

Disorganizzazione dell'attaccamento. Implicazioni cliniche in età adulta

Maria Angela Di Noia¹

¹Studio di Psicologia e Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale, Roma

Riassunto

Nel seguente articolo, dopo una breve disamina sulla disorganizzazione dell'attaccamento, il focus viene posto sui possibili collegamenti tra tale modalità di relazione ed esiti psicopatologici in età adulta. In particolare, si approfondisce l'ipotesi avanzata da G. Liotti, in una prospettiva cognitivo-evoluzionista, della disorganizzazione dell'attaccamento come nucleo di alcune sindromi psicopatologiche quali i Disturbi Dissociativi e il Disturbo Borderline di Personalità. Tale ipotesi teorica, confermata da alcuni dati clinici e di ricerca, consente di spiegare bene il coesistere di gravi difficoltà nella regolazione delle emozioni e di rappresentazioni non integrate e mutevoli di sé e degli altri. La mancata integrazione delle rappresentazioni di sé con l'altro può andare dall'estremo dell'alternarsi di altre personalità che compongono il Disturbo Dissociativo dell'Identità, alle oscillazioni fra rappresentazioni scisse, idealizzate e negative, di sé e degli altri nel DBP. Secondo Liotti, la disorganizzazione e il disorientamento nella prima infanzia, implicando un Modello Operativo Interno molto probabilmente molteplice e incoerente, aumentano la vulnerabilità del bambino a entrare in stati alterati di coscienza o ad avere disturbi dissociativi nell'età adulta. D'altra parte la disorganizzazione dell'attaccamento sembra offrire un modello unitario dei due principali disturbi nucleari ipotizzati per la patologia borderline dalla teoria psicoanalitica di Kernberg e da quella cognitivo-comportamentale di Linehan.

Summary

In the following article, after a deep examination of *attachment disorganization*, the focus was concentrated on the possible links between relation modalities and psychopathologic results during the adult age. In particular, in a cognitive-evolutionary perspective, the hypothesis proposed by Giovanni Liotti about *attachment disorganization* considered as the core of some psychopathologic syndromes like *Dissociative Disorders and Borderline Personality Disorder* was deeply investigated. Such theoretical hypothesis, confirmed by some clinical and research data, helped to understand the coexistence between the strong difficulties in affective regulation and unintegrated and changeable self/other representations. Non integrating the self-representation with the outside world can reach the extreme of different alternating personalities that compose the *Dissociative Identity Disorder*, or moving to cleave idealized and negative self/other representations of the *BPD*. According to Liotti, disorganization and disorienting in infant age, taking in consideration the incoherent and manifold Internal Working Model, increase child vulnerability and improve the possibility to have altered states of consciousness and dissociative disorders in adult age. On the other hand *attachment disorganization* seems to offer a unique model for both nuclear disorders hypothesized for borderline pathology from the psychoanalytical Kernberg theory and cognitive-behavioral of Linehan.

Fenomenologia dell'attaccamento disorganizzato

La comprensione attuale dei comportamenti di attaccamento disorganizzato nella primissima infanzia si basa sulla teoria di Main e Solomon che nel 1986 hanno scelto la definizione "disorganizzato/disorientato"

Maria Angela Di Noia. *Disorganizzazione dell'attaccamento*, N. 3, 2009, pp. 3-21

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

per descrivere le diverse gamme di comportamenti spaventati, strani, disorganizzati o apertamente in conflitto manifestati durante la procedura della Strange Situation di Ainsworth.

I comportamenti mostrati dai bambini ritenuti sino ad allora inclassificabili presentavano aspetti che avrebbero potuto indurre, in egual misura, ad una classificazione secondo la categoria sia A, che B, che C. Ad esempio, alcuni bambini in assenza della madre piangevano e la chiamavano (comportamento tipico della categoria B e C), per rimanere poi in silenzio al momento del ricongiungimento (comportamento A). Altri bambini, invece, si avvicinavano alla madre al momento della riunione (comportamento B) e, subito dopo aver stabilito il contatto, si scostavano bruscamente, rimanendo immobili al centro della stanza (comportamento A).

Ciò che i bambini “ inclassificabili” avevano in comune era la manifestazione di comportamenti disorganizzati ed apertamente conflittuali, in presenza del genitore. Alcuni bambini piangevano mentre cercavano di raggiungere la madre, per poi tacere improvvisamente e rimanere “congelati” ed immobili per diversi secondi . Oppure, altri bambini all’arrivo dell’estranea sembravano spaventati da questa ma al contempo si allontanavano dal genitore; al momento della separazione chiamavano attraverso la porta il genitore per poi allontanarsi da questo al momento della riunione; mentre erano evidentemente di buon umore, colpivano con forza il viso del genitore con un’espressione simile alla trance; avvicinavano il genitore con la testa voltata dall’altra parte, come se non potessero organizzare il loro comportamento nel senso dell’avvicinamento né in quello dell’evitamento e dovessero mescolare le due tendenze in un’azione inevitabilmente caotica, goffa, incoerente. Molti di questi atteggiamenti appaiono simili ai comportamenti definiti “conflittuali” dagli etologi, vale a dire comportamenti che derivano dall’attivazione simultanea di sistemi incompatibili (Main e Hesse 1992).

I modelli di attaccamento differenziati dalla Ainsworth erano comunque caratterizzati da un’organizzazione del comportamento e da una strategia di relazione madre-bambino univoca. Main aveva osservato che i bambini classificati nella categoria D mancavano invece di un orientamento strategico e di una coerenza con lo scopo del comportamento d’attaccamento, tanto da determinare un collasso strategico (Pallini, 2008).

La recente documentazione sulle risposte dell’organismo allo stress va a sostegno di questa visione dell’attaccamento disorganizzato come strategia inefficace di coping. Si è scoperto, infatti, che la manifestazione di comportamenti disorganizzati nei bambini è accompagnata da un marcato aumento dei livelli di cortisolo seguita a stress delimitati nel tempo. Nei modelli animali, la secrezione di cortisolo è correlata con l’incapacità dell’animale di confrontarsi efficacemente con l’agente di stress. I bambini con una classificazione d’attaccamento disorganizzato evidenziavano, in risposta a brevi separazioni, livelli di cortisolo significativamente più elevati di quelli dei bambini sicuri. In altre parole, i bambini

disorganizzati non sapendo utilizzare strategie di attaccamento organizzate cadevano preda di una disregolazione fisiologica e comportamentale (Lyons-Ruth, Bronfman, Atwood, 1999).

