opposte tendenze? È ciò che la Benjamin definisce il «paradosso del bisogno di riconoscimento»: *nel momento stesso in cui realizziamo la nostra indipendenza, diventiamo inevitabilmente dipendenti da un altro perché la riconosca*. Il bambino che inizia a vedere la madre come centro di volontà indipendente si trova alle prese con la consapevolezza della propria separatezza che lo porta a confrontarsi con la propria vulnerabilità. Ora, infatti, non è più solo il bambino che può andarsene dalla madre, è anche la madre che può andarsene da lui.

Il paradosso del riconoscimento, *il bisogno di accettazione che ci riporta alla dipendenza dall'altro, apre una lotta per il controllo*. Da questa lotta può venire la coscienza che, negando completamente l'altro, ovvero assumendo su di lui il controllo assoluto e distruggendo la sua identità e volontà, avremo negato anche noi stessi. Infatti non resterà nessuno a riconoscerci, nessuno da desiderare (Benjamin 1988, 43).

Per sciogliere questo dilemma la Benjamin ricorre a Hegel (1807)<sup>24</sup>, e in particolare all'allegoria del padrone e dello schiavo come discussa da Kojève (1933-1939). Hegel riformula il problema del riconoscimento come un conflitto tra l'«indipendenza» e la «dipendenza dell'autocoscienza», mostrando come il desiderio di indipendenza assoluta si scontri con il bisogno di riconoscimento. Nel tentativo di stabilire se stesso come entità indipendente, l'Io hegeliano, se vuole essere riconosciuto, si trova infatti a dover riconoscere a sua volta l'altro come un soggetto simile a sé. Ma questo compromette inevitabilmente la sua indipendenza. Per Hegel questa situazione non può essere mantenuta a lungo: inevitabilmente la precaria reciprocità tra affermazione di sé e riconoscimento dell'altro verrà meno, lasciando spazio a un Sé che non ha bisogno dell'altro, ma lo usa solo come conferma della propria esistenza. Secondo Benjamin, anche la teoria psicoanalitica classica, al pari di Hegel, postula un Io monadico chiuso nel suo stato di onnipotenza, pronto a dominare l'altro per affermare la propria esistenza. In entrambi i casi, la dipendenza viene ridotta alla resa, non all'apprezzamento dell'altro come soggetto a pieno titolo.

Benjamin prova a offrire un'altra soluzione. La risoluzione del paradosso, dice, risiede nel paradosso stesso, che deve essere mantenuto come tensione costante tra riconoscimento dell'altro e affermazione di sé. Per illustrare questo punto, Benjamin, come Ghent, prende a prestito il concetto winnicottiano di «uso dell'oggetto» e l'ipotesi che, per poterlo «usare», lo si debba prima distruggere. Sarebbe infatti la distruzione dell'oggetto (la negazione hegeliana) a far sì che il

---

riconoscimento che cerca [...] In questo senso, nonostante la disparità tra genitore e figlio, il riconoscimento deve essere reciproco e consentire l'affermazione di ciascun Sé» (Benjamin, 1988, 28-29).

<sup>24</sup> Lo faranno anche Fonagy e Target (2001, p. 261) per descrivere la teoria dialettica dello sviluppo del Sé.

soggetto possa andare oltre una relazione puramente intrapsichica, onnipotente, con l'oggetto. La distruzione renderebbe possibile la transizione da un rapporto tutto intrapsichico con l'oggetto a una relazione con un altro percepito come esistente al di fuori di sé. E dunque alla possibilità di «usare» l'altro. Quando il soggetto non riesce a passare dalla relazione all'uso, significa che non è stato in grado di collocare l'oggetto fuori di sé, distinguendolo dalla sua esperienza mentale di controllo onnipotente.

Ciò che Benjamin aggiunge allo schema winnicottiano è l'idea che il rapporto tra le modalità d'uso e di relazione con l'oggetto non sia puramente sequenziale: anzi, negazione e affermazione dell'altro possono convivere contemporaneamente all'interno di una tensione costante (ma non statica) tra tendenze opposte. *L'equilibrio tra negazione e riconoscimento, infatti, è importante quanto la sua rottura: ciò che conta non è il mantenimento di un equilibrio stabile, ma «la possibilità di riparare o ristabilire la relazione»* (Benjamin, 1990, 37).<sup>25</sup> La funzionalità della coppia madre-bambino risiederebbe dunque non in uno stato di armonia immobile, ma in un riconoscimento continuo, in una condizione potenziale e costante di «distruzione e riparazione» (Beebe, Lachmann 1994, 2002; Jaffe *et al.*, 2001; Benjamin 2002; Tronick, 2008).

