

La disorganizzazione dell'attaccamento: sviluppi psicopatologici e interventi preventivi

di Giovanni Liotti, Antonio Onofri

Il centro dell'interesse della psichiatria preventiva (Parkes 1982) è costituito dall'individuazione dei diversi eventi - a partire dalle esperienze del primo anno di vita - i quali compongono la catena causale che conduce ai disturbi mentali. Così, la psichiatria preventiva condivide uno degli obiettivi fondamentali dell'approccio evolutivo alla psicopatologia (*developmental psychopathology*, Sroufe, Rutter 1984): lo studio dei tipi di esperienze precoci che potrebbero costituire fattori di rischio per successivi sviluppi psicopatologici. La *developmental psychopathology* ha tra i suoi fondamenti la teoria e la ricerca sperimentale sull'attaccamento (Carlson, Sroufe 1995). Da tale ricerca va emergendo il ruolo importante che potrebbe avere, fra i fattori precoci di rischio psicopatologico, la disorganizzazione precoce del comportamento di attaccamento (Main 1995).

In questo capitolo, ci soffermeremo prima sul programma di ricerca della *developmental psychopathology*, poi sulla teoria dell'attaccamento e quindi sulla disorganizzazione dell'attaccamento, allo scopo di definire in qual senso quest'ultima possa costituire un fattore di rischio per disturbi psichiatrici anche gravi. Una riflessione sugli interventi preventivi suggeriti da tale linea di ricerca concluderà il capitolo.

1. Il programma di ricerca della *developmental psychopathology*

L'approccio evolutivo alla psicopatologia si propone specificamente di applicare le acquisizioni della psicologia dello sviluppo allo studio delle popolazioni ad alto rischio psicopatologico (Cicchetti 1989; Cicchetti, Cohen 1995). Tale tentativo implica l'integrazione di conoscenze diverse, derivanti dagli ambiti della psicologia dello sviluppo, della psichiatria, della sociologia e dell'epidemiologia. L'obiettivo della *developmental psychopathology* non si limita, però, all'identificazione dei fattori di rischio alla base della psicopatologia. Esso si estende alla messa a fuoco dei meccanismi attraverso i quali tali fattori conducono all'emergenza di un disturbo (Rutter 1985) e allo studio dei cosiddetti *fattori protettivi* che possono invece aumentare la capacità di resistenza e recupero degli individui esposti ad eventi che mettono a rischio la salute mentale (Cicchetti 1984, Onofri, Tombolini 1989).

Il comportamento e lo sviluppo vengono quindi studiati dalla *developmental psychopathology* all'interno del contesto sociale e considerati non come condizioni statiche, ma come il risultato del complesso dinamismo tra fattori interni e fattori esterni all'organismo (Onofri, Tombolini, in stampa), fin dalle prime fasi dello sviluppo cognitivo, emotivo e comportamentale.

Secondo la *developmental psychopathology* ogni individuo segue un percorso evolutivo determinato non soltanto da variabili genetiche e costituzionali-temperamentali, ma anche e soprattutto dalle continue interazioni con il suo ambiente e con le persone che ne fanno parte. Nel caso in cui queste condizioni siano favorevoli lo sviluppo procederà normalmente: l'individuo sarà cioè in grado di fronteggiare con successo le situazioni difficili e persino, almeno entro certi limiti, di trovare compensi ad eventuali fattori di rischio genetico-temperamentali. Se invece il contesto interpersonale diventa sfavorevole, il percorso individuale di sviluppo potrebbe deviare verso modalità patologiche anche in presenza di tratti favorevoli di temperamento. Il passaggio da condizioni ambientali sfavorevoli ad altre che rientrano nell'ambito della normalità è ritenuto sempre possibile e coincidente con la comparsa di fattori protettivi in un percorso di sviluppo che altrimenti tenderebbe a sfociare nella psicopatologia (Bowlby 1988). In analogia con il modello epigenetico dello sviluppo dell'embrione proposto da Waddington (1957), Bowlby ritiene che ogni personalità, per tutta la vita, segua una via di sviluppo determinata dall'interazione fra le strutture di personalità precedentemente formatesi e il sempre potenzialmente mutevole ambiente.

