



**UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE**

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2023/2024

TESI DI LAUREA

**Traiettorie evolutive del trauma infantile: Disturbo Borderline e
Disturbo Antisociale di personalità**

DOCENTE 1° RELATORE: Prof.ssa Stefania Cristofanelli

STUDENTE: 21D03388 Sofia Treves

*Ai bambini feriti,
per rispetto del loro dolore
e a quelli che hanno avuto la fortuna di non esserlo
perché capiscano le ragioni per cui i comportamenti
di chi ha molto sofferto sono così pazzi,
a volte, e così apparentemente cattivi*

- Luigi Cancrini

Sommario

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1: IL TRAUMA IN ETÀ EVOLUTIVA	3
1.1 LA DEFINIZIONE DI TRAUMA: UN EXCURSUS STORICO.....	3
1.2 LA CONCEZIONE ATTUALE.....	9
1.3 LE CONSEGUENZE DEL TRAUMA PRECOCE	14
CAPITOLO 2: IL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ	18
2.1 LA DEFINIZIONE DEL DISTURBO: MANUALI DIAGNOSTICI E QUADRO CLINICO	18
2.2. FATTORI DI RISCHIO E MECCANISMI DI DIFESA.....	20
2.3 IL TRAUMA E IL DISTURBO BORDERLINE.....	22
2.4 LA NEUROBIOLOGIA DEL DISTURBO BORDERLINE	28
CAPITOLO 3: IL DISTURBO ANTISOCIALE DI PERSONALITÀ	31
3.1 LA DEFINIZIONE DEL DISTURBO: MANUALI DIAGNOSTICI E QUADRO CLINICO	31
3.2 FATTORI DI RISCHIO E MECCANISMI DI DIFESA.....	34
3.3 IL TRAUMA E IL DISTURBO ANTISOCIALE	36
3.4 LA NEUROBIOLOGIA DEL DISTURBO ANTISOCIALE	42
CONCLUSIONI	45
RINGRAZIAMENTI	47
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	48
RIFERIMENTI SITOGRAFICI.....	55

INTRODUZIONE

Statisticamente in tutto il mondo circa tre bambini su quattro, 300 milioni di bambini, di età compresa tra i due e i quattro anni, subiscono regolarmente punizioni fisiche e/o violenza psicologica da parte dei genitori o tutori (World Health Organization, 2022).

Ad aprile 2021, i servizi sociali in Italia hanno preso in carico 401.766 bambini e ragazzi, tra i quali 77.493 risultavano vittime di maltrattamenti (Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, 2021).

Questa tesi ha l'obiettivo di dare voce a tutti questi bambini, vittime di maltrattamenti, abusi e violenze perpetuati da parte delle figure che dovrebbero garantire loro cura, protezione e amore. Al tal fine l'elaborato traccia un filo conduttore rispetto alle traiettorie evolutive tra le esperienze precoci di traumi e l'insorgenza, in particolare, di due disturbi di personalità, il disturbo borderline e il disturbo antisociale: due condizioni cliniche fortemente impattanti sulla vita delle persone di cui ne sono afflitte e caratterizzate da comportamenti altamente disfunzionali, come l'abuso di sostanze e comportamenti suicidari e criminali. I temi riportati di seguito sono essenziali per comprendere al meglio queste due forme di psicopatologia, considerando le difficoltà di presa in carico e trattamento: in particolare, i pazienti con disturbo antisociale vengono spesso rappresentati in modo disumanizzato e demonizzato, uno stile di rappresentazione che preclude la discussione sull'interazione dei fattori sociali e ambientali avversi che hanno contribuito a determinarne lo sviluppo (McGauley, Yakeley, Williams & Batemand, 2011).

La tesi si sviluppa in tre capitoli. Nel primo viene illustrata la concettualizzazione, storica e attuale, di alcuni dei più importanti contributi riguardo il tema del trauma in modo da garantire uno sguardo complessivo sugli eventi ritenuti traumatici e sulle loro conseguenze psicologiche. È stato analizzato il pensiero di Jean Martin Charcot, Sigmund Freud e Pierre Janet, così come quello di John Bowlby, Melanie Klein e Donald Winnicott. Inoltre, vengono riportate le sistematizzazioni concettuali descrittive dei principali manuali diagnostici, il Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (DSM) promosso dall'American Psychiatric Association (APA) e la Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD) promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), facendo luce su alcune criticità che coinvolgono la diagnosi di Disturbo da Stress Post-Traumatico nel DSM. Infine, mi sono soffermata sulle conseguenze a breve e a lungo termine derivanti dall'esposizione precoce ai

traumi durante l'età dello sviluppo, analizzando le ripercussioni sia psicologiche che neurobiologiche e fisiologiche.

Il secondo e il terzo capitolo sono dedicati rispettivamente al disturbo borderline e al disturbo antisociale di personalità. Questi due capitoli hanno strutture analoghe, al fine di sottolineare le somiglianze e le differenze tra i due quadri clinici, sempre mantenendo come filo conduttore il trauma infantile. Partendo dalle definizioni diagnostiche e cliniche, ho successivamente esplorato le caratteristiche principali dell'infanzia tipica degli individui affetti da tali disturbi, evidenziando in particolare i maltrattamenti ai quali questi bambini sono costantemente sottoposti, che fungono da veri e propri fattori di rischio per l'insorgenza delle due sindromi. La tesi si sofferma inoltre sul ruolo centrale dell'attaccamento nei primi anni di vita nel configurare le rappresentazioni mentali degli individui riguardo al Sé e agli altri, che, in caso di relazioni disfunzionali, contribuiscono profondamente allo strutturarsi della traiettoria psicopatologica. Anche in questo caso è stato dedicato uno spazio all'analisi delle componenti neurobiologiche dei due disturbi, in particolare rispetto al ruolo di alcuni neurotrasmettitori, alle alterazioni dell'attività cerebrale e alle componenti genetiche ed ereditarie.

CAPITOLO 1

IL TRAUMA IN ETÀ EVOLUTIVA

L'etimologia del termine Trauma risale al greco *τραῦμα* 'ferita', portando con sé una duplice connotazione. Utilizzato inizialmente solo nel contesto delle discipline medico-chirurgiche per indicare una ferita, una lacerazione o un urto violento che danneggia l'organismo, è stato in seguito adottato anche dalla psichiatria e dalla psicologia per descrivere una grave alterazione del normale stato psichico dell'individuo conseguente a esperienze e fatti tristi e dolorosi che turbano e disorientano (Vocabolario Treccani, 2003).

L'Associazione Americana di Psicologia (APA, n.d.) lo definisce come “una risposta emotiva a un evento terribile come un incidente, crimine o disastro naturale. Sono tipiche reazioni di shock e di diniego. Le reazioni a lungo termine includono emozioni imprevedibili, flashbacks e sintomi fisici”.

In Italia più di metà della popolazione, il 56,1%, risulta essere stata esposta almeno una volta nel corso della propria vita ad un evento traumatico, con un rischio di sviluppare un Disturbo da Stress Post-Traumatico che va dal 12,2%, associato a eventi legati alla guerra, allo 0,8% legato a esperienze di violenza sessuale (Carmassi, Dell'Osso, Manni, Candini, Dagani, Iozzino, Koenen & de Girolamo, 2014).

Le esperienze traumatiche se vissute durante l'infanzia o l'adolescenza, comportano serie conseguenze per tutta la vita. Possono lasciare un'impronta nel sistema nervoso centrale, influenzando le emozioni come la paura, la rabbia o l'impotenza, le quali guideranno successivamente le reazioni e i comportamenti anche nell'età adulta (Verardo, 2019).

Tuttavia, ancora oggi, ciò che rende traumatico un particolare evento, così come il processo tramite cui questo produce determinati esiti patologici, rimane un concetto sfuggente e talvolta largamente incompreso, scopo di questo primo capitolo sarà quindi cercare di fare chiarezza su questi concetti.

1.1 LA DEFINIZIONE DI TRAUMA: UN EXCURSUS STORICO

1.1.1 *Il trauma secondo Charcot*

Dal punto di vista storico uno dei primi a parlare di eventi traumatici fu il neurologo francese Jean-Martin Charcot (1825-1893), ideatore del termine “isteria traumatica”.

La dimostrazione del meccanismo psichico delle paralisi istero-traumatiche, l'ideogenia¹, di Charcot rappresenta di gran lunga il contributo più famoso e influente allo studio traumatologico, un punto di svolta nella comprensione del trauma. Dopo le intuizioni di Charcot, infatti, l'interpretazione psicologica è stata estesa a un numero crescente di sintomi post-traumatici, riconoscendo che essi dipendono da un'idea persistente, sia essa conscia o inconscia, che continua a tormentare la mente del soggetto dopo l'evento traumatico, manifestandosi attraverso pensieri ossessivi e sogni ricorrenti (Bonomi, 2001).

Charcot, esplorando il quadro post-traumatico interpretato da egli stesso come “isteria traumatica”, riuscì nel 1885 a fornire una dimostrazione del meccanismo psichico alla base dei sintomi riguardanti la paralisi istero-traumatica, ovvero la paralisi che insorge dopo un incidente in persone con una disposizione isterica (Charcot, 1890, citato da Bonomi, 2001). Egli osservò che la paralisi corporea non era sempre legata a lesioni fisiche, arrivando a dedurre che un evento traumatico potesse indurre l'idea di aver subito un danno grave. Questa convinzione, in particolari condizioni mentali contraddistinte da obnubilamento e dissociazione della coscienza, poteva diventare dannosa al punto da provocare una paralisi. Dedusse quindi che era l'idea, a provocare la paralisi, sottolineando come «non vi è nessun rapporto fra la violenza del traumatismo e il grado del disturbo motorio che gli tien dietro. Il fattore essenziale è l'emozione, lo shock morale che accompagna la violenza. La paralisi che compare dopo i traumatismi non compare immediatamente dopo lo shock, ma soltanto dopo un tempo più o meno lungo, dopo un periodo di incubazione o di meditazione, di auto-suggestione, durante il quale l'idea di impotenza dell'arto ferito, ingigantisce e si impone alla mente dell'ammalato» (Charcot, 1897, p.517). I sintomi isterici erano quindi provocati da una componente emotiva, la sensazione di spavento che causava un'idea fissa, patogena, considerata da Charcot come un parassita che si insediava nella corteccia motoria inconsapevolmente al soggetto.

Per la prima volta, viene enfatizzato il ruolo del fattore psicologico nel contesto del trauma e delle relative patologie, relegando in secondo piano le origini organiche.

¹ Ideogenia = in psicologia, termine coniato da P.J. Möbius (*ted. Ideogenie*) e ripreso da J.-M. Charcot per indicare il supposto meccanismo di produzione dei sintomi isterici da una determinata idea (Vocabolario Treccani).

1.1.2. Freud e il trauma psichico infantile

Un altro mattone fondamentale da menzionare nella storia della concettualizzazione del trauma è sicuramente la dottrina psicoanalitica, che da sempre ritiene i traumi psichici fattori rilevanti sia per la diagnosi che per la terapia dei disturbi psicologici.

Secondo il modello catartico descritto dal neurologo e psicoanalista Sigmund Freud (1856-1939) nel 1895 in *Studi sull'Isteria*, un evento traumatico tende a radicarsi nella memoria della persona coinvolta se lei stessa non riesce a reagire in modo adeguato e se l'emozione generata non viene espressa in maniera sufficiente per liberarsene. Un evento diventa traumatico, quindi, quando lascia nella vittima un'idea incompatibile che viene rimossa dalla coscienza. Secondo questo modello, la terapia consiste nel far riemergere la situazione traumatica per permettere la liberazione delle emozioni represses. Seguendo questo approccio, Freud iniziò a far riaffiorare nei suoi pazienti ricordi di ciò che volevano dimenticare, trovando frequentemente scene di seduzioni infantili o abusi sessuali. «Mentre fino ad allora l'evento traumatico era un incidente impersonale e definito, come un incidente ferroviario, la caduta da una impalcatura, e così via, nella cornice della situazione terapeutica creata da Freud, l'evento traumatico diventa un episodio interpersonale, *qualcosa che qualcuno fa a qualcun altro*» (Bonomi, 2001, p.11).

Fu proprio attraverso questo processo di ricerca approfondita che Freud si trovò ad esplorare una serie di episodi traumatici, retrocedendo nel tempo fino all'infanzia, che lo portarono a ridefinire un altro punto focale del concetto di trauma: la questione della predisposizione. Inizialmente, egli sosteneva che era necessaria la presenza di una malattia dei nervi con funzione di predisposizione. Così, tra il 1892 e il 1895, sviluppò un modello psichico per spiegare la formazione dei sintomi, collegando la predisposizione alla nevrosi a deficienze del sistema nervoso derivanti da comportamenti sessuali dannosi come la masturbazione o il coito interrotto. Tuttavia, alla fine del 1895, Freud modificò il suo punto di vista: concluse che la stessa predisposizione che facilita la formazione dei sintomi potrebbe essere spiegata attraverso una categoria specifica di traumi, le esperienze sessuali infantili. Nel 1896 pubblicò la *teoria della seduzione*, in cui descrisse tali esperienze come fondamentali per la predisposizione isterica che rende possibile il fatto che futuri eventi casuali, apparentemente insignificanti ma collegabili ad alcuni vissuti dell'infanzia, possano risultare traumatici e causare i sintomi dell'isteria o della nevrosi ossessiva; individuando quindi il trauma infantile come la causa primaria delle psiconevrosi (Bonomi, 2001). Poco dopo aver reso pubblica questa teoria, tuttavia, Freud perse fiducia in essa e la rigettò verso la fine del 1897. Nonostante ciò, il modello

catartico si trovava molto vicino a comprendere come la componente patogena del trauma non includesse semplicemente un evento fisico o una rappresentazione mentale, ma un'alterazione nel mondo relazionale del bambino: la figura alla quale il bambino dovrebbe naturalmente rivolgersi per cura e protezione diventa invece fonte di terrore e ansia.

Nel 1926 con “*Inibizione, sintomo e angoscia*” l'autore arrivò ad una definitiva esplicazione del concetto di trauma come “situazioni traumatiche diffuse”, le quali emergono in momenti cruciali dello sviluppo infantile: durante le transizioni tra fasi di crescita come lo svezzamento e il controllo degli sfinteri. In questo contesto, la “perdita”, una condizione di mancanza o assenza, diventa centrale, contrapposta alla presenza aggressiva, violenta o seduttiva che in precedenza causava il trauma. La perdita, insieme all'impotenza (*Hilflosigkeit*), è un concetto chiave di questo studio, riferendosi sia a oggetti esterni (madre, seno, pene) che a situazioni interne (amore del Super-Io): Freud evidenzia il ruolo patogeno e traumatizzante dell'assenza dell'oggetto.

1.1.3. Il trauma secondo Janet

Siccome si focalizzò sul ruolo della dissociazione² nei disturbi indotti dal trauma, la teoria di Pierre Janet (1859-1947), neurologo e psicologo, appare particolarmente significativa per la ricerca sullo stress traumatico. Fu egli ad esplorare e descrivere il ruolo della dissociazione nell'isteria post-traumatica enfatizzando particolarmente il ruolo che svolgono le emozioni forti, come il terrore, nella risposta ad eventi traumatici.

Nella sua opera del 1889, *L'Automatisme psychologique*, Janet suggerì che la patologia isterica potesse derivare da una “*désaggrégation psychologique*”, l'opposto della fondamentale “*funzione di sintesi*”, caratteristica invece della salute psicologica. Egli ipotizzò che certi sintomi isterici potessero essere ricondotti all'esistenza di frammenti della personalità scissi dalla coscienza, la cui origine risale ad eventi traumatici (Janet, 1889, citato da Lingiardi & Mucci, 2014). Attribuì importanza a un tipo di trauma ambientale intervenuto durante lo sviluppo emotivo e cognitivo, di natura non necessariamente sessuale al contrario di come affermava Freud nei suoi scritti. Tale trauma, secondo Janet, eserciterebbe un effetto frammentante e disorganizzante sulle attività mentali dell'individuo, impedendogli di registrare un ricordo dell'evento. Di conseguenza, si formano idee fisse e subcoscienti che sono escluse

² Per “dissociazione” si intende uno stato in cui il soggetto subisce un'alterazione più o meno temporanea delle normali funzioni integrative come identità, memoria, coscienza, percezione dell'ambiente circostante (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

rigidamente dalla coscienza personale. Queste *idéas fixes*, sono pensieri o immagini mentali che comportano una carica emotiva molto alta di cui, essendo dissociate, l'individuo spesso, almeno temporaneamente, non è cosciente. Se particolarmente intense, queste memorie traumatiche possono amalgamarsi al di fuori del flusso di coscienza, formando vere e proprie personalità secondarie dissociate, le quali possono emergere improvvisamente e in modo intenso. Una caratteristica distintiva dei disturbi isterici è infatti la riattivazione automatica e intrusiva dei ricordi traumatici che hanno contribuito alla loro origine (Lingiardi & Mucci, 2014).

