

Giovanni Liotti, articolo tratto da Psychomedia, Telematic Review

Nucleo del Disturbo Borderline di Personalità: un'ipotesi integrativa

Giovanni Liotti

Psichiatra, Docente di Psicoterapia Cognitiva dell'Università Salesiana e della Scuola di Formazione in Psicoterapia Cognitiva APC, Roma

Premessa

L'articolo di Peter Fonagy "Attaccamento, sviluppo del Sé e sua patologia nei disturbi di personalità" apre prospettive cliniche e di ricerca che meritano discussione ed approfondimenti. E' possibile, ad esempio, ipotizzare che il nucleo del Disturbo Borderline di Personalità, esplorato da punti di vista ritenuti opposti come quelli delle teorie del conflitto (ad esempio quella di Kernberg) e delle teorie del deficit (come quella di Kohut, e anche quella cognitivo-comportamentale della Linehan), possa essere ricondotto, forse anche in senso eziopatogenetico, alla disorganizzazione del sistema motivazionale dell'attaccamento. La disorganizzazione dell'attaccamento comporta tanto rappresentazioni opposte e non integrate di sé-con-l'altro, cioè rappresentazioni Sé-oggetto scisse, quanto deficit nelle funzioni metacognitive e di auto-regolazione delle emozioni. Così, il concetto di disorganizzazione dell'attaccamento permette di considerare unitariamente, nel contesto di importanti esperienze intersoggettive, tanto i temi cari alle teorie del conflitto (mancata integrazione di rappresentazioni opposte di sé-con-l'altro) quanto i temi centrali alle teorie del deficit (ostacoli all'auto-regolazione degli impulsi e delle emozioni) [per una discussione critica della dicotomia conflitto-deficit, vedi il lavoro di Morris Eagle "Carenze di sviluppo e conflitto dinamico"]. L'articolo che segue è una argomentazione di questa possibilità, offerta dalla teoria dell'attaccamento, di integrare i contributi di teorie patogenetiche del Disturbo Borderline di Personalità da molti ritenute inconciliabili.

Questo articolo, che qui viene pubblicato come commento all'articolo di Fonagy "Attaccamento, sviluppo del Sé e sua patologia nei disturbi di personalità", è uscito sulla rivista *Psicoterapia* (1999, 5, 16/17: 53-65), diretta da Marco Casonato e pubblicata da Moretti & Vitali editori di Bergamo, che ringraziamo per averci gentilmente concesso il permesso di riproduzione. Al posto della sua versione in lingua inglese, viene pubblicato un contributo inedito che tratta in modo abbreviato gli stessi temi, letto ad Amburgo l'8 agosto 1999 al XI Congresso della World Psychiatric Association.

Il nucleo del Disturbo Borderline di Personalità: un'ipotesi integrativa

Il Disturbo Borderline di Personalità è oggetto di molta attenzione, e di molte controversie, nella nosografia psichiatrica e nella psicoterapia contemporanea (Paris, 1993). L'attenzione è dovuta alla grande frequenza con cui le sofferenze attribuite al disturbo si presentano alla osservazione del clinico. Le controversie sono dovute ai problemi diagnostici ed eziopatogenetici che lo studio del Disturbo Borderline di Personalità solleva.

Per porre la diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità secondo il DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) devono essere presenti, simultaneamente, almeno cinque fra nove criteri diagnostici. I nove criteri, che riguardano gli stili di comportamento e gli atteggiamenti emotivi abituali del paziente, sono: (1) forte sentimento di instabilità e incertezza circa la propria identità, (2) paura cronica di essere abbandonati, (3) drammatica instabilità nelle relazioni affettive, (4) marcata reattività dell'umore (rapide oscillazioni del tono emotivo fra depressione, euforia, irritabilità e ansia) (5) frequenti esperienze di collera immotivata, (6) cronici sentimenti di vuoto interiore, (7) transitori ma ricorrenti sintomi dissociativi (depersonalizzazione, amnesie lacunari, stati oniroidi di coscienza) oppure di ideazione paranoide, (8) comportamenti auto-lesivi impulsivi e incontrollabili (abbuffate compulsive, promiscuità sessuale senza attenzione a rischi di infezioni o di gravidanze indesiderate, cleptomania, abusi di alcool e droghe, ferite auto-procurate), (9) minacce o tentativi ricorrenti di suicidio. La complessità delle valutazioni diagnostiche necessarie per identificare, più che sintomi psichiatrici ben definiti (come l'ansia, la depressione, le fobie, le condotte alimentari abnormi, le ossessioni e il delirio) stili di comportamento ed atteggiamenti emozionali - i quali inevitabilmente sfumano, nei diversi candidati alla diagnosi, dai limiti della normalità all'evidente patologia - contribuiscono ai dubbi sulla legittimità di elevare il Disturbo Borderline di Personalità al rango di categoria nosografica distinta e ben definita. In effetti, basandosi sui criteri del DSM-IV, è spesso impossibile discriminare con chiarezza il Disturbo Borderline di Personalità da altri disturbi di personalità, soprattutto dello spettro impulsivo (Paris, 1993, 1996). Altri motivi di dubbio sull'esistenza di una categoria nosografica ben distinta che sia possibile denominare Disturbo Borderline di Personalità vengono dallo studio dell'eziopatogenesi.

Lo sviluppo del Disturbo Borderline di Personalità è stato attribuito al concorrere di numerosi fattori di rischio. In particolare, il modello bio-psico-sociale (Paris, 1996) sostiene che fattori biologici (legati all'aspetto ereditario del temperamento o a specifiche disfunzioni neuropsicologiche), fattori psicologici (legati ad esperienze traumatiche o a stili abnormi di accudimento e comunicazione all'interno della famiglia) e fattori sociali (legati all'anomia, cioè alla disgregazione dei valori tradizionali, tipica delle società occidentali contemporanee) intervengono in varia combinazione nell'eziopatogenesi del Disturbo Borderline di Personalità. La complessità degli itinerari eziopatogenetici che, nel corso dello sviluppo, dovrebbero condurre al disturbo contribuisce a renderne sfumata la fisionomia - e tale fisionomia indefinita si riflette, d'altro canto, nella elevata frequenza di comorbidità fra Disturbo Borderline di Personalità e altri disturbi psichiatrici (Paris, 1993).

I sostenitori dell'esistenza di una particolare organizzazione di personalità - che, in situazioni di scompenso clinico, si manifesta con tutti o molti dei nove criteri diagnostici elencati dal DSM IV - hanno tentato di rispondere ai dubbi sulla legittimità della diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità attraverso l'identificazione di un singolo nucleo,

ben definito, del disturbo stesso. Da questo singolo problema nucleare emergerebbero gli atteggiamenti e gli stili sregolati di condotta e di esperienza emozionale che compongono il quadro clinico del disturbo, il quale potrebbe dunque essere riconosciuto come una categoria nosografica distinta nonostante la multiformità dei criteri diagnostici proposti per identificarlo. Se esiste un tale problema centrale, potremmo inoltre studiare come i vari fattori di rischio convergano e concorrano a costituirlo e rafforzarlo nel corso dello sviluppo, fino a che esso diventi tanto imponente ed insolubile per il paziente da dare luogo ai vari segni e sintomi del Disturbo Borderline di Personalità: anche la multiforme eziopatogenesi potrebbe così essere ricondotta ad un itinerario ben definito di abnorme sviluppo.

Sul problema nucleare del Disturbo Borderline di Personalità sono stati proposti diversi modelli teorici, tanto nell'ambito psicoanalitico quanto nell'ambito cognitivo-comportamentale. Il fatto che tali modelli appaiono (almeno a prima vista) in forte contrasto far loro parrebbe inficiare l'impresa di attribuire dignità nosografica distinta al Disturbo Borderline di Personalità attraverso l'identificazione del suo nucleo. In questo articolo, sosterrò che il contrasto fra i vari modelli del nucleo del Disturbo Borderline di Personalità potrebbe però essere più apparente che reale: in altre parole, è possibile intravedere un modello unitario ed integrato del nucleo del Disturbo Borderline di Personalità, il quale considera le varie descrizioni che psicoanalisti e cognitivisti hanno tentato di fornire di tale nucleo come aspetti diversi di un unico processo di sviluppo morboso. Va però subito detto che, se l'ipotesi avanzata in questo scritto si rivelasse corretta, essa contribuirebbe ad identificare un gruppo di processi psicopatologici di cui fanno parte, oltre al Disturbo Borderline di Personalità, anche altri sviluppi morbosi. Di questo gruppo di processi psicopatologici vicini al Disturbo Borderline di Personalità sarà fatto cenno nel penultimo paragrafo di questo articolo. E' ora invece necessario iniziare la nostra riflessione col ricordare i diversi modelli del nucleo centrale del Disturbo Borderline di Personalità.