Quando la distruzione non è controbilanciata dal riconoscimento e gli attacchi ricevuti non lasciano spazio alla sopravvivenza, si pongono le basi per una relazione padrone-schiavo in cui c'è chi assoggetta e chi è assoggettato. Le relazioni di dipendenza patologica hanno dunque a che fare con l'incapacità di conciliare bisogni antitetici ma necessari, e con la negazione del bisogno di riconoscimento e la distorsione di tale bisogno in dominio.

Come ogni legame autentico insegna, compreso quello analitico, la dipendenza, così come l'affermazione di sé, sono elementi ineliminabili della relazionalità umana. La tenuta elastica della loro tensione rappresenta una base imprescindibile per la nascita della soggettività. Costruire e abitare con l'altro una relazione capace di sostenere le oscillazioni tra riconoscimento e distruzione – inevitabili, continue e spesso dolorose – è l'unica occasione che abbiamo di sperimentare, quando ciò accade, la forza individuativa di una dipendenza sicura.

## SINTESI

---

<sup>25</sup> Vale la pena di ricordare come questa affermazione rimandi al ruolo svolto dalle rotture e riparazioni nel mantenimento della relazione terapeutica (Safran, Muran, 2001; Lingiardi 2002a, 2002b, 2008; Colli, Lingiardi, 2009) e dunque a una concezione dell'alleanza terapeutica come processo di negoziazione intersoggettiva continua e dinamica. Una maggior attenzione alle rotture dell'alleanza produce inevitabilmente un diverso stile relazionale, con uno spostamento dell'attenzione sul «qui e ora» della relazione e un utilizzo della *metacomunicazione* come strumento per facilitare la comprensione di quanto sta accadendo nella relazione stessa. Nel corso della terapia, ma in ogni relazione umana, viene inoltre a formarsi una sorta di «memoria delle crisi superate». È inoltre importante che il terapeuta sappia riconoscere il proprio ruolo nel processo di rottura: ciò aiuta entrambi i partecipanti a non irrigidirsi su posizioni difensive e/o ostili, in accordo con l'affermazione di Stolorow, Brandchaft e Atwood (1994) per cui le esperienze di rottura del rapporto sono «la via principale per la comprensione analitica» e non un semplice rallentamento nel processo di guarigione.

Questo lavoro affronta il tema della personalità dipendente e della «dipendenza relazionale» cercando di integrare diversi approcci disciplinari. Il contributo si divide in tre parti: 1) *Aspetti teorici* (con tre brevi note su attaccamento, neuroscienze, intersoggettività); 2) *Problemi diagnostici* (con particolare riferimento alle definizioni di personalità dipendente secondo i sistemi DSM, fino al DSM-5, SWAP-200, PDM. La trattazione del PDM include i pattern dipendenti, passivi-aggressivi, contro-dipendenti, masochistici di tipo relazionale); 3) *Osservazioni cliniche* (con riferimenti al campo delle «perversioni relazionali», una discussione del film di Icair Bollain «Ti dò i miei occhi», e una breve vignetta clinica). Una riflessione sui temi del riconoscimento e della distruzione conclude il lavoro.