1.1.4. L'importanza della relazione: Melanie Klein, Donald Winnicott e John Bowlby

Freud, abbandonando la teoria della seduzione, focalizzò la sua attenzione sullo studio delle dinamiche intrapsichiche, trascurando tutte quelle caratteristiche effettive degli eventi traumatici, tra cui l'importanza dell'ambiente nello sviluppo della psiche (Baldoni, 2008). La teoria delle relazioni oggettuali ha avuto un impatto significativo sulla reinterpretazione del pensiero di Freud, portando ad un cambiamento sostanziale. Questa teoria, insieme alla prospettiva dell'attaccamento di John Bowlby, ha focalizzato nuovamente l'attenzione della psicoanalisi sulle complesse dinamiche relazionali che caratterizzano la vita individuale in relazione agli altri. In questa nuova prospettiva, le relazioni sono considerate centrali nella motivazione del comportamento umano, contribuendo alla formazione degli aspetti strutturali della vita mentale individuale. Sebbene i contributi a questa teoria siano vari e diversi tra loro, ciò che li unisce è l'attenzione sulla prospettiva evolutiva per comprendere le origini dell'esperienza psichica.

La teoria delle relazioni oggettuali comprende infatti diversi modelli dello sviluppo mentale e affettivo umano, derivati dalle osservazioni della psicoanalista Melanie Klein (1882-1960) (Treccani Enciclopedia della Scienza e della Tecnica, 2008). Il nucleo centrale della teoria kleiniana è la relazione, l'autrice ha enfatizzato infatti l'importanza delle prime relazioni oggettuali nella formazione della personalità e nella strutturazione psichica. Secondo questa prospettiva, l'esperienza emotiva e relazionale con la madre, e più in generale con le figure di attaccamento primario, ha un impatto cruciale sullo sviluppo psichico del bambino. Nel suo lavoro "*La psicoanalisi dei bambini*", pubblicato nel 1932, Melanie Klein spiegò che è estremamente difficile per un bambino sviluppare una personalità sana senza esperienze positive durante i suoi primi anni di vita. Sosteneva che una condizione essenziale per un sé ben integrato fosse l'esperienza di amore e di pulsioni, piuttosto che di odio e morte. La teoria

kleiniana offre quindi una prospettiva preziosa sulla natura complessa delle relazioni umane e sul loro impatto sulla salute mentale e il benessere psicologico.

Tuttavia, queste affermazioni hanno suscitato varie critiche, anche da parte di altri studiosi nel campo delle relazioni oggettuali. Secondo Donald Winnicott (1896-1971), pediatra e psicoanalista britannico, infatti, la presenza di una madre (o di una figura di cura primaria) *sufficientemente buona*, è cruciale per il sano sviluppo del bambino. Questa figura deve essere in grado di rispondere in modo empatico e tempestivo ai bisogni del bambino, proteggendolo dalle stimolazioni ambientali eccessive e fornendogli un ambiente sicuro e affidabile. Winnicott enfatizza l'importanza di questo legame iniziale nel processo di crescita del bambino verso l'autonomia. Egli sostiene che, partendo da uno stato di indifferenziazione e dipendenza assoluta, il bambino sviluppa gradualmente un senso di sé separato e autonomo attraverso l'interazione con una madre sufficientemente buona.

Nella teoria dell'attaccamento di John Bowlby (1907-1990), viene fornita ulteriore enfasi alla dimensione relazionale nello sviluppo individuale. Egli, considerato uno tra i più grandi psicoanalisti del ventesimo secolo, sosteneva che «l'attaccamento è la parte integrante del comportamento umano dalla culla alla tomba» (Bowlby, 1982, p.136). La sua teoria si concentra sul legame emotivo fondamentale che si sviluppa tra un bambino e la sua figura di attaccamento primaria, solitamente la madre, il quale risulta fondamentale per lo sviluppo emotivo, sociale e cognitivo del bambino. Secondo questa teoria, i traumi esperiti durante l'infanzia, specialmente se causati da maltrattamenti prolungati da parte del caregiver, possono influenzare negativamente la formazione di schemi rappresentativi riguardanti il Sé, le figure di attaccamento e le relazioni in generale, noti come Modelli Operativi Interni (MOI). Per Bowlby, infatti, fin dall'infanzia l'individuo sviluppa modelli generalizzati del Sé e del caregiver basati sulle interazioni ripetute, i quali includono aspettative sulla disponibilità e sulla reattività del caregiver ai bisogni del bambino³. Questi modelli fungono da guida per percepire e interpretare gli eventi e per creare aspettative riguardo alle dinamiche relazionali della propria vita.

I bambini che sperimentano una madre responsiva svilupperanno un *attaccamento di tipo sicuro* nei suoi confronti, accompagnato da una percezione di sé come amabile, e delle relazioni intime come sicure e prevedibili. Al contrario, una iperreattività o iporeattività della risposta genitoriale può causare la formazione di stili di attaccamento *insicuri*, identificati

³ Un concetto fondamentale della teorizzazione di Bowlby è quello di base sicura, la quale si riferisce alla fiducia del bambino nella disponibilità e nella sensibilità della figura di attaccamento primaria nel rispondere ai suoi bisogni.

rispettivamente come *ansiosi* ed *evitanti*. Sebbene meno adattivi dello stile sicuro, questi stili rappresentano comunque una modalità organizzativa dell'attaccamento (Montano & Borzì, 2019). Nel caso di maltrattamento da parte del caregiver, invece, si verifica una rottura della strategia di attaccamento, dando luogo a un modello interno *disorganizzato* caratterizzato da rappresentazioni frammentate e incoerenti. Questo fenomeno si verifica quando il caregiver è percepito contemporaneamente come fonte di minaccia e di protezione.

Il modello disorganizzato non si manifesta solo in situazioni di abuso fisico, psicologico o sessuale da parte del caregiver, ma anche quando il genitore è affetto da traumi non risolti e manifesta paura nelle interazioni con il bambino (Ibid.). Secondo Main ed Hesse (1992), l'associazione tra trauma irrisolto nel genitore e attaccamento disorganizzato nel bambino può essere spiegata dal fatto che il ricordo del trauma tende a emergere in modo compulsivo e frammentario. Quando questo accade durante le interazioni con il bambino, il genitore manifesta espressioni di paura che possono risultare spaventose per il bambino. Questo comportamento materno può essere descritto come *spaventato* e *spaventante*: spaventato poiché riflette l'assorbimento del genitore in memorie dolorose irrisolte, e spaventante siccome il bambino percepisce la paura latente nel genitore e reagisce a sua volta con paura. Questo crea un conflitto insolubile nel bambino tra il desiderio di cercare protezione nella figura di attaccamento e il bisogno di difendersi da ciò che suscita paura (Main & Hesse, 1992).

1.2 LA CONCEZIONE ATTUALE

1.2.1 Il trauma nel Manuale Diagnostico e Statistico (DSM)

Nella prima versione del DSM, il Manuale Diagnostico e Statistico sviluppato dall'Associazione Psichiatrica Americana (APA), pubblicata nel 1952, era riportata una diagnosi generica per tutte le risposte anomale ad eventi estremamente stressanti chiamata *Gross Stress Reaction*. Nella successiva edizione del 1968, questa diagnosi fu sostituita dalla categoria *Transient Situational Disturbances* (perturbazioni situazionali transitorie), che considerava i disturbi post-traumatici come alterazioni temporanee del comportamento e dell'umore, senza conseguenze a lungo termine sulla personalità e sulla capacità di adattamento dell'individuo. Solo nel 1980, il manuale incluse ufficialmente la diagnosi di Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD) (Montano & Borzì, 2019).

Nonostante l'ampiezza delle disfunzioni post-trauma, fino alla sua quarta edizione (DSM-IV-TR) il manuale presentava il disturbo da stress post-traumatico come unica diagnosi che

identificava specificamente il trauma come antecedente, il quale si portava dietro il rischio di non cogliere appieno lo spettro dei sintomi post-trauma, in particolare tra i bambini (D'Andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola & Van der Kolk, 2012). In effetti, in un campione rappresentativo di 1420 bambini seguiti annualmente fino ai 16 anni di età, dove due terzi del campione aveva riportato almeno un evento traumatico prima dei 16 anni, meno dello 0,5% soddisfaceva i criteri per il PTSD descritto nel DSM-IV (Copeland, Keeler, Angold, & Costello, 2007).

Nel 2013, con la quinta edizione del manuale, è stata apportata l'introduzione di alcuni disturbi mentali, precedentemente classificati come "Disturbi d'ansia", in una nuova categoria definita "Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti", la quale racchiude tutti quei disturbi in cui l'esposizione ad un evento traumatico o stressante è esplicitamente menzionata tra i criteri:

- Il Disturbo Reattivo dell'Attaccamento (*Reactive Attachment Disorder RAD*);
- Il Disturbo da Impegno Sociale Disinibito (*Disinhibited Social Engagement Disorder DSED*);
- Il Disturbo da Stress Acuto (*Acute Stress Disorder ASD*);
- Il Disturbo da Stress Post-Traumatico (*Post-traumatic Stress Disorder PTSD*);
- I Disturbi dell'Adattamento (*Acute Stress Disorder AD*);
- Il Disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti con altra specificazione (*Other Specified Trauma and Stressor-Related Disorder*);
- Il Disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti senza specificazione (*Unspecified Trauma and Stressor-Related Disorder*);

Questo spostamento da una categoria ad un'altra è stato effettuato dalla task force responsabile della formulazione di questa edizione, basandosi sul riconoscimento che le risposte agli eventi traumatici possono essere molto diverse. Una reazione prevalentemente ansiosa o spaventata è solo uno dei possibili risultati, altri fenotipi possono includere manifestazioni dissociative, comportamenti più aggressivi o esternalizzanti, disforici, oppure una combinazione di questi (Montano & Borzi, 2019).

Nonostante le numerose revisioni, diversi clinici e ricercatori considerano ancora tutt'oggi la diagnosi di PTSD definita dal DSM soggetta a importanti limitazioni: rimangono infatti insufficienti i criteri diagnostici proposti dal manuale nel rilevare disturbi post-traumatici non riconducibili al PTSD (Liotti & Farina, 2011 citato da: Lingiardi & Gazzillo, 2014). Poiché il trauma associato a questo disturbo è di natura aspecifica, la diagnosi non fornisce dettagli sul contesto, sulla frequenza o sulla tipologia del trauma. Solitamente, i criteri del PTSD risultano

adeguati per traumi singoli, mentre la diagnosi non riesce a cogliere in modo soddisfacente i sintomi di adulti e bambini che hanno vissuto situazioni di trauma cronico in contesti interpersonali (Montano & Borzì, 2019). Ciò fa sì che i sintomi “residuali” vengano etichettati con ulteriori diagnosi, con il risultato che si venga a creare una lunga lista di disturbi psicologici che poco aggiunge alla comprensione del funzionamento del paziente: i bambini esposti a maltrattamenti, violenze familiari o perdita dei caregiver spesso soddisfano i criteri per il Disturbo Depressivo Maggiore, il Disturbo da Deficit dell’Attenzione, Disturbi d’ansia, Disturbi alimentari, Disturbi del sonno, Disturbi della comunicazione, ognuno dei quali coglie solamente un aspetto limitato dei complessi problemi di autoregolazione e di relazione del bambino traumatizzato (Cook et al., 2005).

Per far fronte a queste criticità, molti studiosi, clinici e ricercatori sono stati coinvolti in un acceso dibattito scientifico per definire, riconoscere e trattare la complessità dei sintomi riportati da pazienti che hanno subito abusi e maltrattamenti gravi durante l’infanzia. Di seguito sono riportate alcune delle diagnosi alternative proposte.

1.2.2 Il trauma complesso

Il termine “trauma complesso”, utilizzato per la prima volta dalla psichiatra Judith Lewis nel 1992, si riferisce a quell’insieme di sintomi derivanti da traumi interpersonali cumulativi vissuti durante lo sviluppo. Tali esperienze possono includere storie di abusi e maltrattamenti, siano essi fisici, sessuali o emotivi, ripetuti in ambito familiare, gravi episodi di trascuratezza e abbandono fisico, emotivo o educativo. Questo tipo di trauma si manifesta in situazioni in cui la vittima si trova ad essere vulnerabile e priva di adeguate risorse protettive, tra cui un ambiente sicuro o la presenza di figure di attaccamento affidabili. Quando una persona è impossibilitata a sfuggire ad una minaccia prolungata o quando la minaccia proviene dalla famiglia, da cui la vittima dipende per la sopravvivenza, la mente sviluppa strategie più intense e spesso più rigide per affrontare il paradosso e il costante stato di paura. Questa condizione è definita traumatizzazione cronica.

1.2.3 Lenore Terr: i traumi di Tipo I e di Tipo II

La psichiatra americana Lenore Terr (1995) ha classificato i traumi in due tipologie principali, "Tipo I" e "Tipo II", focalizzandosi sull’impatto che ciascuna ha sullo sviluppo infantile.

I traumi di Tipo I riguardano eventi singoli, circoscritti e spesso imprevedibili, che lasciano un ricordo dettagliato e completo, che solitamente scatenano sintomi come evitamento e ipervigilanza.

Ciò che caratterizza i traumi della seconda tipologia sono invece le esposizioni prolungate e ripetute a situazioni estreme, accompagnate da un senso di anticipazione che porta il bambino a sviluppare strategie di adattamento come il diniego o la dissociazione per affrontare il pericolo. Questi traumi spesso coinvolgono persone conosciute dalla vittima, minando profondamente la fiducia nelle relazioni primarie e causano ottundimento emotivo, rabbia e intorpidimento.

1.2.4 L'EMDR: i Traumi e i traumi

La distinzione tra i due tipi di traumi proposta da Terr è simile a quella che suggerisce l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), approccio psicoterapico che affronta i ricordi non elaborati. In questo caso la distinzione viene accentuata attraverso la prima lettera della parola: secondo questa prospettiva esistono i Traumi e i traumi. I “traumi” o “traumi piccoli” sono esperienze soggettivamente disturbanti, caratterizzate da un senso di pericolo moderato. Questi possono comprendere situazioni come umiliazioni o interazioni negative con persone significative durante l'infanzia. A queste si affiancano i "Traumi", eventi che comportano rischio di morte o minacciano l'integrità fisica propria o dei propri cari. Questa categoria include eventi di ampia portata come disastri naturali, abusi, guerre e così via (Associazione EMDR Italia, 2022).

1.2.5 Il trauma nell'ICD-11: il Complex Post-Traumatic Stress Disorder

L'ICD-11, l'undicesima edizione della classificazione internazionale delle malattie promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), condivide numerosi elementi con il DSM, sebbene presenti significative differenze nella classificazione e nell'inclusione dei disturbi. In concordanza con le descrizioni delle altre malattie presenti all'interno del manuale, i disturbi legati allo stress e al trauma vengono qui rappresentati non attraverso una serie di criteri, ma come “prototipi” volti a rappresentare le caratteristiche peculiari delle sindromi rispetto ad altre. La principale novità introdotta in questa edizione è il riconoscimento del disturbo da stress post-traumatico complesso (*Complex Post-Traumatic Stress Disorder*, C-PTSD) come diagnosi

separata dal PTSD. Il *Complex post traumatic stress disorder*, caratterizzato dal codice alfanumerico 6B41⁴, viene descritto in questo modo:

«Il disturbo da stress post-traumatico complesso è un disturbo che può svilupparsi in seguito all'esposizione ad un evento o ad una serie di eventi di natura estremamente minacciosa o orribile, più comunemente eventi prolungati o ripetitivi da cui è difficile o impossibile fuggire (ad esempio, tortura, schiavitù, campagne di genocidio, violenza domestica prolungata, abusi sessuali o fisici infantili ripetuti). Tutti i requisiti diagnostici per il PTSD sono soddisfatti. Inoltre, il PTSD complesso è caratterizzato da gravi e persistenti 1) problemi di regolazione degli affetti; 2) convinzione di sé stessi come sminuiti, sconfitti o privi di valore, accompagnata da sentimenti di vergogna, colpa o fallimento legati all'evento traumatico; 3) difficoltà a sostenere le relazioni e a sentirsi vicini agli altri. Questi sintomi causano una significativa compromissione del funzionamento personale, familiare, sociale, educativo, lavorativo o di altre aree importanti» (WHO, 2022, p.437).

Si tratta pertanto un disturbo psicologico che emerge in soggetti che hanno vissuto una sequenza di esperienze traumatiche ripetute nel tempo in situazioni dove le vie di fuga erano assenti o molto limitate. Le persone che ne soffrono sono generalmente vittime di abusi cronici, siano essi di natura sessuale, fisica o psicologica, come accade spesso nel contesto degli abusi familiari domestici. Sebbene contenga in sé la sintomatologia del disturbo da stress post-traumatico, questa nuova diagnosi permette di riconoscere come i traumi interpersonali precoci possano compromettere il normale sviluppo della persona in vari ambiti, causando un quadro psicopatologico più complesso rispetto al semplice disturbo da stress post-traumatico, accompagnato da una gamma di problemi psicopatologici molto vasta.