Il nucleo centrale del Disturbo Borderline di Personalità: teorie psicoanalitiche e cognitive

La principale teoria psicoanalitica vede il nucleo del Disturbo Borderline di Personalità in un conflitto fra pulsioni libidiche ed aggressive, insorto in epoca pre-edipica (nei primi due anni di vita) e affrontato attraverso un meccanismo di difesa primitivo, la scissione (splitting). La scissione impedisce di confrontare fra loro, nella coscienza, le rappresentazioni positive e negative di sé e delle altre persone (Kernberg, 1975). Altre teorie psicoanalitiche sostengono che il disturbo centrale della personalità borderline è derivato non da un conflitto, ma da un deficit nella rappresentazione interna (introietto) della persona che fornisce cura, causato da gravi incapacità di tale persona (in genere la madre) a sintonizzarsi con i bisogni di sostegno e protezione del bambino. A causa del deficit, il paziente non ha la capacità di richiamare alla mente, nei momenti di stress emotivo, immagini tranquillizzanti: ne deriva una estrema vulnerabilità alle esperienze dolorose di paura, vergogna, solitudine e abbandono (Adler, 1985). Ancora altre teorie psicoanalitiche sottolineano il ruolo del deficit nelle capacità metacognitive (capacità di distinguere apparenza e realtà, di pensare sul proprio pensiero, di formarsi una "teoria della mente": Fonagy et al., 1995; Maffei, 1998). Esistono poi teorie psicoanalitiche che sembrano porsi in una posizione di equilibrio fra le opposte tesi del conflitto e del deficit. Queste teorie postulano un deficit nell'accoglimento, da parte della madre, dei bisogni di autonomia ed individuazione (più che di cura e sostegno) che il bambino

manifesta intorno ai due anni, ma anche un conseguente conflitto fra bisogni di autonomia e bisogni di protezione (Masterson, 1972).

Nell'ambito delle psicoterapie cognitive, sono stati proposti due modelli del problema nucleare da cui emerge il Disturbo Borderline di Personalità: il modello di Aaron Beck e quello di Marsha Linehan. Secondo Beck e i suoi collaboratori, il nucleo della patologia borderline è rappresentato dalla compresenza e concatenazione di tre assunti fondamentali su sé e sul mondo, da cui emergono corrispondenti convinzioni patologiche: la convinzione che il mondo è pericoloso e malevolo, la convinzione di essere particolarmente fragile e vulnerabile, e la convinzione di essere intrinsecamente inaccettabile e quindi destinato all'abbandono. Dalla prima convinzione discendono paure e fobie ma anche disposizioni alla collera immotivata e intensa. Dalla seconda, incapacità di impegnarsi in progetti coerenti di vita nonché intense reazioni emotive all'abbandono nelle relazioni interpersonali. Dalla terza convinzione discendono emozioni di vuoto e comportamenti autolesivi (Pretzer & Beck, 1995).

Il modello di Marsha Linehan del Disturbo Borderline di Personalità afferma, invece, che il nucleo del disturbo consiste in un grave deficit del sistema di regolazione delle emozioni. A causa di tale deficit, tutte le emozioni tendono a manifestarsi con eccessiva intensità, sia nell'esperienza soggettiva che nel comportamento e nella comunicazione. Si spiegano così, secondo il modello di Linehan, la rabbia immotivata ed intensa, le oscillazioni rapide dell'umore, l'intensità caotica delle relazioni affettive, la paura esagerata di fronte alla possibilità di essere abbandonati, e l'incapacità di controllare gli impulsi emotivi che può arrivare fino ai comportamenti autolesivi. Nel tentativo di ridurre l'esperienza penosamente intensa e caotica delle emozioni, la paziente borderline può far ricorso alle droghe, all'alcool o alle abbuffate di cibo, oppure può riuscire ad inibire totalmente, in alcuni momenti, l'intera esperienza delle emozioni, con la conseguenza di sperimentare inquietanti sensazioni di vuoto e di annichilimento (Linehan, 1993a, 1993b). Secondo la teoria di Linehan, il deficit del sistema di regolazione delle emozioni è causato dall'interazione fra variabili legate al temperamento, che comportano una risposta emotiva particolarmente intensa e rapida (vulnerabilità emotiva), e variabili legate all'apprendimento sociale del valore e del significato delle emozioni. Queste variabili apprese sono riassunte nel concetto di "invalidazione dell'esperienza emotiva": l'ambiente interpersonale entro cui il paziente sviluppa la conoscenza di sé e degli altri sarebbe tale da indurlo a destituire di significato e di valore le emozioni che percepisce in sé e che osserva negli altri (Linehan, 1993a, 1993b).

Vanno infine ricordati, fra i modelli cognitivisti del Disturbo Borderline di Personalità, alcuni recenti contributi che, come quelli psicoanalitici di Fonagy e di Maffei citati sopra, sottolineano il ruolo centrale del deficit metacognitivo (Cotugno, 1995, 1997; Liotti & Intreccialagli, 1998).

E' possibile integrare i diversi modelli del Disturbo Borderline di Personalità?

I vari modelli proposti per identificare il nucleo centrale del Disturbo Borderline di Personalità insistono, sia pure con linguaggi teorici diversi, su tre problemi fondamentali: [1] la risposta emotiva abnorme ad eventi reali o immaginati di abbandono, separazione e solitudine (Adler, Beck, Masterson); [2] la difficoltà a modulare le reazioni emotive a causa di un deficit dei processi mentali superiori deputati a tale funzione (Adler, Fonagy, Linehan); [3] la rappresentazione molteplice,

contraddittoria e non integrata che il paziente ha di sé e degli altri (messa in rilievo soprattutto dal modello di Kernberg). Al clinico che segua pazienti borderline in psicoterapia, tutti e tre questi problemi possono apparire come ragionevoli candidati al ruolo di disturbo nucleare. Nel lavoro psicoterapeutico concreto, spesso non sembra necessario scegliere uno solo fra i tre problemi suddetti come centro intorno a cui ruotano i vari disturbi del paziente (Maffei, 1997). In altre parole, per lo psicoterapeuta è spesso vantaggioso ascoltare il proprio paziente borderline avendo in mente che il nucleo centrale del suo disturbo è tanto una rappresentazione contraddittoria e non integrata di sé e degli altri, quanto una particolare reattività all'abbandono e insieme una difficoltà a modulare e regolare l'esperienza emotiva. In questa prospettiva clinica, sarebbe evidentemente molto desiderabile un modello teorico unitario e integrato della patologia borderline, che ne descriva il nucleo in modo tale che tanto le rappresentazioni dissociate di sé quanto la sensibilità all'abbandono e la abnorme regolazione delle emozioni appaiano come aspetti di un unico processo morboso di sviluppo mentale.

Nella prospettiva della ricerca sull'eziopatogenesi del Disturbo Borderline di Personalità, e dunque sui fattori di rischio che ne facilitano la comparsa, un modello integrato ed unitario del disturbo nucleare sottostante la patologia borderline sarebbe altrettanto importante che nella prospettiva del trattamento. Se potessimo identificare un processo unitario che determina tanto la molteplicità rappresentativa dissociata quanto la reattività all'abbandono e la scarsa regolazione delle emozioni, sarebbe più facile riflettere sul peso relativo che, nella patogenesi del Disturbo Borderline di Personalità, hanno i diversi fattori di rischio finora riconosciuti o ipotizzati (tratti di personalità geneticamente determinati, disfunzioni della comunicazione familiare, traumi psicologici, fattori sociali di rischio: Paris, 1996).

Tesi centrale di questo scritto è la seguente: è oggi possibile identificare un processo mentale ed interpersonale unitario, che si svolge nel contesto delle relazioni di attaccamento (interessando dunque direttamente le dinamiche di separazione), e da cui emergono tanto una rappresentazione molteplice e dissociata di sé quanto una difficoltà a riconoscere e regolare gli stati mentali (incluse le emozioni). Questo processo unitario è noto come disorganizzazione dell'attaccamento (Main, 1995; Main & Hesse, 1990, 1992; Main & Solomon, 1990; Solomon & George, 1999). Se ciò è vero, appare interessante non solo indagare in qual misura la disorganizzazione dell'attaccamento possa essere considerata un fattore di rischio nella genesi del Disturbo Borderline di Personalità, ma anche riflettere sulla possibilità che essa costituisca, nel suo dispiegarsi dinamico durante tutto l'arco dello sviluppo e poi in età adulta, un modello adeguato del nucleo centrale della patologia borderline [Nota 1: Accenni all'ipotesi che la disorganizzazione dell'attaccamento precoce possa contribuire allo sviluppo del Disturbo Borderline di Personalità si trovano negli scritti di Liotti (1993, 1994) e di Cotugno e Monticelli (1995), dove si affermano somiglianze e continuità fra disturbi dissociativi - i primi ad essere stati collegati geneticamente all'attaccamento disorganizzato - e stati borderline. In questo articolo, l'ipotesi verrà discussa dettagliatamente].