**PAROLE CHIAVE:** diagnosi, personalità, dipendenza, dipendenza relazionale, masochismo.

## BIBLIOGRAFIA

- Adler G. (1985). *Borderline psychopathology and its treatment*. New York, Aronson.
- Abraham K. (1927). L'influenza dell'erotismo orale sulla formazione del carattere. In *Opere*, 1, Torino, Boringhieri, 1975.
- Ainsworth M.D.S. (1969). Object relations, dependency and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1025.
- Ainsworth M.D.S. (1972). *Attachment and dependency: A comparison*. In Gewirtz J.L., op.cit.
- Alneas R., Torgersen S. (1997). Personality and personality disorders predict development and relapses of Major Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 4, 336-342.
- Alonso-Arbiol I., Shaver R., Yarnoz S. (2002). Insecure attachment, gender roles, and interpersonal dependency in the Basque Country. *Personal Relationships*, 9, 479-490.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I)*. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II)*. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1980a). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-III)*. Milano, Masson, 1983.
- American Psychiatric Association (1987). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-III-R)*. Milano, Masson, 1988.
- American Psychiatric Association (1994). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV)*. Milano, Masson, 1996.
- Aron L. (1996). *Menti che si incontrano*. Milano, Cortina, 2004.
- Balint M., Balint E. (1968). *La regressione*. Milano, Cortina, 1983.
- Bandura A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs (NJ), Prentice Hall.
- Bartels A., Zeki S. (2000). The neural basis of romantic love. *Neuroreport*, 11, 3829-34.
- Beebe B., Lachmann F.M. (1994). Representation and internalization in infancy: three principle of salience. *Psychoanalytic Psychology*, 11, 127-165.
- Beebe B., Lachmann F.M. (2002). *Infant research e trattamento degli adulti*. Milano, Cortina, 2003.
- Beck A.T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In Clayton J., Barrett J.E., *Treatment of Depression*, New York, Raven.
- Benjamin J. (1988). *Legami d'amore. I rapporti di potere nelle relazioni amorose*. Torino, Rosenberg & Sellier, 1991.
- Benjamin J. (1990). Riconoscimento e distruzione. Un inizio di intersoggettività. In Benjamin J., op.cit., 1995, 21-37.
- Benjamin J. (1995). *Soggetti d'amore*. Milano, Cortina, 1996.
- Benjamin J. (1998). *Shadow of the Other*. New York, Routledge.
- Benjamin J. (1999). Recognition and destruction. Afterword. In Mitchell S.A., Aron L., *Relational psychoanalysis: the emergence of a tradition*. Hillsdale (NJ), The Analytic Press, 201-210.



- Benjamin J. (2002). The rhythm of recognition: comments on the work of Louis Sander. *Psychoanal. Dial.*, 12, 1, 43-54.
- Benjamin L.S. (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York, Guilford Press.
- Birtchnell J. (1991). The measurement of dependence by questionnaire. *Journal of Personality Disorders*, 5, 281-295.
- Blatt S.J. (1991). A Cognitive Morphology of Psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178-188, 449-458.
- Blatt S.J. (2004). *Experiences of depression. theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington (DC), American Psychological Association.
- Blatt S. J. (2008). *Polarities of experience: relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington (DC), American Psychological Association.
- Blatt S.J., Blass R.B. (1996). Relatedness and self-definition: A dialectic model of personality development. In Noam G.G., Fischer K.W., *Development and vulnerabilities in close relationships*. New York, Erlbaum, 309-338.
- Blatt S.J., D'Afflitti J.P., Quinlan D.N. (1976). Depressive Experiences Questionnaire. Manuscript non pubblicato, Yale University.
- Blatt S.J., Luyten (2009). A structural-developmental psychodynamic approach to psychopathology: two polarities of experience across the life span. *Development and Psychopathology*, 21, 3, 793-814.
- Bollas C. (1995). *Cracking Up*. Milano, Cortina, 1996.
- Bornstein R.F. (1993). *The Dependent Personality*. New York, Guilford.
- Bornstein R.F. (1995). Comorbidity of dependent personality disorder and other psychological disorders: an integrative review. *Journal of Personality Disorders*, 9, 286-303.
- Bornstein R.F. (1996). Sex differences in dependent personality disorder prevalence rate. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 1-12.
- Bornstein R.F. (1998). Depathologizing dependency. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 67-73.
- Bowlby J. (1969). *Attaccamento e perdita. L'attaccamento alla madre*. Torino, Boringhieri, 1972.
- Bowlby J. (1979). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano, Cortina, 1982.
- Bowlby J. (1988). *Una base sicura*. Milano, Cortina, 1989.
- Bradley R., Heim A., Westen, D. (2005). Transference phenomena in the psychotherapy of personality disorders: An empirical investigation. *British Journal of Psychiatry*, 186, 342-349.
- Brennan K.A., Shaver R. (1998). Attachment styles and personality disorders: Their connection to each others and to parental divorce, parental death and perception of parental caregiving. *Journal of Personality*, 66, 835-878.
- Carcione A. (2003). Paziente ideale o paziente difficile? Il trattamento del disturbo dipendente di personalità. In Dimaggio G., Semerari A., *I disturbi di personalità, modelli e trattamento: Stati mentali, meta-rappresentazione, cicli interpersonali*. Roma-Bari, Laterza, 267-294.
- Carcione A., Conti L. (2003). Il disturbo dipendente di personalità. Modello clinico. In Dimaggio G., Semerari A., *I disturbi di personalità, modelli e trattamento: Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Roma-Bari, Laterza, 240-266.
- Caretti V., La Barbera D. (2010). *Addiction. Aspetti biologici e di ricerca*. Milano, Cortina.
- Carli L. (1995). *Attaccamento e rapporto di coppia*. Milano, Cortina.
- Cassidy J., Shaver R. (1999). *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Roma, Giovanni Fioriti, 2002.
- Cermak T.L. (1986). *Diagnosing and treating co-dependence: a guide for professionals*. Minneapolis, (MN), Johnson Institute Books.
- Char R. (1965). L'età squassante. In: *Ritorno sopra monte*. Milano, Mondadori, 1974, 35.
- Chodorow N. (1978). *La funzione materna*. Milano, La Tartaruga, 1991.
- Cleavelly E. (1993). Relationships: interaction, defences and transformation. In Rusczyński S., *psychotherapy with couples: theory and practice at the Tavistock Institute of Marital Studies*. London, Karnac.
- Cloninger R., Svrakic D.M., Prysbeck T.R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 475-490.
- Coen S.J. (1992). *The Misuse of persons: analyzing pathological dependency*. Hillsdale, (NJ), The Analytic Press.