1.2.6 Il disturbo traumatico dello sviluppo

Per comprendere meglio la complessità e la varietà dei casi di maltrattamento e trascuratezza durante lo sviluppo, la task force del National Child Traumatic Stress Network (NCTSN), sotto la guida di Bessel Van Der Kolk, ha proposto l'introduzione di una nuova diagnosi: il disturbo traumatico dello sviluppo (*Developmental Traumatic Disorder*, DTD). Questa diagnosi post-traumatica è stata ideata per identificare specificamente i bambini e gli adolescenti con esperienze di traumi complessi, ed è perciò specifica per l'età evolutiva.

⁴ 6B41 significa che questo disturbo si trova all'interno del sesto capitolo (*Mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*) e della categoria B40-B4Z di disturbi associati specificatamente allo stress (*Disorders specifically associated with stress*)

I criteri di consenso per la diagnosi sono stati sviluppati basandosi sulle descrizioni presenti nella letteratura, sull'esperienza clinica dei membri nel trattamento di bambini traumatizzati e sui dati preliminari raccolti da vari servizi di tutela dei minori negli Stati Uniti, come centri statali di assistenza all'infanzia e centri di detenzione giovanile (Montano & Borzi, 2019). Questi criteri comprendono: l'esposizione (il bambino o l'adolescente ha vissuto o assistito a eventi avversi molteplici e cronici, per un periodo di almeno un anno, con inizio nell'infanzia o nella prima adolescenza); la disregolazione psicologica ed emotiva (una compromissione delle competenze dello sviluppo relative all'età, in rapporto alla regolazione dell'arousal); la disregolazione comportamentale ed emotiva (una compromissione delle competenze dello sviluppo relative all'età, in relazione all'attenzione sostenuta, all'apprendimento, o alla gestione dello stress); disturbi nella percezione del Sé o nelle relazioni interpersonali; sintomatologia dello spettro post-traumatico; durata del disturbo e difficoltà nel funzionamento globale (Ibid.).

Le difficoltà affrontate dai pazienti che presentano questo disturbo sono coerenti con i sintomi tipici del PTSD complesso. Queste comprendono la disregolazione emotiva, la scarsa gestione degli impulsi, comportamenti aggressivi, problemi di sonno e/o di alimentazione, deficit di attenzione, esperienze dissociative e disfunzioni nelle relazioni di attaccamento.

1.3 LE CONSEGUENZE DEL TRAUMA PRECOCE

1.3.1 Conseguenze psicologiche

Le esperienze traumatiche nella prima infanzia hanno effetti prolungati sul senso del mondo e sul comportamento del bambino. La sofferenza dei bambini vittime di violenze spesso non termina con la fine del trauma: per alcuni bambini questa può segnare l'inizio di un circolo vizioso di sintomi da trauma, compromissione funzionale e ulteriore traumatizzazione (Kaplow, Saxe, Putnam, Pynoos & Lieberman, 2006).

Cook et al. nel 2005 hanno categorizzato gli effetti del trauma complesso durante l'infanzia in sette dimensioni principali: attaccamento, funzioni biologiche, regolazione affettiva, dissociazione, controllo comportamentale, funzioni cognitive e concetto di sé.

A causa della prevalente natura intrafamiliare di situazioni di abuso e trascuratezza, la relazione di attaccamento diventa una fonte di esperienze traumatiche per questi bambini. Essere esposti ripetutamente a un genitore maltrattante, imprevedibile, eccessivamente preoccupato o stressato porta a difficoltà comportamentali, emotive e cognitive nel bambino. I comportamenti specifici

di un attaccamento disorganizzato ruotano o su temi di impotenza (per esempio sentimenti di abbandono, tradimento, fallimento, sconforto) o di controllo coercitivo (per esempio biasimo, rifiuto, intrusività, ostilità).

Per quanto riguarda le funzioni biologiche, i bambini con storie di traumi complessi corrono il rischio di non riuscire a sviluppare le capacità cerebrali necessarie per modulare le emozioni in risposta allo stress: sotto stress, infatti, le capacità analitiche di questi bambini tendono a disintegrarsi rendendoli inclini a reagire con estrema impotenza, confusione, ritiro o rabbia.

Questi bambini e adolescenti spesso faticano infatti a esprimere e regolare le proprie emozioni. Possono manifestare intorpidimento cronico dell'esperienza emotiva, disforia ed evitamento di situazioni emotivamente cariche (comprese le esperienze positive). Spesso ricorrono a strategie di coping maladattive per regolare le esperienze emotive dolorose come gesti autolesionistici o uso di sostanze.

Per quanto riguarda l'aspetto dissociativo, sono tre le forme di comportamenti dissociativi fondamentali messi in atto da parte di bambini e adolescenti con esperienze di trauma complesso: automatizzazione del comportamento, compartimentazione dei ricordi e dei sentimenti dolorosi e distacco dalla consapevolezza delle emozioni e di sé. Sono frequenti la derealizzazione, la depersonalizzazione e l'amnesia.

Inoltre, il trauma complesso è associato a comportamenti disregolati sia per quanto riguarda modelli di comportamento sotto controllati, che sovra controllati: questi comprendono risposte esagerate a stimoli minacciosi, difficoltà nel regolare gli impulsi, movimenti stereotipati, iperattività, comportamenti aggressivi o prolungate reazioni di immobilizzazione.

Le situazioni traumatiche prolungate possono anche provocare disturbi nelle capacità di concentrazione e di organizzazione, ostacoli nello sviluppo delle competenze linguistiche e nell'apprendimento, oltre a compromettere le funzioni attentive ed esecutive.

Infine, i bambini con storie di trauma complesso spesso sviluppano sentimenti di vergogna, colpa e incapacità, così come sentimenti di impotenza e fallimento associati ad un profondo senso di sfiducia in sé stessi e negli altri, che vengono ipercriticati e allontanati o eccessivamente ricercati.

1.3.2 Conseguenze neuropsicologiche e fisiologiche

La letteratura scientifica ha indicato negli anni quanto i traumi psicologici durante l'infanzia e l'adolescenza possano arrecare danni neuronali, causando significative alterazioni nel funzionamento cerebrale e influenzando in modo rilevante il comportamento, le emozioni e la salute fisica futura delle vittime. Uno studio condotto da Teicher, Samson, Anderson e Ohashi nel 2016 ha dimostrato, con poche eccezioni, prove consistenti di deficit strutturali associati al maltrattamento:

- nell'ippocampo adulto (il quale contribuisce alla memoria a breve e a lungo termine, alla memoria spaziale e all'orientamento),
- nel corpo calloso (adetto alla trasmissione di informazioni motorie, sensitive e cognitive tra i diversi lobi dei due emisferi cerebrali),
- nella corteccia cingolata anteriore (coinvolta nelle emozioni),
- nella corteccia orbitofrontale o ventromediale (coinvolta nei processi di riconoscimento emotivo e di decisione),
- nella corteccia prefrontale (responsabile del ragionamento, giudizio, pianificazione, presa di decisioni).

La violenza domestica può portare a conseguenze negative in vari ambiti del funzionamento: Koenen et al. nel 2003 hanno rilevato una relazione significativa tra la violenza domestica e la diminuzione del quoziente intellettivo.

Inoltre, le attuali evidenze scientifiche indicano che il maltrattamento modifica le traiettorie dello sviluppo cerebrale, influenzando i sistemi sensoriali, la struttura delle reti neurali e i circuiti responsabili della rilevazione delle minacce, della regolazione delle emozioni e dell'anticipazione delle ricompense (Teicher, Samson, Anderson & Ohashi, 2016). Effettivamente, l'amigdala, struttura cerebrale coinvolta nella regolazione delle emozioni, appare particolarmente influenzata da esperienze traumatiche vissute in età precoce. Dal momento che prende parte all'attivazione della risposta "combatti o fuggi" (*fight or flight*), essa è in grado di influire sul modo in cui reagiamo a situazioni potenzialmente pericolose. In casi di trauma diventa pertanto iperattiva, attivandosi a sproposito, rilevando una situazione pericolosa anche nei casi in cui il pericolo non c'è. Per questo i bambini sottoposti a livelli costanti di pericolo sono ipervigili.

Oltre a modificazioni delle strutture cerebrali, le avversità infantili legate al maltrattamento appaiono essere un grande fattore di rischio per le malattie mentali e l'abuso di sostanze (Felitti

et al., 1998). In uno studio in cui sono state analizzate sette categorie di esperienze infantili avverse (abusi psicologici, fisici o sessuali, violenza sulla madre o convivenza con membri della famiglia che abusavano di sostanze, presentavano malattie mentali o comportamenti suicidari o che erano mai stati incarcerati), le persone che avevano sperimentato quattro o più di queste categorie di esposizione infantile al trauma, rispetto a quelle che non ne avevano sperimentata alcuna, presentavano:

- un rischio per alcolismo, abuso di droghe, depressione e tentativi di suicidio da quattro a dodici volte maggiore;
- un aumento di probabilità da due a quattro volte superiore per quanto riguarda l'abuso di fumo;
- un aumento da 1,4 a 1,6 volte per quanto riguarda l'inattività fisica e l'obesità grave.

È stata inoltre rilevata una relazione graduale tra il numero di categorie di esposizioni avverse infantili con la presenza di malattie organiche dell'adulto, tra cui cardiopatia ischemica, cancro, malattie polmonari croniche, fratture scheletriche e malattie epatiche: tra gli individui che non presentavano alcuna esposizione a traumi infantili, il 56% non mostrava fattori di rischio per la salute e solo l'1% ne mostrava quattro o più, mentre tra chi aveva sperimentato almeno quattro categorie di traumi, solo il 14% era privo di rischi e il 7% presentava quattro o più fattori di rischio (Felitti et al., 1998).

CAPITOLO 2

IL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ

2.1 LA DEFINIZIONE DEL DISTURBO: MANUALI DIAGNOSTICI E QUADRO CLINICO

2.1.1 Il DSM-5-TR

«Un pattern pervasivo di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore, e una marcata impulsività, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti» (APA, 2023).

Viene così introdotto, nel DSM-5-TR (2023), il Disturbo Borderline di personalità (*borderline personality disorder*, BPD), un grave disturbo di personalità che definisce una condizione cronica e debilitante, la quale si manifesta attraverso relazioni interpersonali instabili e dolorose, instabilità emotiva, comportamenti impulsivi, scoppi d'ira, tentativi di suicidio ed atti autolesionistici (APA, 2023). Per diagnosticare il disturbo utilizzando il DSM-5-TR, il soggetto deve presentare cinque o più dei seguenti criteri:

1. Sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono;
2. Un pattern di relazioni interpersonali instabili e intense caratterizzate dall'alternanza tra iperidealizzazione e svalutazione;
3. Immagine di sé o percezione di sé marcatamente e persistentemente instabile;
4. Impulsività in almeno due aree potenzialmente autodistruttive;
5. Comportamenti, gesti o minacce suicidarie ricorrenti o comportamento automutilante;
6. Instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore;
7. Sentimenti cronici di vuoto;
8. Rabbia inappropriata, intensa, o difficoltà a controllare la rabbia;
9. Ideazione paranoide transitoria associata allo stress o gravi sintomi dissociativi.

2.1.2 L'ICD-11

Nell'ICD-11 (2022), viene descritto quello che è il "Borderline Pattern", uno specificatore applicato a individui il cui disturbo di personalità è caratterizzato da un pattern pervasivo di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e degli affetti, e da una marcata impulsività (WHO, 2022). Sono descritti svariati elementi cruciali per la diagnosi come gli sforzi frenetici per evitare un reale o immaginario abbandono, l'instabilità emotiva e delle

relazioni interpersonali, gli episodi ricorrenti di autolesionismo, la rabbia intensa e inappropriata, i sintomi dissociativi e il disturbo dell'identità (Ibid.).

2.1.3 Il PDM-2

Nel PDM-2, il Manuale Diagnostico Psicodinamico, viene mantenuta la concezione di “organizzazione borderline”, introdotta nella prima versione del manuale, per individuare un livello di organizzazione della personalità caratterizzato da compromissioni dell'identità, delle relazioni oggettuali, della tolleranza degli affetti, della regolazione degli impulsi e dell'integrazione del Super-Io (Lingiardi & Gazzillo, 2014). I pazienti con organizzazione borderline di personalità sono descritti come persone che tendono ad avere difficoltà relazionali ricorrenti, incapacità di intimità emotiva, problemi lavorativi, periodi di angoscia e di grave depressione e una vulnerabilità all'abuso di sostanze ed altre dipendenze (Ibid.).

Il PDM-2, tuttavia, aggiunge il descrittore di “personalità borderline”, che consente ai clinici di utilizzare un pensiero più attento alla complessità psicologica caratteristica di questa sindrome (McWilliams, Grenyer & Shedler, 2018). Le tensioni tra l'integrità dell'identità e la diffusione sono descritte nel dominio “coesione del sé contro frammentazione” e il senso di vuoto e di irrealtà spesso espresso dalle persone con forme gravi del disturbo viene sottolineato attraverso il descrittore di credenza patogena “non so chi sono” (nella terminologia psicoanalitica si può tradurre con una dissociazione tra stati di sé o rappresentazioni di sé non integrate) (Ibid.).

2.1.4 Quadro clinico

Il disturbo borderline rappresenta una condizione clinica grave con un tasso di prevalenza nel corso della vita che si stima fino al 5.9% nella popolazione generale (Grant et al. 2008), mentre in popolazioni cliniche la stima si assesta: intorno al 6% nei centri di assistenza primaria, intorno al 10% tra pazienti ambulatoriali e al 20% tra i pazienti psichiatrici ricoverati (Lingiardi & Gazzillo, 2014). Circa l'80% dei pazienti in terapia per il BPD sono donne (Skodol, Gunderson, Pfohl, Widiger, Livesley & Siever, 2002) e, come nel caso dei disturbi di personalità in generale, il disturbo è associato ad una bassa classe sociale ed a un basso livello di istruzione (Samuels, Eaton, Bienvenu, Brown, Costa, & Nestadt, 2002). Nonostante sia stato tipicamente considerato un disturbo dell'età adulta, si è riscontrato in contesti clinici che i sintomi manifestati da soggetti adolescenti possono soddisfare a pieno i criteri del disturbo (APA, 2023).

Il quadro clinico è costituito da caratteristiche sia stabili che instabili, ovvero da caratteristiche temperamentali di base che mostrano stabilità nel tempo e da sintomi più specifici,

potenzialmente transitori, che sono correlati a tratti di personalità (Fonagy, Luyten & Strathearn, 2011). Vi è un crescente consenso sul fatto che le caratteristiche principali del disturbo includono disregolazione emotiva; alti livelli di impulsività, che portano all'autolesionismo e alla suicidalità; ed un funzionamento interpersonale disturbato, espresso in alti livelli di preoccupazioni e modelli di attaccamento disorganizzati (Ibid.). Più specificatamente, il disturbo borderline sembra essere caratterizzato da uno stile di attaccamento ansioso o disorganizzato, da un'intolleranza dolorosa della solitudine, da un'ipersensibilità all'ambiente sociale, dall'aspettativa di ostilità da parte degli altri e da una forte riduzione dei ricordi positivi delle interazioni diadiche (Ibid.). Sono comuni le comorbidità con altri disturbi, tra cui i disturbi depressivi e bipolari, i disturbi da uso di sostanze, i disturbi d'ansia (in particolare il disturbo di panico e il disturbo d'ansia sociale), i disturbi alimentari (in particolare la bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata), il disturbo da stress post-traumatico e il disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività (APA, 2023).

2.2. FATTORI DI RISCHIO E MECCANISMI DI DIFESA

2.2.1 *I fattori di rischio*

Nonostante le cause specifiche del Disturbo Borderline di personalità rimangano ignote, la genetica, la famiglia e i fattori sociali giocano un ruolo importante. I fattori di rischio possono includere fattori biologici e genetici ma anche fattori esterni come l'aver vissuto un abbandono nell'infanzia o nell'adolescenza, una vita familiare perturbata o aver subito un abuso fisico, sessuale o emotivo (National Library of Medicine, 2022). Ricercando quali siano nell'infanzia e nella prima e media adolescenza i fattori che segnalano il rischio maggiore per lo sviluppo della sintomatologia del BPD, i sintomi ansiosi, uno scarso autocontrollo, punizioni severe, un funzionamento sociale e scolastico povero e problemi di gestione della rabbia, attenzione e auto controllo sono risultati tra i più importanti predittori (Beeney et al., 2021). Tra gli altri fattori, si evidenziano anche aggressività relazionale, un disturbo della condotta precedentemente diagnosticato, problemi sia nel controllo del comportamento, sia nel funzionamento sociale e una bassa intelligenza (Ibid.).

Il rischio maggiore per il BPD appare essere uno stile genitoriale punitivo (Beeney et al., 2021), il disturbo può derivare infatti da fattori avversi post-natali come crudeltà o negligenza da parte dei genitori (Stone, 2019). Supervisioni inadeguate, discipline incoerenti, bassi livelli di affetto

da parte dei genitori, e intrusività dei genitori sono stati considerati fattori rilevanti correlati al successivo sviluppo del disturbo borderline (Beeney et al., 2021).