All'interno di tale prospettiva è opportuno ricordare, per le sue notevoli implicazioni preventive, il classico studio epidemiologico di Brown e Harris (1978) sulle donne depresse di un distretto londinese, messe a confronto con donne normali appartenenti ad un campione simile per età e stato sociale. Questo studio mostra l'importanza, nel predisporre all'insorgenza del disturbo clinico, tanto di un grave lutto subito in età infantile quanto della scarsa qualità delle cure ricevute successivamente. Di fronte ad un analogo fattore di rischio (il lutto in età infantile), successive interazioni sociali favorevoli o sfavorevoli si dimostravano capaci di proteggere dall'influenza negativa di tale fattore, o viceversa di confermarla fino allo sviluppo di una depressione maggiore. Seguendo l'ottica dei percorsi evolutivi sopra citati, Brown e Harris hanno creato un sofisticato modello teorico che dimostra come condizioni psichiche e ambiente interagiscano influenzandosi vicendevolmente durante l'intero corso della vita.

Il lutto, visto come fattore di rischio psicopatologico, è stato, nel contesto più generale dei traumi psicologici, uno dei temi più ampiamente studiati dalla *developmental psychopathology* (Parkes 1980). In questo scritto descriveremo alcune interessanti ipotesi cliniche e di ricerca che, studiando il tema del lutto e del trauma in una prospettiva transgenerazionale e considerando l'influenza sul comportamento di attaccamento, permettono di ricostruire la storia di sviluppo di personalità predisposte a diverse forme di psicopatolo-

gia implicanti tutte una perdita di coesione del senso di sé. Prima di soffermarci su queste ipotesi, è opportuno ricordare per sommi capi le principali tesi sostenute dalla teoria dell'attaccamento.

2. La teoria dell'attaccamento

La teoria dell'attaccamento (Bowlby 1969) afferma l'esistenza di un sistema di controllo del comportamento, a base innata, che regola la condotta di avvicinamento del bambino agli adulti che possono accudirlo. Il sistema dell'attaccamento è attivato da situazioni di vulnerabilità del bambino (solitudine, dolore o disagio tanto fisico che emotivo, stanchezza) e coordina una serie di comportamenti fra loro anche molto diversi (il pianto, il seguire, l'aggrapparsi, il sorriso) ma tutti finalizzati a raggiungere e mantenere il contatto fisico con chi può dare cura, protezione e conforto (d'ora in poi, dato che prototipicamente chi dà cura è la madre, ci riferiremo con il termine "madre" a tutte le figure che usualmente accudiscono il bambino; si ricordi però che quanto qui sarà detto può valere egualmente bene per il padre, o per altre figure - nonni, zii, tate ecc. - che usualmente abbiano cura del bambino).

L'operare del sistema dell'attaccamento è caratterizzato da emozioni diverse ed intense: gioia al momento della riunione con la madre dopo una separazione, ansia e collera per il suo allontanamento, tristezza per la sua assenza protratta, sicurezza per la sua presenza. Il grado di sensibilità delle risposte materne alle emozioni di attaccamento del bambino costituisce il nucleo delle prime rappresentazioni (modelli operativi interni) che il bambino costruisce di sé, dell'altro e della relazione. Il corretto riconoscimento del significato e del valore delle emozioni del bambino da parte della figura di attaccamento è infatti alla base degli schemi cognitivi attraverso i quali l'individuo sviluppa la conoscenza della propria e altrui dimensione emotiva. Questi primi schemi cognitivi interpersonali guidano poi, nella realtà esterna, tanto la formazione delle successive relazioni interpersonali quanto, nel mondo interno, l'articolazione della conoscenza delle emozioni proprie ed altrui.

