

**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 2020/2021

TESI DI LAUREA

**DALL'ATTACCAMENTO ALLA FORMAZIONE DEL SÉ:
gli effetti negativi e pervasivi della traumatizzazione relazionale precoce.**

DOCENTE 1° relatore: Prof.ssa Laura Ferro

STUDENTE: D18 03031, Alessandra Pennacchio

INDICE

Introduzione	p. 3
Capitolo 1: Il legame di attaccamento	p. 6
1.1 La teoria dell'attaccamento.....	p. 8
1.2 Gli stili di attaccamento e la Strange Situation.....	p. 12
1.3 Adult Attachment Interview.....	p. 17
1.4 I Modelli Operativi Interni.....	p. 19
1.5 Trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento.....	p. 22
Capitolo 2: Attaccamento e trauma	p. 24
2.1 Le origini storiche del trauma psichico infantile.....	p. 24
2.2 I traumi intrafamiliari.....	p. 26
2.3 Mente e corpo in risposta al trauma.....	p. 29
2.4 La dissociazione.....	p. 32
2.5 Fattori di rischio e fattori protettivi.....	p. 35
Capitolo 3: Attaccamento e psicopatologia	p. 38
3.1 L'infanzia borderline e il disturbo nell'adulto.....	p. 40
3.2 L'infanzia narcisista e il disturbo nell'adulto.....	p. 42
3.3 Il bambino dipendente e il disturbo nell'adulto.....	p. 45
Conclusione	p. 48
Bibliografia	p. 50

INTRODUZIONE

Il seguente elaborato si pone l'obiettivo di evidenziare come il contesto relazionale familiare gioca un ruolo importante nell'orientare il percorso di crescita del bambino verso traiettorie tipiche o atipiche di sviluppo. In particolare, viene messo in risalto come specifici traumi e psicopatologie possono essere connesse con il tipo di legame di attaccamento che si crea nei primi anni di vita del bambino.

Nell'analisi di questi temi, vengono prese in considerazione diverse correnti teoriche, partendo da quelle psicoanalitiche e arrivando ai recenti contributi scientifici delle neuroscienze, al fine di offrire una visione multi-prospettica dell'argomento in esame. Il modello principale di riferimento è quello bio-psico-sociale, pertanto si rifletterà in termini probabilistici di sviluppo, e non in senso deterministico, perché lo sviluppo di ogni individuo è influenzato, come dice lo stesso nome del modello, da aspetti biologici, psicologici e sociali.

La stesura dell'elaborato è stata divisa in tre capitoli, ognuno dei quali articolati in ulteriori sotto-capitoli che approfondiscono i rispettivi macro-argomenti.

Nel primo capitolo, vengono presentate le strutture portanti su cui poggia la teoria dell'attaccamento, considerata un paradigma scientifico (Attili, 2001), che si è occupata di comprendere come le dinamiche relazionali, che caratterizzano il legame tra il bambino e il suo *caregiver*, combinate con i fattori genetici, possono influenzare traiettorie tipiche e atipiche di sviluppo. Tale teoria possiede un'ampia visione sia sullo sviluppo del bambino che sulla psicopatologia.

Vengono poi approfonditi gli elaborati di Bowlby, considerato il padre fondatore della teoria dell'attaccamento, e gli studi su cui le sue conclusioni si ispirano.

Connessa a tale teoria sono inseriti i contributi empirici di Mary Ainsworth che le hanno permesso di elaborare un metodo osservativo, nominato *Strange Situation*, il quale consente, attraverso delle osservazioni sui comportamenti interazionali tra madre e bambino, di descrivere il possibile stile di attaccamento che nella relazione diadica si è andato a creare. I primi tre stili di attaccamento osservati nelle ricerche sono stati poi aggiornati da Mary Main che introdusse la quarta tipologia di attaccamento, nonché quella disorganizzata.

Gli stili di attaccamento, come viene approfondito meglio nel sotto-capitolo dedicato, rappresentano le possibili relazioni, tra il bambino e il *caregiver*, che si possono

instaurare in base alle risposte di cura che l'adulto offre al bambino.

Tengo a precisare che nel seguente scritto verrà utilizzato principalmente il termine *caregiver* per riferirsi, in termini generali, a colui che è fisicamente vicino al bambino e che dovrebbe garantirgli le cure primarie attraverso le risposte ai suoi bisogni fisici ed emotivi. Tale ruolo può essere ricoperto, ad esempio, dalla madre, dal padre, dai nonni, dagli zii o da altri parenti, ma anche da eventuali genitori adottivi. In sintesi, dall'adulto che soddisfa i criteri sopra citati.

Questo perché in alcuni contesti culturali il termine *caregiver* viene spesso sostituito con il termine "madre" o "genitori", ma è bene tenere presente che tale sostituzione è convenzionale e non fa riferimento esclusivamente al significato stretto della parola. Si prosegue mettendo in risalto che, sulla base di come l'adulto si è preso cura del bambino, quest'ultimo svilupperà un Modello Operativo Interno, nonché degli schemi mentali che definiscono il modo di percepire gli altri, l'ambiente, ma anche sé stesso, orientando il comportamento del bambino nella gestione di tutte le altre relazioni future, utilizzando modalità interazionali analoghe a quelle che hanno caratterizzato la sua relazione di attaccamento primaria.

È bene precisare che non è sufficiente una sola esperienza per influenzare lo sviluppo di un particolare schema mentale, ma occorrono degli eventi ripetuti costantemente nel corso del tempo.

Riproducendo le relazionali di attaccamento nelle successive interazioni sociali, è probabile che vengano riproposte anche nel momento in cui il bambino, diventando adulto si troverà a relazionarsi con i suoi figli. Questo tema è stato approfondito nella trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento, che viene proposto in conclusione al capitolo.

Nel secondo capitolo viene analizzato come alcuni stili di attaccamento possono portare ad alterazioni cerebrali che inducono l'emersione di traumi. In prima istanza si concede uno sguardo nel passato, con l'obiettivo di risalire alle origini del trauma psichico infantile e di capirne l'evoluzione. Nominando i principali autori che si sono occupati di questo tema ricordiamo: Pierre Janet, considerato il padre della psicotraumatologia; Sigmund Freud, il quale si occupò di trauma psichico prima studiando il fenomeno delle nevrosi, poi iniziando a comprenderlo da un punto di vista soggettivo. Ferenczi invece,

negli studi sul trauma psichico, si dedicò principalmente alla relazione tra il bambino e l'ambiente.

Il significato di trauma psichico viene poi messo in luce attraverso molteplici definizioni fornite dai diversi autori, inclusa quella contenuta nel DSM-5 (APA, 2013). Tra queste definizioni emerge che i traumi di piccola entità ma ripetuti nel tempo possono avere grandi conseguenze nella crescita dell'individuo. In particolar modo quando avvengono all'interno dei contesti familiari dove si determinerebbero quelli che sono i traumi intrafamiliari. Ne sono esempi il trauma complesso, il trauma relazionale precoce, il *neglect*, i disturbi da stress post-traumatico complesso e il disturbo traumatico dello sviluppo.

Per poter sostenere i traumi psichici, il corpo e la mente del bambino subiranno delle alterazioni che rappresenteranno il migliore compromesso per poter vivere nel mondo. Tengo a precisare che vengono prese in considerazione, nelle risposte ai traumi, sia la mente che il corpo, intese come due entità inscindibili in quanto reciprocamente influenzate. In particolare, una delle risposte frequenti che la mente attua per fronteggiare esperienze traumatiche è la dissociazione, che come spiegato in seguito, riporta effetti anche sul corpo fisico.

Come anticipato in precedenza, parlando in termini probabilistici, è chiaro che le risposte ai traumi non sono tutte uguali, ma possono variare in base ai fattori di rischio e ai fattori protettivi intrinseci o estrinseci a ognuno di noi, che vengono in soccorso o che possono aggravare la complessità della situazione. Questi fattori determinano le differenze che ci caratterizzano nell'affrontare specifiche esperienze avverse della vita.

L'elaborato si conclude con il terzo capitolo, che seguendo il continuum di sviluppo, evidenzia come le esperienze di vita nell'infanzia, relative alle modalità di attaccamento, possono rendere prevedibili le personalità degli individui adulti.

Nell'ultimo capitolo ci si sofferma sulle “*infanzia infelici*” caratterizzate da risposte genitoriali non “*sufficientemente buone*” ai bisogni di cura del bambino.

Oltre a creare possibili situazioni traumatiche, possono emergere in età adulta delle psicopatologie. Di queste ne vengono elencate tre, facendo riferimento al modello di Cancrini in “La cura delle infanzie infelici” (2013).

Capitolo 1 – Il legame di attaccamento

Nell'essere umano la formazione del legame sociale rappresenta una dotazione biologica innata. Il bambino, infatti, nasce geneticamente predisposto alla relazione, non coinvolgendo alcuna forma di apprendimento (Bowlby, 1983).

L'istinto di creare un legame sociale deriva dall'imaturità del bambino che lo porta alla ricerca di vicinanza con qualcuno che si possa prenda cura di lui, che lo accudisca e lo protegga, affinché la sua mente e il suo corpo possano svilupparsi (Berti, Bombi, 2013).

Lo sviluppo è reso possibile anche dalla capacità del bambino di adattarsi all'ambiente relazionale in cui vive e tale adattamento è consentito dalla plasticità cerebrale che, con la maturazione, consente la formazione progressiva delle strutture encefaliche, garantendo al bambino la sopravvivenza nel mondo.

Il legame sociale che l'infante è spinto a creare è chiamato attaccamento, e avviene con la figura principale di accudimento che prende il nome di *caregiver*, nonché colui o colei che fornisce cure al bambino, sia a livello fisico che a livello emotivo.

L'attaccamento primario consente lo sviluppo naturale di un proprio sistema di comunicazione, tra il bambino e l'adulto (Van der Kolk, 2014).

La significatività del legame di attaccamento risiede nella sua duplice funzione: biologica, in quanto garantisce la sopravvivenza attraverso la protezione e il soddisfacimento dei bisogni primari dell'infante, e psicologica fornendo la percezione di sicurezza interna derivata dal contatto e dalla vicinanza fisica con il *caregiver*, che risulta essenziale per il bambino in quanto il processo di attaccamento è di natura non-verbale (Fonagy, 2001).

Il legame di attaccamento è un processo tendenzialmente stabile nel corso dello sviluppo ed è specifico per ogni relazione che il bambino instaura con terzi, mentre il comportamento di attaccamento permette a ogni individuo di stabilire e mantenere prossimità con una persona preferita (Bowlby, 1969), attraverso una serie di comportamenti istintivi parziali definiti da Bowlby *segnali specie*, in quanto ereditari di un patrimonio sociobiologico. Detti comportamenti sono organizzati in un sistema di controlli a *feedback* interni, e possono essere sia di segnalazione come il sorriso sociale, il pianto, i vocalizzi, che di avvicinamento tra i quali gattonare, aggrapparsi alla figura

di accudimento (Bowlby, 1982).

Queste attivazioni comportamentali possono essere originate da fattori organici ma anche da fattori ambientali. Pertanto, si possono presentare come conseguenza della percezione del bambino a disagio, dolore o pericolo ma anche in seguito alla solitudine, ovvero quando il *caregiver* è assente.

Questi schemi comportamentali costituiscono il cosiddetto sistema di attaccamento che è considerato un sistema motivazionale innato finalizzato a garantire l'omeostasi dell'organismo (Liotti, 2001), assicurando la sicurezza e la sopravvivenza dei primati. Affinché tale sistema possa essere disattivato è necessario il ripristino dell'equilibrio iniziale del bambino, che avviene quando raggiunge il suo scopo.

Per rendere ciò possibile è indispensabile che si verifichi il *parenting* (tradotto in "genitorialità") nonché la capacità del *caregiver* di poter fornire al bambino le cure di cui necessita.

Il *parenting* può essere percepito come il sistema di accudimento, che rappresenta il sistema complementare al sistema di attaccamento nel bambino, e che favorisce l'offerta di cure del genitore finalizzate a soddisfare i bisogni del piccolo, senza le quali non potrebbe sopravvivere.

Quando il *parenting* è efficace si sviluppa, secondo la concezione kleiniana, un accudimento sensibile, nonché un rapporto affettivo composto da un genitore in grado di cogliere e restituire in forma trasformata l'esperienza psichica del neonato (Fonagy, 2001). Più la sensibilità dell'adulto verso il bambino aumenta, più il legame di attaccamento sarà intimo e profondo, incrementando la probabilità che il bambino crescendo possiederà modalità sane di relazione verso coloro che lo circondano (Van der Kolk, 2014).

La capacità di accudimento sensibile è stata definita da Bion con la nozione di contenimento, nonché "*la trasformazione ("funzione alpha") di eventi interni sperimentati come concreti ("elementi beta") in esperienze tollerabili e pensabili*" (Fonagy, 2001, p. 16).

Questo processo definisce come la risposta del *caregiver*, allo stato del piccolo, deve essere caratterizzante, che fa riferimento alla capacità di cogliere, comprendere e differenziare le esperienze sensoriali e percettive grezze del neonato al fine di restituirglielie attraverso stati affettivi ed emotivi dotati di senso.

Oltre ad essere caratterizzante la risposta deve essere anche contingente, termine collegato alla responsività della figura di accudimento, la quale deve essere in grado di fornire, in modo appropriato, risposte di cura ai bisogni del bambino, in forma coerente allo sviluppo temporale in cui quest'ultimo si colloca.

È ideale per lo sviluppo del bambino che il *caregiver* possieda un accudimento sensibile ma moderato alle richieste dell'infante (Fonagy, 2001), suggerendo che l'attaccamento non deve essere perfetto.