Studi recenti hanno dimostrato che è improbabile che i bambini nei primi anni siano classificati come disorganizzati con più di una figura d'attaccamento, suggerendo quindi che l'attaccamento disorganizzato emerge all'interno di un certo tipo di relazione, e non deriverebbe da tratti individuali o caratteristiche innate del bambino (Lyons-Ruth e Jacobvitz, 1999).

Paura, attaccamento e disorganizzazione

Il sistema d'attaccamento viene normalmente attivato dalla situazione di separazione e di riunione, ma nello stesso tempo nella relazione disorganizzata/disorientata sembra che il bambino e la madre condividano un'esperienza antitetica all'attaccamento, che interferisce con tale sistema. Main ed Hesse hanno individuato come esperienza antitetica all'attaccamento un'esperienza basata sulla paura. Le autrici sostengono che all'origine dell'attaccamento D vi sia una figura di attaccamento spaventante, che diviene per il bambino allo stesso tempo fonte di conforto e di allarme, evocando contemporaneamente risposte contraddittorie. A questo punto il bambino sperimenta la tendenza intrinsecamente contraddittoria sia a fuggire che ad avvicinarsi alla figura di attaccamento e ciò lo porta ad un collasso delle strategie comportamentali, manifestando perciò i movimenti e le espressioni fuori luogo, interrotti e/o incompleti sopra descritti (Main ed Hesse, 1992).

Genitore come fonte reale di pericolo

Nei campioni ad alto rischio l'incidenza della classificazione di attaccamento disorganizzato nella prima infanzia varia negli studi dal 14% all'80%, a seconda della presenza e del tipo di fattore di rischio familiare (Lyons-Ruth e Jacobvitz, 1999). Il maltrattamento infantile, il disturbo depressivo maggiore, il disturbo bipolare, o il consumo di alcool del genitore sono stati associati con incrementi significativi dell'incidenza di modelli d'attaccamento disorganizzato nella prima infanzia. Carlson e coll. (1982) hanno riscontrato che l'82% di bambini maltrattati del loro campione a basso reddito erano classificati come disorganizzati, in confronto al 18% di quelli del gruppo di controllo (pure a basso reddito).

In questo caso il meccanismo della paura è un meccanismo evidentemente dettato dal maltrattamento e dall'abuso. Il genitore è fonte di paura per il bambino perché costituisce un pericolo per lui, o comunque il bambino avverte un senso di minaccia alla propria incolumità da parte del genitore.

Relazione spaventata-spaventante

Più complessa appare l'analisi nei campioni non clinici, ove i genitori non sono né maltrattanti né abusanti. Anche nelle famiglie a basso rischio, infatti, una sostanziale proporzione di bambini (attualmente stimata intorno al 20%) non riesce ad organizzare il proprio comportamento di attaccamento secondo uno stile coerente.

I primi indizi per identificare le forme di comportamento spaventante diverse dalle violenze fisiche sono emersi dall'osservazione che il comportamento disorganizzato dei bambini nella SS era legato a un linguaggio insolito dei genitori nel racconto delle proprie esperienze di perdita (o di abuso) nel corso dell'AAI. Lo stile di attaccamento D è risultato strettamente correlato a salti logici nel discorso, incoerenze ed apparenti lapsus nei processi metacognitivi dei genitori durante il racconto di esperienze infantili traumatiche, lapsus prevalentemente relativi a una storia di morte di persone importanti o ad esperienze di maltrattamenti e abusi (Main ed Hesse, 1992). Questi resoconti rivelavano deficit significativi della funzione nota come monitoraggio metacognitivo che possiamo considerare diretta espressione della coscienza.

Al deficit metacognitivo dei genitori si aggiungono altri elementi rilevabili dall'osservazione di questi durante la SS: la mimica delle madri di bambini D suggerisce agli osservatori un assorbimento di queste in qualche esperienza dolorosa del passato, con conseguente estraneamento da quanto accade intorno a loro, una sorta di trance spontanea derivata dall'immersione in un doloroso mondo interiore e personale, difficilmente condivisibile da altri adulti e tanto meno dal bambino. Sporadicamente, è stato osservato che quando la mimica e la postura assunte dalla madre suggerisse decisamente che la donna entrasse in quel momento in uno stato ipnoide, o in una sorta di trance spontanea, immediatamente dopo il comportamento del bambino cominciava a dare intensi segni di disorganizzazione e di disorientamento (Main ed Hesse, 1992).

La correlazione tra disorganizzazione dell'attaccamento nei bambini e traumi non risolti nella FdA è stata replicata più volte da numerosi gruppi di ricerca indipendenti (per alcune rassegne si vedano Lyons-Ruth e Jacobvitz, 1999; Solomon, George, 1999).

Per spiegare l'associazione fra lutto o trauma irrisolto nel genitore e attaccamento D nel bambino Main ed Hesse (1992) ipotizzano che il ricordo del trauma non risolto tende ad affiorare alla coscienza in modo compulsivo, frammentario e imprevedibile. Quando ciò avviene nella mente di un genitore che sta accudendo un bambino piccolo, si produrranno espressioni di paura nel volto della FdA, e il bambino sarà spaventato dal notare tali espressioni. Secondo Main ed Hesse questo comportamento materno può essere definito spaventato e/o spaventante. Spaventato perché è espressione dell'assorbimento della persona in memorie dolorose irrisolte; spaventante perché il bambino coglie la paura latente nella madre e reagisce a tale paura spaventandosi a sua volta. Il bambino non può in alcun modo identificare nell'ambiente la fonte della paura della madre. La paura materna ha dunque per il bambino, come spesso anche per la madre che lo vive all'interno di uno stato mentale abnorme e dissociato, un carattere misterioso, in qualche modo irreali, che ben si collega a stati alterati di coscienza (Liotti 1994, 2005).

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 della FdA 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 ed Hesse 1992; Liotti 1994, 2005).

E' importante sottolineare che questi esiti dello spavento genitoriale sono insidiosi e possono non tradursi in maltrattamenti o abusi evidenti, pur essendo altrettanto infausti. Infatti, la disorganizzazione del bambino è solo in minima relazione con la sensibilità generale del genitore. Quindi, molti genitori che mostrano accessi di comportamenti spaventanti (avendo essi stessi subito significativi lutti o maltrattamenti, cioè l'effetto del trauma sulla "prima generazione"), possono essere per altri versi sensibili e solleciti. Poiché nei campioni a basso rischio il bambino non ha "perduto" il genitore, né in genere subito abusi, la sua disorganizzazione può essere considerata come un effetto sulla seconda generazione del trauma vissuto in passato dal genitore (Main, 2008).