3. La ricerca sull'attaccamento precoce

La correlazione fra atteggiamenti materni e costruzione nel bambino di modelli operativi interni risulta con grande evidenza dagli studi empirici sull'attaccamento nel primo anno di vita. Tale linea di ricerca ha identificato quattro stili (pattern) di attaccamento che si sviluppano nel corso del primo anno di vita del bambino (Bretherton, Waters 1985; per una recente rassegna, vedi Main 1995). I pattern sono stati identificati attraverso lo studio della Strange Situation, un protocollo sperimentale di osservazione di una sequenza predefinita di separazioni e riunioni tra una madre e un bambino dell'età di 12-18 mesi.

Il bambino che mostra un attaccamento sicuro (classificato come B) alla madre appare fiducioso di ottenere una pronta risposta in caso di bisogno. In presenza della madre esplora attivamente l'ambiente; quando la madre si allontana esprime chiaramente il suo disagio con il pianto; alla riunione con lei si rassicura prontamente.

Il bambino legato alla madre da un attaccamento insicuro-resistente (C) è meno attivo nel gioco e nell'esplorazione (tende ad allontanarsi poco dalla madre quando questa è presente), mentre la separazione dalla madre scatena una protesta che non cessa al momento della riunione. In altre parole, il bambino C sembra resistere ai tentativi di conforto della madre, continuando a piangere e a mostrare segni di un'attivazione prolungata del sistema di attaccamento.

Nel pattern di attaccamento insicuro-evitante (A) il bambino non mostra apertamente i segni di disagio che pure prova (disagio dimostrato dai correlati psicofisiologici dell'ansia e dalla secrezione di cortisolo) quando è lasciato solo. Inoltre, evita attivamente la madre al momento della riunione.

Nell'attaccamento disorientato-disorganizzato (D), infine, il bambino mette in atto comportamenti incoerenti e contraddittori o addirittura bizzarri nei confronti della madre, che suggeriscono un rapido alternarsi di avvicinamento ed evitamento e sembrano quasi accompagnarsi a stati di coscienza alterati (Liotti 1992; Liotti e Onofri 1993; Liotti 1994).

Nei numerosissimi campioni di famiglie normali - cioè non appartenenti a gruppi a rischio (assenza di disturbi psichiatrici, classe socioeconomica media ecc.) - finora studiati in tutto il mondo, al di là di piccole variazioni transculturali, sono state rilevate le seguenti percentuali di frequenza: circa il 55% dei bambini viene classificato come B (sicuro), circa il 20% come A (evitante), il 15% come C (ansioso resistente) e il 10% come D (disorientato-disorganizzato). La percentuale di bambini D sale fortemente - fino a raggiungere il 50% e in alcuni gruppi addirittura l'80% - nei campioni ad alto rischio (genitori con disturbi psicotici o abusanti di sostanze, famiglie caotiche e maltrattanti: cfr. Carlson, Sroufe 1995; Main 1995). Già questo dato epidemiologico - l'alta frequenza dell'attaccamento disorganizzato nei campioni di famiglie ad alto rischio rispetto ai campioni a basso rischio di sviluppi psicopatologici - suggerisce di guardare alla disorganizzazione dell'attaccamento come ad un probabile fattore di vulnerabilità ai disturbi psichiatrici. Per circostanziare questa ipotesi, dobbiamo ora soffermarci sugli antecedenti relazionali e sulle conseguenze cognitivo-emozionali individuali della disorganizzazione dell'attaccamento.

Lo studio empirico e statisticamente controllato dell'attaccamento ha evidenziato che il pattern del bambino è strettamente correlato al comportamento materno: le madri dei bambini sicuri sono infatti pronte e disponibili alle richieste dei figli e più in grado di comprendere e dare un senso alle emozioni e ai comportamenti espressi dal bambino, mentre le madri dei bambini con i tre tipi di attaccamento insicuro (resistente, evitante e disorganizzato)

appaiono meno capaci di sintonizzarsi coerentemente con i bisogni di cura espressi dal bambino.