La disorganizzazione dell'attaccamento

La ricerca sull'attaccamento nel primo anno di vita dimostra che, nelle famiglie a basso rischio di disturbi psicopatologici, la maggior parte dei bambini riesce ad organizzare il proprio comportamento di attaccamento verso ciascun genitore. I bambini organizzano il comportamento di attaccamento verso ciascuno dei genitori secondo modalità (pattern)

che riflettono lo stile con cui quel genitore li ha accuditi (rassegne delle ricerche su questo argomento si sono susseguite negli anni, sempre confermando le suddette conclusioni: Ainsworth et al., 1978; Bretherton, 1985, 1990; Main, 1995; Meins, 1997). Sono stati identificati tre pattern organizzati di attaccamento, chiamati sicuro, insicuro-evitante e insicuro-resistente. Circa l'80% dei bambini nei campioni a basso rischio riesce ad organizzare il proprio comportamento di attaccamento secondo l'uno o l'altro di queste tre modalità. Tra il 15% e il 20% dei bambini di tali campioni, invece, non riesce nel compito organizzativo: il comportamento di attaccamento di questi bambini appare disorganizzato (Main e Morgan, 1996; Solomon & George, 1999). Se poi si studia il comportamento di attaccamento, al termine del primo anno di vita, nei bambini provenienti da famiglie ad alto rischio (figli di madri nubili, adolescenti ed economicamente svantaggiate, bambini che crescono in famiglie caotiche e maltrattanti, oppure figli di madri gravemente depresse o alcoliste), si trova che la maggioranza o quasi (dal 40 all'80% circa dei bambini, a seconda dei campioni studiati) mostra disorganizzazione dell'attaccamento (Carlson et al., 1989; Lyons-Ruth, 1996; O'Connor, Sigman & Brill, 1987; Radke-Yarrow et al., 1995).

Possiamo comprendere il costrutto "disorganizzazione dell'attaccamento" (che d'ora in poi, per brevità, sarà indicato con la sigla DA) per contrasto con le tre fondamentali strategie organizzate di attaccamento. Come è noto, queste strategie organizzate (pattern) vengono rilevate, al termine del primo anno di vita, attraverso una sequenza standardizzata di brevi episodi di separazione e riunione fra bambini e genitori o altre stabili figura di attaccamento (Questa sequenza è nota come Strange Situation: Ainsworth et al., 1978). Nel pattern di attaccamento sicuro (osservato in circa il 50-60% dei bambini nei campioni a basso rischio), i bambini protestano nella fase di separazione, e si calmano prontamente al momento della riunione con la figura di attaccamento. Nel pattern insicuro-resistente (riguardante il 5-10% dei bambini nei campioni a basso rischio), invece, i bambini resistono al conforto che viene offerto al momento della riunione e continuano a protestare, pur essendo ormai fra le braccia della figura di attaccamento. Infine, nel pattern insicuro-evitante (osservato nel restante 15-20%) i bambini non protestano al momento della separazione; inoltre, evitano attivamente il contatto con la figura di attaccamento al momento della riunione. Questi tre pattern sono correlati al tipo di risposta che i bambini hanno ottenuto dalla figura di attaccamento nel corso del primo anno di vita. Il pattern sicuro è la conseguenza di risposte pronte ed efficienti alle richieste di cura, conforto e protezione avanzate dal bambino. Il pattern evitante è correlato ad un coerente invito all'autosufficienza emotiva rivolto dalla figura di attaccamento al bambino, attraverso una stabile indisponibilità a rispondere alle richieste di vicinanza avanzate dal piccolo col suo pianto. Il pattern resistente deriva da risposte al pianto di separazione del bambino che sono imprevedibili e incostanti nell'oscillare fra avvicinamento e disattenzione. Si può facilmente inferire come il pattern di attaccamento mostrato dal bambino nella Strange Situation sia una strategia ben organizzata che corrisponde al modo con cui il genitore gli ha fornito cura. Nel pattern sicuro il bambino esprime nel comportamento la memoria e l'aspettativa di una pronta risposta al suo pianto. Nel pattern evitante si esprime invece l'intenzione di non infastidire inutilmente la figura di attaccamento con richieste di vicinanza che l'esperienza del bambino dimostra essere non gradite e non accolte. Il pattern resistente evidenzia la memoria dell'imprevedibilità nel perdere e nell'ottenere la vicinanza della figura di attaccamento (il bambino continua a piangere pur nelle braccia del genitore, come se temesse un nuovo improvviso allontanamento e cercasse di prevenirlo o impedirlo). In tutti e tre i casi, i bambini mostrano di saper bene cosa attendere dalla figura di attaccamento, e di avere

coerentemente organizzato il proprio comportamento sulla base di tale aspettativa (per maggiori notizie sui tre pattern di attaccamento organizzato, vedi: Ainsworth et al., 1978; Bretherton, 1985; Liotti, 1994; Meins, 1997).

Come si è detto, una percentuale considerevole dei bambini dei campioni a basso rischio, e la maggioranza di quelli dei campioni ad alto rischio, non riesce ad organizzare il comportamento di attaccamento, al termine del primo anno di vita, in alcun modo coerente (e cioè né nel senso della richiesta sicura di vicinanza, né in quello della richiesta persistente anche quando la vicinanza è ottenuta, né in quello dell'autosufficienza ovvero dell'evitare ogni richiesta di vicinanza). Il comportamento di attaccamento non organizzato, per definizione, si manifesta con modalità che possono essere fra loro diverse, ma che comunque sono accomunate dalla presenza simultanea, o in rapida successione, di azioni fra loro incompatibili o dotate di finalità inconciliabili, ovvero dalla perdita di orientamento e finalità della condotta (Main & Solomon, 1990). Vengono classificati come attaccamento disorganizzato casi in cui, nella Strange Situation, i bambini mostrano di cercare la vicinanza della figura di attaccamento durante la separazione, per poi evitarla attivamente durante la riunione. Sono anche considerati casi di attaccamento disorganizzato quelli in cui i bambini si muovono verso la figura di attaccamento con la testa girata in altra direzione, in modo da evitarne lo sguardo, o quelli in cui la richiesta di vicinanza è immediatamente seguita da chiare manifestazioni di paura, di immobilità improvvisa o di fuga. Non di rado, durante l'esecuzione di azioni in cui tendenza all'avvicinamento e tendenza all'allontanamento coesistono, si manifestano nei bambini con attaccamento disorganizzato anche espressioni del volto e posture che suggeriscono l'esperienza di alterazioni funzionali dell'attenzione e della coscienza, simili a quelle osservabili negli stati di trance (Main, 1995; Main & Hesse, 1992; Main & Morgan, 1996): sguardo fisso nel vuoto, perdita di espressività del volto, posizioni anomale del corpo, movimenti particolarmente rallentati, tonalità vocali insolite che risulta difficile attribuire all'uno o all'altro stato emozionale comunemente evocati nella Strange Situation (paura, collera, tristezza, interesse).

Le indagini rivolte a definire gli antecedenti della DA nel primo anno di vita hanno fino ad oggi identificato una forte correlazione con l'esistenza di lutti o altri traumi non elaborati e irrisolti nel genitore verso il quale il comportamento di attaccamento del bambino risulta disorganizzato (i bambini con attaccamento disorganizzato verso un genitore mostrano spesso una sufficiente organizzazione dell'attaccamento verso l'altro genitore, il che esclude l'ipotesi che la DA dipenda da variabili di temperamento o da disfunzioni neurologiche primarie). La correlazione fra DA nei bambini e traumi non risolti nei genitori è stata osservata per la prima volta da Main & Hesse (1990, 1992). Successivamente, l'osservazione è stata replicata più volte da gruppi di ricerca indipendenti (Ainsworth & Echberg, 1991; Benoit & Parker, 1994; Lyons-Ruth & Block, 1996; Ward & Carlson, 1995).

Per spiegare l'associazione fra lutto o trauma irrisolto nei genitori e DA nei bambini, Main e Hesse (1990, 1992) hanno avanzato la seguente ipotesi. Il ricordo del trauma non risolto tende ad affiorare alla coscienza in modo compulsivo, frammentario e imprevedibile (Horowitz, 1986). Quando ciò avviene nella mente di un genitore che sta accudendo un bambino piccolo, si produrranno espressioni di paura nel volto del genitore, e il bambino sarà spaventato dal notare tali espressioni (la tendenza innata dei bambini piccoli a reagire con paura alla paura notata nel volto dell'adulto che li accudisce è ben nota: Fields & Fox, 1985). Si crea così nel bambino un conflitto

insolubile fra due sistemi motivazionali innati: il sistema dell'attaccamento, che lo obbliga a cercare la vicinanza protettiva del genitore ogni volta che si trova in pericolo, e il sistema difensivo più arcaico, che lo obbliga a fuggire o ad immobilizzarsi di fronte ad uno stimolo che gli incute paura (Main & Hesse, 1990, 1992). Naturalmente, questo conflitto insolubile fra bisogno di vicinanza protettiva al genitore e bisogno di allontanarsi dal genitore divenuto fonte di paura o di pericolo si verificherà anche se, mentre accudisce il figlio, il genitore con un trauma non risolto diventerà improvvisamente violento verso il bambino (la possibilità che genitori traumatizzati e spaventati divengano improvvisamente violenti verso i propri figli è stata magistralmente esaminata da Bowlby, 1988, Capitolo 5). Perché si produca la DA, comunque, non è necessario che il genitore incute paura al bambino attraverso la violenza: il semplice fatto di mostrare paura rende il genitore stesso una fonte di paura per il bambino, attivando così il conflitto fra sistema dell'attaccamento e altri sistemi motivazionali difensivi. Main & Hesse (1990, 1992) hanno chiamato frightened/frightening (spaventato e che incute paura) il genitore responsabile della disorganizzazione dell'attaccamento del bambino.