2.2.2 I meccanismi di difesa

I meccanismi di difesa, costrutto che si è evoluto a partire dalle concettualizzazioni di Sigmund Freud e di sua figlia Anna Freud, nella teoria psicoanalitica classica sono dei pattern di reazioni utilizzati dall'Io per proteggersi dall'ansia derivata da un conflitto psichico (APA, 2018). Nelle teorie psicologiche più recenti, sono considerati invece come strumenti funzionali per far fronte ai problemi quotidiani e alle minacce esterne, tuttavia, l'uso eccessivo rimane patologico (Ibid.).

Otto Kernberg, psichiatra e psicoanalista austriaco, in un articolo del 1967 denominato "*Borderline personality organization*", descrisse la sua visione delle caratteristiche essenziali della psicopatologia borderline, definendola "*organizzazione di personalità borderline*" per rappresentare il pattern di funzionamento e comportamento caratterizzato da instabilità, che riflette un'organizzazione psicologica del Sé disturbata (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009). Elencò anche i cinque meccanismi di difesa distintivi di questa patologia: scissione, idealizzazione primitiva, identificazione proiettiva, diniego e onnipotenza.

Per scissione si intende la separazione delle immagini positive e idealizzate del Sé, degli altri e delle relazioni da quelle negative e svalutate, rendendo difficile per il soggetto borderline mantenere una visione realistica e complessa di sé stesso e degli altri, specialmente durante momenti di intensa emotività (Launi & Santus, n.d.). L'idealizzazione primitiva si può considerare una variante della scissione, in questo caso si registra un innalzamento dell'immagine dell'altro alla perfezione per evitare il riconoscimento dell'ambivalenza buono-cattivo (Cavaliere, 2016). L'identificazione proiettiva, il meccanismo di difesa più comune nel disturbo borderline, implica attribuire ad altri aspetti indesiderati di sé, causando una dinamica interpersonale distorta in cui vi è confusione sull'origine dei sentimenti negativi (Launi & Santus, n.d.). Il diniego permette di escludere dalla coscienza desideri, pensieri, sensazioni o esperienze traumatiche, dolorose o sgradevoli e, infine, l'onnipotenza rappresenta una modalità di pensiero infantile che porta il paziente borderline a credere che i propri pensieri o desideri possano influenzare il mondo esterno, facendolo sentire, appunto, "onnipotente" (Cavaliere, 2016).

In uno studio italiano effettuato da Bellino, Paradiso, Bozzatello, Brignolo e Bogetto (2014) del Centro per i Disturbi di Personalità dell'Università di Torino, il cui obiettivo era valutare i

meccanismi di difesa specifici di alcuni disturbi di personalità, sono stati inclusi 144 pazienti di età compresa tra i 18 e i 60 anni che rispondevano ai criteri diagnostici per tre disturbi di personalità, tra cui il disturbo borderline (66 pazienti, 45,80%). I risultati hanno evidenziato che nei pazienti con disturbo borderline di personalità sono emersi significativamente i tre stili difensivi di: *acting out* (affrontare i conflitti emotivi e gli eventi stressanti attraverso le azioni, piuttosto che attraverso il pensiero riflessivo o i sentimenti), *dissociazione* e *formazione reattiva* (esprimere il contrario dei loro veri sentimenti, a volte in misura esagerata), (Bellino, Paradiso, Bozzatello, Brignolo & Bogetto, 2014). Il disturbo sembra inoltre avere una particolare predisposizione a ricorrere più frequentemente all'uso di difese immature e meno adattive: difese d'azione, quali acting-out e aggressione passiva, e difese che implicano una maggiore distorsione dell'immagine, quali scissione e identificazione proiettiva (Bellino et al., 2014). Il ricorso a difese evidentemente immature e maladattive, quali l'onnipotenza e il ritiro, corrisponde all'espressione di sintomi depressivi e di alterazioni cognitive più gravi; l'onnipotenza consiste infatti in un'alterata percezione di sé e implica una distorsione cognitiva così rilevante da poter compromettere talvolta la capacità di esaminare la realtà (motivo per cui è considerata una difesa primitiva) (Ibid.).

2.3 IL TRAUMA E IL DISTURBO BORDERLINE

I soggetti con disturbo borderline di personalità presentano comunemente una storia di *life events* avversi. La percentuale di soggetti che presentano una comorbilità con un Disturbo da Stress Post-Traumatico, infatti, è relativamente alta: dal 25 al 55,9% (Jowett, Karatzia & Albert, 2020). Numerosi studi hanno ampiamente documentato la correlazione tra il disturbo borderline e i traumi infantili. Più di tre decenni fa, Judith Herman pubblicò una ricerca fondamentale in cui rilevava alti tassi di traumi precoci tra le persone con disturbo borderline: nel campione esaminato, il 71% era stato vittima di abusi fisici, il 67% di abusi sessuali e il 62% aveva assistito ripetutamente a episodi di violenza domestica. Questo studio mostrò inoltre che gli abusi avvenuti molto precocemente, per precisione prima dei sei anni di età, costituivano una caratteristica distintiva dei pazienti borderline, rispetto a quelli con altri disturbi di personalità (Herman, Perry, & Van Der Kolk, 1989). Qualche anno dopo anche Ogata, Silk, Goodrich, Lohr, Westen & Hill (1990) avevano indagato gli abusi sessuali subiti dai pazienti con disturbo borderline durante l'infanzia e l'adolescenza: il 21% dei pazienti con BPD riportavano di essere stati abusati da parte dei loro padri, il 4% dalle loro madri, il 29% dai loro fratelli/sorelle, il 25% da parte di altri parenti e il 50% da parte di individui non a loro parenti. Il 53% era stato

abusato da più di un perpetratore e l'età media degli abusi era tra i 7 e i 10 anni di età (Ogata et al., 1990). Anche studi più recenti hanno confermato che le storie di abuso infantile, in particolare sessuale, sono molto comuni tra coloro che soffrono di questo disturbo: in setting clinici, tra il 25% e il 73% degli adulti con BPD riportano abuso fisico durante l'infanzia e tra il 40% e il 76% riportano abuso sessuale durante l'infanzia (Zanarini, 2000). A questo proposito, l'abuso sessuale aumenterebbe l'incidenza di comportamenti autolesionistici o suicidi, e di disturbi dell'identità tra gli altri sintomi presenti nella semiologia del BPD (de Aquino Ferreira, Queiroz Pereira, Neri Benevides, & Aguiar, 2018). In un campione di 61 pazienti con disturbo borderline di personalità, 51 (ovvero l'83%) avevano una storia di tentativi di suicidio; tra coloro che avevano subito abusi sessuali durante l'infanzia, 27 su 28 avevano tentato il suicidio, con un numero di tentativi superiore rispetto ai pazienti che non avevano subito abusi sessuali (Soloff, Lynch & Kelly, 2002). Inoltre, è emersa una correlazione positiva tra la durata degli abusi e la gravità e la cronicità dei sintomi borderline (Sansone, Songer & Miller, 2005).

Uno dei tipi di trauma infantile più comunemente osservato è la trascuratezza emotiva: in un campione composto da 50 adolescenti con disturbo borderline, il 61,5% ne aveva fatto esperienza (Xiao, 2023). Appare evidente un'ipotesi di "fallimento genitoriale" sia da parte della madre che da parte del padre: i pazienti con disturbo borderline percepiscono i loro genitori come meno premurosi rispetto ai pazienti non borderline, inoltre, si è evidenziata una differenza tra i due gruppi per quanto riguarda la percezione di cura (Paris & Frank, 1989).

Nel 1997, Zanarini e Frankenburg proposero un modello che attribuiva la sintomatologia borderline e le sue comorbidità ad una combinazione complessa di temperamento innato, esperienze infantili difficili e forme relativamente lievi di disfunzioni neurologiche e biochimiche derivate da queste esperienze infantili o da vulnerabilità innate. Concordemente a questo modello multifattoriale, i due ricercatori ritengono necessari (anche se non sufficienti) tre fattori per lo sviluppo del BPD. Il primo di questi fattori è un ambiente domestico traumatico in un senso ampio (in alcuni casi il trauma può includere separazioni precoci prolungate, altre volte include esperienze di abuso verbale ed emotivo, altre ancora un ambiente caotico e disfunzionale in modo generico). Il secondo fattore necessario è un temperamento vulnerabile e il terzo fattore essenziale è un evento o una serie di eventi "trigger": esperienze che possono essere ritenute "normali", come trasferirsi via di casa, oppure traumatiche, come un incidente stradale. Il ruolo degli eventi trigger è quello di fare da ponte tra la disforia intensa e frustrante derivante dalle esperienze infantili traumatiche e l'innata vulnerabilità dell'individuo. Senza tali eventi, che richiamano all'individuo ricordi di disperazione e rabbia, e che possono

rappresentare l'ultimo grado di frustrazione che l'individuo può sopportare, la persona potrebbe apparire disturbata, senza implicare necessariamente la presenza di una patologia (Zanarini & Frankenburg, 1997).

2.3.1 *L'infanzia del paziente borderline*

Nel libro *“La cura delle infanzie infelici”*, Luigi Cancrini (2013), psichiatra e psicoterapeuta italiano, tenta di dare uno sguardo complessivo ai possibili risvolti psicopatologici delle situazioni infantili critiche: le infanzie infelici. Basandosi sulla descrizione proposta da Lorna Smith Benjamin in *“Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità”* (1999), Cancrini descrive, tra le tante, anche quella che potrebbe essere l'infanzia di un individuo che presenta un Disturbo Borderline di personalità (BPD). Quattro elementi sembrano caratterizzarla:

1. Il caos: dominante nella famiglia di origine il quale costringe il soggetto a vivere circondato da scontri, lotte, cambi di case e di figure di accudimento, e violenze legate all'abuso di alcol;
2. Un percorso evolutivo caratterizzato da momenti di cura amorevole alternati a ripetuti episodi di abbandono dovuti alla sostituzione delle figure di riferimento (il bambino può ritrovarsi costretto a confrontarsi con diverse figure paterne a causa delle numerose relazioni della madre, oppure a confrontarsi con le alternanze comportamentali drammatiche di un padre che beve) o al fatto che le figure di riferimento scompaiono per ore o per giorni senza che il bambino sia in grado di capire il perché;
3. Una storia evolutiva in cui il bambino ha fatto esperienza di un amore discontinuo ma autentico che lo ha fatto sentire legato ad una figura fondamentale (come la madre) o appartenente al gruppo familiare, che però si sente tradita dalla sua ricerca di autonomia e che porta di conseguenza il bambino ad attaccare duramente le figure esterne alla famiglia sulle quali precedentemente si appoggiava e ricercava conforto (per esempio gli operatori di una comunità, i genitori della famiglia affidataria, una maestra che si prendeva cura di lui/lei);
4. Una storia evolutiva in cui il bambino impara, e si comporterà di conseguenza in età adulta, che le persone che si prendono cura di lui (la figura genitoriale, il partner, il terapeuta) si occuperanno di più e gli daranno di più se lui sta male e soffre: impara quindi che «l'infelicità e la malattia attirano l'amore e la preoccupazione» (Smith, 1999 citato da Cancrini, 2013 p.11)

È presente un importante cedimento della struttura familiare da cui questi bambini, che possiamo classificare come “bambini borderline”, provengono, oltre a frequenti forme di abbandono (Cancrini, 2013). Ciò che li differenzia dagli altri bambini maltrattati è una condizione in particolare: un’alternanza tra rabbia e ricerca nei confronti delle figure di riferimento, conflitto che risulta meno evidente in altre situazioni di maltrattamento; la caotica discontinuità degli affetti e delle cure ricevute da queste figure, infatti, non esclude l'autenticità che conduce ad una ricerca delle figure stesse (Ibid.).

Cancrini (2013) evidenzia come i quattro elementi critici che caratterizzano questo tipo di infanzia, portano con il tempo alla sintomatologia borderline, come riportato nella tabella qui di seguito:

Storia infantile (e adolescenziale)	Sintomi dell'adulto
Stile di vita caotico, necessità di adattarsi rapidamente (d'impulso) alla variabilità continua e imprevedibile dei riferimenti affettivi e organizzativi.	Tendenza a decisioni rapide basate sull'emozione prevalente (impulsività) e incostanza conseguente delle relazioni affettive.
Esperienze ripetute di abbandono.	Terrore di essere abbandonato che si manifesta con coinvolgimenti intensi e spesso fuori misura; controllo; gelosia che può diventare violenta; messa in opera, sull'abbandono reale o immaginato, di attacchi rabbiosi e/o di un programma autopunitivo.
La discontinuità e il caos non escludono l'autenticità dell'affetto che viene dato al bambino da adulti che hanno bisogno di lui; il legame con persone esterne alla famiglia viene attaccato e biasimato e dà origine a un caratteristico conflitto di lealtà.	Attacca le relazioni positive nel momento in cui potrebbero consolidarsi in una situazione in cui le percepisce come in conflitto con le figure interiorizzate cui deve mantenersi leale.
Lo star male sollecita la cura da parte dell'adulto nella fase in cui il bambino soffre l'abbandono.	Esagera (drammatizza) il malessere perché ci si occupi di lui; frequenza importante di comportamenti autolesivi (i tagli) e di tentativi di suicidio.

Tabella n. 1: Riassunto interpersonale del disturbo borderline di personalità (Cancrini, 2013, p. 17)

2.3.2 Attaccamento e disturbo borderline

La teoria dell'attaccamento di Bowlby fornisce una prospettiva evolutiva completa per concettualizzare e comprendere al meglio il disturbo borderline di personalità, offrendo uno sguardo sullo sviluppo e il mantenimento delle difficoltà interpersonali che caratterizzano questa patologia, spiegando simultaneamente, anche lo sviluppo concomitante del concetto di sé e dei problemi di autodefinizione e autoregolazione (Levy, 2005). I ricercatori che in letteratura si sono soffermati sullo studio del disturbo borderline hanno evidenziato come l'impulsività, la labilità affettiva e le azioni autolesionistiche, tutti segni distintivi della personalità borderline, sono spesso derivati da eventi reali o immaginari avvenuti nel contesto delle relazioni familiari (Ibid.). Nell'ambito della ricerca sui trattamenti per le persone con BPD, infatti, è opinione diffusa che gli adulti con questo disturbo abbiano sofferto, durante la prima infanzia, di un'estrema carenza di esperienze di convalida da parte della figura di attaccamento che normalmente genererebbero una positiva considerazione di sé e fiducia negli altri (Steele & Siever, 2010).

Sebbene la relazione tra la diagnosi di disturbo borderline di personalità e una specifica categoria di attaccamento non sia evidente, il disturbo borderline di personalità appare fortemente associato all'attaccamento insicuro (dal 6% all'8% dei pazienti con BPD sono codificati come sicuri), oltre alla presenza, nelle interviste effettuate con i pazienti, di indicatori di disorganizzazione e di attaccamento ansioso ed evitante negli studi con questionari (Levy, 2005). Il disturbo borderline e gli stili di attaccamento insicuri sono caratterizzati da processi socioaffettivi simili: i pazienti diagnosticati con BPD, così come gli individui con attaccamento insicuro, sono inclini a percepire le situazioni interpersonali in modo negativo con conseguenti risposte comportamentali interpersonali disadattive (Kaurin et al., 2020).

Secondo Fonagy (n.d.), in effetti, l'attaccamento sicuro costituisce un requisito di base fondamentale per l'acquisizione di capacità cognitive e di mentalizzazione. Perciò, se i bambini che fanno esperienze precoci di maltrattamenti, riescono a stabilire una relazione di attaccamento significativa con altre figure, che fornisca una base interpersonale per lo sviluppo della capacità di mentalizzazione, potranno elaborare positivamente le loro esperienze non sfociando in gravi disturbi della personalità (Fonagy, n.d.). In caso contrario, se il bambino maltrattato non ha un adeguato sostegno sociale per sviluppare un legame d'attaccamento che

faciliti la comprensione degli stati psicologici altrui nelle relazioni interpersonali, l'abuso non potrà essere elaborato in modo riflessivo o risolto ostacolando lo sviluppo di relazioni significative future e riducendo ulteriormente la possibilità di elaborare l'esperienza traumatica attraverso processi riflessivi (Ibid.). Questo può portare a un modello di sospettosità e sfiducia generalizzate, che allontana la persona dagli stati mentali degli altri e la priva di contatti umani significativi; tuttavia, quando questi individui si coinvolgono in una relazione, la loro capacità inibita di mentalizzare genera confusione e caos nelle interazioni interpersonali il che li porta rapidamente al fallimento delle relazioni (Ibid.).

Giovanni Liotti (n.d.), combinando le prospettive cognitivo-comportamentali, evoluzionistiche e dell'attaccamento, ha attribuito il nucleo del disturbo borderline all'attaccamento disorganizzato. Questo tipo di attaccamento porta ad una rappresentazione frammentata e confusa di sé e della figura di attaccamento, oltre a causare carenze nelle capacità metacognitive, gravi difficoltà nella regolazione emotiva e un frequente ricorso a strategie dissociative (Liotti, n.d.). La disorganizzazione dell'attaccamento mette in luce la dinamica interpersonale che potrebbe essere alla base delle esperienze e dei comportamenti tipici dei pazienti borderline: il bambino con attaccamento disorganizzato, infatti, tende ad avere rappresentazioni mentali drammatiche, dissociate e non integrabili di sé e degli altri ogni volta che si attiva in lui il sistema motivazionale dell'attaccamento e quindi ogni volta che egli sperimenta disagio o vulnerabilità personale o interpersonale (Ibid.). Queste rappresentazioni mentali comportano interazioni con gli altri emotivamente molto intense e dolorose, le quali porteranno eventualmente il bambino disorganizzato a cercare di inibire difensivamente questo sistema di attaccamento attraverso un distacco emotivo o un'attivazione surrettizia di altre modalità disfunzionali di relazione (le quali possono essere per esempio modalità seduttivo-sessuali o aggressive) (Ibid.).