Questo pensiero fu condiviso anche da Winnicott che, per descriverlo, utilizzò l'espressione di “*madre sufficientemente buona*”, ovvero una madre che, con le sue difficoltà e debolezze, è in grado di rispondere in modo soddisfacente ai bisogni del figlio. Inoltre, in questo modo si permette al bambino di apprendere che “*le connessioni interrotte possono essere riparate*” (Van der Kolk, 2015, p. 136).

1.1 La teoria dell'attaccamento

John Bowlby, nato a Londra nel 1907, è considerato uno dei più grandi psicoanalisti del ventesimo secolo. Tuttavia, si discosta dalle teorie psicoanalitiche britanniche diffuse nel 1950, tra cui la teoria dello sviluppo di Freud, il quale ipotizzava che il legame tra la madre e il neonato fosse rappresentato dalla necessità di soddisfare richieste principalmente fisiche, come quelle di nutrizione, di pulizia e legate alla libido (impulsi sessuali).

Ben presto Bowlby prese le distanze da questa cornice teorica poiché attribuiva importanza non alla sessualità ma alla sicurezza, interessandosi maggiormente agli aspetti emotivi e relazionali. Iniziò così a porre in rilievo la qualità dell'accudimento fornita dalla figura affettiva primaria.

A separarlo dalla psicoanalisi classica fu anche l'insufficienza di osservazioni dirette che quest'ultima riservava ai bambini.

Il suo pensiero fu condizionato dalle sue esperienze avvenute a Londra nella veste di psichiatra infantile alla *Child Guidance Clinic* ma anche come direttore del “Dipartimento per i bambini e i genitori” della *Tavistock Clinic*. Come ultimo, fu nominato consulente dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) con la responsabilità di stilare un rendiconto relativo alla salute mentale di bambini

abbandonati nell'Europa del dopoguerra.

Egli condusse le sue ricerche basandosi principalmente sugli studi sistemici, evolucionistici ed etologici, ma anche su discipline quali la psicobiologia, riponendo l'attenzione ai processi neurofisiologici, endocrini e recettoriali che, interagendo con gli stimoli presenti nell'ambiente innescano e disattivano i sistemi comportamentali, la teoria dei "sistemi di controllo" tratta dall'ingegneria, e la teoria sullo sviluppo cognitivo di Piaget.

Entrando nel merito degli studi etologici, maggiormente rilevanti per i suoi risultati, si possono citare quelli condotti da Lorenz sull'imprinting (1935) e quelli guidati da Harlow sui cuccioli di scimmia (1958).

I primi studi, quelli tenuti da Lorenz, hanno mostrato come i piccoli anatrocchi, subito dopo la schiusa, fanno riferimento al primo oggetto in movimento che intravedono, utilizzandolo come punto di riferimento per tutto l'arco della loro esistenza. Infatti, Lorenz dopo aver osservato il loro comportamento nei primi momenti di vita, si accorse che, pur reinserendoli prima in un luogo in cui era presente un'oca domestica e poi in un luogo in cui era presente una tacchina, ritornavano da lui.

Sulla base di queste osservazioni, Bowlby (1988) iniziò a ipotizzare che il bisogno di vicinanza non è meno importante del bisogno di ricevere nutrizione.

Le conclusioni ottenute dallo studio di Lorenz furono individuate anche nella ricerca guidata da Harlow, nella quale i cuccioli di scimmie separati dalle madri biologiche e cresciuti in laboratorio, posti di fronte a due "madri" create artificialmente, mostravano preferenza per quella ricoperta di stoffa morbida e calda senza nutrimento, rispetto a quella composta da fili di ferro ma con nutrimento a disposizione.

I piccoli di macaco cercavano nelle madri soffici anche la protezione qualora venissero minacciati da stimoli potenzialmente pericolosi, in grado di generare in loro emozioni di paura.

Per queste ragioni Bowlby dichiarò che il legame madre-bambino non si fonda solo sul bisogno di nutrizione dell'infante, ma anche sul riconoscimento dei suoi stati psichici. Osservando la relazione diadica tra la madre e il bambino, Bowlby fu il primo teorico a dedurre che l'essere umano è geneticamente programmato per la relazione, in quanto aumenta la probabilità di sopravvivenza, e che tali interazioni iniziano già durante la gravidanza.

Il meccanismo di ricerca di sicurezza e protezione osservato negli studi etologici, Bowlby lo dichiarò presente anche nell'essere umano. Infatti, la figura di attaccamento rappresenta per il bambino una fonte di tutela e sostegno nel momento in cui il suo stato di sicurezza viene compromesso.

Fu così che Bowlby valorizzò il concetto di base sicura (Ainsworth, 1978) per spiegare questo meccanismo.

L'espressione base sicura viene attribuita al *caregiver* primario che fungendo da sostegno certo, permette al bambino di acquisire la sicurezza necessaria per esplorare il mondo circostante, avendo la certezza che potrà tornare in qualsiasi momento e che sarà accolto, nutrito, confortato e rassicurato se triste o spaventato.

Avere a disposizione una base sicura incoraggia lo sviluppo dell'autonomia nel bambino, la capacità di fornire aiuto e il senso di compassione verso la sofferenza altrui (Van der Kolk, 2014).

Successivamente Bowlby formulò la teoria dell'attaccamento, i cui cardini furono inizialmente pubblicati, nei primi anni '60, sulla rivista *"The international Journal of Psychoanalysis"* mediante la stesura di tre articoli. Questi ultimi, in seguito ad approfondimenti, divennero i tre volumi contenuti nella trilogia *"Attaccamento e perdita"* (1969; 1973; 1980).

La teoria si fonda sui vissuti di separazione e perdita, in quanto venne elaborata a seguito di osservazioni, da parte dell'autore, delle conseguenze patologiche che si verificavano nei bambini che permanevano per lunghi periodi di tempo in ospedali e istituzioni, e che quindi erano separati dalle loro famiglie, sostituite da figure assistenziali che fornivano loro l'accudimento necessario.

Sulla base dei suoi scritti, Bowlby articola il legame di attaccamento attraverso quattro fasi.

La prima fase, denominata pre-attaccamento, si sviluppa nei primi mesi di vita. Il neonato non mostra favoritismi verso nessun individuo in particolare. Successivamente, dai due ai sei/otto mesi, si sviluppa un attaccamento discriminato nel quale il neonato mostra preferire la presenza di quella figura adulta che fornisce in modo continuativo e adeguato cure e protezione. Entrando nel sesto/ottavo mese fino ai diciotto mesi, il bambino instaura un solido attaccamento con il *caregiver*, imparando a richiedere la sua attenzione soprattutto quando, esplorando l'ambiente che lo circonda, ne avverte il

bisogno. La sua assenza può attivare nel bambino una forte angoscia da separazione, resa possibile dallo sviluppo cognitivo. Tale angoscia se prolungata può essere compromettente per lo sviluppo psichico del bambino. Nell'ultimo periodo il bambino inizia a comprendere che l'assenza della madre non è permanente per cui impara a regolare la propria ansia piangendo meno. Inoltre, a questa età si evidenzia la formazione di attaccamenti multipli, ovvero il bambino può costruire ulteriori attaccamenti con terzi individui grazie allo sviluppo del linguaggio e alle capacità motorie, che gli permettono di esplorare l'ambiente e allontanarsi dai *caregiver* primari. In questa relazione diadica, entrambi i soggetti hanno un ruolo attivo, perché sono dotati di meccanismi fisiologici che gli consentono di creare il legame di attaccamento. Il bambino è geneticamente programmato ad attuare schemi comportamentali necessari per mantenere la vicinanza fisica con la figura di accudimento e, come hanno dimostrato recenti studi, anche gli adulti presentano dei meccanismi in grado di attivare specifici pattern cerebrali che innescano processi fisiologici automatici e istintivi, permettendo di essere predisposti all'accudimento, necessario per la salvaguardia della specie.

Nella teoria dell'attaccamento si possono considerare centrali due ipotesi: la prima vede la qualità dell'accudimento materno determinante nel definire lo stile di attaccamento che, come lo differenzia Bowlby, può essere sicuro o insicuro, e come seconda ipotesi che lo stile di attaccamento, che caratterizza le prime relazioni, influisce sullo sviluppo della personalità del bambino e sulle rappresentazioni mentali che lui avrà di sé e degli altri.

Le ricerche empiriche hanno convalidato entrambe le ipotesi, evidenziando l'importanza del legame di attaccamento come fattore protettivo o di rischio nello sviluppo di psicopatologie. Prima ancora Bowlby, di fronte alla sua ampia raccolta di documentazione clinica, si convinse che la psicopatologia fondasse le sue radici nelle esperienze di vita interpersonali.

Infatti, si è potuto dimostrare che la tipologia di attaccamento che si instaura tra il *caregiver* e il bambino, può influenzare in quest'ultimo lo sviluppo cognitivo (come la capacità di focalizzare l'attenzione e la capacità di mentalizzazione), lo sviluppo emotivo (in riferimento alla capacità di regolare l'intensità emotiva e il comportamento riferito all'emozione provata), e l'organizzazione della sua personalità futura.

Un'iperattivazione o una disattivazione del sistema di attaccamento può aumentare, per il bambino, la probabilità di trovarsi, in futuro, in situazioni di disadattamento.

1.2 La tipologia dei legami di attaccamento

Attualmente la teoria dell'attaccamento rappresenta una conciliazione del lavoro di Bowlby, padre fondatore, e di Mary Ainsworth che si occupò di verificare empiricamente i principi di base di tale teoria. La psicologa apportò due contributi fondamentali: il primo è rappresentato dall'attribuzione al *caregiver* del concetto di base sicura, che permette al bambino di esplorare il mondo, il secondo contributo lo diede attraverso le ricerche che condusse negli anni '60, in Uganda e negli Stati Uniti, sull'interazione tra la madre e il suo bambino nel primo anno di vita, evidenziando come la qualità del legame di attaccamento è influenzata dalle differenze individuali. Ci furono stati diversi studi psicologici che cercarono di comprendere come le tipologie di attaccamento differiscono tra i bambini. Ad esempio, Schaffer ed Emerson nel 1964 rivelarono delle differenze innate nel grado di socievolezza nei neonati; alcuni, infatti, preferivano il contatto fisico più di altri, ancor prima che si instaurasse la relazione per poter provocare queste differenze.

Nel momento in cui l'attaccamento è stato originato, durante l'infanzia, ogni bambino sviluppa delle proprie modalità di richiesta di accudimento e di rassicurazione, in funzione delle risposte che il bambino riceve da chi si prende cura di lui (Liotti, Farina, 2011).

Al fine di poter comprendere meglio come le modalità di attaccamento variano tra i bambini, negli anni '70 Ainsworth ideò la *Strange Situation* (SS), che è una procedura standardizzata su base osservativa. È rivolta ai bambini di uno/due anni, anche se successivamente fu modificata da Crittenden (1988-1995) per poter essere applicata anche ai bambini in età prescolare, definita *Preschool Assessment of Attachment* (PAA).

Bowlby attraverso la sua teoria mise in luce come un attaccamento adeguato con la figura di attaccamento può rendere possibile uno sviluppo equilibrato della personalità. Secondo l'autore questo avviene quando l'attaccamento è sicuro, ovvero quando il bambino ottiene protezione, sostegno e sicurezza dalla figura affettiva primaria. Al

contrario, in un attaccamento insicuro è riscontrabile nel *caregiver* instabilità, mancanza sia di coerenza che di prevedibilità, generando nel bambino un'elevata dipendenza, paura dell'abbandono e continua ipervigilanza dell'ambiente circostante.

Queste ipotesi sono state confermate attraverso la *Strange Situation* (SS), che rese possibile la classificazione dei diversi attaccamenti che si possono instaurare tra il *caregiver* e il bambino, basati sulle modalità di cura ricevute.

Questa tecnica di valutazione richiede venti minuti di osservazioni coinvolgendo in una stanza non familiare con la presenza di giocattoli, il *caregiver* (generalmente la madre), il bambino e un estraneo. Essi saranno esposti ad otto episodi che dureranno ognuno circa tre minuti, caratterizzati da un'alternanza di presenza e assenza del *caregiver* e dell'osservatore, creando così, per il bambino, brevi vissuti di separazione e di riunione. La situazione che si crea permette di osservare i comportamenti e le reazioni emotive nel bambino sottoposto a una condizione di stress limitata, al fine di esaminare la sicurezza dell'attaccamento (Riva Crugnola, 2012).

Sulla base delle osservazioni, si poté differenziare tre stili di attaccamento, quali l'attaccamento sicuro, insicuro-evitante e insicuro-ambivalente (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978).

Il *pattern* di attaccamento sicuro (gruppo B) è caratterizzato dalla capacità di instaurare relazioni sane e agire autonomamente nelle situazioni di vita personale (Bowlby, 1988). Questo è reso possibile dalla fiducia, disponibilità e comprensione che il *caregiver*, fungendo da base sicura, trasmette al bambino, il quale è in grado di fornire risposte adattive nei momenti di abbandono e di percepirsi come un individuo degno d'amore. Nella fase iniziale della SS, in cui la madre è presente, il bambino esplora attivamente l'ambiente e gioca. Durante la separazione mostra un senso di angoscia e protesta ma al momento della riunione cerca la madre, è facilmente consolabile e in seguito riprende a giocare.

I bambini con un attaccamento insicuro-evitante (gruppo A) possono aver vissuto il primo anno di vita con un *caregiver* poco rispondente e disponibile alle loro richieste di cura, non svolgendo la funzione di regolatore emotivo. Di fronte ai tentativi di vicinanza espressi dal bambino, il genitore mette in atto comportamenti di allontanamento e di rifiuto, promuovendo l'autosufficienza e scoraggiando il pianto. Questo fa sì che l'infante debba imparare a inibire le proprie richieste attraverso la disattivazione del

sistema di attaccamento e a utilizzare strategie di autoregolazione al fine di essere indipendente dal punto di vista emotivo, non potendosi affidare alla responsabilità genitoriale.