Disorganizzazione dell'attaccamento e molteplicità della rappresentazione di sé

La teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1969, 1988) sostiene che l'esperienza fatta dal bambino durante le prime esperienze di attaccamento viene racchiusa in particolari strutture della memoria implicita (Amini et al., 1996), chiamate Internal Working Models (Modelli Operativi Interni, MOI). I MOI contengono la rappresentazione di sé e del genitore nelle relazioni di attaccamento, e guidano il comportamento di attaccamento di conseguenza (Bowlby, 1973, 1988; Bretherton, 1985, 1990). E' grazie all'azione di diversi MOI che il comportamento di attaccamento, di per sé innato, si differenzia in funzione dell'esperienza e viene organizzato secondo i tre pattern (sicuro, evitante, resistente), oppure risulta disorganizzato.

Nel pattern sicuro, il MOI contiene una rappresentazione unitaria, coerente ed organizzata di sé e della figura di attaccamento, in cui le emozioni provate dal sé sono valutate positivamente perché validate da una figura di attaccamento disponibile ed affidabile. Nel pattern evitante, le emozioni di vulnerabilità del sé sono viceversa rappresentate come una fonte di fastidio per la figura di attaccamento, e quindi come qualcosa da evitare di esprimere. Nonostante la rappresentazione negativa delle emozioni di attaccamento, il MOI del pattern evitante conserva sufficienti caratteristiche di unità, coerenza e organizzazione. Anche il MOI del pattern resistente permette una sufficiente coerenza rappresentativa: la figura di attaccamento è rappresentata come imprevedibile nelle sue risposte, mentre il sé è rappresentato, ancora unitariamente, come disposto a manifestare con particolare energia e continuità le proprie emozioni di attaccamento, in modo da controllare i movimenti (altrimenti imprevedibili) di allontanamento dell'altra persona. Nel MOI che corrisponde alla disorganizzazione dell'attaccamento, invece, ogni anche relativa unità e coerenza rappresentativa è inesorabilmente e gravemente infranta (Hesse & Main, 1999; Liotti, 1992, 1995, 1999a, 1999b; Main, 1991).

La natura molteplice, incoerente e frammentata del MOI corrispondente alla DA può essere colta con una semplice inferenza: quali contenuti rappresentativi espliciti possono corrispondere all'esperienza racchiusa nella memoria implicita di bambini accuditi da genitori frightened/ frightening? [Nota 2: La memoria implicita (Amini et al., 1996) contiene ricordi che non sono mediati dal pensiero concettuale e dal linguaggio

(schemi percettivo-motori, schemi emozionali). Per la loro natura, questi ricordi non hanno quindi la stessa qualità di chiara coscienza che hanno i contenuti della memoria esplicita (detta anche dichiarativa o, quando riguarda il sé, autobiografica: Rubin, 1986). Alcuni usano quindi il termine "memoria implicita" come sinonimo di "memoria inconscia" (LeDoux, 1996)]. Il bambino, a partire da una memoria implicita della figura di attaccamento che lo accoglie con espressione di paura, può costruire una rappresentazione di sé come causa della paura che vede nell'altro (Sé "persecutore", Altro "vittima"), ma anche, e simultaneamente, una rappresentazione dell'altro come malevolo, e come responsabile della paura sperimentata dal sé (Sé "vittima", Altro "persecutore"). Inoltre, il bambino, a partire dalla stessa sequenza registrata nella memoria implicita, può rappresentare il Sé come "vittima" e l'Altro come "salvatore" (la figura di attaccamento accoglie il bambino, sia pure con espressione di paura), e persino il Sé come "salvatore" e il genitore come "vittima" (il genitore traumatizzato, che accoglie il bambino mentre rievoca con paura un trauma non elaborato, verrà facilmente confortato dalla tenerezza che di solito induce il contatto con un bambino). Infine, il bambino potrà rappresentare tanto il sé quanto la figura di attaccamento come vulnerabili, spaventati ed impotenti di fronte ad un invisibile, e perciò stesso tanto più minaccioso, pericolo (Sé "vittima", Altro "vittima"). In breve, si può inferire che l'esperienza di essere accudito da un genitore frightened/frightening si riflette in una tendenza a costruire rappresentazioni di sé-con-l'altro nell'attaccamento che sono molteplici e reciprocamente incompatibili, mutando continuamente fra le polarità rappresentative drammatiche del "salvatore", del "persecutore" e della "vittima" (Liotti, 1995, 1999a, 1999b). Questa inferenza è sostenuta da una serie di studi sulla rappresentazione di sé nei bambini in età scolare e negli adolescenti che sono stati disorganizzati nel loro attaccamento precoce (per rassegne di questi studi, vedi Hesse & Main, 1999; Liotti, 1999a, 1999b; Main & Morgan, 1996).

E' evidente la somiglianza fra lo stile rappresentativo frammentato e contraddittorio che emerge dal MOI dell'attaccamento disorganizzato, e quello che corrisponde agli effetti della scissione secondo Kernberg (1975). Si potrebbe obiettare che nella teoria di Kernberg la scissione è un meccanismo di difesa intrapsichico, mentre il MOI disorganizzato deve la molteplicità dissociata delle sue rappresentazioni a dinamiche cognitive (traduzione degli elementi della memoria implicita in conoscenze dichiarative) a loro volta fondate sulle caratteristiche di una relazione reale. Tuttavia, le differenze nella teoria esplicativa di base (teoria pulsionale classica nel modello di Kernberg, epistemologia evoluzionista e neuropsicologia cognitiva nel caso della teoria dell'attaccamento) non annullano il fatto che eguale accento venga posto sullo stile rappresentativo molteplice, contraddittorio e soprattutto non integrato, il quale caratterizza tanto la paziente borderline secondo Kernberg quanto l'attaccamento disorganizzato.

Disorganizzazione dell'attaccamento e deficit nello sviluppo metacognitivo

Una linea di ricerca di grande interesse teorico e clinico connette l'insicurezza nell'attaccamento in generale, e la DA in particolare, a deficit nello sviluppo e nell'esercizio delle funzioni metacognitive (Flavell, 1979).

Un serio deficit nel monitoraggio metacognitivo - cioè della capacità di osservare le operazioni mentali del pensiero e dell'affettività mentre si svolgono, così da poterle controllare il decorso - è caratteristico delle relazioni al cui interno compare la DA (Main, 1991; Main, 1995; Main & Hesse, 1992; Main & Morgan, 1996). Anche un'altra

funzione dipendente dalla metacognizione, la capacità del Sé di riflettere sugli stati mentali (pensieri, emozioni, convinzioni, ricordi) come entità discrete, relative e soggettive, sembra particolarmente compromessa nelle relazioni di attaccamento insicuro, e quindi anche di attaccamento disorganizzato (Fonagy et al., 1995). Certamente, la sicurezza dell'attaccamento nel primo anno di vita è correlata alla maggiore capacità di superare, fra i tre e i cinque anni, i compiti di falsa credenza che dimostrano l'avvenuta costruzione, da parte dei bambini, di una Teoria della Mente (Meins, 1997). Dunque, i bambini con attaccamento sicuro mostrano, rispetto ai bambini con attaccamento insicuro e disorganizzato, una facilitazione delle funzioni metacognitive implicate nella distinzione fra apparenza e realtà (su cui si basano i compiti di falsa credenza: Flavell, Flavell & Green, 1983; Wimmer & Perner, 1983). Adolescenti con storie indicative di DA mostrano certamente una minore capacità di pensiero logico-formale rispetto a coetanei di eguale intelligenza ma con storie di attaccamento sicuro o insicuro-resistente e insicuro-evitante (Jacobsen, Edelstein & Hoffmann, 1994) [Nota 3: La capacità adolescenziale di operazioni formali, ipotetico-deduttive, del pensiero, come definita da Jean Piaget, è correlata alla capacità di decentramento, a sua volta correlata alla metacognizione (Flavell, 1963)]. Adolescenti che certamente erano stati disorganizzati nell'attaccamento precoce (ad un anno di età) venivano considerati dagli insegnanti, in un recente studio, più portati ad "assentarsi mentalmente", cioè ad entrare in uno stato di attenzione e di coscienza simile ad una trance spontanea (Carlson, 1997): anche tale propensione a stati dissociativi della coscienza è indicativa di ridotto o disfunzionale uso delle capacità metacognitive.