Attili (2001) ha richiamato l'attenzione sul fatto che, nel particolare tipo di interazione produttiva dell'attaccamento D, il bambino non può disporre delle due fondamentali strategie innate connesse all'emozione di paura, l'attacco e la fuga. Deve allora far ricorso alla terza strategia innata per gestire la paura, quella dell'immobilizzazione (freezing), che in effetti è talora osservabile nel comportamento dei bambini D nella SS.

Relazione diadica sbilanciata e disorganizzazione dell'attaccamento

Lyons-Ruth, Bronfman e Atwood (1999), preferiscono porre l'accento sulla dimensione intersoggettiva più generale di perdita della sintonia comunicativa fra madre e bambino nella loro analisi della disorganizzazione dell'attaccamento. Le autrici si propongono di valutare e ampliare l'ipotesi di Main ed Hesse proponendo un modello di "diatesi relazionale" che integra l'attenzione di Main ed Hesse per gli eventi traumatici specifici occorsi nella storia della figura di accudimento con una valutazione del tipo di relazione sotterranea che si esprime nella vulnerabilità al trauma.

Pongono l'accento sull'esistenza di processi relazionali disregolati e non reciproci tra genitore e figlio, caratterizzati da "ostilità" e "impotenza", in cui "un partner agisce a spese dell'altro". Considerano uno specifico fattore di rischio le esperienze traumatiche irrisolte nel passato del genitore, vissute senza sperimentare conforto e lenimento. L'espressione di dolore e di paura di un figlio potrebbe evocare nel genitore stati affettivi dolorosi e irrisolti, tanto da indurlo a limitare l'attenzione cosciente nei confronti degli indicatori di questi sentimenti espressi dal figlio.

Questo squilibrio nei processi relazionali può essere osservato, secondo le autrici, in un'ampia gamma di modelli di relazione. Uno schema di dominanza/sottomissione all'interno del quale il genitore si oppone in modo coercitivo alle iniziative del piccolo e le contrasta costituisce l'esempio più ovvio di questo squilibrio relazionale. Comunque, l'interferenza con le iniziative del piccolo può avvenire in forme molto più sottili che di primo acchito sembrano avere a che fare con l'impotenza più che con il potere. Il ritiro e la mancanza di rispondenza sono esempi evidenti nei quali il genitore non responsivo può sembrare

depresso e impotente assai più che ostile e coercitivo. Nondimeno, l'esito finale di una posizione di non rispondenza è di impedire gli sforzi del piccolo di raggiungere una regolazione condivisa della relazione d'attaccamento (Lyons-Ruth, Bronfman e Atwood, 1999).

In sostanza, laddove una figura di cura abbia sviluppato una condizione mentale di dissociazione in rapporto a traumi o esperienze di perdita non elaborati, può manifestare una specifica difficoltà a prestare un'attenzione flessibile agli stati affettivi dolorosi del figlio, bloccando sul nascere la capacità di modulare e regolare gli affetti dolorosi. Questo comportamento andrebbe a confermare un'ipotesi ormai accreditata nella letteratura sull'attaccamento disorganizzato, cioè quella relativa alla trasmissione intergenerazionale delle strategie di attaccamento.

Bambini maltrattati diventano con molta probabilità genitori maltrattanti (Lyons-Ruth e Jacobvitz, 1999). Nel campione ad alto rischio osservato da Sroufe e coll. il 40% dei genitori che erano stati abusati maltrattava i loro figli e il 30% prestava delle cure al limite dell'abuso. Vi era quindi un 30% di donne che aveva interrotto questa sequenza di violenza. Esse avevano avuto un supporto emotivo alternativo alla figura abusante, si erano sottoposte a psicoterapia, oppure potevano contare sul sostegno efficace di un compagno. Queste madri erano in grado di integrare le loro esperienze di abuso in un senso integrato di sé. Le madri che perpetuavano il ciclo di abuso erano invece più ansiose, depresse, dipendenti e immature e risultavano con un alto punteggio di dissociazione alla DES. Ricordavano le loro esperienze infantili in modo idealizzato, frammentato o non integrato (Pallini, 2008).

Il gruppo di ricerca che fa capo a Lyons-Ruth ha messo a punto un nuovo codice di siglatura dell'AAI che si concentra su due tipi di rappresentazioni di sé con l'altro improntate all'ostilità (hostility) e all'impotenza (helplessness). Questo tipo di codifica (HH) dimostra, rispetto a quello centrato sulla mancata risoluzione di lutti e traumi, una correlazione ancora più stretta fra deficit delle funzioni integratrici della coscienza nella FdA e disturbi della coscienza (correlati all'attaccamento D) nel bambino.

Attaccamento disorganizzato e molteplicità dei modelli operativi interni

Il modello operativo interno della relazione di attaccamento è originariamente costruito all'incirca alla fine del primo anno di vita, attraverso la sintesi di ricordi impliciti ripetitivi dell'interazione tra il bambino e la figura di accudimento. Più avanti questi ricordi impliciti di interazioni di attaccamento che sono stati generalizzati si sviluppano in ricordi semantici che possono essere espressi verbalmente.

La possibilità che un individuo, molto precocemente nella sua vita, costruisca modelli del sé e di una particolare FdA molteplici, separati o dissociati è stata trattata per la prima volta da Bowlby. In "Attaccamento e perdita" (vol. 3, 1980) Bowlby osserva che "nel lavoro terapeutico non è raro trovare che una persona (bambino, adolescente o adulto) ha coscientemente un'immagine del tutto positiva di un genitore, mentre a un livello meno conscio nutre un'immagine contrastante, da cui risulta che il genitore lo

trascura o lo rifiuta o lo maltratta. In queste persone, le due immagini vengono mantenute separate, prive di comunicazione reciproca, e viene esclusa ogni informazione che potrebbe disturbare l'immagine consolidata".

Alcuni anni dopo in "Una base sicura" (1988) Bowlby sottolinea come bambini che avevano subito persistentemente maltrattamento dai genitori fossero "spesso dolci e affettuosi un momento e selvaggiamente ostili il momento successivo, con il cambiamento che si verificava improvvisamente e senza motivo. " Questa violenza era diretta proprio contro la FdA. Non di rado questi bambini erano tormentati da un'intensa paura di essere attaccati da qualche mostro, e in alcuni casi esistevano prove certe che ciò che veniva temuto era l'attacco da parte di uno dei genitori. Trovando quest'aspettativa insopportabilmente terrorizzante i bambini attribuivano l'attacco aspettato a un mostro immaginario.

Il tema di modelli operativi interni (MOI) molteplici del sé e di una figura di attaccamento è stato sviluppato da Main (1991) in un lavoro che mette in evidenza la relazione tra modelli di attaccamento molteplici e deficit nello sviluppo metacognitivo.