Durante la SS, i bambini si comportavano come se niente li infastidisse. Manifestavano indifferenza durante l'allontanamento e alla riunione con la madre sottraendosi dal contatto fisico ed emotivo con essa. Questi comportamenti rappresentano la messa in atto di meccanismi di difesa, poiché focalizzare l'attenzione sugli oggetti piuttosto che sulle persone aiuta il bambino a evitare la vicinanza nascondendo il disagio che deriva dai suoi sentimenti di bisogno, i quali non potranno essere colmati in modo soddisfacente (Ainsworth, 1978; Main e Stadtman, 1981).

Pur non esprimendo emozioni negative e osservando in loro stati di tranquillità, si è potuto dimostrare che i bambini con attaccamento evitante possiedono una costante attivazione fisiologica (*iper-arousal*) e un maggiore livello di stress a confronto dei bambini con attaccamento sicuro. L'affermazione è stata raggiunta attraverso la rilevazione di un aumento della frequenza cardiaca e del tasso ematico di cortisolo (Spangler e Grossmann, 1993).

Nell'attaccamento insicuro-ambivalente (gruppo C), il *caregiver* risponde in maniera imprevedibile alle richieste di cura del neonato e risulta inaffidabile in situazioni di difficoltà.

Nella SS, durante la separazione con la madre, il bambino cerca di attirare l'attenzione attraverso la protesta, il pianto, le grida, inoltre esperisce una forte angoscia ed è difficile da consolare nella fase del ricongiungimento. Non è interessato ad esplorare l'ambiente in cui è immerso, risultando ansioso.

Questi comportamenti vengono messi in atto dal bambino perché, non percependo la madre come base sicura e quindi non potendo contare sulla sua costante disponibilità, cercano di porre frequenti richieste, e talvolta in forme eccessive, al fine di ottenere almeno in parte quello di cui hanno bisogno, richiamando l'attenzione del genitore.

I teorici dell'attaccamento sostengono che queste tre categorie (sicuro, evitante e ambivalente) costituiscono un attaccamento organizzato e funzionante, in quando derivano dal migliore attaccamento che un *caregiver* possa fornire al figlio.

I bambini che vanno incontro a un attaccamento strutturato sono in grado di adeguarsi per il mantenimento delle relazioni, pur andando incontro a distacco e indifferenza

emotiva (Van der Kolk, 2015).

Nonostante ciò, i *pattern* di attaccamento possono mantenersi stabili in età adulta, pertanto vi è la possibilità che bambini ansiosi possano diventare adulti ansiosi, così come i bambini che hanno incontrato un attaccamento evitante potrebbero diventare persone a cui mancherebbe la capacità di accesso alle proprie emozioni e a quelle altrui. Ricerche condotte in ambito scolastico hanno evidenziato una forte predisposizione per i bambini evitanti ad attuare condotte di bullismo nei confronti di bambini ansiosi che diventano le vittime (Van der Kolk, 2015).

Qualche anno dopo la redazione della *Strange Situation Classification*, Main e Solomon (1986), durante la valutazione dei *pattern* di attaccamento, si accorsero che alcuni bambini non presentavano comportamenti che rientrassero in una delle tre categorie sopra descritte, mostrando invece un attaccamento meno adattato. Tale attaccamento è stato definito dagli stessi autori “disorganizzato” (o disorientato), ovvero non strutturato, poiché il bambino non ha la possibilità di richiedere la vicinanza, come accade negli stili sicuri e ambivalenti, ma neppure trasferire la sua attenzione a un altro oggetto come accade nel bambino evitante (Van der Kolk, 2015).

La madre che innesca questo stile di attaccamento presenta un vissuto difficile, spesso contrassegnato da memorie dolorose e traumi irrisolti che riaffiorano alla mente generando emozioni di paura, dolore e collera improvvisa. Spesso, queste emozioni caratterizzano le risposte che il genitore fornisce al bambino, diventando per quest’ultimo una figura spaventante, quando vengono messi in atto violenze verbali o fisiche, oppure spaventata e impotente, quando il *caregiver* esprime implicitamente paura, trasmettendola al bambino attraverso il contagio emotivo (Liotti, Farina, 2011).

La figura primaria risulta anche incurante dei bisogni dell’infante perché maggiormente sintonizzata sulle proprie necessità più che su quelle del figlio.

Liotti e Farina definiscono la paura in sé non disorganizzante, ma può portare all’attivazione di tre possibili sistemi: il sistema di difesa, che può generare risposte di attacco o fuga, il sistema di attaccamento con il bisogno di protezione, e infine il sistema competitivo che in questo caso genera sottomissione.

La paura diventa disorganizzante nel momento in cui non viene assolta attraverso una di queste risposte organizzate, perché può accadere che entrino in contrasto.

Come accade in questa situazione, il *caregiver* diventa al contempo necessario per la sopravvivenza e fonte di stress e/o terrore, attivando simultaneamente nel bambino i due sistemi motivazionali opposti, nonché quelli di attaccamento e di difesa, che entrano inevitabilmente in conflitto, causando una disorganizzazione nel comportamento (Liotti, Farina, 2011).

Generalmente il sistema di attaccamento e di accudimento si attivano in sincrono ma verso realtà ambientali diverse e non nei confronti di un'unica realtà ambientale, come accade in questo caso (Liotti, Farina, 2011).

Uno studio ha messo in luce l'ipotesi che la trasmissione diretta o indiretta della paura (genitore spaventato o spaventante) rappresenta l'origine dell'attaccamento disorganizzato nell'infante (Schuengel, 1999).

Durante la procedura osservativa, questi bambini attuano condotte confuse e contraddittorie. Al momento della separazione cercano la vicinanza con la madre ma tendono a evitarla durante il ricongiungimento, anche se hanno un evidente bisogno di conforto. In alcuni casi il bambino può all'improvviso immobilizzarsi e manifestare uno sguardo assente, come accade nella risposta del *freezing* presente nel sistema di difesa. Le risposte di attacco o fuga, mediate dallo stesso sistema, non possono essere attuate per l'attivazione simultanea del sistema di attaccamento (Liotti, Farina, 2011).

Alcuni studi hanno dimostrato che la presenza di alleli nel patrimonio genetico in alcuni soggetti possono concorrere allo sviluppo di un attaccamento disorganizzato (Bakermans-Kra-nenburg, van Ijzendoorn, 2007; Frigerio et al., 2009).

Tuttavia, bisogna tenere presente ciò che alcuni ricercatori hanno sottolineato, ovvero che la tipologia di attaccamento può variare in seguito a interazioni rilevanti che la persona esperisce nel corso della vita (Bowlby, 1990; Hamilton, 2000; Lewis, Feiring, & Rosenthal, 2000; Moreira, 2006; Weinfield, Sroufe, & Egeland, 2000).

Negli attaccamenti di tipo insicuro e disorganizzato, le difficoltà emotive del bambino non vengono accolte e contenute all'interno della relazione diadica, pertanto tali disagi verranno espressi dal bambino attraverso agiti o con la presenza di sintomi (Cancrini, 2013). Per questa ragione, con la crescita, potrebbero determinare nel bambino difficoltà nella regolazione emotiva, impulsività, problematiche nella gestione di azioni dirette al raggiungimento degli obiettivi.

È bene ricordare che le traiettorie di sviluppo non sono lineari, ma possono essere plasmate dalle molteplici esperienze di vita (Van der Kolk, 2015).

1.3 Adult Attachment Interview

Se la *Strange Situation* valuta i pattern di attaccamento nei bambini, l'*Adult Attachment Interview* (AAI) valuta, negli adulti, lo stato della mente connesso all'attaccamento.

Le ricerche condotte sugli stili di attaccamento in età adulta sono state svolte da due correnti principali: la prima rappresentata dalla psicologia clinica e dalla psicologia dello sviluppo, aventi l'obiettivo di approfondire la trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento, mentre la seconda riguarda la psicologia sociale e della personalità che si sono concentrate sulle dinamiche sociali e cognitive che condizionano gli atteggiamenti nelle interazioni sociali intime (Shaver, Mikulincer, 2007).

Questo strumento nasce per l'ambito di ricerca, anche se si è rivelato utile anche in ambito clinico.

Mary Main, Carol George e Nancy Kaplan elaborarono l'AAI nel 1985. Ne risulta un'intervista clinica semi-strutturata avente l'obiettivo di rilevare lo stato della mente del soggetto, mentre rievoca le sue esperienze relative all'attaccamento.

L'intervista avviene attraverso tre momenti relativi alla somministrazione e alla registrazione del dialogo, poi avviene la trascrizione integrale e si conclude con il processo di codifica.

La durata della somministrazione è variabile, e richiede all'incirca dai quarantacinque ai novanta minuti di tempo.

Lo strumento possiede numerose proprietà psicometriche tra cui, oltre alla validità e l'affidabilità, è bene ricordare la correlazione con la classificazione della *Strange Situation*, mentre non vi sono correlazioni con il quoziente intellettivo e con la memoria a breve e lungo termine.

Durante l'intervista, il soggetto deve evocare alla mente i ricordi e comunicarli attraverso un'esposizione collaborativa, coerente e razionale.

Le risposte che l'intervistato fornisce saranno poi analizzate considerando il contenuto e la forma del discorso. Entrambe queste dimensioni devono seguire le quattro massime conversazionali elaborate da H. P. Gricce nel 1975, che riguardano la qualità (essere

sinceri), la quantità (adeguata di informazioni), la relazione (con il tema del dialogo), e il modo (cercare di essere chiari).

Nella prima fase di codifica dell'AAI, a seconda della presenza e del livello di intensità di un comportamento, si attribuiscono dei punteggi a diverse scale di valutazione. La prima scala valuta la “probabile esperienza” relativa al rapporto e alle esperienze del soggetto con le sue figure genitoriali, mentre la seconda è nominata scala “della mente” che valutano i processi mentali che sottostanno al dialogo e alle modalità narrative che vengono principalmente utilizzate dall'intervistato.

La seconda fase di codifica dell'AAI ha l'obiettivo di attribuire lo stato della mente del soggetto allo stile di attaccamento emerso nel corso dell'intervista, quindi a come il soggetto crea e narra i suoi vissuti primari, mettendoli in chiaro quando li esplicita.

Gli stili di attaccamento che possono emergere in relazione allo stato della mente sono cinque. Il primo, nominato *free* (F) o autonomo e libero, presenta un discorso coerente, caratterizzato da ricordi dell'infanzia sia positivi che negativi, sono inoltre facilmente accessibili. I soggetti sicuri sono in grado di gestire i sentimenti che riguardano il passato e le preoccupazioni per il futuro.

Il secondo stile di attaccamento è definito *dismissing* (Ds) e significa distanziante. I racconti sono brevi e poco specifici perché gli individui spesso non vogliono rivelare le proprie esperienze di attaccamento. Presentano difese stabili per allontanare dalla consapevolezza i vissuti infantili di attaccamento, tipicamente caratterizzate da rifiuto e abbandono, ma anche per l'incapacità di gestire emozioni spiacevoli ed evitare la disorganizzazione. Per poter rispondere alle domande dell'intervista vi è la tendenza a normalizzare l'esperienza vissuta in passato.

Il terzo possibile attaccamento è l'*Entangled* (E), quindi preoccupato o invischiato. Sono soggetti che durante il racconto fanno emergere ricordi ed emozioni negative di attaccamento, che gli hanno causato la percezione di non essere voluti, amati e di essere feriti.

Il quarto stile è l'*Unresolved* (U) nonché non risolto. Durante la narrazione si esplicitano esperienze di lutti o abusi fisici o sessuali che si hanno subito nell'infanzia. I riferimenti temporali sono confusivi, ad esempio l'intervistato può parlare di una persona morta con un tempo verbale al presente o mostrare incertezza relativa a quando

sono avvenute le esperienze traumatiche. Ne risulta un discorso incoerente e non fluido, caratterizzato da frequenti pause.

Infine, come ultima categoria, è stata aggiunta la *Cannot Classify* (CC), nella quale rientrano le persone non classificabili perché presentano una strategia di dialogo non omogenea e prevalente rispetto alle proprie esperienze di attaccamento (Ardito, 2012).

Mary Main ha osservato che le rappresentazioni mentali nei soggetti adulti sono correlate con le classificazioni di attaccamento presenti nella *Strange Situation*.

Per confermarlo ulteriormente, attraverso degli studi longitudinali è emerso che il comportamento di attaccamento rilevato nei bambini nella *Strange Situation* predice lo stato mentale che gli adulti mostreranno nell'AAI in riferimento al proprio attaccamento (Waters, Merrick, et al., 2003).

1.4 Modelli operativi interni

Gli studiosi dell'attaccamento hanno evidenziato come le modalità di risposta dei *caregiver* primari non solo consentono la sopravvivenza, ma influenzano anche “*il modo in cui il nostro cervello in rapido sviluppo percepisce la realtà*” (Van der Kolk, 2012, p. 149).

Nella relazione con la figura affettiva primaria il bambino apprende la differenza tra cosa è sicuro e ciò che bisogna evitare, su chi ci possiamo fidare e su chi bisogna diffidare.

Queste informazioni sono localizzate nei circuiti cerebrali e si traducono in rappresentazioni mentali che il bambino crea di sé e della figura di attaccamento, fino a estenderle alle interazioni sociali future (Van der Kolk, 2015), diventando più specificamente modelli di sé con l'altro (Liotti, 2001).

Per Fonagy le prime relazioni sono un elemento significativo non solo per plasmare le future relazioni, piuttosto perché forniscono un sistema di elaborazione mentale che andrà a produrre rappresentazioni, comprese le rappresentazioni di relazioni (Fonagy, 1996).

Le raffigurazioni mentali, che il bambino possiede su di sé e sul mondo, caratterizzano i modelli operativi interni (*internal working model*), non altro che strutture cognitive implicite prima ed esplicite dopo, evolute a partire dagli stili di attaccamento.