Nel tentativo di raggiungere un distacco emotivo che protegga dalla dolorosa esperienza della disorganizzazione durante le interazioni di attaccamento, il bambino potrebbe imparare a utilizzare stimoli che lo “distraggano” dal bisogno disperato e frustrante di un conforto irraggiungibile (Liotti, n.d.). Questo può manifestarsi attraverso l'abuso di cibo, alcol, droghe, o comportamenti rischiosi che riflettono le sue rappresentazioni negative di sé, tipiche di un Modello Operativo Interno (MOI) disorganizzato (Ibid.).

2.4 LA NEUROBIOLOGIA DEL DISTURBO BORDERLINE

Per comprendere l'eziopatogenesi del disturbo borderline, è essenziale adottare una prospettiva multifattoriale, che tenga conto di come una vulnerabilità ereditaria possa interagire con fattori di rischio ambientali, tra cui i traumi precoci. La ricerca sulle disfunzioni biologiche alla base del BPD si è concentrata sull'analisi delle vulnerabilità strutturali, neurochimiche e genetiche (Crowell, Beauchaine & Linehan, 2009). In uno studio condotto da Siever e Davis del 1991, è stata proposta l'ipotesi che il BPD consista nella cooccorrenza di due tratti di personalità determinati biologicamente: l'aggressività impulsiva e l'instabilità affettiva. A partire da questo studio, insieme questi due tratti sembrano avere un valore predittivo per la diagnosi del disturbo nel 75% dei casi (Siever & Davis, 1991). Altri studi sulla biologia del disturbo borderline offrono sostegno a questa ipotesi, dimostrando la presenza di una disregolazione neurobiologica associata a tali tratti, oltre alla presenza di cambiamenti neurobiologici permanenti conseguenti a un trauma (Zennaro, 2011).

Vari sistemi neurotrasmettitoriali come la serotonina (neurotrasmettitore principalmente coinvolto nella regolazione dell'umore), la vasopressina (ormone prodotto dall'ipotalamo, fondamentale per la regolazione dell'equilibrio idrico dell'organismo) e la noradrenalina (chiamata anche norepinefrina, ormone e neurotrasmettitore coinvolto nei controlli dell'attenzione e delle reazioni comportamentali) sembrano essere correlati alla sintomatologia del disturbo (Crowell, Beauchaine & Linehan, 2009). Per quanto riguarda il sistema serotoninergico, le evidenze suggeriscono che sia l'aggressività impulsiva, sia l'instabilità affettiva sono correlate a specifici polimorfismi genetici e compromissioni funzionali all'interno del sistema centrale della serotonina (5-HT) (Ibid.). Si è rilevata infatti, una relazione inversa tra l'attività serotoninergica e i livelli di aggressività e impulsività, con probabilità che i livelli di serotonina 5-HIAA (*5-hydroxyindoleacetic acid*) siano inferiori nei soggetti che presentano livelli più elevati di aggressività (Zennaro, 2011). I deficit serotoninergici appaiono inoltre correlati ad altri sintomi del disturbo borderline, come la depressione e i comportamenti suicidari (Kamali, Oquendo, Mann, 2001).

Anche altri neurotrasmettitori appaiono svolgere un ruolo significativo nell'aggressività: nei pazienti con disturbo di personalità, i livelli di vasopressina sembrano essere positivamente correlati con una storia caratterizzata da comportamenti aggressivi (Coccaro et al., 1998). Essendo stata rilevata anche una correlazione negativa tra i livelli aumentati di vasopressina e il funzionamento della serotonina, si ritiene che questi due sistemi possano interagire per promuovere un comportamento aggressivo (Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009).

Infine, anche i livelli plasmatici di norepinefrina appaiono correlati con l'aggressività nei pazienti maschi che riportano disturbi di personalità (Siver & Trestman, 1993 citato da Zennaro, 2011). Il sistema della norepinefrina, insieme al sistema colinergico, appare particolarmente correlato alla labilità affettiva: le aree cerebrali che regolano le emozioni, infatti, come l'amigdala, l'ippocampo e la corteccia cingolata, hanno una ricca innervazione colinergica e, nei pazienti con disturbo di personalità che manifestano elevata irritabilità, aggressività verbale e comportamenti a rischio suicidario, si osserva una disregolazione del sistema noradrenergico (Zennaro, 2011).

Anche l'attività cerebrale appare alterata negli individui con disturbo borderline di personalità. Nel 2023 è stato condotto uno studio dove vennero esaminati 50 adolescenti di età compresa tra i 12 e i 17 anni che riportavano disturbo borderline di personalità. Abbinati ai controlli sani per età e sesso, i soggetti sono stati sottoposti a risonanza magnetica funzionale cerebrale a riposo (rs-fMRI), i cui dati sono stati analizzati sia per l'attività neurale (indicata dall'ampiezza della fluttuazione a bassa frequenza ALFF) sia per la connettività funzionale (FC). Rispetto ai controlli sani, gli adolescenti con BPD mostravano una riduzione dell'ALFF nelle regioni corticali, tra cui il giro frontale superiore sinistro e il giro occipitale medio destro, e nelle regioni del Default Mode Network (DMN)⁵, tra cui il giro angolare sinistro e il giro frontale superiore mediale (Xiao et al., 2023).

È stato registrato inoltre un aumento dell'attività neurale nel giro frontale inferiore destro ma una diminuzione dell'attività nel giro frontale medio sinistro negli adolescenti con BPD, il che implica un potenziale meccanismo di compensazione neurale nella corteccia prefrontale negli adolescenti con BPD (Xiao et al., 2024). Il giro frontale inferiore, essendo parte della corteccia prefrontale, è noto per essere un'area cerebrale centrale nell'elaborazione delle espressioni facciali mentre il giro frontale inferiore è coinvolto nell'attività neurale legata all'espressione emotiva e all'interazione sociale (Ibid.).

Inoltre, i ricercatori hanno riscontrato che il giro frontale inferiore, regione emotiva e il giro frontale medio sinistro, regione cognitiva, sono fortemente associati ad uno specifico tipo di trauma infantile, il *neglect emotivo* (Xiao et al., 2024). Ciò implica che la trascuratezza emotiva

⁵ Il Default Mode Network è una rete neurale distribuita in diverse regioni corticali e sottocorticali, che viene attivata durante le ore di riposo e passive, e viene disattivata quando al cervello è richiesto di svolgere compiti che necessitano un'attenzione focalizzata (Marzocchi, 2014).

sperimentata durante l'infanzia può avere un impatto significativo sulle regioni cerebrali coinvolte nella regolazione emotive e nella funzione cognitiva (Ibid.).

In generale, la regione cerebrale che ha mostrato più costantemente alterazioni negli studi sui pazienti con disturbo borderline è l'ippocampo, dove sono state riscontrate riduzioni bilaterali significative del volume dell'ippocampo nei soggetti con BPD rispetto ai controlli sani (O'Neill & Frodl, 2012). In particolare, grazie ad ulteriori approfondimenti, si è notato che i pazienti con disturbo borderline che avevano subito abusi durante l'infanzia, quando comparati a controlli sani, mostravano significative riduzioni dell'ippocampo, mentre i pazienti con BPD senza tale storia infantile non mostravano riduzioni significative (Ibid.). Nonostante gli studi da parte della genetica sull'ereditarietà del disturbo borderline non siano particolarmente numerosi, e abbiano anche prodotto risultati contraddittori (Crowell, Beauchaine & Linehan, 2009), è importante citare il fatto che questo disturbo possa avere anche una componente di vulnerabilità ereditata geneticamente. Uno studio effettuato da Torgesen et al. del 2000 sui disturbi di personalità in coppie di gemelli, suggerisce una forte componente genetica: il 69% della varianza nei sintomi del disturbo borderline risulta attribuibile ad effetti genetici adattivi e il 31% della varianza ad effetti ambientali non condivisi; inoltre, il tasso di concordanza per il BPD è del 38% tra i gemelli monozigoti e dell'11% tra i gemelli dizigoti (Torgesen et al., 2000). Per di più, il disturbo borderline appare essere circa cinque volte più frequente tra i consanguinei di primo grado degli individui con il disturbo (APA, 2023) e il rischio di esperire instabilità affettiva e impulsività risulta maggiore nei parenti di individui a cui è stato diagnosticato il disturbo borderline di personalità (Silverman et al., 1991).

CAPITOLO 3

IL DISTURBO ANTISOCIALE DI PERSONALITÀ

3.1 LA DEFINIZIONE DEL DISTURBO: MANUALI DIAGNOSTICI E QUADRO CLINICO

3.1.1 Il DSM-5-TR

Nel DSM-5-TR, si sottolinea la caratteristica principale del Disturbo Antisociale di Personalità (*Antisocial personality disorder*, ASPD): un modello pervasivo di inosservanza e violazione dei diritti altrui, che inizia nell'infanzia o nella prima adolescenza e persiste nell'età adulta (APA, 2023a). Questo comportamento è identificato dalla presenza di tre o più dei seguenti criteri:

1. Incapacità di rispettare le norme sociali relative al comportamento legale, evidenziata da ripetuti atti che portano all'arresto.
2. Disonestà, manifestata tramite menzogne ricorrenti, uso di false identità o truffe a scopo di profitto o per piacere personale.
3. Impulsività o incapacità di pianificare.
4. Irritabilità e aggressività, dimostrate da frequenti scontri o aggressioni fisiche.
5. Noncuranza per la sicurezza propria o altrui.
6. Abituale irresponsabilità, evidente nell'incapacità costante di mantenere un'attività lavorativa continuativa o di adempiere agli obblighi finanziari.
7. Mancanza di rimorso, indicata dall'indifferenza o dalla giustificazione dopo aver danneggiato, maltrattato o derubato qualcuno.

Per porre questa diagnosi, inoltre, l'individuo deve avere almeno 18 anni (APA, 2023a), tuttavia, spesso i sintomi e i comportamenti tipici di questa personalità patologica si evidenziano prima, diagnosticando di conseguenza un Disturbo della condotta prima dei 15 anni di età (Lingiardi & Gazzillo, 2014). I comportamenti tipici di questo disturbo cadono in una delle seguenti categorie: aggressione a persone o animali, distruzione di proprietà, truffa o furto, o grave violazione di regole (APA, 2023a).

Questo pattern, prima che venisse codificata la diagnosi di disturbo antisociale, rientrava nelle categorie della psicopatia o della sociopatia (Lingiardi & Gazzillo, 2014), termini utilizzati nel linguaggio comune per descrivere persone che si comportano in maniera deviante rispetto alle attese e alle norme sociali, e che non provano empatia.

3.1.2 L'ICD-11

Nel ICD-11 (2022), il disturbo antisociale viene inserito nella categoria di disturbi di personalità di gravità non specificata (6D10.Z, *personality disorder, severity unspecified*) e include il disturbo di personalità psicopatico, sociopatico, dissociale, asociale, moralmente difettoso e amorale (WHO, 2022). Viene descritto il comportamento antisociale, come un «comportamento in cui vengono violati i diritti fondamentali degli altri o le norme, le regole o le leggi sociali più importanti e adeguate all'età» (WHO, 2022, p.1408).

3.1.3 Il PDM-2

Un profilo diagnostico che considera sia le caratteristiche psicopatiche sia i comportamenti antisociali è quello delineato dal PDM: secondo questo manuale diagnostico, i soggetti psicopatici non sono necessariamente antisociali, il che significa che non violano automaticamente le norme sociali (Lingiardi & Gazzillo, 2014). D'altro canto, molti pazienti che soddisfano i criteri del DSM per il disturbo antisociale di personalità non mostrano necessariamente una personalità psicopatica come descritta dal PDM (Ibid.). In generale, la psicopatia è considerata molto più grave dell'antisocialità, sia in termini di manifestazioni cliniche sia per la resistenza al trattamento (Ibid.).

Il PDM-2 pone l'accento non tanto sui comportamenti osservabili dei pazienti, quanto più sulle caratteristiche psichiche inferibili, come la rabbia e l'invidia, l'assenza di sentimenti di ansia, la tendenza alla manipolazione e la paura proiettiva di essere manipolati, la razionalizzazione dei comportamenti antisociali, l'incapacità di provare empatia, senso di colpa e preoccupazione per gli altri, la svalutazione dei sentimenti di amore e dipendenza, il vuoto affettivo e relazionale e il conseguente bisogno costante di stimoli (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

Questo manuale diagnostico colloca il disturbo psicopatico prevalentemente nella dimensione borderline di gravità, presentando due sottotipi, i quali si trovano agli estremi del continuum *introiettivo/anaclitico* definito da Sydney Blatt:

- Sul versante introiettivo, abbiamo il sottotipo *passivo/parassitario*, che persegue i propri obiettivi di sfruttamento in modo dipendente e manipolativo;
- Sul versante anaclitico, abbiamo il sottotipo *aggressivo*, caratterizzato da aggressività e violenza esplosiva, spesso derivanti dall'identificazione con un caregiver violento o abusante.

Gli individui antisociali/psicopatici possono apparire carismatici e affascinanti, capaci di leggere accuratamente gli stati emotivi altrui per manipolarli, per poi perdere interesse quando le persone non servono più ai loro fini (Lingiardi & Gazzillo, 2014). Le loro soglie di stimolazione fisiologica sono più alte del normale e la loro tolleranza alla frustrazione è bassa; possono diventare dipendenti dagli stimoli e sono caratterizzati da bassa ansia e scarsa capacità di comprendere, articolare e descrivere le proprie emozioni, il che può portare a somatizzazioni (Ibid.)

3.1.4 *Quadro clinico*

Il Disturbo Antisociale di Personalità (ASPD) è uno dei disturbi mentali più incompresi, spesso non diagnosticato e non trattato (APA, 2022). Si stima che affligga tra lo 0.6% e il 3.6% degli adulti a seconda degli studi epidemiologici, e la prevalenza più elevata del disturbo, superiore al 70%, si riscontra in campioni di uomini con disturbi da uso di alcol e provenienti da servizi per il trattamento delle dipendenze patologiche, carceri o altri contesti forensi (APA, 2023a). Gli individui con ASPD, inoltre, spesso presentano altre condizioni mentali comorbide quali depressione, ansia, disturbo bipolare o disturbi da uso di sostanze (APA, 2022).

I sintomi spesso emergono nell'infanzia o nella prima adolescenza e diventano pienamente evidenti intorno ai 20 e 30 anni di età, alterando vari aspetti del funzionamento individuale e sociale, tra cui le relazioni familiari, la scuola e il lavoro (Fisher, Torricco & Hany, 2024).

L'Associazione Americana di Psicologia (APA), nel *Dictionary of Psychology*, descrive il disturbo antisociale evidenziando la presenza di una disposizione cronica e pervasiva a non rispettare e a violare i diritti degli altri, con manifestazioni che includono ripetute violazioni della legge, sfruttamento degli altri, inganno, impulsività, aggressività, sconsiderata noncuranza per la sicurezza di sé e degli altri e irresponsabilità, accompagnata da mancanza di senso di colpa, rimorso ed empatia (APA, 2023b). Similmente al disturbo narcisistico di personalità, le persone antisociali possono assumere atteggiamenti svalutanti e denigratori nei confronti degli altri, la differenza tra i due, però, si trova nel fatto che nel primo gli individui riescono a sentirsi in colpa, mentre gli antisociali hanno comportamenti aggressivi o tesi allo sfruttamento interpersonale senza provare sentimenti di preoccupazione responsabile per gli altri (Lingiardi & Gazzillo, 2014). I comportamenti antisociali possono variare notevolmente, da piccoli atti di menzogne o furto ad atti più estremi di violenza sessuale e omicidio (Fisher, Torricco & Hany, 2024).

Inoltre, il disturbo antisociale sembra fungere da fattore predittivo per la mortalità, probabilmente attribuita a fattori quali la trascuratezza delle condizioni mediche, la non conformità al trattamento o l'assicurazione sanitaria inadeguata, oltre ad una maggiore incidenza, tra gli individui antisociali, di decessi dovuti a incidenti stradali, suicidi o omicidi (Fisher, Torrico & Hany, 2024).

Lo studio delle componenti del disturbo antisociale di personalità si fonda sia sulle ricerche che trattano l'argomento come categoria diagnostica discreta, sia sugli approcci che esplorano le componenti psicofisiologiche e neuroanatomiche di alcune caratteristiche psicologiche strettamente legate all'antisocialità, alla psicopatia e, più in generale, ai comportamenti violenti e/o criminali, come l'empatia e l'insensibilità (Zennaro, 2011).