Ora, è evidente che il monitoraggio metacognitivo e la capacità di riflettere sugli stati mentali propri ed altrui sono pre-condizioni essenziali per regolare e modulare l'esperienza emotiva tanto in solitudine che durante gli scambi interpersonali. La metacognizione e la "Teoria della Mente", dunque, sono al centro di quel sistema mentale di regolazione dell'esperienza emotiva che Linehan (1993a, 1993b) considera deficitario nel suo modello del Disturbo Borderline di Personalità. Solo grazie ad un efficiente monitoraggio metacognitivo è possibile, nel corso dello sviluppo cognitivo-emotivo: [1] comprendere la natura contestuale, relazionale e transitoria delle emozioni (come pure di tutti gli altri stati mentali); [2] costruire una "teoria" efficiente della relazione fra emozioni e precisi eventi ambientali; [3] assegnare a ciascuna emozione un nome appropriato. In una parola, solo grazie alle capacità metacognitive è possibile disporre, nel corso dello sviluppo, degli strumenti mentali che secondo Linehan costituiscono il sistema di regolazione delle emozioni.

Naturalmente, l'idea che da una relazione di attaccamento disturbata possa derivare un deficit delle funzioni mentali (metacognizione) che intervengono nella modulazione dell'esperienza emotiva è del tutto in accordo con la tesi centrale dei modelli psicoanalitici collegati alla Psicologia del Sé, secondo la quale le funzioni d'oggetto-sé (di cruciale importanza per la capacità di auto-conforto) divengono deficitarie in relazione a precisi disturbi nelle prime relazioni d'oggetto. Grazie a tale accordo sostanziale, un modello della patologia borderline derivante dalla DA appare compatibile non solo con quello cognitivo-comportamentale di Linehan, ma anche con modelli psicoanalitici del Disturbo Borderline di Personalità come quello di Adler (1985).

Disorganizzazione dell'attaccamento e risposte ai traumi

La teoria dell'attaccamento prevede che, nel corso della vita, le risposte meno disfunzionali alla separazione, alla perdita, all'abbandono e in generale agli eventi

traumatici siano legate alla precedente esperienza di (almeno un) attaccamento sicuro, e dunque all'esistenza di un MOI sicuro al momento della separazione, della perdita o del trauma (Bowlby, 1969, 1973, 1980). I dati di ricerca finora disponibili avvalorano e confermano questa previsione, ma solo in parte. Uno studio, in particolare, suggerisce che la dimensione organizzazione-disorganizzazione sia più importante della dimensione sicurezza-insicurezza nel permettere di prevedere, in funzione dell'attaccamento, risposte negative a traumi separazioni e perdite (Adams, Keller & West, 1995). In altre parole, sarebbe la precedente disorganizzazione - assai più che la semplice insicurezza - dell'attaccamento, a far prevedere risposte francamente patologiche ad eventi traumatici o di perdita.

Visto il ruolo che i traumi sembrano esercitare nella genesi del Disturbo Borderline di Personalità - un ruolo centrale anche se controverso (Paris, 1996) - il tema della DA come fattore predisponente ai disturbi emotivi post-traumatici merita una digressione e alcune riflessioni.

Essere vittima di un evento psicologico potenzialmente traumatico comporta, per definizione, l'attivazione del sistema motivazionale dell'attaccamento (per una discussione di questo punto, si veda in particolare Liotti, 1999a, 1999b). Il dolore fisico e psichico, unito alla percezione della propria vulnerabilità, costituisce infatti il più potente attivatore del bisogno umano innato di aiuto, conforto, protezione (attaccamento). Dunque, la risposta al trauma psicologico comporta l'attivazione non solo dell'innato bisogno di attaccamento, ma anche del MOI che lo regola, cioè delle aspettative sulla risposta che gli altri daranno alla propria richiesta di cura e del significato e valore attribuito alle proprie emozioni di attaccamento. Aspettative di risposte positive dagli altri e positivo significato attribuito alle proprie emozioni (aspettative veicolate dal MOI dell'attaccamento sicuro) da un lato riducono, già sul piano intrapsichico, gli effetti dolorosi del trauma, e dall'altro guidano efficacemente il comportamento, sul piano relazionale, verso interazioni interpersonali reali intrinsecamente capaci di fornire aiuto e conforto. Dunque, il MOI dell'attaccamento sicuro dovrebbe costituire un fattore di protezione nei confronti del DPTS (Disturbo Post-Traumatico da Stress). Viceversa, i MOI dei diversi tipi di attaccamento insicuro, e ancor più il MOI dell'attaccamento disorganizzato, convogliando aspettative di rifiuto, di intrusività o (nel caso dell'attaccamento disorganizzato) di ulteriore pericolo connesse alle proprie richieste di attaccamento, non proteggono dagli effetti psicologici degli eventi traumatici o addirittura li amplificano (Liotti, 1999a, 1999b). Nel caso del MOI disorganizzato, la sua attivazione inoltre comporta, di per sé, un'esperienza dissociativa. Infatti, tale MOI veicola rappresentazioni non integrate, contraddittorie e drammatiche di sé e dell'altro a cui si chiede cura: ai ben noti effetti dissocianti del trauma si somma così la dissociazione nella rappresentazione di sé-con-l'altro derivante dalla DA. Si comprende dunque il dato emergente da ricerche come quella citata di Adams et al. (1995): la DA è un fattore di rischio per lo sviluppo di DPTS.

Se ora teniamo presente che le famiglie dove si verifica più facilmente la DA sono anche le famiglie dove più alto è il rischio di abuso, maltrattamento o violenza (Carlson et al., 1989), potremmo intravedere come due fattori di rischio per lo sviluppo del Disturbo Borderline di Personalità - la DA precoce e l'esposizione a traumi psicologici durante lo sviluppo - siano spesso fra loro interconnessi nel concorrere alla dissociazione o scissione che caratterizza questo disturbo. Inoltre, il fatto che la DA sia già di per sé un fattore di dissociazione nelle rappresentazioni di sé-con-l'altro, può aiutare a comprendere i casi di Disturbo Borderline di Personalità nella cui storia di sviluppo non si riscontrano

esperienze traumatiche particolari. Infine, il valore protettivo dei MOI di attaccamento sicuro può contribuire a spiegare come non sempre l'esposizione a traumi durante lo sviluppo sia seguita dalla comparsa di patologie dissociative in generale e borderline in particolare (si veda Paris, 1996, per una discussione sul ruolo dei traumi nella patogenesi del Disturbo Borderline di Personalità).

Un'ipotesi sullo sviluppo del Disturbo Borderline di Personalità a partire dalla disorganizzazione dell'attaccamento

Quanto finora detto consente di capire come la DA fornisca un modello unitario dei due principali disturbi nucleari ipotizzati per la patologia borderline dai modelli psicoanalitici (in particolare quello di Kernberg) e cognitivo-comportamentali (in particolare quello di Linehan). La molteplicità rappresentativa di sé e la carente funzione di regolazione delle emozioni dolorose (connessa al deficit metacognitivo) appaiono infatti come due aspetti di quel particolare sviluppo insieme intrapsichico e relazionale che è la DA. Inoltre, un modello della patologia borderline centrato sulla DA permette di comprendere due altri aspetti cruciali nello sviluppo e nell'espressione clinica di questi disturbi: la risposta ai traumi e la reazione abnormemente intensa alla separazione (il sistema dell'attaccamento media tanto la risposta ai traumi quanto la reazione alla separazione).

I modelli psicoanalitici e cognitivo-comportamentali - basati sulla molteplicità dissociata e drammatica della rappresentazione di sé-con-l'altro, sulla scarsa regolazione dell'esperienza emotiva e sui deficit della metacognizione - spiegano bene, a partire dal disturbo nucleare ipotizzato, gli aspetti clinici del Disturbo Borderline di Personalità: impulsività, oscillazioni fra idealizzazione e svalutazione di sé e degli altri, senso di vuoto, collera immotivata e intensa, comportamenti autolesivi, relazioni affettive instabili e intense. Dunque anche il modello basato sulla DA è in grado di dare ragione di tali aspetti clinici, dato che unifica in un unico processo mentale ed interpersonale i disturbi nucleari ipotizzati dagli altri modelli. In aggiunta, il modello della DA mette in luce meglio degli altri la dinamica interpersonale che potrebbe essere alla base delle esperienze e dei comportamenti tipici dei pazienti borderline. Questa dinamica interpersonale è ricollegabile all'attivazione del sistema motivazionale dell'attaccamento.