Alla descrizione della propria storia di attaccamento, raccolta mediante un'intervista semistrutturata messa a punto da George, Kaplan e Main (1985) e denominata *Adult Attachment Interview* (AAI), le madri dei bambini sicuri risultano altamente coerenti nel discorso e nel pensiero, con facile accesso ai propri ricordi personali, in grado di esplorare liberamente il tema proposto. Al contrario, le madri dei bambini con un pattern di attaccamento resistente alla AAI appaiono incoerenti nel discorso, altamente contraddittorie, e incapaci di offrire un quadro di insieme della propria storia personale. Nell'accudire il figlio si comportano in maniera imprevedibile, invadente, rispondendo a volte in maniera sollecita e pronta al pianto del figlio, a volte ignorando le sue richieste. Nel pattern di attaccamento evitante le madri appaiono rigide nella mimica e bloccate nelle proprie espressioni affettive, esprimendo con il loro atteggiamento il rifiuto del bisogno di protezione e conforto del bambino. Alla AAI non sembrano avere facile accesso ai ricordi personali, minimizzano il significato di eventuali esperienze negative, idealizzano impropriamente i genitori, tendono ad evitare attivamente di approfondire la propria storia di attaccamento, enfatizzano l'importanza dell'autosufficienza e dell'indipendenza personale.

L'attaccamento disorganizzato merita una descrizione particolareggiata.

4. La disorganizzazione dell'attaccamento

Come già accennato, il pattern di attaccamento disorganizzato (D) è caratterizzato dalla presenza simultanea di comportamenti contraddittori del bambino verso la madre, da movimenti incompleti o afinalistici, da alterazioni delle sequenze temporali dell'azione (Main, Solomon 1986; Main, Hesse 1992). Ad esempio, al momento della riunione i bambini D possono dirigersi verso la madre come per cercare contatto fisico, conforto e protezione per poi cambiare direzione all'ultimo momento ed evitarla. Oppure possono dirigersi verso di lei, ma con la testa o lo sguardo rivolti da un'altra parte, o ancora bloccarsi all'improvviso con lo sguardo perso nel vuoto quasi in una trance ipnotica. Anche in presenza della madre appaiono spesso incongrui, confusi, disorientati: improvvisamente immobili, distesi sul pavimento a faccia in giù, intenti a produrre movimenti stereotipati o vocalizzazioni incomprensibili, senza cercare con questo di richiamare l'attenzione della madre su di sé.

L'atteggiamento delle madri dei bambini D appare decisamente diverso sia da quello apertamente rifiutante (e talora persino tacitamente ostile) delle madri dei bambini evitanti, sia da quello disponibile e ben sintonizzato delle madri dei bambini sicuri, sia infine da quello alternante, imprevedibile, controllante e intrusivo mostrato dalle madri dei bambini con attaccamento ansioso-resistente.

Le osservazioni sperimentali mostrano come al pattern di attaccamento D corrispondano madri che alla riunione con il bambino, durante la Strange Situation, si comportano in maniera incongrua e confondente: esse appaiono come impegnate a fronteggiare un qualche problema irrisolto o un qualche dolore interiore mentre interagiscono con il bambino. Ad esempio, sembrano spesso rivolgersi al figlio - al di là della situazione contingente - con una mimica e un tono di voce monotono, come estraniato dalla realtà del momento, ed insieme esprimente ansia, preoccupazione o tristezza (tono di voce che gli sperimentatori hanno definito *ghostly*, spettrale). Alla AAI emerge spesso, dalla storia personale di questa madre, un grave lutto o altri traumi infantili non risolti. Il loro atteggiamento è stato descritto con il termine *frightened/frightening*, cioè spaventato e allo stesso tempo capace di indurre paura in un bambino piccolo (Main, Hesse 1990). Tale atteggiamento appare verosimilmente causato proprio dalla presenza, nel loro mondo interiore, di ricordi non elaborati di eventi traumatizzanti che a tratti emergono alla loro coscienza. In altre parole, proprio nell'interazione con il bambino possono risvegliarsi maggiormente i ricordi dolorosi del trauma o della perdita, provocando emozioni di dolore e di paura che il bambino percepisce dalla mimica della madre. È infatti ben dimostrato come il bambino *legga* nelle espressioni emotive della madre il senso di quanto sta accadendo attorno a sé (Bretherton *et al.*, 1986). È come se per il bambino D, pur in assenza nell'ambiente di pericoli reali, l'espressione della madre invitasse a considerare l'esistenza di misteriose minacce (Main, Hesse 1990; 1992).