I ricordi impliciti delle interazioni precoci che portano alla disorganizzazione dell'attaccamento, essendo molto probabilmente basati su reazioni genitoriali spaventate e/o spaventanti all'approccio del bambino, contengono l'esperienza di paura nel bambino e il ricordo di espressioni spaventate e/o aggressive nel genitore. Nonostante la barriera di paura e/o aggressività nel genitore, il bambino disorganizzato potrà infine essere in grado, in molti casi, di conquistare la vicinanza (altrimenti non potrebbe sopravvivere). Una volta che il genitore è più calmo e momentaneamente più affettuoso, il bambino disorganizzato sperimenterà un certo grado di sollievo tra le sue braccia.

Le strutture di significato che emergono dai ricordi impliciti nei quali emozioni di paura, aggressività e sollievo si succedono drammaticamente, sia nel sé che nella figura di attaccamento, sono molteplici e reciprocamente incompatibili, mutando continuamente polarità attraverso i vertici del triangolo drammatico di Karpman, tra la rappresentazione di vittima, persecutore e salvatore (Liotti, 1999, 2001, 2005). Partendo da una memoria implicita della FdA che lo accoglie con espressioni di paura, il bambino può costruire una rappresentazione di sé come causa della paura che vede nella FdA (sé persecutore e FdA vittima), ma simultaneamente anche una rappresentazione dell'altro come malevolo, responsabile della paura sperimentata (se vittima, FdA persecutore). Allo stesso tempo, il bambino può rappresentare sé stesso come vittima e l'altro come salvatore, nel momento in cui la FdA accoglie il bambino, anche se con espressioni di paura, e addirittura la FdA come vittima e se stesso come salvatore, nel momento in cui il contatto del bambino con la fdA produce un allentamento della tensione nella stessa FdA. Infine il bambino potrà sperimentare sia se stesso che la FdA come vittima, vulnerabili e spaventati di fronte ad un pericolo invisibile.

I bambini con un attaccamento D durante la prima infanzia, spesso, all'età di sei anni, mostrano nei confronti della FdA atteggiamenti di inversioni di ruolo ("controllanti"), essendo punitivi nei riguardi del genitore, oppure preoccupati e pieni di cure in modo inappropriato. Tuttavia quando il sistema di attaccamento del bambino è fortemente attivato (ad esempio mostrando al bambino fotografie di famiglia o le figure dell'Hansburg's Separation Anxiety Test), questa coerenza viene rapidamente annientata. Sono allora sollecitati contenuti ideativi bizzarri, irrazionali, catastrofici e autodistruttivi, mentre risposte disorientate o disorganizzate tendono a sostituire la precedente strategia di controllo apparentemente organizzata.

Questo pattern di risposta è in armonia con l'idea di in MOI di attaccamento molteplice e dissociato sottostante alla rappresentazione unitaria del sé come controllante (Liotti, 1999).

Implicazioni cliniche in età adulta: il ruolo della disorganizzazione dell'attaccamento in psicopatologia

Negli ultimi anni lo studio dell'attaccamento disorganizzato ha assunto particolare rilievo per i collegamenti che sono stati stabiliti tra tale modalità di relazione ed esiti psicopatologici nell'età adulta.

In particolare, nel presente lavoro, si approfondirà l'ipotesi avanzata da Liotti, in una prospettiva cognitivo-evoluzionista, della disorganizzazione dell'attaccamento come nucleo di alcune sindromi psicopatologiche quali i DD e il DBP. Tale ipotesi permetterebbe di spiegare bene il coesistere di gravi difficoltà nella regolazione delle emozioni e di rappresentazioni non integrate e mutevoli di sé e degli altri. La mancata integrazione delle rappresentazioni di sé con l'altro può andare dall'estremo dell'alternarsi di "altre personalità" che compongono il Disturbo Dissociativo dell'Identità, alle oscillazioni fra rappresentazioni scisse, idealizzate e negative, di sé e degli altri nel DBP. La disorganizzazione dell'attaccamento, se seguita nel corso dello sviluppo da esperienze di maltrattamento o di seduzione ad opera delle FdA, oppure se seguita da altre esperienze dissocianti come l'esposizione alla menzogna sistematica (Bowlby, 1988; Liotti, 1994, 2005), sembra dunque avere, fra i molti possibili, due esiti psicopatologici estremi, il DID e il DBP.

L'accertata correlazione tra la disorganizzazione dell'attaccamento nel bambino e la mancata elaborazione di lutti o traumi in chi lo accudisce (Lyons-Ruth e Jacobvitz, 1999) ha permesso di effettuare le prime ricerche empiriche, miranti a convalidare o falsificare l'ipotesi che la disorganizzazione sia un fattore di rischio importante nella genesi del DBP e dei DD. I pazienti borderline e dissociativi dovrebbero, secondo l'ipotesi, avere maggiore probabilità, rispetto ad 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 basata su questa ipotesi ha confermato l'associazione statistica fra lutti e traumi irrisolti nella madre e sviluppo di DBP (Liotti et al., 2000) o di DD (Pasquini et al., 2002) nei figli. Relazioni fra esperienze di lutto non risolte nei genitori e rischio di sviluppi

psicopatologici nei figli erano state trovate per i disturbi dissociativi anche in un precedente studio clinico (Liotti, Intreccialagli, Cecere, 1991), e sono state identificate anche da Dalle Grave in campioni di DCA, la cui comorbilità col DBP era certamente elevata. Non è però solo il lutto non elaborato dei genitori a costituire un fattore di rischio per i disturbi delle funzioni organizzatrici della coscienza nella prole. Traumi non elaborati, appartenenti al lontano passato della FdA, possono avere un'influenza patogena analoga. Ed anche traumi non elaborati nella generazione precedente a quella dei genitori possono riflettersi nella disorganizzazione dell'attaccamento di un bambino. Gli effetti dei traumi sperimentati dai genitori sull'organizzazione dell'attaccamento dei discendenti, dunque, in assenza di interventi psicoterapeutici correttivi, sembrano trasmettersi attraverso le generazioni. E' questo un caso particolare della tendenza dei pattern di attaccamento a riprodursi da una generazione all'altra. A questo proposito Main (2008) parla di "effetto del trauma sulla seconda generazione". Ciò si spiega considerando le inevitabili interazioni fra memorie relative alle proprie esperienze di attaccamento e stile di accudimento dei genitori. L'esperienza di diventare madre, o padre, è uno stimolo potente a rievocare, con gradi diversi di coscienza, le memorie di come si era stati accuditi dai propri genitori. Queste memorie indirizzano il modo di accudire i propri figli. In assenza di riflessione cosciente, è probabile che le indirizzino nel senso di una ripetizione nei confronti dei figli del comportamento che avevano avuto un tempo i propri genitori. Se le memorie di attaccamento dei genitori convogliano ricordi non elaborati di maltrattamenti da parte delle loro FdA, o altre esperienze narrabili solo attraverso le drammatiche e dissociate rappresentazioni del triangolo drammatico, allora diviene evidente come il genitore, assorbito in questi ricordi traumatici, al bambino appaia spaventato e capace di incutere paura. Si ripetono così, in una nuova generazione, le condizioni interattive che conducono alla disorganizzazione dell'attaccamento (Liotti, 2001).