3.2 FATTORI DI RISCHIO E MECCANISMI DI DIFESA

3.2.1 *I fattori di rischio*

Il primo passo per prevenire la progressione dalla delinquenza giovanile al comportamento antisociale dell'adulto è comprendere e riconoscere i fattori di rischio e le influenze che vi contribuiscono nella prima e nella seconda infanzia (Holmes, Slaughter & Kashani, 2001).

È presente un ampio dibattito tra chi sostiene che la psicopatia abbia una base biologico-genetica e chi ritiene che le sue origini siano da ricercare in ambienti precoci deprivanti e compromessi. È probabile che in realtà entrambi i fattori coesistano in gradi diversi nei vari casi, in cui aspetti biologici e genetici, come una predisposizione all'ansia o l'esposizione in utero a sostanze di abuso, potrebbero interagire con fattori ambientali e culturali, come l'apprendimento della violenza in contesti familiari o il rinforzo successivo di comportamenti antisociali, portando allo sviluppo di un disturbo antisociale secondo un principio di causalità multipla (Lingiardi & Gazzillo, 2014). In effetti i fattori di rischio per l'ASPD includono sia fattori ambientali come una storia di abuso o trascuratezza e/o l'essere cresciuto in un contesto familiare disfunzionale, sia predisposizioni genetiche (Fisher, Torrico & Hany, 2024).

Sembra che fattori come il temperamento individuale e la comorbilità, in particolare con la depressione, l'ansia e il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), svolgano un ruolo significativo nello sviluppo del disturbo antisociale (Holmes, Slaughter & Kashani, 2001). Inoltre, tra i fattori psicosociali, sono stati evidenziati come rilevanti il rapporto con i coetanei e le caratteristiche dei contesti familiari (Ibid.).

Il primo fattore comporta inizialmente il rifiuto del bambino da parte dei compagni non devianti, che porta successivamente all'inserimento del giovane in un gruppo di coetanei devianti e antisociali: nonostante questi gruppi non siano gli iniziatori del comportamento delinquenziale in sé, l'appartenenza ad un gruppo di individui devianti può favorire la persistenza di atti antisociali nei bambini e negli adolescenti con un disturbo della condotta (Holmes, Slaughter & Kashani, 2001).

Infine, l'esperienza relazionale all'interno della famiglia del bambino appare essere il fattore ambientale più influente nello sviluppo dell'ASPD: stili educativi genitoriali incoerenti intervallati da punizioni severe, famiglie numerose e caotiche, forme di rifiuto da parte dei genitori, figure genitoriali ambivalenti (ad esempio, il passaggio dall'abitare con i genitori all'abitare con i nonni, e successivamente con i genitori di nuovo), la presenza di un genitore alcolizzato, conflitti tra all'interno della coppia genitoriale, monogenitorialità unita a reti sociali deficitarie, sono tutti fattori familiari individuati come significativi nello sviluppo del disturbo (Holmes, Slaughter & Kashani, 2001). Anche la scarsa supervisione e la mancanza di coinvolgimento dei genitori sono stati identificati come fattori di rischio, il che può spiegare in parte il motivo per cui le famiglie monogenitoriali sono considerate a rischio, in quanto il genitore rimasto da solo deve spesso lavorare trascorrendo meno tempo con il bambino (Ibid.).

3.2.2 I meccanismi di difesa

Il disturbo antisociale di personalità ricade anch'esso nell'organizzazione di personalità borderline descritta da Kernberg (1967), precedentemente citata nel capitolo due di questa tesi, condividendo quindi l'uso primario di difese primitive volte a proteggere l'Io separando le esperienze contraddittorie di sé e degli altri, e prevenendo così l'ansia legata a questi conflitti (Presniak, Olson, MacGregor, 2010). Sebbene gli individui con BPD e ASPD mostrino entrambi l'uso di difese primitive quali scissione, diniego e identificazione proiettiva, alcuni autori hanno evidenziato la differenza nell'uso relativo di alcune difese (Ibid.). È stata proposta, infatti, da Perry e Cooper (1986), l'esistenza di due dimensioni di difese primitive: la prima, che comprende la scissione di sé, la scissione degli altri e l'identificazione proiettiva, sarebbe maggiormente associata al BPD perché porta all'instabilità interpersonale e alla dipendenza; la seconda, che comprende l'onnipotenza, l'idealizzazione primitiva e la svalutazione, sarebbe invece più associata all'ASPD perché protegge il sé dalla bassa autostima e dai sentimenti di rabbia (Ibid.).

3.3 IL TRAUMA E IL DISTURBO ANTISOCIALE

Sono svariati i fattori di rischio che possono portare ad una diagnosi di disturbo antisociale, per quanto riguarda i fattori ambientali che giocano un ruolo sostanziale nello sviluppo della patologia, le evidenze in letteratura supportano una correlazione positiva tra il trauma in età infantile e la personalità antisociale (Schorr, Tietbohl-Santos, de Oliveira, Terra, de Borba Telles & Hauck, 2020). I bambini che hanno sofferto forme di abuso e/o trascuratezza appaiono soggetti ad un rischio notevolmente maggiore di essere diagnosticati con il disturbo antisociale di personalità in età adulta (Luntz & Widom, 1994) e mostrano punteggi più alti nella *Psychopathy Checklist Revised* (PCL-R) (Weiler & Widom, 1996). Negli individui con un grave disturbo mentale, è stato rilevato un aumento del tasso di comportamenti violenti se gli individui riportavano una storia di trauma: una probabilità tre volte più alta di intraprendere atti violenti se abusati sessualmente o fisicamente durante l'infanzia (Swanson et al., 2002).

Il trauma in età infantile sembra predire il disturbo antisociale con una accuratezza del 84.6% (Semiz, Basoglu, Ebrinc & Cetin, 2007): gli effetti psicologici a lungo termine dell'esposizione precoce al trauma possono essere aggravati dall'abuso di sostanze, dalla mancanza di una casa, da ambienti sociali avversi e dalla mancata osservanza del trattamento, con il risultato che il rischio di violenza aumenti notevolmente (Swanson et al., 2002). Il maltrattamento infantile contribuisce in modo significativo allo sviluppo del disturbo antisociale (Shi, Bureau, Easterbrooks, Zhao, & Lyons-Ruth, 2012): mentre l'abuso sessuale è risultata la variabile meno correlata, l'abuso emotivo e fisico e la negligenza appaiono essere i fattori con la correlazione più forte (Schorr, Tietbohl-Santos, de Oliveira, Terra, de Borba Telles & Hauck, 2020). È risultato che i bambini che hanno subito abusi o forme di trascuratezza presentano un rischio aumentato del 50% di commettere atti criminali (Holmes, Slaughter & Kashani, 2001). In un campione di 579 individui che soddisfavano i criteri per il disturbo antisociale, il 60.8% aveva esperito almeno un tipo di traumatizzazione infantile, tra cui abuso fisico, abuso sessuale, negligenza e separazione precoce (Semiz, Basoglu, Ebrinc & Cetin, 2007).

Inoltre, è stato evidenziato che stili educativi improntati a forme di disciplina dura e severa durante l'infanzia produce effetti negativi profondi sugli adolescenti: esperienze infantili di aggressione psicologica e punizioni corporali predicono positivamente maggiori livelli di comportamento aggressivo in adolescenza (Yang, Xie, Zhang & Ding, 2023). Un ambiente genitoriale particolarmente severo e caratterizzato da gravi conflittualità sembra contribuire in modo significativo ad interiorizzare l'utilizzo di strategie aggressive simili per affrontare i problemi: quanto più frequentemente i genitori limitano e regolano il comportamento del

bambino attraverso insulti verbali, accuse e punizioni corporali, tanto più è probabile che egli percepisca il comportamento aggressivo come una strategia ragionevole ed efficace per risolvere i problemi (Ibid.).

Per quanto riguarda il legame tra il bambino e i genitori, il dato più consistente concerne la relazione inversa tra le cure materne e paterne e la sintomatologia del disturbo (Schorr et al., 2020). Un legame genitoriale disturbato si dimostra correlato a un incremento dei tratti di personalità psicopatica nell'età adulta, con le carenze delle cure materne che emergono come l'aspetto predominante di questa connessione (Gao, Raine, Chan, Venables & Mednick, 2010). Nonostante le scarse cure materne siano considerate in letteratura la variabile genitoriale più fortemente associata alla psicopatia e alla psicopatologia antisociale in età adulta, anche il legame con il padre è risultato significativo, in quanto associato alla psicopatia persino dopo il controllo delle cure materne (Ibid.). In effetti, la ridotta iperprotezione paterna, intesa come una maggiore autonomia concessa e una carenza di controllo normativo, si rivela altrettanto cruciale, in particolare per quanto concerne il fattore di distacco emotivo (Ibid.).

Nel tentativo di comprendere la relazione tra abuso e/o trascuratezza infantile e disturbo antisociale di personalità nell'adulto, è importante considerare anche l'influenza che ha la personalità e/o il disturbo psichiatrico dei genitori sul bambino in via di sviluppo (Luntz & Widom, 1994). Per esempio, alcuni genitori abusanti sono risultati caratterizzati da bassi livelli di empatia, alti livelli di impulsività e problemi comportamentali generali; dunque, poiché gli individui con disturbo antisociale di personalità mostrano comunemente comportamenti caratterizzati da ripetuti scontri fisici e aggressioni, compresi abusi sul coniuge e sui bambini, si può considerare il disturbo come una trasmissione intergenerazionale del ciclo della violenza (Ibid.).

3.3.1 L'infanzia del paziente antisociale

Nel libro *“La cura delle infanzie infelici”*, già citato in precedenza nel capitolo due, Cancrini (2013) descrive anche gli aspetti cruciali che appaiono caratterizzare l'infanzia di un soggetto che sviluppa un disturbo antisociale di personalità. Questa viene descritta dall'autore come particolarmente pesante, caratterizzata nuovamente da quattro elementi principali:

1. Il bambino vive in contesti dove viene ignorato e attaccato da coloro che dovrebbero rappresentare per lui figure affettive di riferimento; risulta particolarmente comune la narrazione di due genitori che litigano furiosamente, di una madre vittima di violenze fisiche e umiliazioni, e/o di una madre che si prostituisce. I genitori sembrano non

accorgersi della presenza del bambino, ignorandolo completamente e agendo come se non esistesse, diventando tuttavia violenti nei suoi confronti nei casi in cui egli cerca di ribellarsi o se non si allontana abbastanza rapidamente;

2. Nonostante venga ignorato in tutte queste situazioni, il bambino occasionalmente viene sottoposto ad un controllo rigido, severo e talvolta umiliante, da parte, per esempio, di un genitore alcolizzato che potrebbe ignorare completamente il figlio per giorni, per poi diventare estremamente esigente e severo (ma non affettuoso come nell'infanzia borderline) nei periodi in cui non beve;
3. Il bambino non riceve le cure che normalmente vengono riservate agli altri bambini: la trascuratezza riguarda anche l'abbigliamento, le vaccinazioni, le cure mediche e la scuola, e si esprime nell'adolescenza soprattutto in termini di sostanziale disinteresse per i pericoli legati ai suoi comportamenti trasgressivi, dall'abuso di droghe, alla prostituzione minorile;
4. Costretto a vivere in un ambiente che lo sottopone a tutto questo, il bambino che sviluppa un disturbo antisociale di personalità è spesso costretto ad assumere rapidamente i panni di un adulto: gli vengono assegnate responsabilità di controllo, come prendersi cura dei fratellini più piccoli, senza tuttavia avere modelli di riferimento adeguati, il che lo porta a farlo in modo inappropriato e coercitivo.

Queste condizioni si manifestano spesso all'interno delle cosiddette "famiglie multiproblematiche", caratterizzate da una pluralità di patologie che colpiscono due o più membri e da una struttura profondamente disorganizzata (Cancrini, 2013). Per i bambini, ciò significa che diventano problematiche le cure fondamentali come igiene, vaccinazioni, alimentazione e abbigliamento (Ibid.). Inoltre, risulta compromesso lo sviluppo di legami affettivi necessari per il bambino a causa dell'instabilità delle relazioni familiari, della continua variazione delle figure di riferimento e dell'incapacità costante degli adulti di fornire cura e affetto in modo empatico e sintonizzato con le esigenze emotive del bambino (Ibid.). Questo porta le famiglie a dipendere dalle istituzioni, che intervengono in modo sostitutivo, alimentando così nel bambino profonde contraddizioni emozionali, tra il bisogno di protezione e la sfiducia nella capacità di qualcuno di occuparsi realmente di lui (Ibid.). Per questo motivo, l'inserimento nelle situazioni nuove risulta particolarmente difficile per il "bambino antisociale", perché non abituato a cercare affetto e protezione, non sapendo cosa siano (Ibid.).

Anche in questo sottocapitolo, viene presentata una tabella che mette in relazione le esperienze critiche precoci dei bambini con la successiva sintomatologia:

Storia infantile (e adolescenziale)	Sintomi dell'adulto
I genitori e gli altri adulti significativi si comportano in modo noncurante (non lo vedono, fanno come se lui non ci fosse) e occasionalmente (o spesso) violento; l'esperienza soggettiva del bambino è dominata dalla paura e si esprime in passività e in tendenza all'isolamento.	L'adulto antisociale ignora (non riconosce, non vede) la sofferenza dell'altro e può attaccarlo in modi sproporzionati rispetto alla situazione; la chiusura (torva o ironica) è una difesa che si allenta solo nella "banda" di cui eventualmente fa parte e con cui si identifica.
Il controllo dei genitori sui comportamenti di rifiuto, di fastidio e di ribellione del bambino è discontinuo, ma molto forte; si esprime facilmente con il biasimo oltre che con la violenza; il bambino ne è umiliato oltre che assoggettato.	L'adulto antisociale protegge ferocemente la propria autonomia da qualsiasi entità, regola o legge che non sia quella in cui si identifica (la legge del gruppo o del <i>milieu</i>); biasima facilmente gli altri, che tende a controllare e a ignorare.
Il bambino cresce con figure genitoriali che non sono capaci di assicurargli cure adeguate.	L'abuso di droghe, la prostituzione e la tendenza a un comportamento criminale imprudente e a volte assai poco remunerativo dimostrano chiaramente la sua tendenza a (continuare a) trascurarsi e a trascurare gli altri.
Il bambino tende a controllare gli altri bambini, specialmente se più piccoli di lui, quando li vede in difficoltà per la trascuratezza con cui vengono trattati	L'adulto antisociale tende a controllare e a dirigere gli altri che percepisce più deboli di lui senza che questi altri glielo richiedano

Tabella n. 2: Riassunto interpersonale del disturbo antisociale di personalità (Cancrini, 2013, p. 26)

3.3.2 Attaccamento e disturbo antisociale

Le esperienze e le traiettorie di sviluppo degli individui con disturbo antisociale di personalità, a causa delle loro numerose interruzioni e minacce ai processi di attaccamento, supportano

l'importanza di utilizzare il quadro teorico della teoria dell'attaccamento per comprendere meglio tale quadro clinico (McGauley, Yakeley, Williams & Bateman, 2011). Un aspetto importante da tenere conto è che nella prospettiva della teoria dell'attaccamento, l'aggressività umana, caratteristica essenziale nella sintomatologia antisociale, è reinterpretata come una componente innata che svolge funzioni adattive e protettive per l'individuo e il suo gruppo sociale, soprattutto per la prole (Baldoni, 2015). Questo comportamento aggressivo viene attivato in risposta a situazioni percepite come pericolose o minacciose, assumendo così una funzione difensiva e perdendo la connotazione negativa ad essa associata (Ibid.). Da questa prospettiva, le radici di un comportamento aggressivo possono essere identificate in quattro ambiti fondamentali:

1. Esperienze di deprivazione materna e mancanza di cure genitoriali durante l'infanzia;
2. Comportamenti di protesta mirati a evitare esperienze di separazione e perdita;
3. Una ridotta capacità di mentalizzazione e atteggiamenti difensivi derivanti da traumi, maltrattamenti o carente sensibilità genitoriale;
4. Lo sviluppo di un attaccamento insicuro.

La qualità dell'ambiente di cura nei primi anni di vita sembra spiegare la varianza delle caratteristiche del Disturbo Antisociale di Personalità (ASPD) non attribuibili all'abuso infantile, con problemi nella relazione tra genitore e bambino durante i primi 18 mesi di vita che rappresentano un predittore significativo per lo sviluppo della sintomatologia e la successiva diagnosi del disturbo antisociale (Shi, Bureau, Easterbrooks, Zhao, & Lyons-Ruth, 2012). Il comportamento materno, osservato tramite videoregistrazioni durante l'infanzia, emerge come un fattore predittivo rilevante dell'ASPD, dove il ritiro materno, che include atteggiamenti come l'interazione silenziosa, il mancato saluto al bambino e l'uso di giocattoli al posto del contatto fisico per calmare il bambino, genera una sensazione di morte affettiva e di distanza emotiva, trasmettendo al bambino la riluttanza del genitore a impegnarsi in una relazione fisica ed emotiva (Ibid.). Queste risposte emotivamente indisponibili da parte dei genitori ai segnali di attaccamento del bambino non riescono a fornire un adeguato supporto nei momenti di stress; ciò conferma l'ipotesi secondo la quale le caratteristiche antisociali nella giovane età adulta hanno precursori nel processo di interazione tra genitori e figli nella prima infanzia in particolare rispetto allo sviluppo della capacità di regolazione emotiva (Ibid.).