In un primo momento, la memoria implicita del bambino sintetizza gradualmente le modalità con cui il *caregiver* risponde alle sue emozioni di attaccamento, strutturandole in rappresentazioni generalizzate delle interazioni (Stern, 1985), successivamente queste strutture cognitive implicite si convertono in strutture semantiche e quindi esplicite.

Bowlby, a partire dalla teoria cognitiva di Beck (1976), rileva che le persone possiedono una mappa dell'ambiente in cui vivono, utili per poterlo controllare e manipolare.

Il controllo dell'ambiente avviene attraverso due modelli distinti, quali il modello ambientale, che fornisce nozioni sul mondo, e il modello organismico che cede informazioni sulla relazione tra sé stessi e il mondo.

L'autore stesso definirà i modelli operativi interni (MOI) come schemi mentali che orientano il comportamento umano, poiché contengono la configurazione spazio-temporale della realtà fisica (Bowlby, 1973), e che consentono anche al bambino di comprendere, attraverso la previsione dei comportamenti altrui, come funzionano le relazioni che ha con l'ambiente e di interpretare gli eventi della propria vita (Berti, Bombi, 2013).

In sintesi, il modo in cui le persone interagiscono con il mondo esterno è strettamente connesso al proprio modello operativo interno.

Bowlby sosteneva che questi modelli erano multipli poiché sono connessi alle molteplici figure familiari e non, con cui il bambino instaura le relazioni, e si basano su particolari funzioni cognitive, più precisamente l'utilizzo dei diversi sistemi di memoria (Bowlby, 1980).

Anche Horowitz (1987) si occupò dei modelli operativi interni, definendoli come modelli di relazioni di ruoli e schemi sé-altro, nonché modelli di rappresentazioni impiegati dal bambino per prevedere e relazionarsi con la realtà esterna.

I modelli operativi hanno origine nei primi anni di vita, grazie allo sviluppo cognitivo, e permangono in forma relativamente invariata nel corso del tempo.

Tuttavia, ci possono essere degli avvenimenti significativi, sia ambientali che interni all'organismo, che contribuiscono alla variazione del modello stesso (Bowlby, 1983).

Questo pensiero fu condiviso anche da Hazan e Shaver (1987), i quali sostennero che i modelli interni non sono statici ma in continuo cambiamento sulla base delle esperienze personali.

Il temperamento del bambino e i modelli esperienziali che si sono verificati, in maniera

ripetuta, nelle prime relazioni significative con i *caregiver* andranno a influenzare il proprio modello operativo interno.

Questo avviene perché quando specifici circuiti cerebrali vengono attivati ripetutamente per un lungo periodo si convertono in schemi predefiniti, e andranno a rappresentare la risposta che, con maggiore probabilità, verrà messa in atto. Di conseguenza, se il bambino percepisce sicurezza e amore, il cervello svilupperà schemi predefiniti specializzati nell'esplorazione dell'ambiente, ma anche nel gioco e nella cooperazione; se invece si sente spaventato e non amato, il cervello dovrà specializzarsi nel controllo della paura e dalla percezione di abbandono (Van der Kolk, 2015).

Alla luce di quanto è emerso, un bambino con un attaccamento sicuro, al quale le sue richieste di cura e conforto hanno avuto risposte positive e coerenti, il modello interno che si potrà andare a configurare sarà caratterizzato da una rappresentazione di sé come degno di amore e di attenzione anche nei momenti di disagio, e una rappresentazione dell'altro come affidabile, disponibile e benevolo in quanto ha risposto con costanza e adeguatamente alle richieste del bambino.

Lo stile di attaccamento insicuro-evitante coinvolge un genitore che risponde scarsamente o per niente alle necessità del figlio. Questo genera una visione di sé come non degno di ricevere attenzione, protezione e come fonte di fastidio, e una visione dell'altro come rifiutante e distaccato.

Nonostante ciò, questa tipologia relazionale permette al bambino di avere comunque un modello operativo interno unitario e coerente in riferimento a una previsione del futuro infelice e malinconica.

Gli individui, in questa situazione, hanno maggiore probabilità di sviluppare quadri clinici caratterizzati da alessitimia, nonché incapacità nel riconoscere e condividere i loro stati emotivi (Nemian, Sifneos, 1976), depressione e disturbi psicosomatici.

Un *caregiver* incostante e incoerente nelle risposte di accudimento pone le basi per lo sviluppo di un attaccamento insicuro-ambivalente. Queste risposte imprevedibili creano nel bambino dei modelli operativi interni caratterizzati da informazioni oscillanti, pertanto imprevedibili, poiché in alcune situazioni il genitore ha risposto positivamente alle richieste di attaccamento, in altre il genitore è stato inaspettatamente assente e non disponibile.

A causa di questi atteggiamenti, il modello operativo interno che tenderà a svilupparsi

sarà orientato a garantire uno stato di iperattivazione del sistema di attaccamento nel bambino.

Inoltre, rispetto alle prime due tipologie di attaccamento, il modello operativo sarà meno coerente e unitario, in quanto tendono a svilupparsi rappresentazioni cognitive di sé discordanti: come degno di attenzione e protezione, ma anche come non degno di attenzione nei momenti difficili.

L'ultimo degli stili di attaccamento è quello disorganizzato, attraverso il quale il bambino ha vissuto il primo anno di vita con un *caregiver* turbato da memorie traumatiche e dolorose che riemergono alla memoria.

I modelli operativi interni che si svilupperanno saranno molteplici, dissociati e frammentati, accrescendo la probabilità, nel periodo adolescenziale, di sviluppare patologie di tipo dissociativo (Riva Crugnola, 2012).

Tramite i modelli operativi interni gli stili di attaccamento fondati nell'infanzia vengono traslati nella vita adulta e trasmessi alle generazioni future.

1.5 Trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento

Gli studiosi hanno messo in luce come gli stili di attaccamento tendenzialmente vengono trasferiti tra le generazioni, ovvero il modello operativo interno del genitore può presentarsi nel figlio con un'elevata probabilità, che aumenta se si coinvolgono entrambi i genitori.

La trasmissione è resa possibile dal fatto che le modalità relazionali con le figure primarie vengono interiorizzate dal bambino, il quale privilegerà quel modello di comportamento non solo nelle interazioni sociali ma anche nel suo ruolo genitoriale futuro.

Bowlby fu il primo a riflettere su come le esperienze di separazione e di perdita prolungata durante l'infanzia possono incidere sull'incapacità di possedere un'appropriata responsabilità genitoriale.

Riportando questo suo pensiero nella trilogia di "Attaccamento e perdita" (1969; 1973; 1980), mostra come le madri depresse che avevano vissuto esperienze traumatiche, spesso non erano in grado di soddisfare sufficientemente le richieste affettive dei loro figli.

Entrando nel dettaglio, Bowlby individua due fattori che conducono la madre a instaurare una specifica relazione piuttosto che un'altra: il primo è la quantità di supporto affettivo che dispone nel presente, il secondo è la modalità di accudimento che ha ricevuto nell'infanzia (Bowlby, 1988).

Sulla base di ciò si può affermare che le esperienze di attaccamento influenzano il ruolo genitoriale; in particolare, quelle negative spesso inducono la madre a chiedere accudimento anziché fornirlo, invertendo così i ruoli della relazione.

La tendenza ad utilizzare un sistema motivazionale interpersonale (SMI), che ha caratterizzato l'infanzia del genitore, aumenta le probabilità di riutilizzarlo nella relazione con il figlio. Inoltre, dato che i sistemi motivazionali tendono a sintonizzarsi durante le interazioni, è certo che si avvierà nel bambino il corrispettivo sistema attivo nel genitore (Liotti, Farina, 2011).

La messa in atto di comportamenti disfunzionali nei confronti dei figli spesso indica la presenza nel genitore di insicurezza e pericolo. Questi sentimenti emergono quando l'ambiente circostante non fornisce sicurezza oppure quando il figlio è percepito come una possibile minaccia. Di conseguenza, i comportamenti non saranno consoni all'adeguato ruolo genitoriale, e possono indurre all'attuazione di maltrattamenti, trascuratezza, e talvolta raggiungere anche situazioni estreme di abuso sessuale o infanticidio (Crittenden, 2008).

Un ulteriore riferimento per la spiegazione è quello del modello dello sviluppo traumatico che descrive, in particolare, la trasmissione intergenerazionale degli attaccamenti disorganizzati e dei traumi. I bambini che hanno subito esperienze traumatiche tendono con maggiori probabilità a diventare genitori spaventati, trasmettendo emozioni di paura ai figli durante l'accudimento, o impotenti e ostili. Si determina così un ciclo ripetitivo nel passaggio degli sviluppi traumatici e degli eventuali disturbi che ne derivano, eccetto se avvenisse *“un'esperienza di vita correttiva capace di ripristinare nel genitore una certa sicurezza nella dimensione relazionale dell'attaccamento-accudimento”* (Liotti, Farina, 2011, p. 151).

Capitolo 2 – Attaccamento e trauma

2.1 Le origini storiche del trauma psichico infantile

A Pierre Janet fu conferito il titolo di padre fondatore della psicotraumatologia moderna in quanto, molte teorie attuali relative ai disturbi post-traumatici da stress sono consone ai suoi pensieri (Howell, 2005). Allo stesso esponente risale la definizione di trauma psicologico e la stesura delle conseguenze psicopatologiche che porta con sé.

Freud, invece, si occupò del trauma infantile per spiegare l'eziologia della nevrosi. In particolare, riteneva che i traumi sessuali, visti come tentativo di seduzione da parte di un adulto, potessero esserne alla base. Tuttavia, nel 1897 si allontanò da questa linea di pensiero, e quindi dalla teoria traumatica della seduzione, in quanto notò che all'origine non sempre era presente un evento traumatico vissuto nell'infanzia. Questa visione lo portò ad attribuire maggiore importanza alla riattivazione di fantasie inconsce e delle pulsioni rimosse, piuttosto che all'evento esterno (Freud, 1906).

Anche nel dare una definizione al trauma evidenziò non molto l'oggettività dell'evento traumatico ma i sentimenti di paura, terrore, angoscia e vergogna che determinano il dolore psichico del trauma (Freud, 1920).

A seguito di quanto detto, la definizione di trauma psicologico è basata su un evento riconoscibile a causa di emozioni travolgenti che soverchiano le capacità del soggetto di governarle nella sua coscienza (Van der Kolk, van der Hart, 1989).

I vissuti soggettivi di questi eventi creano delle rappresentazioni interne, spesso rimosse, che possono indurre a conseguenze patologiche nella struttura psichica.

Freud nella sua analisi pone in rilievo l'oggetto libidico, che permette di soddisfare la pulsione, nella prospettiva dei desideri inconsce dell'infante, trascurando la relazione che il bambino ha con l'oggetto (Spitz, 1976).

Mentre Freud si occupa del trauma a livello intrapsichico, e quindi di ciò che accade nella mente del bambino, Ferenczi privilegia il contesto relazionale, dedicandosi all'interazione tra il bambino e il suo ambiente.

Ferenczi aggiunge al concetto di trauma precoce tutti i comportamenti che determinano i vari accadimenti dannosi, ed evidenzia quanto gli eventi di piccola entità ma ripetuti nel tempo hanno importanza retrospettiva.

Un elemento di particolare rilevanza nei suoi scritti è che “è il *disconoscimento da parte della madre di ciò che è accaduto a rendere il trauma patogeno*” (Ferenczi, 1931, p. 75), ovvero quando di fronte a una situazione traumatica si reagisce con il diniego sostenendo che non sia accaduto niente, convertendo così il trauma in un’entità patogena e nociva.

Con tale affermazione, l’autore anticipa quella che sarà la definizione di trauma cumulativo (Khan, 1974), originato dalle tensioni di dipendenza che il bambino ha con il *caregiver* e dagli eventi ambientali frequenti e impercipienti, all’apparenza innocui, ma in grado di provocare conseguenze destrutturanti nell’Io.

Questi piccoli traumi per loro natura, spesso, vengono trascurati sia dalla persona coinvolta che dal contesto ambientale, portando con sé i residui.

Proseguendo sul continuum temporale, il DSM-5 nel definire il trauma psicologico considera sia la dimensione soggettiva che quella relazionale. Da un punto di vista soggettivo è presente un’esperienza diretta a un evento che può provocare o che provoca morte, lesioni gravi o che minaccia l’integrità fisica, mentre a livello relazionale l’esposizione è indiretta e riguarda amici o parenti stretti nei confronti di un evento violento o accidentale (APA, 2013).

Nonostante la gravità oggettiva che caratterizza un trauma psicologico, vengono soprattutto prese in considerazione le possibilità dell’individuo di reggere gli effetti. Di conseguenza, la presenza di un trauma indica che il soggetto non è riuscito a far fronte emotivamente all’evento che ha subito.

Quando ci si trova in una situazione percepita come una minaccia, dalla quale non ci si può allontanare o non ci si può difendere, essa genera sentimenti di sfiducia portando con sé un senso di impotenza, in particolare quando l’evento è ripetuto e non è presente nessun individuo a fornire protezione. Questa reazione rappresenta uno dei fattori clinici più significativi all’interno dei disturbi associati ai traumi (Farina, Liotti, 2011).

In sintesi, l’evento traumatico può essere descritto come un fenomeno che sovraccarica le capacità dell’individuo nel resistere ad affrontare l’episodio stressante, reso tale dall’impossibilità di fuggirvi (Van der Kolk, 1996).

Nel momento in cui queste situazioni si ripetono periodicamente durante l’infanzia, generano degli effetti cumulativi che determinano nel bambino uno sviluppo traumatico,

il quale rappresenta la forma più tipica e rilevante di trauma complesso (Farina, Liotti, 2011).