Disorganizzazione dell'attaccamento e disturbi dissociativi

Disorganizzazione e dissociazione

La dissociazione riguarda il distogliersi da alcuni aspetti dell'ambiente, presumibilmente in modo non voluto. Ha una funzione adattiva, in quanto consente a una persona di non essere sopraffatta nell'impatto con il trauma.

Se una persona sperimenta una minaccia, la risposta immediata è l'allarme, associato con l'iperattivazione del sistema nervoso simpatico. Se la minaccia continua per lungo tempo, tuttavia, e/o una persona è del tutto priva d'aiuto, un'alta attivazione prolungata diventa difficile da sopportare. La persona può allora entrare in uno stato dissociativo che è differente, sia dal punto di vista comportamentale che fisiologico, dallo stato di attivazione elevata. La reazione comportamentale è di congelamento accompagnato a uno stato simile alla trance.

Perry et al. hanno sostenuto che l'evoluzione ha predisposto i bambini, nei primi anni ma anche negli anni successivi, a sperimentare immediatamente stati dissociativi di fronte ad una minaccia. Secondo

questi autori la sopravvivenza è più probabile per quei bambini che non combattono o non fuggono rispetto al pericolo, ma sperimentano piuttosto degli stati dissociativi. Gli autori sostengono che il prezzo per il bambino dello sperimentare frequentemente stati dissociativi, tuttavia, è l'acquisizione di una rete neurale sensibilizzata e compromessa. Una volta che si sia verificata una sensibilizzazione, è sufficiente una stimolazione minore per evocare stati dissociativi. Così un bambino che è entrato ripetutamente in stati dissociativi, in condizioni di lieve stress entrerà più prontamente di altri in tali stati. Se, è il genitore stesso la fonte di pericolo, come descritto da Main ed Hesse, il bambino può vivere la minaccia come soverchiante ed entrare in stati dissociativi. Segni evidenti di dissociazione possono essere osservati in alcuni bambini durante la SS (Lyons-Ruth e Jacobvitz, 1999). Questi bambini, abusati e figli di genitori che sono essi stessi irrisolti rispetto a un trauma o una perdita mostrano, come discusso in precedenza, un crollo delle strategie d'attaccamento. Poiché sperimentano questa paura continuata senza soluzione, essi sono a rischio di entrare in uno stato dissociativo minore, durante la SS e in altre condizioni minacciose.

Attaccamento disorganizzato e dissociazione patologica nella vita adulta

Liotti ha ipotizzato che la disorganizzazione e il disorientamento nella prima infanzia aumentino la vulnerabilità del bambino a entrare in stati alterati di coscienza o ad avere disturbi dissociativi. L'autore (1999a) partendo dalla somiglianza fenotipica rilevata da Main e Morgan tra stati dissociativi da una parte, e dall'altra (1) il comportamento di attaccamento infantile osservato alla SS e (2) pause nel monitoraggio del ragionamento o del discorso osservati negli adulti durante la discussione di esperienze traumatiche all'AAI, si propone di identificare somiglianze non solo nel comportamento esterno ma anche tra i tipi di processo cognitivo che accompagnano questi comportamenti. In particolare, traspone il concetto di dissociazione di Janet, inteso come crollo basilare, di fronte ad avvenimenti traumatici, delle funzioni integrative e significanti di coscienza e memoria, in termini di psicologia cognitiva contemporanea implicante l'integrazione coerente e riuscita di ricordi espliciti ed impliciti. Lo scopo è, quindi, quello di identificare analogie tra attaccamento disorganizzato e stati dissociativi, riguardo a un difetto nelle funzioni integrative della memoria. I ricordi impliciti dei pattern ripetitivi delle interazioni di attaccamento-cura dovrebbero essere integrati gradualmente nelle strutture di significato del bambino, con i processi di conoscenza semantica in via di sviluppo, dando luogo alle strutture di memoria che Bowlby ha denominato MOI. Il MOI dell'attaccamento D è molto probabilmente molteplice e incoerente (Liotti 1994/2005; Main ed Hesse, 1992). Questo significa che un fallimento delle funzioni integrative della memoria caratterizza l'attaccamento disorganizzato. I bambini disorganizzati sono incapaci di sintetizzare la loro esperienza complessiva di interazione con la figura di accudimento in una struttura di memoria coesa. Il loro ricordo delle interazioni passate con la figura di accudimento è composto di strutture di significato separate che non possono essere reciprocamente integrate. Un difetto simile nelle funzioni integrative di memoria caratterizza, per definizione, la dissociazione patologica.

A livello fenotipico dei processi cognitivi coinvolti, la situazione interpersonale corrispondente all'attaccamento disorganizzato ricorda da vicino la tecnica di confusione usata da Milton Erickson per indurre la trance ipnotica. In entrambe le situazioni interpersonali, uno stato alterato di coscienza (la dissociazione) compare in una situazione senza via d'uscita in cui non c'è possibilità di scelta tra i significati contraddittori implicati dalle transizioni interpersonali in corso (Liotti, 1992, 1999a). Nella tecnica ipnotica, i significati contraddittori sono deliberatamente creati dall'ipnoterapista, mentre nella relazione di attaccamento disorganizzato, sono creati dal bisogno innato del bambino di vicinanza protettiva, associato al comportamento della figura di attaccamento, spaventato/fonte-di-spavento e che induce alla fuga (Main ed Hesse, 1992).

Prove empiriche, sempre più numerose, sostengono l'ipotesi di una relazione tra l'attaccamento disorganizzato durante l'infanzia e la dissociazione patologica nella vita adulta.