È opportuno ricordare a questo punto come il pattern D si riscontri non solo nei bambini di madri con un lutto recente non elaborato, o di madri che avevano subito da bambine abusi fisici o sessuali da parte dei propri genitori (Main, Hesse 1990), ma anche nei figli di madri sofferenti di disturbo bipolare dell'umore (Radke-Yarrow *et al.* 1985).

5. Le ricerche longitudinali

Gli studi longitudinali sui pattern di attaccamento hanno mostrato una stretta relazione tra questi pattern e la qualità e coerenza dei modelli rappresentativi di sé e degli altri. Fin dai primi anni di vita, infatti, posti in un contesto sociale i bambini sicuri risultano più collaborativi, più entusiasti, con più affetti positivi e più fiduciosi nell'affrontare le situazioni difficili rispetto ai bambini insicuri (Arend 1984; Matas, Arend, Sroufe 1978; Sroufe, Rosenberg 1980). Anche nei giochi competitivi i bambini sicuri risultano meno prepotenti, meno turbati dalle sconfitte ma allo stesso tempo più assertivi e capaci di impegnarsi nelle prove successive (Lutkenhaus, Grossmann 1985).

In età scolare, i bambini descritti dagli insegnanti come particolarmente aggressivi, imprevedibili o addirittura pericolosi risultano appartenere più frequentemente al gruppo dei bambini che ad un anno di età erano stati

classificati come D nella Strange Situation (Grossmann, Grossmann 1991; 1993; Lyons-Ruth 1996). Inoltre, in una serie di studi, l'attaccamento disorganizzato nel primo anno di vita è apparso correlato:

1. alla descrizione di sé, in età scolare, come particolarmente maligni e malvagi;
2. alla tendenza, superiore alla norma, ad assorbirsi in sogni ad occhi aperti o stati di coscienza alterati in età adolescenziale;
3. ad un rallentato sviluppo delle capacità di decentramento cognitivo (deficit delle capacità metacognitive che si riflette in una minore abilità di empatia e quindi in difficoltà maggiori, rispetto alla norma, nello stabilire relazioni interpersonali adeguate e soddisfacenti);
4. alla propensione a ricorrere a processi mentali di tipo dissociativo in età adolescenziale ed adulta (per una rassegna di questi studi, cfr. Liotti, in stampa).

Questi studi longitudinali sui correlati comportamentali, socio-emozionali e cognitivi, durante il corso dello sviluppo della personalità, dell'attaccamento nel primo anno di vita sembrano dunque confermare quanto già suggerivano gli studi epidemiologico-statistici: l'attaccamento disorganizzato appare come un fattore di rischio per alcuni disturbi psicopatologici, e segnatamente per quelli che implicano processi mentali di tipo dissociativo, come il disturbo borderline di personalità e i disturbi dissociativi della coscienza.

Per comprendere come un fenomeno rilevabile al termine del primo anno di vita, l'attaccamento disorganizzato, possa riflettersi in una serie di distorsioni dello sviluppo emozionale, interpersonale e cognitivo fino a raggiungere l'età adulta, dobbiamo adesso soffermarci sulla struttura mentale con cui la teoria dell'attaccamento spiega la costanza, nel corso dello sviluppo, degli effetti delle prime relazioni di attaccamento. Questa struttura mentale è chiamata *modello operativo interno* (*internal working model*: cfr. Bowlby 1969; Parkes, Stevenson Hinde, Marris 1991).