- Colli A., Lingiardi V. (2009). The Collaborative Interactions Scale: A new transcript-based method for the assessment of therapeutic alliance ruptures and resolutions in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19, 718-734.
- Cozolino L. (2006). *Il cervello sociale. Neuroscienze delle relazioni umane*. Milano, Cortina, 2008.
- Cowan G., Bommersbach M., Curtis S. (1995). Codependency, loss of self, and power. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 2, 221-236.
- De Masi F. (1999). *La perversione sadomasochista*. Torino, Bollati Boringhieri.
- Dimaggio G., Semerari A. (2003). Il mantenimento dei disturbi di personalità: un modello. In Dimaggio G., Semerari A., *I disturbi di personalità, modelli e trattamento: Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Roma-Bari, Laterza, 5-42.
- Doi T. (1971). *Anatomia della dipendenza*. Milano, Cortina, 1991.
- Doi T. (1992). On the concept of amae. *Infant Mental Health Journal*, 13, 7-11.
- Dostoevskij F.M. *I fratelli Karamazov*. Milano, Garzanti, 1992.
- Dutton D.G. (1998). *The abusive personality*. New York, Guilford.
- Dutton D.G., Golant S.K. (1997). *The Batterer: a psychological profile*. New York, Basic Books.
- Dutton D.G., Saunders K., Starzomski A., Bartholomew K. (1994). Intimacy-anger and insecure attachment as precursors of abuse in intimate relationships. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 1367-1386.
- Eigen M. (1981). The area of faith in Winnicott, Lacan and Bion. *Int. J. Psycho-Anal.*, 62, 413-433.
- Fairbairn W.R.D. (1946). Relazioni oggettuali e struttura dinamica. In *Studi psicoanalitici sulla personalità*. Torino, Boringhieri, 1970.
- Feeney J.A. (2008). L'attaccamento romantico adulto. Gli sviluppi nello studio delle relazioni di coppia. In Cassidy J., Shaver R., *Manuale dell'attaccamento*. Seconda edizione, Roma, Fioriti Editore, 2010, 526-556.
- Feeney J.A., Noller (1995). *Lo stile di attaccamento come predittore delle relazioni di coppia negli adulti*. In Carli L., op. cit., 127-154.
- Fenichel O. (1945). *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi*. Roma, Astrolabio, 1951.
- Filippini S. (2005). *Relazioni perverse. La violenza psicologica nella coppia*. Milano, Franco Angeli.
- Fonagy (1998). *Uomini che esercitano violenza sulle donne: una lettura alla luce della teoria dell'attaccamento*. In Fonagy, Target M., op.cit., 2001, 273-292.
- Fonagy, Target M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano, Cortina.
- Fosha D. (2000). *The transforming power of affect: a model for accelerated change*. New York, Basic Books.
- Foucault M. (1972-1977). *Power/Knowledge. Selected interviews and other writings*. Cecilia Gordon (a cura di). New York, Pantheon, 1980.
- Foucault M. (1976). *Storia della sessualità. La volontà di sapere*. Milano, Feltrinelli, 1978.
- Freud S. (1905). *Tre saggi sulla teoria sessuale*. O.S.F., 3.
- Freud S. (1914). *Introduzione al narcisismo*. O.S.F., 6.
- Freud S. (1921). *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*. O.S.F., 9.
- Freud S. (1924). *Il problema economico del masochismo*. O.S.F., 10.
- Freud S. (1925). *Alcune conseguenze psichiche della differenza anatomica tra i sessi*. O.S.F., 10.
- Freud S. (1929). *Il disagio della civiltà*. O.S.F., 10.
- Freud S. (1938). *Compendio di psicoanalisi*. O.S.F., 11.
- Friel J.C., Friel L.D. (1988). *Adult children: the secrets of dysfunctional families*. Deerfield Beach, (FL), Health Communications.
- Gewirtz J.L. (1972) (Ed). *Attachment and dependency*. Washington, (DC), Winston V.H.
- Ghent E. (1990). Masochism, submission, surrender: masochism as a perversion of surrender. *Cont. Psychoanal.*, 26, 108-136.
- Ghent E. (1992). Paradox and process. *Psychoanal. Dial.*, 2, 135-159.
- Giddens, A. (1992). *La trasformazione dell'intimità*. Bologna, Il Mulino, 1995.
- Goldner V. (2004). When love hurts: Treating Abusive Relationships. *Psychoanal. Inq.*, 24, 3, 346-372.
- Gordon R. (1987). Masochismo: lato oscuro della venerazione e dell'adorazione. In *Il ponte: una metafora dei processi psichici*. Torino, Bollati Boringhieri, 2003.