Uno studio longitudinale prospettico condotto da Carlson ha seguito 129 bambini dalla nascita all'età di 17 anni e mezzo. I bambini classificati come disorganizzati all'età di 12 e 18 mesi manifestavano più spesso sintomi dissociativi nella scuola elementare e nelle scuole superiori, secondo ciò che riferivano le insegnanti sul Teacher Report Form of the Child Behaviour Checklist e gli stessi adolescenti sulla Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children. Lo studio evidenzia inoltre un'associazione significativa tra disorganizzazione dell'attaccamento nell'infanzia e punteggi alla DES all'età di 17 anni e mezzo (Lyons-Ruth e Jacobvitz, 1999).

Una prova indiretta a favore dell'ipotesi di Liotti deriva dagli studi che esaminano la relazione tra i disturbi dissociativi negli adulti e le esperienze dei loro genitori di importanti perdite nel periodo vicino alla nascita dei pazienti. Liotti, Intreccialagli e Cecere hanno rilevato che se la reazione di un genitore alla perdita consente la previsione di disorganizzazione dell'attaccamento del bambino, quando la perdita si verifica nel periodo vicino alla nascita di un bambino dovrebbe aumentare la propensione personale a entrare in stati alterati di coscienza. Liotti et al. (1991) hanno chiesto a 46 pazienti con diagnosi di disturbi dissociativi e a 119 pazienti con altre diagnosi psichiatriche se le loro madri avessero subito una perdita di un genitore, fratello, marito o di un altro bambino nei due anni precedenti o successivi alla loro nascita. Approssimativamente le madri del 62% dei pazienti con disturbi dissociativi e solo del 13% dei controlli avevano perso una persona importante nel periodo vicino alla loro nascita.

Una successiva ricerca, metodologicamente meglio controllata della prima osservazione pubblicata da Liotti e collaboratori, ha confermato che lutti e traumi della madre in epoca perinatale (e dunque l'attaccamento D nei primi anni di vita) costituiscono un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi dissociativi del figlio in età adulta (Pasquini, Liotti; The Italian Group for Study of Dissociation, 2002).

Hesse e van Ijzendorp riferiscono risultati analoghi in uno studio su due campioni a basso rischio. Resoconti di giovani adulti di perdite di un bambino o di un'altra persona amata nei due anni precedenti o

successivi alle loro nascite erano correlati a livelli elevati di absorption in stati di realtà alterati valutati alla TAS.

Attaccamento disorganizzato e risposta ai traumi

Non tutti i bambini classificati come disorganizzati mostrano sintomi dissociativi successivamente nel corso della loro vita.

Liotti (1999a, 1994/2005) sottolinea come la relazione di attaccamento disorganizzata non predispone ai disturbi dissociativi su una base puramente intrapsichica. La relazione di attaccamento, infatti, non solo può rimanere disorganizzata per tutto il periodo dall'infanzia all'adolescenza, ma può facilitare la scelta di relazioni extrafamiliari con caratteristiche simili, e soprattutto può influire sul modo di cercare o fuggire il conforto nelle relazioni di fronte a traumi successivi. Un'esperienza traumatica che colga un bambino con attaccamento sicuro lo indurrà a chiedere efficacemente aiuto e conforto, mentre l'esperienza del trauma in un bambino con attaccamento D non solo produrrà risposte di ricerca di conforto assai meno appropriate ma, riattivando un MOI dissociato, faciliterà la dissociazione della coscienza. Lo sviluppo dei disturbi dissociativi va visto come un processo epigenetico, che probabilmente prende le mosse il più delle volte dalla disorganizzazione precoce dell'attaccamento, ma che in tutte le sue tappe successive riguarda tanto l'individuo quanto le sue relazioni. Questo processo è epigenetico nel senso che ogni tappa prepara la successiva, ma non la determina inesorabilmente (Liotti, 2001).

Tra i fattori di rischio che possono aggravare l'esperienza precoce di attaccamento disorganizzato che esita in psicopatologia dissociativa nella vita adulta, dovremmo tenere conto non solo di esperienze traumatiche (compreso i lutti), ma anche di variabili di temperamento, di possibili disfunzioni neurofisiologiche e di una comunicazione familiare gravemente distorta (Liotti, 1999a). E' probabile che bugie, inganni e altre distorsioni sistematiche nella comunicazione familiare dell'informazione emotiva rilevante, riguardante la relazione dei bambini con le figure di attaccamento, esercitino un'influenza dissociante. Una simile distorsione è stata descritta molto bene da Bowlby come una delle più importanti fonti di dissociazione tra l'immagazzinamento della memoria semantica e di quella episodica (Bowlby, 1980, 1988). Bugie, inganni e altre fonti di interazioni familiari gravemente disturbate costringono il bambino in crescita a escludere informazioni nuove e potenzialmente significative, già immagazzinate nel sistema di memoria implicita o episodica, dalla comunicazione e quindi dall'elaborazione semantica e dal pensiero cosciente.

Una convalida empirica è fornita da uno studio longitudinale condotto da Ogawa et al. che ha seguito 168 bambini dalla nascita all'età di 19 anni. Gli autori hanno posto a confronto i punteggi alla DES in tre gruppi: (1) giovani adulti classificati come disorganizzati durante la prima infanzia che non avevano subito traumi (2) giovani adulti classificati come disorganizzati durante la prima infanzia che avevano subito traumi (3) altri giovani adulti che non erano stati classificati precedentemente come disorganizzati.

Questo gruppo non era diviso per storia dei traumi. E' stata trovata una significativa elevazione nei punteggi della DES soltanto tra i giovani classificati disorganizzati che avevano subito un trauma, fornendo ulteriore supporto alla teoria di Liotti. E' da notare che il 78% di coloro che erano stati classificati come disorganizzati durante la prima infanzia aveva sperimentato un trauma successivo. Questo tasso elevato suggerisce che il contesto di accudimento associato alla disorganizzazione pone il bambino a rischio di ulteriori traumi o perdite.

Disorganizzazione dell'attaccamento e Disturbo Borderline di Personalità

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. Un serio deficit nel monitoraggio metacognitivo è caratteristico delle relazioni al cui interno compare la DA (Main ed Hesse, 1992). 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, 2000). Certamente la sicurezza dell'attaccamento nel primo anno di vita è correlata con la 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. 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. Adolescenti con storie indicative di DA mostrano una minore capacità di pensiero logico-formale rispetto ai coetanei di uguale intelligenza ma con storie di attaccamento sicuro o insicuro-resistente e insicuro-evitante. Inoltre, uno studio di Carlson (1997) ha evidenziato come adolescenti che erano stati disorganizzati nell'attaccamento precoce venivano considerati dagli insegnanti più portati ad "assentarsi mentalmente", cioè ad entrare in uno stato di attenzione e coscienza simile ad una trance spontanea: anche tale propensione a stati dissociativi della coscienza è indicativa di ridotto o disfunzionale uso delle capacità metacognitive.