2.2. I traumi intrafamiliari

I traumi complessi, si distinguono dai traumi singoli in quanto sono eventi traumatici cumulativi che si verificano in tempi prolungati, e aumentano di gravità se subiti nell'infanzia. Generalmente sono interpersonali e si verificano all'interno del contesto familiare, in cui la relazione tra il bambino e il genitore è disfunzionale; in particolare il genitore risulta essere maltrattante e abusante (Liotti, Farina, 2011).

La sintomatologia del trauma complesso (o DPTSc) comprende l'alterazione di una o più capacità riguardanti l'ambito emozionale, sociale, cognitivo o psicologico, poiché queste aree non hanno avuto la possibilità di evolversi in modo appropriato oppure sono state danneggiate a causa di esposizioni ripetute a traumi nel corso tempo (Luxenberg, 2001).

La prima diagnosi del *Complex Post Traumatic Stress Disorder* (Herman, 1992), ovvero disturbo da stress post-traumatico complesso (DPTSc), fu elaborata da Herman nel 1997, e richiede la presenza di sette criteri. Il primo riguarda il vivere in un sistema totalitario in cui il soggetto è esposto a violenza domestica, abuso fisico, psicologico o sessuale nell'infanzia o a sfruttamento. Mentre i restanti sei criteri rappresentano le aree di funzionamento che vengono maggiormente compromesse in termini evolutivi. In particolare, vi sono alterazioni nella regolazione emotiva (disforia, rabbia), nella coscienza (dissociazione, amnesia), nella percezione di sé (impotenza, vergogna), nelle relazioni con gli altri (isolamento, sfiducia), nei sistemi di significato (senso di disperazione), e nella percezione del colpevole (spesso ci sono idealizzazioni delle persone maltrattanti). Per quest'ultima alterazione, Ferenczi fa riferimento all'identificazione con l'aggressore (Ferenczi, 1933), mentre Bowlby, come causa di tale comportamento, riconosce nella vittima il bisogno di vicinanza per sentirsi protetta (Bowlby, 1969).

Tuttavia, psicologi e psichiatri clinici statunitensi (facenti parte del *Child Traumatic Stress Network*) per ovviare all'assenza di una diagnosi dello sviluppo traumatico in età evolutiva, modificarono i criteri del DPTSc, non utilizzati nell'ambito della clinica

dell'età evolutiva, originando il disturbo traumatico dello sviluppo (van der Kolk, 2005). I criteri diagnostici sono articolati in sei *cluster* che prevedono la presenza di vissuti interpersonali violenti e trascuratezza grave nell'accudimento, incapacità di regolazione emotiva ma anche delle funzioni fisiologiche, disturbi del comportamento e cognitivi, alterazione nella percezione di sé e dei rapporti interpersonali, presenza dei sintomi del DPTS semplice e compromissione del funzionamento globale in ambito familiare, sociale, scolastico e comportamentale (van der Kolk, 2005).

Un elemento che emerge in seguito a tutte le esperienze traumatiche è rappresentato dall'emozione della vergogna relativa al vissuto, perché molto spesso la persona crede che i maltrattamenti subiti se li merita in quanto difettosa, cattiva, impotente, oltre a percepire il vissuto come una memoria che non deve essere comunicata agli altri (Dutra, Callhan, Forman, Mendelsohn & Herman, 2008; Herman 2012).

Più recentemente, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha inserito la diagnosi del DPTSc nell'undicesima edizione dell'*International Classification of Diseases (ICD-11)* (OMS, 2019), tuttavia non è ancora stata aggiunta nel DSM-5 (APA, 2013).

Con l'utilizzo dell'ICD-11 (OMS, 2019), per poter diagnosticare il disturbo da stress post-traumatico complesso devono essere innanzitutto presenti i tre principali gruppi di sintomi presenti nel DPTS semplice, ovvero risperimentazione attraverso *flashback*, memorie, incubi che fanno riemergere alla mente l'esperienza traumatica, evitamento di ogni elemento che può essere ricondotto al trauma, e infine iperattivazione del sistema di difesa.

Oltre ai sintomi del DPTS semplice, possono emergere alterazioni nella regolazione emotiva, portando con sé problematiche relazioni, sintomi somatici e dissociativi (Herman, 1992), che influenzano la traiettoria di sviluppo della persona (Herman, 2005).

Nel campo delle neuroscienze si sta attestando la capacità dei vissuti traumatici, che si verificano in precisi archi temporali della maturazione cerebrale, di determinare dei cambiamenti definitivi nelle reti neurali che regolano le emozioni (De Bellis, 2005; Schore, 2009).

A maggior ragione, attraverso indagini epidemiologiche, si è dimostrato che gli sviluppi traumatici possono avere effetti negativi tanto sulla salute mentale che su quella fisica (Felitti, 2009).

Oltre il DPTSc, di recente è stata indicata la presenza di un'altra tipologia di trauma complesso, definito trauma relazionale precoce (Schore, 2003, 2009a).

Si verifica durante i primi due anni di vita nel contesto intrafamiliare e riguarda le modalità interazionali che avvengono tra il bambino e chi se ne prende cura, caratterizzate da un contagio emotivo di paura che viene inconsciamente e ripetutamente manifestata dal *caregiver* e assimilata dal bambino (Liotti, Farina 2011).

Nei traumi relazionali precoci le interazioni tra il bambino e il suo *caregiver*, comprese le relazioni in cui il genitore manifesta direttamente i maltrattamenti, portano a una disorganizzazione dell'attaccamento, generando intense emozioni e sentimenti di impotenza, proprio come accade in ogni vissuto traumatico. Inoltre, anche in questo caso si verifica una disintegrazione delle funzioni mentali (Liotti, Farina, 2011).

Le caratteristiche sintomatologiche che provoca un attaccamento disorganizzato possono indurre all'insorgenza del disturbo traumatico dello sviluppo (DTS) e del disturbo da stress post-traumatico complesso (DPTSc).

Qualora il bambino subisse traumi da individui esterni e nel contesto familiare è presente un *caregiver* emotivamente fragile e incapace di fornire aiuto, allora si determinerebbe il *neglect* (o trascuratezza), che è un altro possibile trauma intrafamiliare provocato dal genitore che vive sentimenti di impotenza.

Il *neglect* può essere associato a diversi tipi di trascuratezza, come quella fisica, educativa, emotiva e medica.

In generale, le esperienze traumatiche vissute nell'infanzia possono fare emergere condotte internalizzanti, come l'inibizione e il ritiro, o esternalizzanti, come per eccellenza l'impulsività. Inoltre, possono essere attuate strategie ipercontrollanti o ipocontrollati (Herman, 2005), in particolare quando sono presenti attaccamenti disorganizzati.

Queste strategie possono essere di tipo punitivo, accudente, sottomesso, sessualizzato oppure caratterizzate da un'inibizione nelle relazioni.

Si ipotizza che il bambino mette in atto una di queste strategie in base ai comportamenti del suo *caregiver*.

Tutte le strategie controllanti permettono di disattivare il sistema di attaccamento, bloccando così i comportamenti disorganizzati che avrebbero luogo se tale sistema fosse attivo.

Nello specifico, la strategia controllante punitiva permette al bambino di ottenere l'attenzione del *caregiver* attraverso comportamenti ostili, minacciosi, competitivi e di opposizione. In questa strategia si può notare l'attivazione del sistema di rango che si muove in una direzione di dominanza, al contrario della strategia controllante accudente che tende alla sottomissione. Infatti, nella strategia accudente si verifica un legame di attaccamento invertito in cui nel bambino, al posto del sistema di attaccamento, si attiva il sistema di accudimento verso il genitore. In quest'ultimo caso il bambino ha comportamenti protettivi e di conforto verso l'adulto. Può succedere addirittura che un bambino abusato, di fronte a un genitore che gli implora il perdono per le condotte maltrattanti nei suoi confronti, cerchi di consolarlo, rassicurarlo e tranquillizzarlo. Infine, nella strategia di tipo sessualizzata, il sistema di attaccamento viene sostituito con l'attivazione del sistema motivazionale sessuale, mentre la strategia caratterizzata dall'inibizione relazionale permette di inibire l'attivazione del sistema di attaccamento (Liotti, Farina, 2011).

2.3 Mente e corpo in risposta al trauma

Un concetto particolarmente significativo nell'analisi della memoria del trauma psicologico è quello di posteriorità (Freud, 1896).

Freud, in riferimento ai traumi sessuali, spiega che gli effetti non si manifestano in prossimità dell'evento subito, ma emergono successivamente (Freud, 1897).

Pertanto, con il concetto di posteriorità indica una seguente rielaborazione immaginaria delle esperienze passate, in questo modo il soggetto, rielaborando il significato dell'evento, gli attribuisce un nuovo valore.

Tuttavia, queste ritrascrizioni possono portare a effetti patogeni, in quanto secondo Freud l'evento non è di per sé traumatico, ma ad essere traumatici sono i ricordi (Freud, 1896).

Con il termine posteriorità, Freud anticipa quella che recentemente si è dimostrata essere la proprietà della mente, nonché la tendenza a rielaborare e riorganizzare il passato attraverso l'attribuzione di significati (Edelman, 1992).

Le neuroscienze hanno confermato che, nel momento in cui il ricordo è richiamato alla

memoria può subire una distorsione rispetto a come effettivamente è accaduto nella realtà (Freud, 1914).

Lo psicoanalista anticipa anche il concetto di amnesia infantile, rilevando che i ricordi narrativi durante l'infanzia sono scarsi, in quanto la memoria esplicita (dichiarativa) emerge intorno ai tre anni con lo sviluppo del lobo temporale.

La memoria implicita invece è più precoce e coinvolge l'amigdala e altri circuiti ad essa collegati, avendo la capacità di lasciare segni spesso permanenti (LeDoux, 1996).

Le dimensioni somatosensoriali, a cui sono connessi i vissuti traumatici infantili, sono state approfondite da Ferenczi (1934), e sono state confermate da attuali studi teorico-clinici, secondo cui il trauma, agendo su specifiche aree cerebrali (tra cui l'ippocampo), rende impossibile la rappresentazione semantica dell'esperienza e la sua elaborazione in memoria. Questi vissuti rimangono così a livello somatosensoriale, provocando sintomi somatici, disturbo del comportamento, incubi e *flashback* (Van der Kolk, 1987).

Ulteriori conferme sono state fornite dalle stesse persone traumatizzate, nelle quali le loro esperienze traumatiche precoci si manifestavano principalmente attraverso la memoria procedurale, e quindi con immagini, suoni, odori piuttosto che con le parole derivanti dalla memoria dichiarativa (Person, 1994).

Ne deriva che la memoria implicita è connessa al corpo, alle sensazioni e alle emozioni, per questo motivo quando la persona è in presenza di elementi percettivo-somatico-emotivi analoghi a quelli dell'evento traumatico, è più facile che i ricordi associati al trauma riemergano (Van der Kolk, 1989).

Lo stesso Ferenczi iniziò a sostenere che i vissuti traumatici spesso rimangono inconsci e si manifestano attraverso delle reazioni corporee, con le quali si rivive il trauma (Ferenczi, 1932).

Le memorie traumatiche, quindi, sono ancorate nel corpo che "ne paga le conseguenze" (Van der Kolk, 1994).

Le neuroscienze e la neurobiologia interpersonale hanno dimostrato che vivere esperienze traumatiche può indurre a modificazioni cerebrali reali, che avvengono per esempio nel sistema d'allarme del cervello, con un aumento dell'ormone dello stress e provocando squilibri nel sistema immunitario.

In situazioni di normalità, una volta superata la minaccia il sistema ormonale, che rilascia il cortisolo (ormone dello stress), ritorna stabile ripristinando l'equilibrio dell'organismo.

Tuttavia, in seguito a un trauma, l'ormone dello stress continua ad essere rilasciato dall'organismo anche se di fatto la minaccia è scomparsa. Quindi, è come se nel cervello la risposta fisiologica di difesa, attivata dal cervello emotivo per affrontare i pericoli, rimanesse perennemente attiva.

Una secrezione cronica di cortisolo può indurre in stati di panico e agitazione, compromettendo gravemente la salute.

Sempre a livello encefalico, la formazione degli schemi mentali e delle connessioni cerebrali avviene attraverso il corredo genetico, il quale può essere influenzato dallo stress nelle fasi di sviluppo (Perroud et al., 2008; Wagner et al., 2010).

Inoltre, tra i diversi danni neurobiologici che gli sviluppi traumatici provocano, si sono potute osservare anche alterazioni morfologiche del corpo calloso¹ (Teicher et al., 2002).

Nello specifico, esperienze traumatiche vicine e ripetute nel tempo, come avviene in alcuni sviluppi traumatici, possono generare delle reazioni neuroendocrine con effetti microanatomici dannosi a livello cerebrale, soprattutto nelle ramificazioni dendritiche dell'ippocampo² (Liotti, Farina, 2015).

Si ipotizza che gli stati di allarme negli sviluppi traumatici determinano l'attivazione dello stato iperadrenergico e una secrezione cronica di corticosteroidi, portando a un'*inibizione della neurogenesi e della differenziazione delle cellule nervose, ostacolano lo sviluppo dendritico e la formazione di sinapsi, attivano azioni di potatura delle connessioni nervose esistenti e inducono a fenomeni di morte cellulare*'³ (Liotti, Farina, 2011, p. 165).

Nelle persone che hanno subito nell'infanzia traumi complessi, si è potuto osservare che queste condizioni possono indurre a una diminuzione del volume dell'ippocampo (Vermetten et al., 2006).

Tendenzialmente si verifica anche una compromissione nella capacità di *networking*, cioè una mancanza di connessione tra le aree corticali superiori e quelle inferiori

¹ Lamina che unisce i due emisferi cerebrali.

² Struttura cerebrale avente il compito di integrare i dati nella memoria.

³ De Bellis, 2005; Schore, 2009; Schuder, Lyons-Ruth, 2004; Wagner et al., 2010.

limbiche e troncoencefaliche, che essendo tra loro disconnesse, non possono integrare le informazioni (Frewn, Lanius, 2006; Lanius, 2010; Schore, 2019; Spitzer 2004; Sullivan 2006).