Negli studi effettuati per valutare l'attaccamento in soggetti con disturbo antisociale, viene utilizzata l'Adult Attachment Interview (AAI), un questionario semi-strutturato volto a valutare

la rappresentazione mentale di sé e delle figure di attaccamento in età adulta (McGauley et al., 2011). L'AAI definisce cinque categorie di adulti: gli adulti *sicuri* (F, *free*), soggetti che mostrano valutazioni coerenti nella narrazione delle loro esperienze anche in presenza di un'infanzia difficile o segnata da eventi traumatici; gli adulti *distanziati* (D, *dismissing*), che tendono a fornire descrizioni generalizzate dei propri genitori senza riuscire a supportare tali definizioni con ricordi specifici, e con uno stile narrativo delle proprie esperienze infantili scarno che rende difficile l'individuazione di emozioni sottostanti; gli adulti *preoccupati* (E, *entangled*), soggetti ancora fermi con i ricordi alle esperienze precoci con i propri genitori, i quali vengono descritti estensivamente ma con modalità incoerente e confusa; gli adulti *irrisolti* (U, *unresolved*), soggetti che non hanno risolto le esperienze traumatiche legate all'attaccamento; *non classificabile* (CC, *cannot classify*), individui che non soddisfano pienamente i criteri per l'inserimento in una delle categorie dell'attaccamento (Fiore, 2017).

Frodi, Dernevik, Sepa, Philipson e Bragesjo (2001) hanno condotto uno studio su 14 uomini con diagnosi di disturbo antisociale, detenuti in penitenziari e unità psichiatriche forensi svedesi, di cui 10 avevano commesso crimini violenti. Levinson e Fonagy (2004) hanno esaminato individui incarcerati per crimini violenti, diagnosticati con disturbi di personalità, principalmente antisociale e borderline. Infine, Van Ijzendoorn et al. (1997) hanno analizzato 40 pazienti in strutture forensi olandesi, dove il 55% presentava disturbi di personalità, con una predominanza di disturbi antisociali e borderline. Tutti e tre gli studi hanno riportato una sovrarappresentazione di individui con rappresentazioni mentali di attaccamento *distanziate* (D, *dismissing*); inoltre, le rappresentazioni mentali distanziate erano statisticamente più probabili nei detenuti violenti rispetto ai gruppi di pazienti non violenti con disturbo di personalità (McGauley et al., 2011). Rosenstein e Horowitz (1996) hanno riscontrato che gli adolescenti ricoverati in ospedali psichiatrici, che mostravano un'organizzazione di attaccamento *dismissing* secondo l'AAI, avevano maggiori probabilità di presentare un disturbo della condotta o di abuso di sostanze, un disturbo di personalità narcisistico o antisociale. Infine, in un campione di 39 pazienti psichiatrici forensi e 192 carcerati è risultato che lo status criminale, di detenuto e di paziente forense, e il disturbo antisociale di personalità sono entrambi associati negativamente a uno stile di attaccamento sicuro, il che significa che i detenuti e pazienti forensi mostrano stili di attaccamento più insicuri rispetto ai controlli (Timmerman & Emmelkamp, 2006).

3.4 LA NEUROBIOLOGIA DEL DISTURBO ANTISOCIALE

Per tracciare un possibile percorso neuroevolutivo del comportamento antisociale, simile a quello proposto per il Disturbo Borderline di Personalità, è necessario iniziare dall'infanzia, in cui è probabile che si verifichi un'interazione tra vari fattori di rischio genetici, intra-familiari, extra-familiari e sociali, che influiscono a livello neurobiologico, in particolare sull'amigdala e sulla corteccia prefrontale ventromediale (Poletti, 2010).

L'amigdala, uno dei principali centri di elaborazione emozionale, è la regione più comunemente implicata in anomalie funzionali e strutturali del cervello in individui che mostrano comportamento antisociale (Aoki, Inokuchi, Nakao & Yamasue, 2014). Una disfunzione dell'amigdala comporta maggiori difficoltà nel processare la valenza emozionale delle situazioni sociali, rendendo difficile per il bambino riconoscere le espressioni facciali delle emozioni ed interpretare le reazioni emotive dei suoi compagni alle proprie azioni (Poletti, 2010).

Oltre all'amigdala, anche il sistema paralimbico, l'area cerebrale di transizione delle informazioni dalle regioni limbiche alle aree cerebrali superiori, è riconosciuto come centro di elaborazione emozionale ed è stato spesso indagato nella ricerca sul comportamento antisociale. Tra le regioni limbiche, la corteccia orbitofrontale, implicata nella regolazione delle emozioni, nel controllo dell'umore e nel monitoraggio di desideri e ricompense, e la corteccia prefrontale ventromediale, implicata nei compiti di giudizio morale, sono quelle più comunemente studiate nel campo del comportamento antisociale: numerosi studi di risonanza magnetica strutturale (MRI) hanno segnalato anomalie in queste regioni in persone con questa patologia (Aoki et al., 2014). Una corteccia prefrontale ventromediale disfunzionale rende più difficile estinguere o modificare i comportamenti socialmente puniti (Poletti, 2010). In alcuni soggetti, questa disfunzione può essere così pronunciata da impedire lo sviluppo di un senso morale, come avviene nei soggetti psicopatici (Frick & White, 2008 citato da Poletti, 2010). Inoltre, alcuni studi di risonanza magnetica funzionale (fMRI) hanno rilevato un'attività anomala nella corteccia orbitofrontale e nella corteccia prefrontale ventromediale in individui con comportamenti antisociali durante compiti correlati all'elaborazione emotiva in situazioni sociali o in situazioni orientate al valore, come esprimere giudizi su azioni legali, compiti di cooperazione sociale e compiti di gioco d'azzardo (Aoki et al., 2014).

Sia in età evolutiva, sia in soggetti adulti, una disfunzione della corteccia prefrontale è associata a un'elevata impulsività, manifestata sia come incapacità di inibire le risposte comportamentali,

sia come incapacità di adattare le proprie scelte ai cambiamenti delle conseguenze delle proprie azioni (Poletti, 2010). Questo può portare all'instaurarsi di un circolo vizioso in cui i comportamenti antisociali provocano reazioni negative negli altri, e i soggetti antisociali, con scarse abilità nel gestire tali situazioni sociali, ricorrono a forme di aggressività reattiva (Ibid.).

La letteratura relativa alle condotte antisociali pare confermare il coinvolgimento dei circuiti cerebrali implicati nell'empatia, nella risposta allo stress e nella rappresentazione del dolore (Zennaro, 2011). Tra questi circuiti è essenziale menzionare il sistema dei neuroni specchio, un particolare insieme di neuroni premotori la cui attivazione avviene sia nel momento in cui un individuo compie un'azione, sia quando egli osserva un'altra persona effettuare un movimento dotato di significato. Per questa sua caratteristica distintiva, questo sistema risulta implicato nei processi di apprendimento per imitazione altresì coinvolto nel dolore, sia esso esperito direttamente, sia osservato in altri (Ibid.). Il sistema di simulazione incarnata generato dai neuroni specchio offre una comprensione degli altri in termini fenomenologici, consentendo di percepire l'altro come un "altro sé stesso"; nello specifico, si tratta della capacità di creare un legame affettivo interpersonale significativo, che include la comprensione delle azioni degli altri, delle emozioni e delle sensazioni che esprimono (Mazzotta, 2008). In questo modo, i meccanismi di corrispondenza speculare che spiegano l'azione e il riconoscimento emotivo potrebbero anche essere alla base di aspetti chiave del comportamento sociale, come l'empatia (Fecteau, Pascual-Leone, Théoret, 2008).

È stato osservato che, oltre al sistema dei neuroni specchio, almeno altre due aree cerebrali, l'insula e la corteccia cingolata anteriore, sono coinvolte nella connessione tra l'esperienza emotiva personale e la comprensione delle emozioni altrui (Zennaro, 2011). In bambini con seri problemi di condotta, è stata riscontrata una riduzione della sostanza grigia nell'insula, una regione coinvolta negli stati emotivi negativi come paura, rabbia e disgusto; altri studi hanno inoltre evidenziato una minore attivazione della corteccia cingolata anteriore nei soggetti con elevati tassi di psicopatologia rispetto a quelli con pochi o nessun comportamento antisociale (Ibid.).

Non sono numerosi gli studi effettuati sull'ereditabilità del disturbo antisociale (Werner, Few & Bucholz, 2015), tuttavia, i ricercatori che hanno indagato la correlazione del disturbo con fattori genetici hanno rilevato un grado sostanziale di causalità (Holmes, Slaughter & Kashani, 2001): Fu et al. (2002) hanno suggerito che il 69% della varianza del ASPD sia attribuibile alla genetica e il 31% a influenze individuali specifiche, mentre Kendler et al. (2008) hanno registrato un'ereditabilità del disturbo del 40.1%.

Anche fattori prenatali possono contribuire allo sviluppo del disturbo, in particolare l'esposizione fetale ad alcol e altre droghe (Holmes, Slaughter & Kashani, 2001).

CONCLUSIONI

L'elaborato ha tracciato un percorso esplicativo relativo a due traiettorie evolutive psicopatologiche derivate dalle esperienze traumatiche vissute in età precoce che ha permesso di individuare una connessione tra l'insorgenza del disturbo borderline e del disturbo antisociale di personalità ed un'esperienza infantile di trauma, in particolare esperienze di violenza fisica, emotiva o sessuale e di trascuratezza e negligenza.

Oltre all'analisi del pensiero di clinici storici quali Charcot, Freud e Janet, sono stati riportati anche autori più recenti come Bessel Van Der Kolk, ed in particolare le riflessioni relative alla diagnosi di "disturbo traumatico dello sviluppo" e Judith Lewis, con l'introduzione del concetto di "trauma complesso" (1992), che hanno sottolineato nei loro lavori l'incidenza che queste esperienze hanno sulle traiettorie di sviluppo dei bambini. In questo elaborato sono state esposte le numerose conseguenze psicologiche a seguito di esperienze infantili di tipo traumatico, effetti prolungati sul senso del mondo, sulla rappresentazione del Sé e sul comportamento del bambino, affiancate dalle ripercussioni fisiche e neurobiologiche. Associati al maltrattamento, sono stati riscontrati deficit strutturali nell'ippocampo, nel corpo calloso, nella corteccia cingolata anteriore, nella corteccia orbitofrontale e nella corteccia prefrontale (Teicher, Samson, Anderson & Ohashi, 2016). Inoltre, le avversità infantili legate al maltrattamento non solo sembrano alterare le strutture cerebrali, ma rappresentano anche un significativo fattore di rischio per lo sviluppo di malattie mentali e per l'abuso di sostanze (Felitti et al., 1998).

Esaminando la letteratura riportata, appare evidente la correlazione tra il trauma infantile e i disturbi borderline e antisociale di personalità: le esperienze traumatiche infantili risultano essere un vero e proprio fattore di rischio nello sviluppo dei due disturbi, soprattutto se considerato come parte di un modello eziologico multifattoriale (Ball & Links, 2009; Schorr et al., 2021). La forte associazione tra traumi infantili e il disturbo borderline è supportata da numerosi studi che dimostrano una percentuale significativa di pazienti che riportano storie di abusi fisici, sessuali ed emotivi, nonché di trascuratezza (Yuan, Lee, Eack & Newhill, 2023; Bozzatello, Rocca, Baldassarri, Bosia & Bellino, 2021). Anche per quanto riguarda il disturbo antisociale, l'abuso fisico infantile, la trascuratezza e la separazione precoce dai genitori sono apparsi significativamente più comuni tra i soggetti antisociali fungendo da predittori significativi per la successiva diagnosi (Schorr et al., 2021).

Inoltre, l'elaborato dimostra il ruolo centrale dell'attaccamento nelle due psicopatologie, evidenziando come le relazioni interpersonali, che si instaurano con le figure di attaccamento

all'inizio della vita, siano essenziali nelle successive rappresentazioni di Sé e degli altri, portando di conseguenza a modelli operativi interni disfunzionali nei casi in cui queste relazioni non si instaurino o siano inadeguate. L'attaccamento sicuro nella prima infanzia, infatti, tende a disinnescare le dinamiche disadattive che portano a tendenze antisociali, mentre l'attaccamento insicuro agisce come catalizzatore di tali comportamenti (Kochanska, Barry, Stellern & O'Bleness, 2009). Similarmente, lo scarso legame parentale, in particolare la mancanza di cure materne, legato all'attaccamento insicuro, appare fortemente correlato con la sintomatologia borderline (Nickell, Waudby & Trull, 2002).

Infine, la ricerca neuroscientifica presa in esame conferma la presenza di disfunzioni ed alterazioni a livello cerebrale conseguenti all'esposizione a traumi in età dello sviluppo e associate alla psicopatologia borderline e antisociale. I pazienti con disturbo borderline mostrano un'attività cerebrale alterata nella regione del Default Mode Network (Xiao et al., 2023), del giro frontale e della corteccia prefrontale (Xiao et al., 2024), e dell'ippocampo (O'Neill & Frodl, 2012). In particolare, è interessante osservare come le ridotte dimensioni dell'ippocampo sono state registrate solo in pazienti con disturbo borderline che avevano subito un'esperienza di trauma nell'infanzia. Per quanto riguarda i pazienti con disturbo antisociale, le disfunzioni cerebrali riguardano principalmente l'amigdala, la corteccia orbitofrontale e la corteccia prefrontale ventromediale (Aoki, Inokuchi, Nakao & Yamasue, 2014), e infine l'insula e la corteccia cingolata inferiore (Zennaro, 2011).

Dai risultati degli studi esaminati è possibile concludere che il disturbo borderline di personalità e il disturbo antisociale di personalità derivano dall'interazione di molteplici fattori interdipendenti, tra cui fattori biologici, relazionali e ambientali. Maggiore è la traumatizzazione che il bambino sperimenta, soprattutto se vissuta in età precoce, più difficile diventa per lui sviluppare un senso di sé solido e sano. Risulta essenziale, dunque, tenere in considerazione il contributo che queste esperienze apportano all'insorgenza della psicopatologia, in modo da garantire un trattamento clinico e terapeutico idoneo ed efficace.

RINGRAZIAMENTI

Alla fine della stesura di questa tesi, con il cuore e la testa un po' più leggeri, mi piacerebbe riservare uno spazio per ringraziare chi mi ha permesso di arrivare a questo traguardo importante. Un ringraziamento speciale lo rivolgo,

Alla mia relatrice, la professoressa *Stefania Cristofanelli*, per il prezioso aiuto nel processo di sviluppo concettuale e di scrittura della tesi.

Alla *mia famiglia*, per il costante sostegno e gli insegnamenti senza i quali oggi non sarei ciò che sono.

Ad *Alice*, per aver reso divertenti anche le giornate più pesanti passate in università.

A *Gerard*, il mio porto sicuro, per aver creduto in me prima ancora che ci credessi io stessa, rassicurandomi ad ogni mia esitazione che ce l'avrei fatta.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Aoki, Y., Inokuchi, R., Nakao, T., & Yamasue, H. (2014). Neural bases of antisocial behavior: a voxel-based meta-analysis. *Social cognitive and affective neuroscience*, 9(8), 1223–1231.

APA – American Psychiatric Association (2023a). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione Text Revision DSM-5-TR*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Baldoni, F. (2008). Alle origini del trauma: confusione delle lingue e fallimento della funzione riflessiva, in: Crocetti G., Zarri A. (a cura di): *Gli dèi della notte sulle sorgenti della vita, il trauma precoce dalla coppia madre al bambino*. Pendragon, Bologna, 2008, pp. 137-159.

Baldoni, F. (2015). Aggressività, attaccamento e mentalizzazione. *Contrappunto*, voll. 51-52, pp. 9-44.

Ball, J., & Links, P. (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: Evidence for a causal relationship. *Current Psychiatry Reports*, 11, 63-68.

Beeney, J. E., Forbes, E. E., Hipwell, A. E., Nance, M., Mattia, A., Lawless, J. M., Banihashemi, L., & Stepp, S. D. (2021). Determining the key childhood and adolescent risk factors for future BPD symptoms using regularized regression: comparison to depression and conduct disorder. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 62(2), 223–231.

Bonomi, C. (2001). “Breve storia del trauma dalle origini a Ferenczi (1880-1930ca)”, in: C. Bonomi, F. Borgogno, *La Catastrofe e i suoi Simboli. Il contributo di Sándor Ferenczi alla storia del trauma*, Torino: UTET Libreria, 2001, pp. 71-115.

Bowlby, J. (1982). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Bozzatello, P., Rocca, P., Baldassarri, L., Bosia, M., & Bellino, S. (2021). The Role of Trauma in Early Onset Borderline Personality Disorder: A Biopsychosocial Perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 12.

Brown, C. L., Yilanli, M., & Rabbitt, A. L. (2023). Child Physical Abuse and Neglect. *National Library of Medicine*.