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 sono, dunque, al centro di quel sistema mentale di regolazione delle emozioni che Linehan (1993) considera deficitario nel suo modello del DBP. 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.

Disorganizzazione dell'attaccamento come nucleo del DBP

Sul nucleo centrale da cui dipende la coesistenza, nella stessa persona, dei diversi criteri diagnostici con cui il DSM-IV permette di identificare il DBP, è stato scritto molto.

Adottando una prospettiva cognitivo-evoluzionista si può riconoscere come valide le tesi centrali di due tipi di modelli teorici del DBP, apparentemente opposti e secondo alcuni inconciliabili fra loro (Liotti, 1999b, 2000).

La più nota teoria psicoanalitica vede il nucleo del DBP in un conflitto fra pulsioni libidiche ed aggressive, insorto nei primi due anni di vita e affrontato attraverso un meccanismo di difesa primitivo, la scissione. La scissione impedisce di confrontare fra loro, nella coscienza, le rappresentazioni positive e negative di sé e delle altre persone (Kernberg). Nell'ambito delle psicoterapie cognitive, invece, il modello di Marsha Linehan del DBP (1993) afferma, come accennato in precedenza, 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. Il paziente non ha in tal modo la capacità di richiamare alla mente, nei momenti di stress emotivo, immagini tranquillizzanti. Ne deriva un'estrema vulnerabilità alle esperienze emotive dolorose, e dunque l'instabilità emotiva e dell'umore tipica del disturbo. Anche i deficit di monitoraggio metacognitivo e di Teoria della Mente, da molti postulati come tipici nel DBP, concorrono alla disregolazione dell'esperienza emotiva.

La disorganizzazione dell'attaccamento fornisce un modello unitario dei due principali disturbi nucleari ipotizzati per la patologia borderline dalla teoria psicoanalitica di Kernberg e da quella cognitivo-comportamentale di Linehan (Liotti, 1999). La molteplicità rappresentativa di sé, come visto in precedenza, e la carente funzione di regolazione delle emozioni dolorose (connessa al deficit metacognitivo) appaiono infatti come due aspetti di quel particolare sviluppo intrapsichico e relazionale che è l'AD. Dunque, il modello basato sulla DA è in grado di dare ragione sia agli aspetti clinici del DBP spiegati bene dal modello psicoanalitico di Kernberg che a quelli spiegati dal modello di Linehan quali, ad esempio, impulsività, oscillazioni fra idealizzazione e svalutazione di sé e degli altri, senso di vuoto, collera immotivata ed intensa, comportamenti autolesivi, reazioni affettive instabili ed intense. In aggiunta, il modello della DA mette in luce 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. Tale attivazione : [1] si produce inevitabilmente ogni volta che sia sperimentato disagio e 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; [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). Possono così prodursi esperienze di distacco emozionale (il senso di vuoto che spesso i pazienti borderline riferiscono), tendenze a comportamenti sessuali promiscui e rischiosi, esplosioni immotivate di collera competitiva. Nello sforzo di raggiungere un distacco emozionale è poi possibile che il paziente impari ad utilizzare stimoli che lo "distraggano" dal disperato bisogno di un conforto mai raggiungibile (abusando di cibo, droghe, alcool o impegnandosi in comportamenti rischiosi) (Liotti, 1999b, 2001).

Implicazioni per la psicoterapia

Il terapeuta che utilizzi il modello dell'AD, integrante i modelli psicoanalitico e cognitivo-comportamentale, può mirare tanto all'aumento delle capacità meta cognitive del suo paziente (ad esempio procedendo alla validazione dell'esperienza emotiva come suggerito da Linehan), quanto mirare all'integrazione di rappresentazioni scisse di sé (Cotugno, 1995).

Sapendo che la maggior parte delle difficoltà relazionali e delle esperienze soggettive abnormi del paziente borderline sono riconducibili, 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. In questa prospettiva è possibile anche comprendere il valore delle co-terapie nel ridurre il rischio di drop-out durante la psicoterapia degli stati borderline. Un esempio è offerto dal doppio setting, individuale e di gruppo, con due diversi terapeuti, previsto dal modello di Linehan. 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 AD. Essendo i bisogni di attaccamento del paziente rivolti a due diversi terapeuti, in collaborazione tra loro e che seguono un modello teorico unitario), il sistema motivazionale non si attiva verso nessuno dei due con intensità paragonabile a quella che ci si potrebbe attendere nel caso fosse un solo terapeuta la fonte di ogni speranza e conforto. Non sperimentando con continuità ed alta intensità l'attivazione del sistema dell'attaccamento, 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. Di conseguenza, se queste esperienze penose non si producono all'interno della relazione terapeutica, è meno probabile che il paziente borderline abbandoni la terapia (Liotti, 1999b).

Nel modello cognitivo-evoluzionista di terapia integrata individuale e di gruppo il triangolo drammatico è, insieme ai sistemi motivazionali, lo strumento terapeutico d'elezione, attraverso cui diventa possibile analizzare il processo relazionale non solo da parte del terapeuta, ma anche da parte del paziente (Ivaldi, 2004). L'uso del triangolo drammatico agevola la possibilità di vivere un'esperienza emotivamente correttiva durante il lavoro terapeutico, facilitando la capacità di auto-osservazione e la meta comunicazione nei pazienti. Secondo questo modello, lavorare sul processo relazionale terapeutico, quando è ipotizzabile per il paziente una disorganizzazione dell'attaccamento, significa essenzialmente lavorare sul contratto terapeutico. In una fase iniziale il terapeuta deve definire il setting, per proteggerlo il più possibile dalle interferenze, a volte ingestibili, delle convinzioni patogene del paziente. In una fase più avanzata di terapia sarà possibile utilizzare, dopo averlo spiegato, il triangolo drammatico insieme al paziente. Il setting di gruppo, d'altra parte, favorisce molto il lavoro sul processo terapeutico e alcuni strumenti, fra cui il triangolo drammatico trovano in questo contesto terapeutico la loro migliore espressione. I pazienti nel gruppo, oltre che il terapeuta, hanno la possibilità di riflettere meglio su ciò che sta accadendo, non essendo sempre coinvolti direttamente nell'interazione con un altro. Inoltre è possibile nel gruppo modificare le proprie distorsioni interpersonali, confrontando le proprie valutazioni interpersonali con quelle degli altri. Questo sembra essere molto efficace e accessibile per pazienti con un attaccamento disorganizzato, rispetto a quanto accade nel contesto individuale, dove le distorsioni interpersonali dovute all'attivazione del MOI dell'attaccamento disorganizzato sono più invalidanti (Ivaldi, 2004).