Il bambino con attaccamento disorganizzato tenderà ad avere rappresentazioni mentali drammatiche, dissociate, non integrabili di sé e degli altri ogni volta che si attivi in lui il sistema motivazionale dell'attaccamento. Tale attivazione: [1] si produce inevitabilmente ogni volta che sia sperimentato disagio e vulnerabilità personale [Nota 4: Si ricordi che il sistema dell'attaccamento, essendo innato, media la ricerca di vicinanza protettiva "dalla culla alla tomba" (Bowlby, 1988). Innescano le attività del sistema le percezioni di vulnerabilità personale]; [2] comporta, quando è mediata dal MOI disorganizzato, interazioni emotivamente molto intense, e anche dolorose con gli altri a cui si tende a chiedere cura (si ricordi la rappresentazione di sé-con-l'altro oscillante fra i ruoli del persecutore, del salvatore e della vittima); [3] implica anche il rischio di terrorizzanti esperienze dissociative (sensazioni di annichilimento, stati alterati di coscienza) connesse all'ingestibilità, da parte delle funzioni integratrici della coscienza, delle rappresentazioni incompatibili simultanee di sé e dell'altro veicolate dal MOI disorganizzato. Verosimilmente, oltre a sviluppare uno stile di relazione instabile ed emotivamente intenso, chi abbia ripetutamente tale esperienza dolorosa inerente all'attivazione del sistema dell'attaccamento, tenderà ad inibire

difensivamente tale sistema. Per farlo, esistono due possibilità: lo sforzo di raggiungere una condizione di distacco emotivo, e l'attivazione surrettizia di altre modalità di relazione, diverse dall'attaccamento, quando si avverta la propria vulnerabilità (ad esempio, modalità seduttivo-sessuali, modalità competitive: Gilbert, 1989; Liotti, 1994) [Nota 5: Diversi sistemi motivazionali innati mediano la relazione umana. Tali sistemi sono innescati normalmente da condizioni soggettive e interpersonali diverse: la percepita vulnerabilità attiva il sistema dell'attaccamento; segnali di sfida per conquistare un bene limitato innescano il sistema della competizione; segnali di corteggiamento innescano il sistema sessuale (Gilbert, 1989; Liotti, 1994). Si sostiene qui che sia possibile, in presenza di una percepita vulnerabilità personale, una attivazione vicaria ed impropria di altri sistemi motivazionali, come quello sessuale o quello agonistico-competitivo. Ciò può avvenire qualora il MOI dell'attaccamento lasci prevedere un insuccesso della richiesta diretta di protezione o conforto]. Possono così prodursi, nel contesto della tendenza all'attivazione del sistema di attaccamento, esperienze di distacco emozionale (il senso di vuoto di cui spesso i pazienti borderline si lamentano) ovvero tendenze a comportamenti sessuali promiscui e rischiosi, o ancora esplosioni immotivate di collera competitiva. Nello sforzo di raggiungere un distacco emozionale che protegga dalla dolorosa esperienza della disorganizzazione durante interazioni di attaccamento, è poi possibile che la paziente impari ad utilizzare stimoli che la "distraggano" dal disperato e disperante bisogno di un conforto mai raggiungibile (abusando di cibo, di alcool e di droghe, o impegnandosi in comportamenti rischiosi che peraltro collimano con le due rappresentazioni negative di sé - persecutrice o vittima impotente - implicate dal MOI disorganizzato). La deficitaria capacità metacognitiva impedisce, durante un tale processo di sviluppo abnorme, la riflessione critica sulla propria condotta e sui propri stati mentali che sola - in assenza di importanti esperienze relazionali correttive dell'attaccamento disorganizzato - potrebbe avviare diversi tipi di condotte interpersonali ed esplorare diverse modalità di gestione delle emozioni dolorose.

Va sottolineato che l'ipotesi presentata in questo scritto identifica nell'attaccamento disorganizzato il disturbo nucleare della patologia borderline, ma non afferma affatto che la DA sia l'unico fattore di rischio. Diversi fattori possono convergere con gli effetti della DA nel determinare il Disturbo Borderline di Personalità. E' verosimile che nessuno di essi, da solo, sia sufficiente a produrre il disturbo che, come la maggior parte dei disturbi psichiatrici, ha genesi multifattoriale ovvero bio-psico-sociale (Paris, 1996). Esperienze traumatiche, successive alla DA precoce, contribuiscono certamente, e in maniera importante, ad indirizzare lo sviluppo della personalità verso la condizione borderline. Tratti di personalità determinati da variabili genetiche e costituzionali (ad esempio, l'impulsività e la particolare reattività del sistema neuro-vegetativo agli stimoli emozionali) sono probabilmente importanti fattori aggiuntivi di rischio (Linehan, 1993a, 1993b; Paris, 1996). Anomalie neuropsicologiche congenite o acquisite potrebbero sommarsi alla DA e agli effetti psicologici dei traumi nella patogenesi del Disturbo Borderline di Personalità (Van Reekum, Links & Boiago, 1993). Stili abnormi di comunicazione familiare non implicanti direttamente le interazioni di attaccamento hanno probabilmente anch'essi un ruolo nella genesi del disturbo. E' inoltre assolutamente necessario, studiando la patogenesi del Disturbo Borderline di Personalità, considerare il ruolo dei fattori protettivi che possono, nel corso dello sviluppo, neutralizzare l'influenza di precedenti fattori di rischio. Esperienze successive di attaccamento sicuro, che correggano le precedenti esperienze di disorganizzazione, sono certamente un fattore importante di protezione.

Disorganizzazione dell'attaccamento e disturbi psicopatologici diversi

Il modello interpretativo che stiamo considerando permette ricerche empiriche precise, miranti a convalidare o falsificare l'ipotesi che la DA precoce sia un fattore di rischio importante nella genesi del Disturbo Borderline di Personalità. Una possibilità di saggiare l'ipotesi viene offerta dalla ormai accertata correlazione fra la DA del bambino e la mancata elaborazione di lutti o traumi in chi lo accudisce, correlazione che è stata ampiamente discussa nel paragrafo 3 di questo scritto. I pazienti borderline dovrebbero dunque avere maggiore probabilità di altri pazienti psichiatrici di essere figli di genitori con lutti o traumi non elaborati nel periodo in cui i pazienti sviluppavano i primi pattern di attaccamento. Un'estesa indagine epidemiologica volta ad accertare se ciò è vero è in corso in Italia, ed i suoi risultati preliminari (Pasquini, 1998) sono a favore dell'ipotesi che l'attaccamento disorganizzato sia un fattore di rischio per il Disturbo Borderline di Personalità.

E' interessante notare, a questo riguardo, che relazioni fra esperienze di lutto non risolte nei genitori e rischio di sviluppi psicopatologici nei figli (essendo presumibilmente la DA il mediatore fra esperienza traumatica del genitore e disturbi nei figli) sono state trovate non solo per il Disturbo Borderline di Personalità, ma anche per i disturbi dissociativi (Liotti, 1992, 1999a, 1999b; Liotti, Intreccialagli & Cecere, 1991) e i disturbi della condotta alimentare (Dalle Grave, Oliosì & Todisco, 1998). Il modello della DA, inoltre, sembra essere alla base delle esperienze dissociative di pazienti vittime di abusi (Anderson & Alexander, 1996; Coe et al., 1995), indipendentemente dal fatto che il quadro clinico entro cui compaiono le esperienze dissociative corrisponda a quello del Disturbo Borderline di Personalità, di un disturbo dissociativo, di un disturbo da attacchi di panico con marcati sintomi di depersonalizzazione, o altro. Clinicamente, il modello della DA è stato osservato all'interno della relazione terapeutica con pazienti che si presentavano al trattamento con sintomi di tipo ossessivo-compulsivo (Liotti, 1993b, 1995; Liotti & Intreccialagli, 1998; Monticelli, comunicazione personale) - ricordando le somiglianze strutturali profonde osservate fra alcuni sottotipi di pazienti ossessivi e pazienti con disturbi dissociativi di identità (Ross & Anderson, 1988). Infine, il modello della DA è stato osservato, clinicamente, nella relazione terapeutica con pazienti sofferenti di altri tipi di disturbi di personalità. Queste osservazioni fanno apparire la DA come un fattore di rischio e come un disturbo nucleare soggiacente ad un continuum psicopatologico caratterizzato dall'esperienza dissociativa e dalla disorganizzazione dei significati personali (disorganizzazione di tipo e di grado diverso da quella osservata nei disturbi schizofrenici). Di un tale continuum farebbero parte condizioni attualmente diagnosticabili come Disturbo Borderline di Personalità o come disturbi dissociativi, ma anche condizioni diverse, in cui la disorganizzazione cognitiva e l'esperienza dissociativa sono inglobate in quadri sintomatologici che le rendono meno percepibili agli occhi del clinico che non le cerchi attivamente. Dissociazione e disorganizzazione dei significati personali sono osservabili in alcuni casi di disturbo di personalità non-borderline o in comorbilità col Disturbo Borderline di Personalità (soprattutto disturbi dello spettro impulsivo), e dall'altro alcuni sottotipi di disturbi psicogeni dell'alimentazione (ove l'esperienza dissociativa assume spesso la forma di una grave alterazione dello schema corporeo), di disturbi da attacchi di panico (depersonalizzazione), e di disturbi ossessivo-compulsivi (ove disorganizzazione e dissociazione appaiono quando siano impediti i cerimoniali).