Cancrini, L. (2013). *La cura delle infanzie infelici: viaggio nell'origini dell'oceano borderline*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Carmassi, C., Dell'Osso, L., Manni, C., Candini, V., Dagani, J., Iozzino, L., Koenen, K. C., & de Girolamo, G. (2014). Frequency of trauma exposure and Post-Traumatic Stress Disorder in

Italy: analysis from the World Mental Health Survey Initiative. *Journal of psychiatric research*, 59, 77–84.

Charcot, J. M. (1890). *Oeuvres complètes. Leçons sur les Maladies du système nerveux, vol. III*. Parigi: Lecroisnier et Babè.

Charcot, J.M. (1897). *Isterismo, in Trattato di medicina. Vol. VI, 477-536*. Torino: Unione Tipografico.

Coccaro, E. F., Kavoussi, R. J., Hauger, R. L., Cooper, T. B., & Ferris, C.F. (1998). Cerebrospinal Fluid Vasopressin Levels: Correlates with Aggression and Serotonin Function in Personality-Disordered Subjects. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(8):708–714.

Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of general psychiatry*, 64(5), 577–584.

Cook, A., Spinazzola, J., Lanktree C., Blaustein, M., Cloitre, M., Van Der Kolk, B., et al. (2005) Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals* 35:5.

Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological bulletin*, 135(3), 495–510.

D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & Van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *The American journal of orthopsychiatry*, 82(2), 187–200.

Fecteau, S., Pascual-Leone, A., & Théoret, H. (2008). Psychopathy and the mirror neuron system: preliminary findings from a non-psychiatric sample. *Psychiatry research*, 160(2), 137–144.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine* 1998; 14(4).

Fonagy, P., Luyten, P., & Strathearn, L. (2011). Borderline personality disorder, mentalization, and the neurobiology of attachment. *Infant mental health journal*, 32(1), 47–69.

Freud, S. (1977). *Opere vol. 1. 1886-1895 Studi sull'isteria e altri.* (C.L. Musatti, A cura di). Torino: Bollati Boringhieri.

Frick, P. J., & White, S. F. (2008). Research review: the importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 49(4), 359–375.

Frodi, A., Dernevik, M., Sepa, A., Philipson, J., & Bragesjö, M. (2001). Current attachment representations of incarcerated offenders varying in degree of psychopathy. *Attachment & human development*, 3(3), 269–283.

Fu, Q., Heath, A. C., Bucholz, K. K., Nelson, E., Goldberg, J., Lyons, M. J., True, W. R., Jacob, T., Tsuang, M. T., & Eisen, S. A. (2002). Shared genetic risk of major depression, alcohol dependence, and marijuana dependence: contribution of antisocial personality disorder in men. *Archives of general psychiatry*, 59(12), 1125–1132.

Gao, Y., Raine, A., Chan, F., Venables, P. H., & Mednick, S. A. (2010). Early maternal and paternal bonding, childhood physical abuse and adult psychopathic personality. *Psychological medicine*, 40(6), 1007–1016.

Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P., & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 533–545.

Hasya, N.H. (2023). The Impact of Childhood Trauma on Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychiatry Psychology and Behavioral Research*; 2023.4(2):33-36.

Herman, J. L., Perry, J. C., & Van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 146(4), 490–495.

Holmes, S. E., Slaughter, J. R., & Kashani, J. (2001). Risk factors in childhood that lead to the development of conduct disorder and antisocial personality disorder. *Child psychiatry and human development*, 31(3), 183–193.

Kamali, M., Oquendo, M. A., & Mann, J. J. (2001). Understanding the neurobiology of suicidal behavior. *Depression and anxiety*, 14(3), 164–176.

- Kaplow, J. B., Saxe, G. N., Putnam, F. W., Pynoos R. S., & Lieberman, A. F. (2006). The Long-Term Consequences of Early Childhood Trauma: A Case Study and Discussion. *Psychiatry*, *69*:4, 362-375.
- Kaurin, A., Beeney, J. E., Stepp, S. D., Scott, L. N., Woods, W. C., Pilkonis, P. A., & Wright, A. G. C. (2020). Attachment and Borderline Personality Disorder: Differential Effects on Situational Socio-Affective Processes. *Affective science*, *1*(3), 117–127.
- Kendler, K. S., Aggen, S. H., Czajkowski, N., Røysamb, E., Tambs, K., Torgersen, S., Neale, M. C., & Reichborn-Kjennerud, T. (2008). The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: a multivariate twin study. *Archives of general psychiatry*, *65*(12), 1438–1446.
- Kochanska, G., Barry, R., Stellern, S., & O'Bleness, J. (2009). Early attachment organization moderates the parent-child mutually coercive pathway to children's antisocial conduct. *Child development*, *80* 4, 1288-300.
- Janet, P. (1889). *L'Automatisme psychologique*, Felix Alcan, Paris (Reprint: Société Pierre Janet, Paris, 1973).
- Jowett, S., Karatzias, T., & Albert, I. (2020). Multiple and interpersonal trauma are risk factors for both post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: A systematic review on the traumatic backgrounds and clinical characteristics of comorbid post-traumatic stress disorder/borderline personality disorder groups versus single-disorder groups. *Psychology and psychotherapy*, *93*(3), 621–638.
- Levinson, A., & Fonagy, P. (2004). Offending and Attachment: The Relationship between Interpersonal Awareness and Offending in a Prison Population with Psychiatric Disorder. *Canadian Journal of Psychoanalysis / Revue Canadienne de Psychanalyse*, *12*(2), 225–251.
- Levy K. N. (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, *17*(4), 959–986.
- Lingiardi, V., & Gazzillo, F. (2014). *La personalità e i suoi disturbi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lingiardi, V., & Mucci, C. (2014). Da Janet a Bromberg, passando per Ferenczi. *Psichiatria e Psicoterapia*, *33*, 1, 41-62. Giovanni Fioriti Editore s.r.l.

- Luntz, B. K., & Widom, C. S. (1994). Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up. *The American journal of psychiatry*, *151*(5), 670–674.
- 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.
- Mazzotta, S. (2008). I neuroni specchio, l'empatia e la coscienza. *Firenze University Press*.
- McGauley, G., Yakeley, J., Williams, A., & Bateman, A. (2011). Attachment, mentalization and antisocial personality disorder: The possible contribution of mentalization-based treatment. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*.
- Montano, A., & Borzì, R. (2019). *Manuale di intervento sul trauma: comprendere, valutare e curare il PTSD semplice e complesso*. Trento: Edizioni Centro Studi Erikson S.p.A.
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2009). *Borderline Personality Disorder: Treatment and Management*. British Psychological Society (UK).
- Nickell, A., Waudby, C., & Trull, T. (2002). Attachment, parental bonding and borderline personality disorder features in young adults. *Journal of personality disorders*, *16* 2, 148-59.
- Ogata, S. N., Silk, K. R., Goodrich, S., Lohr, N. E., Westen, D., & Hill, E. M. (1990). Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, *147*(8), 1008–1013.
- O'Neill, A., & Frodl, T. (2012). Brain structure and function in borderline personality disorder. *Brain structure & function*, *217*(4), 767–782.
- Paris, J., Frank, H. (1989). Perceptions of Parental Bonding in Borderline Patients. *The American journal of psychiatry*, *146*(11), 1498-1499.
- Perry, J. C., & Cooper, S. H. (1986). A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *34*(4), 863–893.
- Poletti, M. (2010). Aspetti neurobiologici e neurocognitivi del Disturbo Antisociale di Personalità: un aggiornamento. *Rivista di psicologia clinica*.
- Presniak, M. D., Olson, T. R., & Macgregor, M. W. (2010). The role of defense mechanisms in borderline and antisocial personalities. *Journal of personality assessment*, *92*(2), 137–145.

Samuels, J., Eaton, W. W., Bienvenu, O. J., 3rd, Brown, C. H., Costa, P. T., Jr, & Nestadt, G. (2002). Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *180*, 536–542.

Sansone, R. A., Songer, D. A., & Miller, K. A. (2005). Childhood abuse, mental healthcare utilization, self-harm behavior, and multiple psychiatric diagnoses among inpatients with and without a borderline diagnosis. *Comprehensive Psychiatry*, *46*(2), 117–120.

Schorr, M. T., Tietbohl-Santos, B., de Oliveira, L. M., Terra, L., de Borba Telles, L. E., & Hauck, S. (2020). Association between different types of childhood trauma and parental bonding with antisocial traits in adulthood: A systematic review. *Child abuse & neglect*, *107*, 104621.

Schorr, M., Santos, B., Feiten, J., Sordi, A., Pessi, C., Diemen, L., Passos, I., Telles, L., & Hauck, S. (2021). Association between childhood trauma, parental bonding and antisocial personality disorder in adulthood: A machine learning approach. *Psychiatry Research*, 304.

Semiz, U. B., Basoglu, C., Ebrinc, S., & Cetin, M. (2007). Childhood trauma history and dissociative experiences among Turkish men diagnosed with antisocial personality disorder. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *42*(11), 865–873.

Shi, Z., Bureau, J. F., Easterbrooks, M. A., Zhao, X., & Lyons-Ruth, K. (2012). Childhood Maltreatment and Prospectively Observed Quality of Early Care as Predictors of Antisocial Personality Disorder Features. *Infant mental health journal*, *33*(1), 55–96.

Siever, L., & Trestman, R. L. (1993). The serotonin system and aggressive personality disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, *8*(Suppl 2), 33–39.

Silverman, J. M., Pinkham, L., Horvath, T. B., Coccaro, E. F., Klar, H., Schear, S., Apter, S., Davidson, M., Mohs, R. C., & Siever, L. J. (1991). Affective and impulsive personality disorder traits in the relatives of patients with borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, *148*(10), 1378–1385.

Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological psychiatry*, *51*(12), 936–950.

Smith Benjamin, L. (1999). *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità*.

Steele, H., & Siever, L. (2010). An attachment perspective on borderline personality disorder: advances in gene-environment considerations. *Current psychiatry reports*, *12*(1), 61–67.

Stone M. H. (2019). Borderline Personality Disorder: Clinical Guidelines for Treatment. *Psychodynamic psychiatry*, 47(1), 5–26.

Swanson, J. W., Swartz, M. S., Essock, S. M., Osher, F. C., Wagner, H. R., Goodman, L. A., Rosenberg, S. D., & Meador, K. G. (2002). The social-environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness. *American journal of public health*, 92(9), 1523–1531.

Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M., & Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature reviews. Neuroscience*, 17(10), 652–666.

Terr, L. C. (1995). Childhood traumas: An outline and overview. In G. S. Everly, Jr. & J. M. Lating (Eds.), *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress* (pp. 301–320). (Reprinted from "American Journal of Psychiatry," 148, 1991, pp. 10–20) Plenum Press.

Timmerman, I. G. H., & Emmelkamp, P. M. G. (2006). The relationship between attachment styles and Cluster B personality disorders in prisoners and forensic inpatients. *International Journal of Law and Psychiatry* 29 48 – 56.

Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., Tambs, K., & Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive psychiatry*, 41(6), 416–425.

Van Der Hart, O., & Horst, R. (1989). The Dissociation Theory of Pierre Janet. *Journal of Traumatic Stress, Vol 2, No. 4*.

Van Der Kolk, B. A. (2015). *Il corpo accusa il colpo: Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Van IJzendoorn, M. H., Feldbrugge, J. T., Derks, F. C., de Ruiter, C., Verhagen, M. F., Philipse, M. W., Van der Staak, C. P., & Riksen-Walraven, J. M. (1997). Attachment representations of personality-disordered criminal offenders. *The American journal of orthopsychiatry*, 67(3), 449–459.

Verardo, A.R. (2019). Il disturbo post-traumatico da stress in età evolutiva: lo stile di attaccamento come fattore di rischio e/o protezione. *Rivista di psicoterapia EMDR*, n. 37.

Werner, K. B., Few, L. R., Bucholz, K. K. (2015). Epidemiology, comorbidity and Behavioral Genetics of Antisocial Personality Disorder and Psychopathy. *Psychiatr Ann.*, 45(4), 195-199.

WHO – World Health Organization (2017). Child Maltreatment. *Child Maltreatment Infographic*.

WHO – World Health Organization (2022). International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11).

Xiao, Q., Yi, X., Fu, Y., Jiang, F., Zhang, Z., Huang, Q., Han, Z., & Chen, B. T. (2023). Altered brain activity and childhood trauma in Chinese adolescents with borderline personality disorder. *Journal of affective disorders*, 323, 435–443.

Xiao, Q., Shen, L., He, H., Wang, X., Fu, Y., Ding, J., Jiang, F., Zhang, J., Zhang, Z., Grecucci, A., Yi, X., & Chen, B. T. (2024). Alteration of prefrontal cortex and its associations with emotional and cognitive dysfunctions in adolescent borderline personality disorder. *European child & adolescent psychiatry*, 10.1007/s00787-024-02438-2.

Yang, Q. F., Xie, R. B., Zhang, R., & Ding, W. (2023). Harsh Childhood Discipline and Developmental Changes in Adolescent Aggressive Behavior: The Mediating Role of Self-Compassion. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 13(9), 725.

Yuan, Y., Lee, H., Eack, S., & Newhill, C. (2023). A Systematic Review of the Association Between Early Childhood Trauma and Borderline Personality Disorder. *Journal of personality disorders*, 37 1, 16-35.

Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 11(1), 93–104.

Zanarini, M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, 23(1), 89–101.

Zennaro, A. (2011). *Lo sviluppo della psicopatologia: fattori biologici, ambientali e relazionali*. Bologna: Il Mulino.

RIFERIMENTI SITOGRAFICI

APA – American Psychological Association (n.d.). Trauma. Disponibile in: <https://www.apa.org/topics/trauma>

APA – American Psychological Association (2018). Defense mechanism. Disponibile in: <https://dictionary.apa.org/defense-mechanism>

APA – American Psychiatric Association (2022). Antisocial Personality Disorder: Often Overlooked and Untreated. Disponibile in: <https://www.psychiatry.org/news-room/apa-blogs/antisocial-personality-disorder-often-overlooked>

APA – American Psychological Association (2023b). Antisocial Personality Disorder. *Dictionary of Psychology*. Disponibile in: <https://dictionary.apa.org/antisocial-personality-disorder>

Associazione emdr Italia. (2022). Trauma. *Emdr*. Disponibile in: <https://emdr.it/trauma/>

Cavaliere, R. (2016). I meccanismi di difesa. *Il tuo psicologo*. Disponibile in: <http://www.iltuopsicologo.it/i-meccanismi-di-difesa/#top>

Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza (2021). Maltrattamento di bambini e adolescenti, seconda indagine nazionale Terre des Hommes-Cismai. Disponibile in: <https://www.minori.gov.it/it/notizia/maltrattamento-di-bambini-e-adolescenti-seconda-indagine-nazionale-terre-des-hommes-cismai#:~:text=des%20Hommes%2DCismai,Maltrattamento%20di%20bambini%20e%20adolescenti%2C%20seconda,nazionale%20Terre%20des%20Hommes%2DCismai&text=Ad%20aprile%202021%20sono%20401.766,quali%20risultano%20vittime%20di%20maltrattamento>

Enciclopedia della Scienza e della Tecnica (2008). Teoria delle relazioni oggettuali. *Vocabolario Treccani*. Disponibile in: [https://www.treccani.it/enciclopedia/teoria-delle-relazioni-oggettuali_\(Enciclopedia-della-Scienza-e-della-Tecnica\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/teoria-delle-relazioni-oggettuali_(Enciclopedia-della-Scienza-e-della-Tecnica)/)

Fiore, F. (2017). Valutare l'attaccamento adulto: l'Adult Attachment Interview – Introduzione alla psicologia. *State of mind*. Disponibile in: <https://www.stateofmind.it/2017/09/adult-attachment-interview/>

Fisher, K. A., Torrico, T. J., & Hany, M. (2024). Antisocial Personality Disorder. *National Library of Medicine. StatPearls*. Disponibile in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546673/>

Fonagy, P. (n.d.). Attachment, the development of the self, and its pathology in personality disorders. *Psychomedia*. Disponibile in: <https://www.psychomedia.it/motore/pm/modther/probpsiter/fonagy-2.htm>

Launi, M., & Santus, S. (n.d.). Il disturbo borderline. *Area G*. Disponibile in: <https://www.areag.net/approfondimenti/il-disturbo-borderline/>

Liotti, G. (n.d.). Il nucleo del Disturbo Borderline di Personalità: un'ipotesi integrativa. *Psychomedia*. Disponibile in: <https://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/liotti-1.htm>

Marzocchi, C. (2014). Default Mode Network (DMN) – Connettività funzionale intrinseca. *State of mind*. Disponibile in: <https://www.stateofmind.it/2013/10/default-mode-network/>

McWilliams, N., Grenyer, B. F. S., & Shedler, J. (2018). Personality in PDM-2: Controversial Issues. *Illawarra Health and Medical Research Institute*. Disponibile in: <https://ro.uow.edu.au/ihmri/1414>

National Library of Medicine Medical Encyclopaedia (2022). Borderline personality disorder. Disponibile in: <https://medlineplus.gov/ency/article/000935.htm>

WHO – World Health Organization (2022). Childhood maltreatment. Disponibile in: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>