- Greenberg J., Mitchell S.A. (1983). *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*. Bologna, Il Mulino, 1986.
- Hegel G.W.F. (1807). *Fenomenologia dello spirito*. Firenze, La Nuova Italia, 1973.
- Henry K., Holmes J.G. (1998). Childhood revisited: the intimate relationships of individuals from divorced and conflict-ridden families. In Simpson J.A., Rholes W.S., *Attachment theory and close relationships*. New York, Guilford Press, 280-316.
- Hill E.L., Gold S.N., Bornstein R.F. (2000). Interpersonal dependency among adult survivors of childhood sexual abuse in therapy. *Journal of Child Sexual Abuse*, 9, 71-86.
- Hirigoyen M.F. (1998). *Molestie morali. La violenza perversa nella famiglia e nel lavoro*. Torino, Einaudi, 2000.
- Hofer M.A. (1978). Hidden regulatory processes in early social relationships. In Bateson G., Klappner H., *Perspectives in Ethology*. New York, Plenum Press, 13.
- Hofer M.A. (1987). Early social relationships: A psychobiologist's view. *Child Development*, 58, 633-647.
- Hofer M.A. (1996). On the nature and consequence of early loss. *Psychosomatic Medicine*, 58, 570-581.
- Hofer M.A. (2006). Psychobiological roots of early attachment. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 84-88.
- Hoffart A., Hedley L.M. (1997). Personality traits among panic disorder with agoraphobia patients before and after symptom-focused treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 77-78.
- Holmes J. (1997). Attachment, autonomy, intimacy: Some clinical implications of attachment theory. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 231-248.
- Insel T., Young R. (2001). The neurobiology of attachment. *Nature Reviews Neuroscience*, 2, 129-36
- Jaffe J., Beebe B., Feldstein S., Crown C., Jasnow M. (2001). Rhythms of dialogue in early infancy. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 66, 265, 1-132.
- Jeammet , Corcos M. (2002). Aspetti psicopatologici della tossicomania nell'adolescenza. In Ammaniti M., *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*. Milano, Cortina, 375-398.
- Kalin N., Shelton S.E., Lynn D.E. (1995). Opiate systems in mother and infant primates coordinate intimate contact during reunion. *Psychoendocrinology*, 20, 735-742.
- Kaplan L. J. (1991). *Perversioni femminili. Le tentazioni di Emma Bovary*. Milano, Cortina, 1992.
- Kelley H.H. (1979). *Personal relationships: their structures and processes*. Hillsdale, (NJ), Lawrence Erlbaum Associates.
- Kernberg O.F. (1992). *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni*. Milano, Cortina, 1993.
- Kernberg O.F. (1995). *Relazioni d'amore. Normalità e patologia*. Milano, Cortina.
- Khan M.M.R. (1972). La paura di ridursi a una dipendenza sprovveduta nella situazione analitica. In *Lo spazio privato del Sé*, Torino, Boringhieri, 1979, 297-325.
- Klein M. (1935). Contributo alla psicogenesi degli stati maniaco-depressivi. In *Scritti 1921-1958*, Torino, Boringhieri, 1978, 297-325.
- Klein M. (1959). Sul senso di solitudine. In *Il nostro mondo adulto e altri saggi*. Firenze, Martinelli, 1972, 139-162.
- Kline , Storey R. (1977). A factor-analytic study of the oral character. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 16, 317-328.
- Kohut H. (1971). *Narcisismo e analisi del Sé*. Torino, Bollati Boringhieri, 1977.
- Kohut H. (1978). *La ricerca del Sé*. Torino, Bollati Boringhieri, 1982.
- Kohut H. (1984). Un riesame delle relazioni Sé-oggetto-Sé. In *La cura psicoanalitica*. Torino, Bollati Boringhieri, 75-92.
- Kohut H. (1987). Dipendenza da una figura ammirante per la regolazione dell'autostima. In *Seminari*, Roma, Astrolabio, 149-171.
- Kojève A. (1933-1939). *Introduzione alla lettura di Hegel*. Frigo, G.F. (a cura di). Milano, Adelphi, 1996.
- Lam D.H., Green B., Power M.J., Checkley S. (1996). Dependency, matching adversities, length of survival and relapse in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 37 , 2/3. 81-90.
- Leary T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York, Ronald Press.
- Lichtenberg J.D., Lachmann F.M., Fosshage J.L. (1992). L'esperienza di oggetto-sé. In *Il Sé e i sistemi motivazionali*. Roma, Astrolabio, 156-187.
- Lingiardi V. (2002a). *L'alleanza terapeutica*. Milano, Cortina.