Partendo dunque dalla ricerca, permessa dal concetto di DA, di un modello integrato del nucleo della patologia borderline, potremmo arrivare all'identificazione di un gruppo di

disturbi non psicotici che hanno in comune il fallimento, più o meno evidente, nella costruzione di una organizzazione dei significati personali (organizzazione della conoscenza di sé, nel senso dato a questo termine nella psicopatologia cognitivista: Guidano & Liotti, 1983). Questo gruppo di disturbi, caratterizzato dalla disorganizzazione cognitiva, andrebbe distinto, da una parte, dai disturbi d'ansia, depressivi e della condotta alimentare riconducibili ad organizzazioni cognitive disfunzionali (Guidano & Liotti, 1983), e dall'altra dai disturbi psicotici. Se ciò corrispondesse ad una valida distinzione nosologica, allora resterebbero da studiare i fattori di rischio aggiuntivi che, a partire dalla DA, possono indirizzare lo sviluppo psicopatologico verso il tipico Disturbo Borderline di Personalità piuttosto che verso un altro disturbo di personalità, verso un disturbo dissociativo, o verso un disturbo che celi la dissociazione sotto le vesti di una anoressia o bulimia (Vanderlinden & Vandereycken, 1997), di un disturbo ossessivo-compulsivo (Liotti, 1993b, 1995; Liotti & Intreccialagli, 1998), o di un disturbo agorafobico da attacchi di panico (Liotti, 1993a, pp. 31-33).

Implicazioni per la psicoterapia

Il modello della DA permette un avvicinamento alla psicoterapia dei pazienti borderline che integra tecniche ugualmente utili nonostante siano basate su modelli ritenuti reciprocamente incompatibili, come quello psicoanalitico di Kernberg e quello cognitivo-comportamentale di Linehan. La terapeuta può cioè, aderendo ad un unico e coerente modello, mirare tanto all'aumento delle capacità metacognitive del suo paziente (ad esempio procedendo alla sistematica validazione dell'esperienza emotiva come suggerito da Linehan), quanto mirare all'integrazione di rappresentazioni scisse di sé (come proposto da Kernberg). Un buon esempio di questo duplice focus del trattamento è offerto in un recente scritto di Cotugno (1997).

Sapendo che la maggior parte delle difficoltà relazionali e delle esperienze soggettive abnormi della paziente borderline vanno ricondotte, in ultima analisi, all'attivazione del sistema di attaccamento, il terapeuta può trarre notevoli vantaggi dal prestare particolare attenzione ai modi con cui la dimensione motivazionale dell'attaccamento viene implicata nella relazione terapeutica. Grazie a tale attenzione privilegiata rivolta ai momenti in cui i bisogni di attaccamento della paziente vengono rivolti alla terapeuta, è possibile dar senso a molte difficoltà tipiche delle relazioni col paziente borderline (Cotugno, 1997; Liotti, 1995, 2000; Liotti & Intreccialagli, 1998). E' anche possibile, grazie al modello della DA, comprendere il valore delle co-terapie nel ridurre il rischio di drop-out durante la psicoterapia degli stati borderline (Liotti, 2000) [Nota 6: Il rischio elevatissimo di interruzione prematura del trattamento è unanimemente riconosciuto come uno dei motivi principali di insuccesso nella cura del paziente borderline (Gunderson et al., 1989; Linehan, 1993a, 1993b)]. Un esempio di co-terapia che si è dimostrata capace di ridurre il numero di drop-out nella terapia dei borderline è offerta dal doppio setting, individuale e di gruppo, con due diversi terapeuti, previsto dal modello di Linehan (1993a, 1993b). La co-terapia, secondo il modello della DA, previene il rischio che il terapeuta venga percepito assolutamente e drammaticamente come pericoloso o come impotente. Una tale percezione è inevitabile all'interno del triangolo rappresentativo "Salvatore-Persecutore-Vittima", connesso a sua volta alla riattivazione, nella relazione terapeutica, del MOI di attaccamento disorganizzato. Essendo i bisogni di attaccamento della paziente rivolti a due diversi terapeuti (che, va sottolineato, devono essere in stretta collaborazione fra loro e seguire un modello teorico unitario), il sistema motivazionale non si attiva verso nessuno dei due con intensità paragonabile a quella che ci si può attendere in una paziente che

veda in una singolo terapeuta la fonte di ogni speranza e di ogni conforto. Se il sistema dell'attaccamento non è attivato con continuità ed alta intensità, è meno probabile che il paziente sperimenti gli stati di disorientamento e le rappresentazioni mutevoli e minacciose di sé e dell'altro connessi al MOI disorganizzato. E se queste esperienze penose non si producono all'interno della relazione terapeutica, è meno probabile che il paziente borderline abbandoni la cura.

RIASSUNTO

Mentre la teoria psicoanalitica di Kernberg afferma che il disturbo nucleare della patologia borderline è una rappresentazione scissa, non integrata, di sé e degli altri, la teoria cognitivo-comportamentale di Linehan sostiene che tale disturbo nucleare va invece riconosciuto nel deficit del sistema di regolazione delle emozioni. In questo articolo si afferma che la disorganizzazione dell'attaccamento comporta tanto una rappresentazione molteplice e dissociata di sé e della figura di attaccamento quanto un deficit metacognitivo che rende difficile la regolazione delle emozioni. La disorganizzazione dell'attaccamento è dunque compatibile con i principali modelli teorici del disturbo borderline di personalità, e potrebbe costituire la base per una integrazione di tali modelli. Inoltre, alcuni dati clinici e di ricerca convergono nel sostenere l'ipotesi che la disorganizzazione dell'attaccamento costituisca un importante fattore di rischio nello sviluppo del disturbo borderline di personalità.

SUMMARY

Kernberg's psychoanalytic model states that the nuclear disturbance of borderline pathology is the existence of split representations of self and others. Linehan's cognitive-behavioral model, on the contrary, identifies such a nuclear disturbance in a dysfunction of the system controlling the expression and the experience of emotions. The disorganization of attachment induces both a multiple, dissociated representation of self and the attachment figure, and a metacognitive deficit that hampers the control of emotions and impulses. Thus, disorganized attachment is the basis for a model of borderline pathology that is compatible with the major psychoanalytic and cognitive-behavioral models, and may allow for their integration. Moreover, clinical and research findings converge in supporting the hypothesis that attachment disorganization is a major risk factor in the development of borderline personality disorder.

BIBLIOGRAFIA

ADAM K.S., KELLER A. E. & WEST M. (1995). Attachment organization and vulnerability to loss, separation and abuse in disturbed adolescents. In: GOLDBERG S., MUIR R. & KERR J. (eds), *Attachment Theory: Social, developmental and clinical perspectives*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

ADLER G. (1985). *Borderline psychopathology and its treatment*. New York: Aronson.

AINSWORTH M.D.S., BLEHAR M., WATERS E. & WALL S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

AINSWORTH M.D.S. & EICHBERG C. (1991). Effects on infant-mother attachment of mother's unresolved loss of an attachment figure or other traumatic experiences. In: PARKES C.M., STEVENSON-HINDE J. & MARRIS P. (eds), *Attachment across the life cycle*. London: Routledge.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). Washington, DC: APA (trad. it. basata sulla "Versione internazionale con i codici dell'ICD-10" del 1995: DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quarta edizione. Milano: Masson, 1995).

AMINI F et al. (1996). Affect, attachment, memory: Contributions toward psychobiologic integration. *Psychiatry*, 59: 213-239.

ANDERSON C. & ALEXANDER P. C. (1996). The relationship between attachment and dissociation in adult survivors of incest. *Psychiatry*, 59: 240-254.

BENOIT D. & PARKER K. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*, 65: 1444-1456.

BOWLBY J. (1969). Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment. London: Hogarth Press (2nd ed.: New York: Viking Penguin, 1984) (trad. it.: Attaccamento e perdita. Vol. 1: L'attaccamento alla madre. Torino: Boringhieri, 1976 [1a ed.], 1989 [2a ed.]).

BOWLBY J. (1973). Attachment and Loss. Vol. 2: Separation: Anxiety and Anger. London: Hogarth Press (trad. it.: Attaccamento e perdita. Vol. 2: La separazione dalla madre. Torino: Boringhieri, 1978).

BOWLBY J. (1980). Attachment and Loss. Vol. 3: Loss: Sadness and Depression. London: Hogarth Press (trad. it.: Attaccamento e perdita. Vol. 3: La perdita della madre. Torino: Boringhieri, 1983).

BOWLBY J. (1988). A Secure Base. London: Routledge (trad. it.: Una base sicura. Milano: Cortina, 1989).

BRETHERTON I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. In: BRETHERTON I. & WATERS E. (eds), Growing points of attachment theory and research. Chicago: The University of Chicago Press.

BRETHERTON I. (1990). Open communication and internal working models: Their role in attachment relationships. In: THOMPSON R. (ed), Socioemotional development. Lincoln: University of Nebraska Press.

CARLSON E A .(1997). "A prospective longitudinal study of consequences of attachment disorganization/disorientation". Paper read at the 62nd Meeting of the Society for Research in Child Development.

CARLSON E A., CICCHETTI D., BARNETT D. & BRAUNWALD K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25: 525-531.