Bibliografia

- Attili, G. (2001). Maltrattamento infantile e attaccamento: l'organizzazione filogenetica del pattern disorganizzato. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 3, 49-60.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* vol. I. London: Hogarth Press. Trad it. Attaccamento e perdita vol. 1. Torino: Boringhieri, 1972.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss* vol. 2. London: Hogarth Press. Trad it. Attaccamento e perdita vol. 2. Torino: Boringhieri, 1975.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss* vol.3. London: Hogarth Press. Trad it. Attaccamento e perdita vol. 3. Torino: Boringhieri, 1983.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base*. London: Routledge. Trad. it. Una base sicura. Milano: Raffaello Cortina, 1989.
- Bretherton, I. & Munholland K. A. (1999). *Internal Working Models in Relationship. A Construct Revisited*. In Cassidy, J. & Shaver P.R. (eds) *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. New York: The Guilford Press. Trad. it. Modelli Operativi Interni nelle

- Relazioni di Attaccamento. Una Revisione Teorica. In Cassidy, J. & Shaver P.R. (a cura di), *Manuale dell'attaccamento: teoria, ricerca ed applicazioni cliniche*. Roma: Fioriti, 2002.
- Cassidy, J. & Shaver P.R. (1999). (eds) *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. New York: Guilford Press. Trad. it. Cassidy, J. & Shaver P.R. (a cura di) *Manuale dell'attaccamento: teoria, ricerca ed applicazioni cliniche*. Roma: Fioriti, 2002.
- Cotugno, A. & Monticelli, F. (1995). *Disturbi dissociativi e Disturbo Borderline di Personalità: Analogie e differenze*. In Cotugno, A. & Intreccialagli, B. *Una sola moltitudine*. Roma: Melusina, 1995.
- Dozier, M., Stovall K.C. & Albus K.E. (1999). *Attachment and Psycopatology in Adulthood* In J. Cassidy, P.R. & Shaver (eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. New York: Guilford Press. Trad. It. *L'attaccamento e la psicopatologia nell'età adulta*. In Cassidy, J. & Shaver P.R. (a cura di) *Manuale dell'attaccamento: teoria, ricerca ed applicazioni cliniche*. Roma: Fioriti, 2002.
- Fonagy, P. (2000). *Attaccamento, sviluppo del Sé e sua patologia nei disturbi di personalità consultabile* sul sito internet: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/fonagy-1.htm.
- Holmes, J. (1993). *John Bowlby and Attachment Theory*. London: Routledge. Trad. it. *La teoria dell'attaccamento. John Bowlby e la sua scuola*. Milano: Raffaello Cortina, 1994.
- Ivaldi, A. (2004). Il triangolo drammatico: da strumento descrittivo a strumento terapeutico. *Cognitivismo Clinico*, 1, 2, 108-123.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Trad. it. *Trattamento cognitivo comportamentale del disturbo borderline*. Milano: Raffaello Cortina, 2001.
- Liotti, G. (1992). *Disorganizzazione dell'attaccamento e predisposizione allo sviluppo di disturbi funzionali della coscienza*. In Ammaniti, M. & Stern, D.N. (a cura di). *Attaccamento e psicoanalisi*. Roma: Laterza.
- Liotti (1999a). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In Solomon, J. & George, C. (eds). *Disorganization of Attachment*. New York: Guilford Press. Trad it. *La disorganizzazione dell'attaccamento come modello per comprendere la psicopatologia dissociativa*. In Solomon, J. & George, C. (a cura di) *L'attaccamento disorganizzato*. Bologna: Il Mulino, 2007.
- Liotti (1999b). Il nucleo del Disturbo Borderline di Personalità: un'ipotesi integrativa. *Psicoterapia* 16, 53-65.
- Liotti, G. (2001). *Le opere della coscienza*. Milano:Raffaello Cortina.
- Liotti, G. (1994/2005). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: Carocci.

- 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.
- Liotti, G., Pasquini, P. et al. (2000). Predictive factors for Borderline Personality Disorder: Patient's early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 282-289.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E. & Atwood, G., (1999). *A relational diathesis model of hostile-helpless states of mind: expression in mother-infant interaction*. In Solomon, J. & George, C. (eds). *Disorganization of Attachment*. New York: Guilford Press. Trad it. Gli stati mentali di ostilità e impotenza nell'interazione madre/bambino. In Solomon, J. & George, C. (a cura di) *L'attaccamento disorganizzato*. Bologna: Il Mulino, 2007.
- Lyons-Ruth, K. & Jacobvitz, D. (1999). *Disorganization of Attachment*. In Cassidy, J. & Shaver P.R. (eds) *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. New York: Guilford Press. Trad. it. La disorganizzazione dell'attaccamento. In Cassidy, J. & Shaver P.R. (a cura di) *Manuale dell'attaccamento: teoria, ricerca ed applicazioni cliniche*. Roma: Fioriti, 2002.
- Main, M. (1991). *Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) model of attachment*. In Parkes, C.M., Stevenson-Hinde J. & Marris, P. (eds). *Attachment across the life cycle*. London: Routledge. Trad it. Conoscenza metacognitiva, monitoraggio metacognitivo e modello di attaccamento unitario (coerente) vs modello di attaccamento multiplo (incoerente).In Parkes, C.M., Stevenson-Hinde J.& Marris, P. (a cura di). *L'attaccamento nel ciclo di vita*. Roma: Il Pensiero Scientifico, 1995.
- Main, M. (2008). *L'attaccamento. Dal comportamento alla rappresentazione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Main, M. & Hesse, E. (1992). *Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati dei genitori*. In Ammaniti M., Stern D.N., (a cura di). *Attaccamento e psicoanalisi*. Roma:Laterza.
- Pallini, S. (2008). *Psicologia dell'attaccamento. Processi interpersonali e valenze educative*. Milano: Franco Angeli.
- Pasquini, P., Liotti, G. & The Italian Group for Study of Dissociation (2002). Risk Factors in the Early Family Life of Patients Suffering from Dissociative Disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 110-116.
- Solomon, J. & George, C. (eds) (1999). *Disorganization of Attachment*. New York: Guilford Press. Trad. it. *L'attaccamento disorganizzato*. Bologna: Il Mulino, 2007.

Dott.ssa Maria Angela Di Noia
Studio di Psicologia e Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale, Roma
Specializzata APC Roma, Training L. Isola, M.A. Reda
e-mail: mariangela.dinoia@tiscali.it

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail
personale, se fornita, o a quella della rivista:*
psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it