L'individuo, nel tentativo di spegnere questa iperattivazione e tenere sotto controllo le sue reazioni, generalmente irrazionali, può incorrere a svariati sintomi somatici come la fibromialgia, sindrome da affaticamento cronico, malattie autoimmuni, dolori cronici alla schiena e al collo, emicrania, problemi digestivi e varie forme di asma.

Come anticipato, le reazioni fisiologiche delle persone traumatizzate non sono sotto il controllo volontario perché l'amigdala e i lobi frontali non comunicano efficacemente, e questo fa sì che la capacità inibitoria dei lobi frontali venga a mancare, portando come risultato una maggiore difficoltà nella regolazione delle emozioni e degli impulsi.

Per acquisire maggiore controllo sui propri stati interni si può utilizzare un approccio *bottom-up* o un approccio *top-down*. Il primo avviene attraverso una ritaratura del sistema nervoso autonomo, al quale si può accedere mediante il respiro, il movimento o il contatto. Mentre il secondo, permette ai lobi frontali di aumentare la sua capacità di controllo sulle sensazioni fisiche e generalmente viene utilizzata la pratica della *mindfulness* e lo yoga (Van der Kolk, 2015).

2.4 La dissociazione

A partire dal sistema di difesa, localizzato nella struttura troncoencefalica, si originano risposte di attacco, fuga o *freezing* (immobilizzazione) evolute per far fronte alle eventuali minacce ambientali. Tuttavia, si può attivare come risposta difensiva anche un'immobilizzazione cataplettica, innescata dal nucleo vagale dorsale, che ostacola tutte le altre risposte di difesa (Porges, 1997, 2001).

Quando l'immobilizzazione cataplettica è attiva, si manifesta temporaneamente una rapida riduzione del tono muscolare e una disattivazione globale di tutte le vie che connettono le aree corticali superiori, riguardanti la consapevolezza, alle strutture inferiori limbiche e troncoencefaliche che inviano ai centri superiori i segnali emotivi e dolorosi.

A causa della disattivazione viene a mancare anche la capacità di mentalizzazione e di riflessione (metacognizione), ostacolando l'integrazione dell'esperienza traumatica che

si sta vivendo, nel flusso continuo della psiche.

La mancanza d'integrazione può portare a una rappresentazione di sé frammentata, a causa della non unificazione degli stati dell'io, determinando i cosiddetti molteplici stati dell'io non unificati.

In presenza di un evento traumatico, l'immobilizzazione cataplettica può essere attivata quando il soggetto non può evadere dalla situazione in cui è bloccato. In questo modo, simulando uno stato di morte, la mente e il corpo riescono a difendersi e sopravvivere psichicamente al dolore.

Anche se la disattivazione dei sistemi neurofisiologici può provocare un'interruzione dello stato di vigilanza, generalmente nelle persone traumatizzate, questa condizione non induce a una completa sospensione della coscienza, infatti si manifestano sensazioni come impotenza a reagire e impossibilità a chiedere aiuto.

Proprio perché questa strategia difensiva viene messa in atto in contesti disperati, viene definita "fuga quando non v'è via di fuga" (Putnam, 1997).

Spesso, la disconnessione delle strutture somatosensitive con il cervello emotivo e la coscienza può avvenire con la presenza di sintomi dissociativi.

In psicopatologia la dissociazione fa riferimento a tre concetti differenti, quali: la categoria diagnostica dei disturbi dissociativi, il gruppo di sintomi dissociativi e infine i processi patogenetici che compromettono l'integrazione delle funzioni psichiche, determinando a loro volta i sintomi dissociativi che si ritrovano nei diversi quadri clinici (Liotti, Farina, 2011).

Il DSM-5 definisce i disturbi dissociativi "caratterizzati dalla disconnessione e/o dalla discontinuità della normale integrazione di coscienza, memoria, identità, emotività, percezione, rappresentazione corporea, controllo motorio e comportamento" (APA, 2013).

Molti studi scientifici hanno dimostrato che i disturbi e i sintomi dissociativi si presentano con un'elevata incidenza a seguito di vissuti traumatici, soprattutto in quelli che si verificano nell'infanzia all'interno del contesto relazionale, definiti in precedenza come "sviluppi traumatici" o "traumi dello sviluppo" (Carlson, 2009; Herman, 1992; Lanius 2010; Liotti, Farina, 2011; Van der Kolk, 2005).

La dissociazione è suddivisa in due tipologie: il distacco (*detachment*) e la compartimentazione (*compartmentalization*). Queste categorie sono caratterizzate a loro volta da differenti sintomi clinici (Holmes, et al., 2005).

Il distacco prevede sintomi di alienazione come la depersonalizzazione (alterazione dell'esperienza cosciente di sé) e la derealizzazione (alterazione dell'esperienza della realtà), e mancanza dei significati emotivi degli eventi (Barbas et al., 2003).

I sintomi di alienazioni descrivono per eccellenza la disintegrazione sulle funzioni mentali (Liotti, Farina, 2005).

Negli sviluppi traumatici, spesso, un sintomo dissociativo di distacco è dato dal vuoto mentale. Può comparire sporadicamente oppure con frequenza e divenire intollerabile, tanto da spingere chi lo prova a comportamenti autolesivi finalizzati a riacquisire l'esperienza cosciente di sé (Linehan, 1993; Nock, 2010).

La derealizzazione, invece, viene vissuta spesso come una separazione fisica dal mondo circostante, che viene percepito come se lo si stesse vedendo da dietro uno schermo di vetro.

La seconda tipologia di dissociazione, la compartimentazione, presenta sintomi associati alla “coscienza di accesso” che possiede elementi per lo più verbali o espressi con immagini mentali, ai quali si può accedere coscientemente con la parola. Due esempi tipici di compartimentazione sono l'amnesia dissociativa, che comporta all'impossibilità di rievocare importanti ricordi, spesso di natura traumatica, provocato dall'avvenimento del processo dissociativo, mentre il secondo è la non integrazione degli stati dell'io, provocando una mancata unificazione dei significati che rendono coerenti le narrazioni dei contenuti autobiografici e delle rappresentazioni semantiche di sé.

Una forma ancora più complessa e grave di compartimentazione è la fuga dissociativa, dove vi è un abbandono imprevisto dalla propria abitazione o dal luogo di lavoro, senza ricordi del passato e con stati confusivi rispetto all'identità personale (APA, 2000).

All'interno della compartimentazione, spesso possono esserci anche distorsioni della memoria, le quali si verificano con ricordi erronei di traumi precoci che erano stati dimenticati, e quindi dissociati.

Nei quadri clinici che includono come sintomo la dissociazione, spesso sono presenti, associati ad essa, stati di ipoemotività e di *hypoarousal* (stato di disattivazione fisiologica), alternati da iperemotività e di *hyperarousal* (stato di attivazione fisiologica)

(Liotti, Farina, 2011).

2.5 Fattori di rischio e fattori protettivi

I vissuti traumatici hanno conseguenze diverse sullo sviluppo della persona.

A concorrere nell'insorgenza di eventuali psicopatologie, subentrano i fattori di rischio e i fattori protettivi che possono essere endogeni ed esogeni all'individuo.

I fattori di rischio sono tutti quegli agenti individuali, sociali e relazionali che aumentano la probabilità di ottenere un esito patologico o non adattivo.

Ad esempio, la vulnerabilità dell'individuo rappresenta un elemento che contribuisce alla costruzione del rischio (Zuffranieri & Amistà, 2010).

Al contrario, i fattori protettivi comprendono tutte quelle risorse che riducono e bilanciano i fattori di rischio, consentendo all'individuo di adattarsi all'ambiente.

Una risorsa endogena all'individuo di fondamentale importanza è la resilienza, nonché la capacità di resistere e far fronte alle circostanze avverse.

La *Developmental Psychopathology* ha utilizzato un approccio multifattoriale per spiegare come la relazione tra i fattori di rischio (vulnerabilità) e i fattori protettivi (resilienza) possono incidere sulla traiettoria evolutiva, portando a conseguenze diverse e specifiche in ogni individuo.

L'interazione tra questi fattori permette, inoltre, di evidenziare una continuità tra l'infanzia e l'età adulta negli sviluppi psicopatologici.

Durante l'infanzia i fattori protettivi e di rischio possono essere racchiusi in due sistemi: il macrosistema che comprende tutti gli elementi socioeconomici e culturali, e il microsistema in cui rientrano le relazioni significative e le modalità di accudimento.

Nella comprensione degli sviluppi traumatici è importante considerare il sistema di attaccamento, particolarmente selezionato dall'evoluzione in quanto protegge la persona non solo dalle minacce ambientali, ma anche da tutti gli altri elementi che possono rendere l'individuo vulnerabile. Attraverso la richiesta di aiuto, si ottiene la protezione e il sostegno da parte dei conspecifici, nell'intero periodo di vita e non solo nei primi anni (Bowlby, 1969). Di conseguenza, anche in presenza e in seguito a eventi traumatici, il sistema di attaccamento si attiverà, in concomitanza con il sistema di difesa.

Alla luce di quanto è emerso, si ipotizza che la variabile più significativa nel determinare le soggettive reazioni ai traumi possa essere lo stile di attaccamento (Farina, Liotti, 2011).

Quindi, in base alle risposte di cura e protezione che il bambino ha ricevuto, si potrebbe verificare o meno uno sviluppo patologico.

Diversi studi hanno rilevato che la mancanza di supporto a eventi traumatici, da parte della propria rete sociale, possa essere un fattore di rischio per lo sviluppo del Disturbo da stress post-traumatico (Brewin et al., 2000; Lauterbach et al., 2007; Scarpa et al., 2006; Schumm et al., 2006). Infatti, l'assenza di cure e protezione impedisce la disattivazione del sistema di attaccamento, alterandone il tipico funzionamento.

Inoltre, le modalità di risposta, fornite dal *caregiver* ai bisogni del bambino, possono favorire o impedire lo sviluppo della capacità di mentalizzazione, che rappresenta un importante e fondamentale risorsa protettiva per lo sviluppo dell'individuo.

La capacità di mentalizzazione può essere sviluppata quando nella relazione di attaccamento è presente una sintonizzazione affettiva (Stern, 1985) che è la capacità di riflettere sui comportamenti propri e altrui in termini di stati mentali, mediante un processo chiamato pensiero riflessivo o funzione riflessiva del sé (Fonagy et al., 1991; 1994). In altre parole, è la capacità di vedere sé stessi dall'esterno e gli altri dall'interno. La presenza di questa capacità determina sia la realtà psichica che la parte riflessiva del sé, attraverso la quale si origina il nucleo della struttura del sé.

Per queste ragioni, la mentalizzazione è un elemento fondamentale per l'organizzazione del sé.

Nel contesto relazionale di attaccamento, la funzione riflessiva può essere definita attraverso la capacità di costruire e rappresentare nella mente qualcosa, o attribuirgli una qualità mentale.

Infatti, il *caregiver*, attraverso le interazioni con il bambino, inconsciamente gli attribuisce degli stati mentali, trattandolo come un agente pensante, e questo gli permette di dare un significato alle esperienze interne del figlio, trasformandole da sensazioni e percezioni in elementi emotivi e affettivi. Inoltre, acquisendo tale capacità sarà in grado di prevedere il comportamento altrui, di organizzare le proprie esperienze, e di avere comportamenti appropriati durante le interazioni sociali.

Se la madre, nella relazione, si sarà concentrata sugli stati psichici del bambino, gli

permetterà di far emergere il suo sé e di conoscerlo.

La capacità di mentalizzazione emerge intorno ai quattro anni, nel momento in cui si verifica lo sviluppo della corteccia prefrontale e delle rispettive connessioni con la neocorteccia e, come abbiamo potuto osservare, può realizzarsi solo all'interno di una relazione in cui è presente una mente adulta e matura.

Quando il *caregiver* comprende gli stati mentali del bambino, sarà più facile lo sviluppo di un attaccamento sicuro. In questo caso, la funzione riflessiva che il bambino acquisisce gli consentirà di comprendere le credenze, i sentimenti, gli atteggiamenti, le simulazioni, i piani e tutto quello che concerne la vita psichica, propria e altrui (Fonagy, Target, 2001).

Un bambino con un attaccamento ambivalente, essendo concentrato sull'angoscia che prova, eviterà gli scambi intersoggettivi.

In uno stile di attaccamento evitante, il bambino si sottrae dallo stato mentale altrui, e in assenza della capacità di mentalizzazione si svilupperà un falso sé.

In un attaccamento disorganizzato, invece, in assenza di mentalizzazione, si può sviluppare un sé alieno, cioè che contiene delle parti non integrate, perché nella relazione di attaccamento, il bambino non ha potuto concentrarsi sui suoi stati interni ma ha dovuto interiorizzare lo stato interno del genitore (la malevolenza dell'oggetto) e concentrarsi su di lui per prevedere le sue minacce, non potendo così conoscere il proprio sé.

In sintesi, dal momento che le risposte del *caregiver* devono essere contingenti e caratterizzanti, quando viene a mancare la contingenza, si verifica una situazione di trascuratezza (*neglect*) e aumenta la vulnerabilità rispetto al Disturbo narcisistico di personalità (Fonagy, Gergely, Jurist, Target, 2002); quando non sono presenti risposte caratterizzanti, il genitore non riesce a contenere l'angoscia del bambino, e aumenta il livello di vulnerabilità per il Disturbo borderline di personalità (Adler, 1985)⁴.

⁴ In riferimento al modello teorico di matrice psicodinamica, che rappresenta una delle correnti che si sono occupate del nucleo centrale del Disturbo Borderline di Personalità.