COE M.T., DALEENBERG C., ARANSKY K.M. & RETO C.S. (1995). Adult attachment style, reported childhood violence history and types of dissociative experiences. *Dissociation*, 8: 142-154.

COTUGNO A. (1995). La psicoterapia nella patologia borderline. *Psicoterapia*, 1: 89-116.

COTUGNO A. (1997). Psicoterapia cognitiva e stati borderline. *Psicobiiettivo*, 17 (3): 17-34.

COTUGNO A. & MONTICELLI F. (1995). Disturbi dissociativi e disturbo borderline di personalità: Analogie e differenze. In: COTUGNO A. & INTRECCIALAGLI B. (eds), *Una sola moltitudine*. Roma: Melusina.

DALLE GRAVE R., OLIOSI M. & TODISCO P. (1998). "Esperienza di lutto tra le madri di pazienti con disturbi del comportamento alimentare e caratteristiche psicopatologiche delle figlie". Articolo presentato al IX Congresso della Società Italiana di Terapia Cognitiva e Comportamentale, Torino 13-15 Novembre 1998.

FIELDS T.M. & FOX N A. (1985). *Social perception in infants*. Norwood: Ahler.

FLAVELL J.H. (1963). *The developmental psychology of Jean Piaget*. New York: Van Nostrand.

FLAVELL J.H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34: 906-911.

FLAVELL J. H., FLAVELL E. & GREEN F. L. (1983). Development of the appearance-reality distinction. *Cognitive Psychology*, 15: 95-120.

FONAGY P et al. (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states In: GOLDBERG S., MUIR R. & KERR J. (eds), *Attachment Theory: Social, developmental and clinical perspectives*. Hillsdale , NJ: Analytic Press.

GILBERT P. (1989). *Human nature and suffering*. New York: Erlbaum.

GUIDANO V.F. & LIOTTI G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford.

GUNDERSON J.G. et al. (1989). Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *Journal of Mental and Nervous Disease*, 177: 38-42.

HESSE E. & MAIN M. (1999). Second-generation effects of trauma in non-maltreating parents: Previously unexamined risk factor for anxiety. *Psychoanalytic Inquiry*, 19: 30-61.

HOROWITZ M.J. (1986). *Stress response syndromes*. New York: Aronson.

KERNBERG O. F. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Aronson (trad. it.: *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Torino: Boringhieri, 1978).

JACOBSEN T., EDELSTEIN W .& HOFMANN V. (1994). A longitudinal study of the relation between representation of attachment in childhood and cognitive functioning in childhood and adolescence. *Developmental Psychology*, 30: 112-124.

LE DOUX J. (1996). *Il cervello emotivo*. Milano: Baldini & Castoldi, 1998.

LINEHAN M.M. (1993a). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford (trad. it.. *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Milano: Cortina, 2001).

LINEHAN M.M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.

LIOTTI G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 5: 196-204.

LIOTTI G. (1993a). *Le discontinuità della coscienza*. Milano: Franco Angeli.

LIOTTI G. (1993b). Disorganized attachment and dissociative experiences: An illustration of the developmental-ethological approach to cognitive therapy. In: KUEHLVEIN K. & ROSEN H. (eds), *Cognitive therapies in action*. San Francisco: Jossey-Bass.

LIOTTI G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: NIS.

LIOTTI G. (1995). Disorganized/disoriented attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders. In: GOLDBERG S., MUIR R. & KERR J. (eds), *Attachment Theory: Social, developmental and clinical perspectives*. Hillsdale, NJ: Analytic Press, pp. 343-363.

LIOTTI G. (1999a). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In: SOLOMON J. & GEORGE C. (eds), *Disorganization of attachment*. New York: Guilford, pp. 291-317.

LIOTTI G. (1999b). Understanding the dissociative processes: The contribution of attachment theory. *Psychoanalytic Inquiry*, 19: 757-783.

LIOTTI G. (2000). Disorganized attachment, models of borderline states, and evolutionary psychotherapy, In: GILBERT P. & BAILEY K. (eds), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* Hove: Brunner-Routledge, pp. 232-256.

LIOTTI G. (2001). *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionistica*. Milano: Cortina.

LIOTTI G. & INTRECCIALAGLI B. (1998). Metacognition and motivational systems in psychotherapy: A cognitive-evolutionary approach to the treatment of difficult patients. In: PERRIS C. & MCGORRY P.D. (eds), *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders* Chichester: Wiley.

LIOTTI G., INTRECCIALAGLI B. & CECERE F. (1991). Esperienza di lutto nella madre e predisposizione ai disturbi dissociativi della prole: Uno studio caso-controllo. *Rivista di Psichiatria*, 26: 283-291.

LYONS-RUTH K. (1996). Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64: 64-73.

LYONS-RUTH K. & BLOCK D. (1996). The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving and infant attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17: 257-275.

MAFFEI C. (1997). Interpretazione di transfert e relazione interpersonale nella psicoterapia analitica dei disturbi di personalità In: BARONE L. & MAFFEI C. (eds), *Conoscenza ed emozione nei disturbi di personalità*. Milano: Franco Angeli.

MAFFEI C. (1998). "Disturbo borderline di personalità, metacognizione ed autoregolazione". Articolo presentato al IX Congresso della Società Italiana di Terapia Cognitiva e Comportamentale, Torino, 13-15 Novembre 1998.

MAIN M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) versus multiple (incoherent) models of attachment. In: PARKES C. M., STEVENSON-HINDE J. & MARRIS P. (eds), *Attachment across the life cycle*. London: Routledge.

MAIN M. (1995). Recent studies in attachment: Overview, with selected implications for clinical work. In: GOLDBERG S., MUIR K. & KERR J. (eds), *Attachment Theory: Social, developmental and clinical perspectives*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

MAIN M. & HESSE E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In: GREENBERG M.T., CICHETTI D. & CUMMINGS E.M. (eds), *Attachment in the preschool years* Chicago: Chicago University Press.

MAIN M & HESSE E (1992). Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali alterati nei genitori. In: AMMANITI M. & STERN D. (eds), *Attaccamento e psicoanalisi*. Roma: Laterza.

MAIN M. & MORGAN H. (1996). Disorganization and disorientation in infant Strange Situation behavior: Phenotypic resemblance to dissociative states? In: MICHELSON L. & RAY W. (eds), *Handbook of dissociation*. New York: Plenum Press.

MAIN M & SOLOMON J (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Strange Situation. In: GREENBERG M.T., CICHETTI D. & CUMMINGS E.M. (eds), *Attachment in the preschool years* Chicago: Chicago University Press.

MASTERTON J. (1972). *Treatment of the borderline adolescent: The developmental approach*. New York: Wiley.

MEINS E. (1997). *Security of attachment and the social development of cognition*. Hove: Psychology Press.

O'CONNOR M., SIGMAN M. & BRILL N. (1987). Disorganization of attachment in relation to maternal alcohol consumption.. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55: 831-836.

PARIS J. (1993). *Borderline Personality Disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press (trad. it.: *Il disturbo borderline di personalità. Eziologia e trattamento*. Milano: Cortina, 1995).

PARIS J. (1996). *Contesto sociale e disturbi di personalità* Milano: Cortina, 1997.

PASQUINI P. (1998). "Risultati preliminari di uno studio caso-controllo su lutti e traumi nelle madri di pazienti borderline e dissociativi". Contributo alla giornata di studio su "Scissione e dissociazione nei disturbi borderline e dissociativo", Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma 5 Dicembre 1998.

PRETZER J.L. & BECK A.T. (1995). Teoria cognitiva dei disturbi di personalità. In: CLARKIN J.F. & LENZENWEGER M.F. (eds), *I disturbi di personalità*. Milano: Cortina, 1997.

RADKE-YARROW M. et al. (1995). Attachment in the context of high-risk conditions. *Development and Psychopathology*, 7: 247-265.

ROSS C. & ANDERSON G. (1988). Phenomenological overlap of multiple personality disorder and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176: 295-299.

RUBIN D. (1986). *Autobiographical memory*. Cambridge: Cambridge University Press.

SOLOMON J. & GEORGE C. (1999). *Disorganization of attachment*. New York: Guilford.

VANDERLINDEN J. & VANDEREYCKEN W. (1997). *Le origini traumatiche dei disturbi alimentari*. Roma: Astrolabio, 1998.

VAN REEKUM R., LINKS P.S. & BOIAGO I. (1993). Fattori costituzionali del disturbo borderline di personalità. In: Paris J. (ed), *Il disturbo borderline di personalità*, Milano: Cortina, 1995.

WARD M. J. & CARLSON E. A. (1995). The predictive validity of the adult attachment interview for adolescent mothers. *Child Development*, 66: 69-79.

WIMMER H. & PERNER J. (1983). Beliefs about beliefs: Representations and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, 13: 103-128.

Associazione di Psicologia Cognitiva (APC)
Viale Castro Pretorio, 116
00185 Roma
Tel. 06-44704193/49380849, E-Mail <liotti@apc.it>