- Lingiardi V. (2002b). Intersoggettività e terzo analitico: una lettura di Jessica Benjamin. *Rivista di Psicologia Analitica*, 14, 73-84.
- Lingiardi V. (2005). Personalità dipendente e dipendenza relazionale. In Caretti V., La Barbera D., *Le dipendenze*. Milano, Cortina, 2005, 71-111.
- Lingiardi V., (2008). Playing with Unreality: Transference and Computer. *Int. J. Psychoanal.*, 89, 1, 111-126.
- Lingiardi V. (2009). Dalla diagnosi alla formulazione del caso. In Dazzi N., Lingiardi V., Gazzillo F., *La diagnosi in psicologia clinica*. Milano, Cortina, 15-28.
- Lingiardi V., Amadei G., Caviglia G., De Bei F. (2011). *La svolta relazionale*. Milano, Cortina.
- Lingiardi V., Gazzillo F. (2011). *La diagnosi dei disturbi di personalità nel DSM-5: alcune riflessioni sulla proposta*. Newsletter Ordine degli Psicologi del Lazio, in press.
- Lingiardi V., Shedler J., Gazzillo F. (2006). Assessing personality change in psychotherapy with the SWAP-200: A case study. *Journal of Personality Assessment*, 86, 1, 36-45.
- Lingiardi V., Gazzillo F., Waldron W. (2010). An empirically supported psychoanalysis: the case of Giovanna. *Psychoanalytic Psychology*, 27, 2, 190-218.
- Liotti, G., Farina B. (2011). *Sviluppi traumatici: eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano, Cortina.
- Lyon D., Greenberg J. (1991). Evidence of co-dependency in women with an alcoholic parent: Helping out mr. Wrong. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 435-439.
- Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M.R., Bianchi, I. (2007). *Il legame tra disorganizzazione dell'attaccamento in età infantile e dissociazione in età adulta. Adattamenti relazionali o esperienze traumatiche?*. In Williams, R. (2009, a cura di). "Trauma e relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee". Milano, Cortina, pp. 313-343.
- Lyons-Ruth, K., Jacobvitz, D. (2008). "La disorganizzazione dell'attaccamento. Fattori genetici, contesti genitoriali e trasformazioni evolutive dall'infanzia all'età adulta". In Cassidy, J., Shaver, P.R. (a cura di). *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche. Seconda edizione*. Roma, Fioriti, pp. 768-804
- Loranger A.W. (1996). Dependent personality disorder: age, sex, and Axis I comorbidity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 17-21.
- Main M. (1999). La teoria dell'attaccamento: diciotto punti con suggerimenti per studi futuri. In Cassidy J., Shaver R., *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Roma, Fioriti Editore, 955-1001.
- Marshall J.F. (1996). Comorbidity and its effects on panic disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 60, 2, Suppl. A, 39-54.
- Masling J.M., Schwartz M.A. (1979). A critique in research of psychoanalytic theory. *Genetic Psychology Monographs*, 100, 257-307.
- Masterson J.F., Rinsley D.B. (1975). The borderline syndromes: the role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *Int. J. Psychoanal.*, 56, 2, 163-177.
- Mayselles O. (1991). Adult attachment patterns and courtship violence. *Family relations*, 40, 21-28.
- McWilliams N. (1994). *La diagnosi psicoanalitica*. Roma, Astrolabio, 1999.
- McWilliams N. (1999). *Il caso clinico. Dal colloquio alla diagnosi*. Milano, Cortina, 2002.
- Mikulincer M., Erev I. (1991). Attachment style and the structure of romantic love. *British Journal of Social Psychology*, 30, 273-291.
- Mikulincer M., Shaver R. (2004). Security-based self-representations in adulthood: contents and processes. In Rholes W.S., Simpson J.A., *Adult attachment. Theory, research, and clinical implications*. New York, The Guilford Press, 159-195.
- Mikulincer M., Shaver R. (2008). L'attaccamento adulto e la regolazione delle emozioni. In Cassidy J., Shaver R., *Manuale dell'attaccamento*, Seconda edizione, Roma, Fioriti Editore, 2010, 581-614.
- Millon T., Davis R. (1996). *Disorders of Personality. DSM-IV and Beyond*. New York, John Wiley & Sons Inc.
- Millon T., Davis R. (2000). *Personality disorders in modern life*. New York, John Wiley & Sons, Inc.
- Mitchell S. (2000). *Il modello relazionale*. Milano, Cortina, 2002.
- Mitchell S. (2002). *L'amore può durare?* Milano, Cortina, 2003.
- Mohor J.J. (2008). L'attaccamento nelle relazioni omosessuali. In Cassidy J., Shaver R., *Manuale dell'attaccamento*. Seconda edizione, Roma, Fioriti Editore, 2010, 557-580.