Capitolo 3 – Attaccamento e psicopatologia

Per la comprensione della continuità tra i vissuti del bambino e i possibili disturbi di personalità nella vita adulta si può fare riferimento ai processi di copia di Lorna Smith Benjamin (1999), che spiega la dinamicità degli sviluppi. I modelli che ne derivano sono stati utilizzati come riferimento nel seguente capitolo.

Nella sezione I del DSM-5, il disturbo di personalità è definito come un insieme di sintomi (sindrome) caratterizzati da un'alterazione a livello cognitivo, comportamentale e di regolazione emotiva dell'individuo. Queste alterazioni devono essere clinicamente significative e provocare disagio o disabilità nel contesto sociale, lavorativo o in altri ambiti rilevanti della vita del soggetto (APA, 2013).

I disturbi di personalità possono essere considerati come schemi di adattamento disfunzionale messi in atto dall'individuo nei confronti dell'ambiente circostante (Million & Davis, 1996).

A partire dalla classificazione in tre *cluster* dei disturbi di personalità, nel DSM-5 si possono ritrovare: il gruppo A in cui rientrano individui che appaiono strani o eccentrici, raggruppando i disturbi di personalità di tipo paranoide, schizoide, e schizotipico; il gruppo B è caratterizzato dal disturbo antisociale, borderline, istrionico, e narcisistico di personalità. Gli individui che presentano questi disturbi risultano amplificativi, emotivi o imprevedibili. Infine, nel gruppo C rientrano gli individui che appaiono ansiosi e timorosi e comprende il disturbo di personalità evitante, dipendente e ossessivo-compulsivo (APA, 2013).

Tuttavia, questa suddivisione è caratterizzata da criteri che presentano una fenomenologia principalmente dell'età adulta, per questo motivo non sono particolarmente utili quando ci si occupa dell'età infantile.

Per ovviare questo problema, Cancrini (2013) ha proposto un'ulteriore classificazione che suddivide i disturbi di personalità a partire dalle differenti situazioni familiari in cui il bambino è vissuto, e a cui faremo riferimento in questo capitolo per il periodo infantile.

In continuità alfabetica, nel primo gruppo D rientrano tutte quelle situazioni di maltrattamento esplicito, visibile e di grave entità a carico del bambino. Associati a

queste esperienze precoci, i disturbi di personalità sono quello borderline, antisociale, paranoide e schizotipico.

Il seguente gruppo E coinvolge il disturbo di personalità narcisistico, istrionico, ossessivo-compulsivo, evitante, e schizoide, i cui vissuti precoci sono caratterizzati da modalità di cura non idonei e impertinenti, con la presenza di maltrattamenti principalmente psicologici.

Infine, nel terzo gruppo nominato F, le modalità di accudimento sono in un primo momento adeguate, ma a lungo tempo diventano sempre più scarse o addirittura insufficienti.

I disturbi di personalità associati a queste condizioni sono il dipendente e il passivo-aggressivo.

Tutte queste situazioni possono attivare meccanismi di difesa, già a partire dall'infanzia (Cancrini, 2013).

Vivere situazioni avverse può indurre la mente a regredire e a funzionare su tre livelli differenti: il livello nevrotico che ha come meccanismo di difesa la rimozione⁵; il livello borderline nel quale si attiva come difesa la scissione⁶ mantenendo il principio di realtà; e infine il livello psicotico che presenta anch'esso come meccanismo difensivo la scissione, ma in questo tipo di funzionamento il contatto con la realtà viene a mancare. Bisogna sempre considerare il modo di reagire della persona alle situazioni di vita, poiché queste possono modificare la traiettoria dei livelli di funzionamento della mente. I livelli a cui la mente dell'adulto può regredire, possono essere considerati fisiologici in alcuni periodi di sviluppo dell'infanzia. Ad esempio, se si verifica un'esperienza traumatica in un bambino che deve ancora acquisire la costanza dell'oggetto (Mahler, 1978), non causa nella mente una regressione a un livello di funzionamento inferiore, ma ostacola o blocca quel processo che consente l'integrazione delle rappresentazioni scisse del sé e dell'oggetto (Cancrini, 2013).

Il rallentamento di questo processo di integrazione, spesso si verifica nei bambini inseriti nel gruppo D, in cui vengono attivati meccanismi difensivi basati sulla scissione e viene organizzato nella mente un livello di funzionamento borderline. Nelle situazioni

⁵ La rimozione permette di allontanare dalla consapevolezza della persona e di inserire nell'inconscio tutti quegli elementi psichici (desideri, pensieri) che sono intollerabili dall'io, in quanto causerebbero ansia e angoscia (Vaillant, 1992).

⁶ La scissione è un meccanismo di difesa primitivo che ostacola il confronto e l'integrazione nella coscienza delle rappresentazioni positive e negative di sé e delle altre persone (Kernberg, 1975).

meno gravi si può attivare come difesa la rimozione. Tuttavia, qualora nell'arco di vita avvenissero esperienze avverse potrebbero innescare una regressione della mente al funzionamento borderline, come nei casi più gravi.

A differenziarsi notevolmente dal gruppo D ci sono i gruppi E ed F, nei quali i meccanismi di difesa si basano sulla rimozione che determinando molto spesso degli sviluppi sintomatici, che in età adulta, nelle condizioni più sfavorevoli, possono portare a psicopatologie simili a quelle del gruppo D (Cancrini, 2013).

3.1 L'infanzia borderline e il disturbo nell'adulto

Le origini del Disturbo Borderline di personalità sono state ricercate sia dalle teorie psicoanalitiche, che dalle teorie cognitive.

L'integrazione di entrambe le prospettive fa emergere all'origine del disturbo tre elementi centrali: l'alterazione nella regolazione emotiva a causa di deficit nei processi delle strutture cerebrali superiori⁷, avendo come conseguenza il secondo elemento, nonché delle reazioni emotive sproporzionate a reali o immaginari abbandoni o separazioni che potrebbero determinare un eventuale solitudine⁸; infine, si hanno delle rappresentazioni multiple, incoerenti e non integrate di sé e altrui⁹.

I fattori di rischio che, combinati tra loro, concorrono all'eziopatogenesi del disturbo borderline di personalità sono definiti dal modello bio-psico-sociale, che comprende i fattori biologici (genetica, temperamento e disfunzioni neuropsicologiche), i fattori psicologici (traumi e modalità di accudimento), e i fattori sociali (valori e cultura di riferimento).

Durante i primi anni di vita del futuro possibile paziente borderline, nella relazione di attaccamento è venuto a mancare un *caregiver* in grado di sintonizzarsi in maniera sufficiente ai bisogni del bambino, andando a compromettere la sua capacità di mentalizzazione, di regolazione emotiva e di focalizzazione dell'attenzione.

Il contesto familiare in cui il bambino cresce è caotico e confusionale, in particolare è caratterizzato da litigi, scontri, cambiamenti continui di *partner* dei genitori, di abitazioni, ma anche di figure di affidamento. Tendenzialmente da parte della figura

⁷ In riferimento alle teorie di Adler (1985), Fonagy (1995) e Linehan (1993).

⁸ In riferimento alle teorie di Adler (1985), Beck (1995) e Masterson (1972).

⁹ In riferimento al modello di Kernberg (1975).

paterna, possono verificarsi comportamenti violenti e abusi dovuti a un eccessivo consumo di alcol, e ripetuti tentativi di suicidio.

Il bambino vive periodi in cui ottiene cure, affetto e protezione, alternati da momenti inaspettati e imprevedibili di abbandono, perché cambiano le figure di accudimento oppure perché le figure primarie si allontanano fisicamente senza una giustificazione, lasciando il bambino da solo, senza fornirgli informazioni sulla durata o sul motivo dell'assenza. Talvolta il bambino può sentirsi colpevole delle scomparse improvvisate dei suoi genitori.

Il senso di colpa può emergere anche quando il bambino instaura dei legami positivi con figure sostitutive a essi, dovuto al conflitto di realtà che si presenta nel bambino. Questo rende spesso difficile i processi di affidamento o di adozione (Cancrini, 2013).

L'instabilità affettiva, con cui il bambino vive, spiega il suo comportamento di rabbia e, al contempo, di richiesta di vicinanza con i genitori, osservabile anche nella *Strange Situation*.

Il bambino cresce con l'idea che manifestare infelicità e malattia possa richiamare più facilmente l'attenzione altrui per ottenere amore e compassione (Benjamin Smith, 1999).

Tuttavia, durante il corso della vita, questo apprendimento può risultare dannoso nelle relazioni sociali, in quanto egli penserà che gli altri si prenderanno maggiormente cura di lui se manifesta dolore e sofferenza.

Nell'adolescenza, i sintomi clinici sono analoghi a quelli che caratterizzano il Disturbo Borderline in età adulta.

In questo periodo di sviluppo si ritrovano maggiormente comportamenti impulsivi e vengono instaurate relazioni forti e stabili ma che sono facilmente compromesse dagli stessi futuri pazienti borderline.

I sintomi del disturbo borderline nell'adulto si presentano con impulsività, in quanto le decisioni sono basate sulle emozioni prevalenti in quel momento, portando così a un'instabilità delle relazioni affettive.

Inoltre, a compromettere le relazioni consolidate e positive subentra anche il conflitto di lealtà, ovvero le relazioni vengono danneggiate nel momento in cui la persona si sente in conflitto con le figure che ha interiorizzato (i *caregiver* primari) e a cui deve rimanere leale.

A causa delle ripetute esperienze di abbandono e di solitudine vissute nell'infanzia, la paura e il terrore di ulteriori abbandoni persiste anche nell'adulto. Queste forti emozioni possono indurre la persona ad assumere comportamenti di controllo e di gelosia, che possono diventare anche violenti.

Di fronte a un reale o immaginario abbandono, tendenzialmente si hanno reazioni rabbiose e/o autopunitive.

L'adulto borderline, per richiamare l'attenzione e ricevere affetto e cure, amplifica e drammatizza il suo malessere, spesso ricorrendo a comportamenti autolesivi, come i tagli cutanei, e nei casi estremi a tentati suicidari (Benjamin Smith, 1999).

La diagnosi di disturbo borderline di personalità attraverso il DSM-5 richiede la presenza simultanea di almeno cinque su nove criteri diagnostici, che fanno riferimento ai comportamenti e agli atteggiamenti emotivi tipici del disturbo (APA, 2013).

3.2 L'infanzia narcisistica e il disturbo nell'adulto

Il termine narcisismo fu utilizzato per la prima volta in psichiatria, da Havelock Ellis nel 1892. Tuttavia, la nascita ufficiale di questo concetto in psicoanalisi risale a Freud, e viene inserito nel suo scritto "Introduzione al narcisismo" (1914).

Negli anni più recenti, i narcisisti vengono spesso descritti come persone autonome, indipendenti, bisognose di ammirazione, incapaci di stabilire relazioni affettive e mancanti di empatia (Kernberg, 1975).

Altri autori vedono nel narcisista una bassa autostima, un intenso senso di indegnità, estremo bisogno di riscontro per ottenere rassicurazione, e passività (Kohut, 1971, 1977).

Dall'osservazione clinica è emerso che il narcisista, quando non si sente dagli altri sostenuto nelle sue idee o si sente rifiutato, può sperimentare stati di frammentazione (Kohut 1971, 1977) dissociazione o rabbia (Dimaggio et al., 2008).

Lo stesso Kohut descrive l'individuo narcisista vulnerabile, con la tendenza a frammentarsi proprio per l'assenza di risposte empatiche ai propri bisogni affettivi durante le fasi precoci di sviluppo.

L'ambiente familiare in cui il bambino è cresciuto viene descritto in maniera positiva e senza alcun tipo di problema, anche dal bambino stesso, in quanto vi è ammirazione per tutto ciò che vive e che lo riguarda.

L'infanzia di un bambino che potrebbe sviluppare un disturbo narcisistico di personalità è stata caratterizzata principalmente da ammirazione o adorazione da parte delle figure primarie nei confronti del bambino o, generalmente, per una sua specifica qualità, abilità o competenza. In questo senso, al bambino vengono fornite eccessive attenzioni rispetto al suo successo e alle sue capacità di soddisfare le aspettative dei genitori, ma sono deficitarie le attenzioni ai bisogni di cura e a quelli che sono i veri desideri del bambino, causando una forma specifica di trascuratezza.

Tuttavia, i comportamenti adorativi inducono gli adulti a sottomettersi alle qualità che possiede il bambino. Questa posizione può trasformarsi, nell'adulto, in comportamenti presuntuosi nei confronti degli altri, in quanto si aspetterà che essi si comportino allo stesso modo.

Il bambino (o l'adolescente) è consapevole che, qualora non si comportasse in modo consono alle aspettative dell'ammiratore, l'adorazione può essere sostituita al biasimo o alla rabbia della persona che è stata delusa. Infatti, l'insuccesso e l'imperfezione del bambino possono indurre l'adulto a perdere l'interesse nei suoi confronti, determinando così una forma particolare di maltrattamento psicologico.

Il *caregiver*, in quest'ultima situazione, è incapace di sostenere e supportare il bambino, standogli accanto nei momenti di difficoltà. Questo deficit dell'adulto determina la mancanza di empatia di cui il bambino soffre nell'infanzia e da adulto.

È in questa situazione che il bambino impara a non mostrare le preoccupazioni e le difficoltà cercando di diventare autonomo nel processo di regolazione emotiva.

La sola mancanza di empatia determina, secondo Kernberg, il narcisismo normale; mentre, la presenza di rabbia, collera, biasimo e comportamenti violenti aumenta la gravità del disturbo, definito, dallo stesso autore, narcisismo maligno.

L'assenza di una figura di riferimento affettiva porta a dover tenere per sé i momenti difficili e imparare a negare le difficoltà (prima agli altri e poi a sé stesso), incrementando la capacità di utilizzare il meccanismo di negazione, che diventerà una vera e propria barriera protettiva narcisistica (Benjamin Smith, 1999).

Nel caso in cui il bambino sperimenta insuccessi precoci può sviluppare tratti borderline, a causa della discontinuità delle figure di riferimento affettivo.

A causa di questi vissuti, si sviluppa una percezione di sé definita grandiosa (sé grandioso) che comporta una forte idealizzazione del proprio sé e, quindi, a sentimenti eccessivi di importanza e a un amore di sé non pienamente reale.

Per definire questa struttura psicologica viene utilizzato, oltre l'espressione di sé grandioso, anche il termine falso sé (Kohut, 1971) che presenta alcuni elementi primitivi dell'Io infantile¹⁰.

Alla luce di ciò, con molta frequenza, l'adulto narcisista necessita di ricevere maggiore ammirazione e apprezzamento altrui per la sua immagine che ha costruito nel tempo. Nel momento in cui, non trova sostenibilità per l'immagine di sé si può verificare un crollo depressivo e di disperazione¹¹.

Altri sintomi che si definiscono in età adulta sono intolleranza alle critiche, disprezzo e/o rabbia per l'imperfezione reale o ipotizzata dell'altro (Benjamin Smith, 1999).

Riassumendo da un'altra prospettiva fin quanto scritto, si possono articolare tre schemi interpersonali che riguardano il disturbo narcisistico di personalità, ognuno dei quali è caratterizzato da una polarizzazione: il primo schema fa riferimento a un sé superiore, contrapposto da un altro inferiore (Kernberg, 1975, 1998). Infatti, i narcisisti considerano sé stessi aventi un alto valore personale, mentre l'altro come un incompetente (Akthar & Thomson, 1982), portando ad avere un sé che disprezza gli altri e questi ultimi come disprezzanti (Gabbard, 1998; Ryle & Kerr, 2002). Questa rappresentazione può essere anche letta come un sé dominante nei confronti degli altri che assumono il ruolo di sottomessi (Modell, 1990).

Il secondo schema interpersonale è caratterizzato da un sé che ha bisogno di attenzione, ma al contempo gli altri sono visti come rifiutanti o come delle minacce. Di conseguenza, la risposta che più facilmente viene attivata sarà quella di percepirsi autosufficienti in quanto l'altro non è presente (Dimaggio et al., 2002).

Come ultimo schema troviamo un'idealizzazione e un riconoscimento reciproco tra sé e gli altri, ovvero il proprio sé viene ammirato dalla persona stessa, mentre gli altri

¹⁰ Caratterizzato da una propria immagine fortemente idealizzata e onnipotente.

¹¹ Definito anche crollo narcisistico.

contemporaneamente forniscono ammirazione al narcisista (Ryle & Kerr, 2002). Questo processo contribuisce a rafforzare l'idea che il proprio sé sia eccezionale.

Per la diagnosi del disturbo narcisistico di personalità richiede, da parte del DSM-5, la presenza di almeno cinque dei nove criteri diagnostici descritti al suo interno (APA, 2013).

3.3 Il bambino dipendente e il disturbo nell'adulto

I primi anni di infanzia del bambino che potrebbe sviluppare un disturbo dipendente di personalità, sono vissuti in modo positivo e benevolo, in quanto il bambino viene sempre posto, dai genitori, al centro delle loro attenzioni per prestargli cure, tra le quali prevalgono quelle affettive.

Durante lo sviluppo motorio e cognitivo, il bambino ha sempre più bisogno di allontanarsi dai genitori per esplorare l'ambiente e diventare autonomo.

Tuttavia, in questa situazione i genitori hanno atteggiamenti iperprotettivi, e i movimenti fisiologici del bambino, volti ad acquisire autonomia, vengono scrupolosamente controllati, disapprovati e rimproverati, in quanto viene considerato non idoneo a compiere quel passaggio.

Questo genera nel bambino sentimenti di inadeguatezza, che diventano sempre più consolidati con il ripetersi di queste esperienze.

Il senso di inadeguatezza può essere rinforzato ulteriormente quando il bambino si trova nei contesti sociali, nei quali si sente biasimato anche dai suoi pari per la sua evidente assenza di autonomia.

Nei casi estremi, il gruppo di pari o gli adulti stessi possono approfittare della situazione del bambino dipendente, e attuare condotte abusanti o maltrattanti nei suoi confronti.

A complicare la situazione è lo scarso, se non nullo, supporto dei genitori. Il bambino, infatti, non potrà fare affidamento sulle figure di accudimento in quanto la loro reazione sarà quella di considerare lui e la sua fragilità il motivo di quanto gli è accaduto.

A seguito dell'inadeguatezza e della responsabilità che al bambino viene attribuita, possono comparire deficit nella socializzazione e vissuti depressivi.

Il sistema di attaccamento rimane costantemente attivo perché, come elemento centrale, vi è il bisogno di protezione, ma anche dopo essere stato soddisfatto non si disattiva in quanto subentra immediatamente il timore di perdere la figura di accudimento.

Il costante stato di attivazione porta il bambino, come l'adulto, alla ricerca incessante di figure forti, che possano proteggerlo, accudirlo e sostenerlo in quanto lui si percepisce come debole e incapace di farlo in autonomia¹².

Il disturbo dipendente di personalità comporta nel paziente adulto sentimenti amplificati di paura per il rifiuto o per eventuali perdite, e ansia per la possibilità che le relazioni affettive possano interrompersi, rimanendo da solo senza alcun aiuto.

Questi sentimenti lo inducono a mantenere comportamenti accondiscendenti, e in alcuni casi anche servili, nei confronti delle persone di cui diventa dipendente, al fine di non deludere e arrecare dispiaceri per poi essere non voluto (Benjamin Smith, 1999).

I sentimenti di inadeguatezza, spesso, si possono manifestare nell'adulto durante l'accudimento dei propri figli e può ricreare la relazione che lui stesso aveva vissuto nella propria infanzia.

Nel disturbo dipendente, a livello cognitivo-emotivo oltre alla convinzione centrale di non essere autonomo e indipendente, sono presenti due tipologie di convinzioni: le convinzioni condizionate, riferite alla credenza di non poter sopravvivere senza altre persone, e le convinzioni strumentali, derivate dalle prime, che influenzano il comportamento nelle relazioni sociali, ad esempio l'essere compiacenti ed eventualmente sottomessi a chi gli offre cure e protezione (Beck & Freeman, 1990).

Sul piano comportamentale, le persone dipendenti tendono a non prendere decisioni nei vari ambiti della propria vita, al fine di non sentirsi responsabili. Tali comportamenti di deresponsabilizzazione non vengono assunti per mancanza di capacità, bensì per la sfiducia che queste persone nutrono verso sé stessi e verso le loro abilità.

Alcuni studiosi ritengono che la personalità dipendente si alterni, principalmente, tra due stati mentali: il primo è dato da uno stato di autoefficacia corrisposto alla presenza di una persona forte, confortante e incoraggiante che attraverso la relazione, permette al paziente di avere una rappresentazione di sé adeguata, capace e forte.

Quando la relazione di dipendenza subisce una rottura, subentra il secondo stato, quello

¹² Le informazioni relative al bambino dipendente sono state tratte e rielaborate dal libro di "Cancrini, L. (2013). La cura delle infanzie infelici. Milano: Raffaello Cortina Editore."

caratterizzato da un vuoto terrificante e disorganizzato in cui risalta una rappresentazione di sé come incapace e fragile, quindi contraria a quella dello stato precedente. In questo stato possono comparire sintomatologie depressive e dissociative (Carcione & Conti, 2003).

La diagnosi del disturbo dipendente di personalità richiede, da parte del DSM-5, la presenza di almeno cinque degli otto criteri diagnostici descritti al suo interno (APA, 2013).

CONCLUSIONE

La seguente tesi ha focalizzato l'attenzione sulla teoria dell'attaccamento a partire dalle sue origini, per mettere in evidenza come tale paradigma contribuisce all'emersione di traumi psichici nell'infanzia e a psicopatologie in età adulta.

Da questo scritto si può concludere che così come gli aspetti biologici, anche gli elementi relazioni e sociali, in particolare l'ambiente familiare, influenzano il nostro modo di essere.

Il contesto in cui siamo inseriti e le esperienze che affrontiamo, dai primissimi anni di vita, incidono sul nostro sviluppo, sul nostro benessere e sul modo di percepire noi stessi e il mondo che ci circonda. Non possono quindi essere escluse dalla comprensione di ciò che siamo nel presente soltanto perché appartenenti al passato, ma devono essere prese in considerazione perché le persone che siamo, i nostri pensieri e i nostri comportamenti sono il prodotto di quello che abbiamo vissuto.

In ogni relazione di attaccamento si commettono errori, tuttavia in questi casi quello che è importante non è tanto la rottura, ma la riparazione. Cercare, quindi, dei rimedi agli sbagli che umanamente si possono compiere e che sono fondamentali per ripristinare l'equilibrio emotivo della relazione.

L'attenzione è da porre soprattutto nei primi anni di vita, in quanto sono quelli più sensibili perché ci sono delle finestre temporali, definite periodi critici, in cui avviene lo sviluppo del sistema nervoso centrale e se l'esposizione a traumi o a eventuali condizioni patologiche nella relazione con il *caregiver* avvenisse in questi primi anni di vita, potrebbero determinare anche degli arresti evolutivi, in cui la mente non riuscirebbe a svilupparsi come naturalmente sarebbe programmata a fare.

Vivere continuamente situazioni di sfida induce il bambino a sentirsi continuamente in uno stato di allarme per poter prevedere e prevenire eventuali minacce provenienti dall'ambiente esterno, in cui non si sente al sicuro. Quando i fattori interni ed esterni non aiutano il bambino a fronteggiare e superare le situazioni, la mente per sopravvivere ricerca delle alternative, che vengono espresse attraverso i sintomi clinici che definiscono quelli che sono i disturbi di personalità.

Sarebbe favorevole, una volta adulti, riconoscere con l'aiuto di specialisti, il proprio stile di attaccamento per poter migliorare la qualità delle relazioni, la propria visione del

mondo, il modo di percepire sé stessi, e soprattutto per interrompere la trasmissione di quegli attaccamenti che possono essere dei fattori di rischio per l'insorgenza di traumi e psicopatologie.

In conclusione, ritengono che per donare un'infanzia felice non serva essere genitori perfetti, ma occorre porgere al bambino entrambe le proprie mani: la prima come base sicura da cui partire per esplorare il mondo, la seconda come porto sicuro in cui ritornare per cercare conforto e protezione.

BIBLIOGRAFIA

- Ardito, R. B. (2012). La ricerca sull'attaccamento nell'adulto: l'Adult Attachment Interview. Rivista per le *Medical Humanities*, 22, 29-33. Retrieved May 11, 2021, from https://iris.unito.it/retrieve/handle/2318/110419/16793/Ardito_rHM.pdf
- Bara, B. (1996). *Manuale di psicoterapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Berti, A. E., & Bombi, A. S. (2018). *Corso di psicologia dello sviluppo*. Bologna: Società editrice il Mulino.
- Biondi, M. (Ed.) (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (5° ed.). Milano: Studio Leksis.
- Cancrini, L. (2013). *La cura delle infanzie infelici*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Cena, L., Imbasciati, A., & Baldoni, F. (2012). *Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori. La ricerca clinica per l'intervento*. Milano: Springer-Verlag.
- Crocetti, G., & Agosta, R. (Eds.) (2007). *Preadolescenza. Il bambino caduto dalle fiabe. Teoria della clinica e prassi psicoterapeuta*. Bologna: Pendragon.
- Fonagy, P., & Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Liotti, G. (1999, agosto). Il nucleo del Disturbo Borderline di Personalità: un'ipotesi integrativa. Lavoro presentato al XI Congresso della World Psychiatric Association, Amburgo, HH.
- Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Migone, P. (1993). Il concetto di narcisismo. *Il Ruolo Terapeutico*, 63, 37-39. Retrieved April 25, 2021, from <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt63-64.htm>
- Morelli, L. (2014). Teoria e clinica della memoria del trauma psichico infantile. Il contributo di Freud e Ferenczi nell'interfaccia tra Psicoanalisi e Neuroscienze. *HumaneTrainer*, 105. Retrieved April 17, 2021, from <http://www.humantrainer.com/articoli/teoria-clinica-memoria-trauma-psichico-infantile.html>

- Niolu, C., Barone, Y., Bianciardi, E., & Siracusano, A. (2015). Resilienza e pathways di sviluppo psicopatologico: diverse tipologie di trauma. *Nóos*, 21 (1), 25-34. Retrieved April 20, 2021, from <https://www.e-noos.com/archivio/1846/articoli/20164/>
- Ricciutello, C., Cheli, M., Montenegro, M. E., et al. (2012). Violenza intrafamiliare e salute mentale in adolescenza: il trauma complesso come disturbo dello sviluppo. *Rivista di psichiatria*, 47 (5), 413-423. Retrieved April 22, 2021, from <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/1175/articoli/13032/>
- Salvatore, G., Carcione, A., & Dimaggio, G. (2012). Schemi interpersonali nel disturbo narcisistico di personalità: la centralità della scarsa agentività e della dipendenza. Implicazioni per la relazione terapeutica. *Cognitivismo Clinico*, 9, 1, 3-14. Retrieved April 25, 2021, from https://www.apc.it/wp-content/uploads/2013/03/CC_Dimaggio2.pdf
- Santiago, J., Bucher-Maluschke, J., Alexandre, I., & Branco, F. (2017). Attachment to Peers and Perception of Attachment to Parents in Adults. *Psychology*, 8, 862-877. Retrieved April 10, 2021, from https://www.scirp.org/pdf/PSYCH_2017050313474553.pdf
- Van der Kolk, B. (2015). *Il corpo accusa il colpo*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., Albersheim, L. (2003). Attachment Security in Infancy and Early Adulthood: A Twenty-Year Longitudinal Study. *Society for Research in Child Development*, 17 (3). Retrieved May 11, 2021, from <https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1467-8624.00176?sid=nlm%3Apubmed>