- Murphy C.M., Meyer S.L., O'Leary K.D. (1994). Dependency characteristics of partners of assaultive men. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 729-735.
- Neki J.S. (1976). An examination of the cultural relativism of dependence as a dynamic of social and therapeutic relationships. *British Journal of Medical Psychology*, 49, 1-22.
- Oldham J.M., Morris L.B. (1995). *The new personality self-portrait: why you think, work, love, and act the way you do*. New York, Bantam Books.
- Pally R. (1999). *Il rapporto mente-cervello*. Roma, Giovanni Fioriti, 2003.
- Paris J. (1996). *Contesto sociale e disturbi di personalità*. Milano, Cortina, 1997.
- PDM Task Force (2006). *PDM. Manuale diagnostico psicodinamico*. Milano, Cortina, 2008.
- Perry J.C. (1995). Dependent personality disorder. In Gabbard G.O., *Treatments of Psychiatric Disorders*, 2. Washington, (DC), American Psychiatric Press, 2355-2366.
- Ponsi M., Filippini S. (2003). Narcisismo e perversione relazionale. Relazione tenuta al seminario: «Profili clinici del narcisismo», Convitto della Calza, Firenze, 22 febbraio 2003 (vedi <http://www.spi-firenze.it/archivio.html>).
- Rosenfeld H. (1964). On the psychopathology of narcissism: A clinical approach. *Int. J. Psychoanal.*, 45, 332-337.
- Rosenfeld H. (1971). A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: an investigation into the aggressive aspects of narcissism. *Int. J. Psychoanal.*, 52, 169-78.
- Rosenfeld H. (1983). Primitive object-relations and mechanisms. *Int. J. Psychoanal.*, 64, 261-267.
- Reich J. (1987). Prevalence of DSM-III-R self-defeating (masochistic) personality disorder in normal and outpatient populations. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 52-54.
- Sander L. (2007). *Sistemi viventi*. Milano, Cortina.
- Safran J.D. Muran C. (2001). The therapeutic alliance as a process of intersubjective negotiation. In Muran J.C., *Self-relations in the psychotherapy process*. Washington, (DC), American Psychological Association, 165-186.
- Shedler J. (2002). Un nuovo linguaggio per la diagnosi psicoanalitica. In Westen D., Shedler J., Lingardi V., op.cit., 2003, 177-202.
- Skodol A.E., Gallaher E., Oldham J.M. (1996). Excessive dependency and depression: is the relationship specific?. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 165-171.
- Sonkin D. (1987). *Domestic violence on trial: psychological and legal dimensions of family violence*. New York, Springer.
- Sroufe L.A., Fox N.E., Pancake V.R. (1983). Attachment and dependency in developmental perspective. *Child Development*, 54, 1615-1657.
- Starcevic V. (1992). Comorbidity models of panic disorder /agoraphobia and personality disturbance. *Journal of Personality Disorders*, 6, 213-225.
- Steele K., van der Hart O., Nijenhuis E. (2001). Dependency in the treatment of complex post-traumatic stress disorder and dissociative disorders. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2, 4, 79-116.
- Stern D.N. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino, Bollati Boringhieri, 1987.
- Stolorow R. (1975). Toward a functional definition of narcissism. *Int. J. Psychoanal.*, 56, 179-186.
- Stolorow R.D., Brandchaft B., Atwood G. (1994). *Psychoanalytic treatment: an intersubjective approach*. Hillsdale, (NJ), The Analytic Press.
- Subby R. (1987). *Lost in the shuffle: the co-dependent reality*. Deerfield Beach, (FL), Health Communications.
- Sullivan H.S. (1947). *Conceptions of modern psychiatry*. New York, Norton.
- Tronick E.Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44, 112-119.
- Tronick E.Z. (2003). Of course all relationships are unique: How co-creative processes generate unique mother-infant and patient-therapist relationships and change other relationships. *Psychoanal. Inq.*, 23, 3, 473-491.
- Tronick E.Z. (2008). *La regolazione emotiva nello sviluppo e nel processo terapeutico*. Milano, Cortina.
- Van der Kolk B. (1987). The psychobiology of the trauma response: Hyper-arousal, constriction, and addiction to traumatic re-exposure. In Van Der Kolk B.A., *Psychological Trauma*. Washington, (DC), American Psychiatric Press, 63-87.

- Van der Kolk B. (1994). The body keeps the score: approaches to the psychobiology of post-traumatic stress disorder. In Van Der Kolk B., McFarlane A., Weisaeth L., *Traumatic Stress*, New York, Guilford Press, 214-241.
- Van der Kolk B. (1995). The body, memory, and the psychobiology of trauma. In Alpert, J.A., *Sexual abuse recalled*. Northvale, (NJ), Aronson, 29-60.
- Walker J.E. (1979). *The battered woman*. New York, Harper & Row.
- Weinfield N.S., Sroufe A.L., Egeland B., Carlson E.A. (1999). *La natura delle differenze individuali nell'attaccamento del bambino al caregiver*. In Cassidy J., Shaver R., op. cit, 2010, 91-116.
- West M., George C. (1999). Abuse and violence in intimate adult relationships: New perspectives from attachment theory. *Attachment and Human Development*, 1, 137-156.
- West M., Rose S., Sheldon-Keller A. (1994). Assessment of patterns of insecure attachment in adults and application to dependent and schizoid personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 8, 249-256.
- Westen D. (1998). *Diagnosi della personalità e formulazione del caso: due processi o uno?* In Westen D., Shedler J., Lingardi V., op.cit., 2003, 37-60.
- Westen D., Arkowitz-Westen L. (1998). Limitations of axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1767-1771.
- Westen D., Shedler J. (1999a). *Revisione e valutazione dell'Asse II. Parte I: lo sviluppo di un metodo clinicamente ed empiricamente valido*. In Westen D., Shedler J., Lingardi V., op.cit., 2003, 61-94.
- Westen D., Shedler J. (1999b). *Revisione e valutazione dell'Asse II. Parte II: verso una classificazione dei disturbi della personalità fondata empiricamente e clinicamente utile*. In Westen D., Shedler J., Lingardi V., op.cit., 2003, 95-124.
- Westen D., Shedler J. (2000). *Un approccio alla diagnosi dei disturbi della personalità basato sulla comparazione con dei prototipi: verso il DSM-V*. In Westen D., Shedler J., Lingardi V., op.cit., 2003, 125-146.
- Westen D., Shedler J., Bradley D., DeFife (submitted). *Empirically derived prototypes for personality disorders diagnoses: Bridging the science-practice divide*.
- Westen D., Shedler J., Lingardi V. (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano, Cortina.
- Whitfield C.L. (1997). Co-dependence, addictions and related disorders. In Lowinson J.H., Ruiz Millman R.B., Langrod J.G., *Substance abuse. A comprehensive textbook*, 3rd ed, Baltimore, Williams & Wilkins, 672-683.
- Winnicott D.W. (1958). La capacità di essere solo. In *Sviluppo affettivo e ambiente* (1965), Roma, Armando, 1970, 29-39.
- Winnicott, D.W.(1963) "Comunicare e non comunicare: studi su alcuni opposti".In Winnicott (1965) *Sviluppo affettivo e ambiente*, Roma, Armando. pp.179-192
- Winnicott D.W. (1969). *L'uso di un oggetto e l'entrare in rapporto attraverso identificazioni*. In Winnicott D.W., op.cit., 1971.
- Winnicott D.W. (1971). *Gioco e realtà*. Roma, Armando, 1974.
- Wright H., Wright K.D. (1990). Measuring codependents' close relationships: a preliminary study. *Journal of Substance Abuse*, 2, 335-344.
- Young-Bruehl E. (2003). *Where do we fall when we fall in love?* New York, Other Press.
- Zeifman D., Hazan C. (2008). Legami di coppia come attaccamenti. Rivalutazione dei dati. In Cassidy J., Shaver R., *Manuale dell'attaccamento*, Seconda edizione, Roma, Fioriti, 2010, 502-525.