6. Dissociazione del modello operativo interno nell'attaccamento D

Bowlby (1969) ha proposto l'ipotesi che il bambino costruisca — a partire dalle sue prime esperienze reali di interazione con i genitori — dei modelli operativi interni (MOI) di sé-con-la figura di attaccamento, e che queste strutture della memoria funzionino come aspettative che guidano poi tanto la condotta interpersonale successiva quanto l'attribuzione di significato a tutte le successive interazioni implicanti la richiesta di cura, conforto, sostegno, o vicinanza affettiva. I MOI acquistano stabilità, nel corso dello sviluppo, non tanto per una loro costanza intrinseca, quanto perché sono soggetti a continue conferme attraverso due modalità fondamentali: *a*) l'invarianza relativa dello stile relazionale fra i membri della famiglia, e *b*) l'induzione, nel corso di relazioni extrafamiliari, di interazioni simili a quelle codificate nel MOI attraverso il meccanismo della *profezia che si autorealizza*. I modelli di attacca-

mento hanno dunque la funzione di organizzare anche le esperienze relazionali esterne alla famiglia. MOI coerenti, unitari e positivi permetteranno all'individuo di costruire rappresentazioni di sé-con-l'altro, all'interno di nuove relazioni, con le stesse caratteristiche di coerenza. Invece, MOI negativi, incoerenti e molteplici saranno responsabili delle successive distorsioni, elaborazioni parziali e dissociazioni delle informazioni relative ai nuovi rapporti interpersonali intrapresi nel corso dell'esistenza.

Per quanto riguarda il contenuto dei MOI relativi ai diversi stili di attaccamento, appare verosimile ipotizzare quanto segue (per rassegne degli studi che permettono questa ipotesi, cfr.: Parkes, Stevenson-Hinde, Marris 1991; Main 1995; Liotti 1994):

1. un bambino sicuro (B) costruisce un MOI che vede sé come degno di protezione e l'altro come disponibile ad offrirgli;
2. un bambino evitante (A) costruisce un modello che rappresenta se stesso come non amabile e l'altro come non disponibile al conforto e alla protezione;
3. un bambino resistente (C) costruisce un MOI che descrive sé e l'altro in maniera duplice e alternante fra fiducia e sfiducia, disponibilità e rifiuto.

Nell'attaccamento D, invece si ha ragione di ipotizzare lo sviluppo di un MOI multiplice, incoerente, dissociato o frammentato. Non verificandosi un palese rifiuto o una chiara indisponibilità della figura di attaccamento, il bambino D potrebbe infatti tendere, come il bambino sicuro, ad una rappresentazione di sé come amabile e dell'altro come disponibile a fornire amore. Ma percependo la madre, proprio perché ella stessa spaventata mentre gli dà cura, anche come fonte di paura (*frightened/frightening*), il bambino tende anche, e simultaneamente, a costruire una rappresentazione di sé come vittima impotente di un altro misteriosamente minaccioso. Le stesse espressioni di paura della madre mentre si avvicina al bambino per offrirgli cura ingenerano inoltre una rappresentazione di sé come causa della paura della madre, e dunque pericoloso, malvagio o addirittura *mostruoso*. La percezione di una madre debole e indifesa di fronte ad un oscuro pericolo potrebbe infine condurre il bambino a vedersi come un salvatore (onnipotente, impotente, colpevole o inefficace a seconda dei casi) dell'altro. In altre parole, secondo Liotti (1994, 1995, 1996, in stampa) e altri (Main, 1995; Muscetta, 1996) il bambino D è probabilmente immerso in un'esperienza soggettiva talmente contraddittoria e paradossale da condurre alla costruzione quasi simultanea, già durante il primo anno di vita, di abbozzi multipli, dissociati, reciprocamente incompatibili e incoerenti, di rappresentazioni di sé e dell'altro. Questi abbozzi rappresentativi, inoltre, sono investiti di notevole drammaticità affettiva.

La funzione integratrice della coscienza (che appunto offre coerenza, continuità e sequenzialità lineare all'esperienza soggettiva e ai comportamenti) verrebbe precocemente intaccata nel pattern di attaccamento D, proprio a causa della molteplicità dissociata del modello operativo interno. Questa ipo-

tesi è convalidata dalle osservazioni di Fonagy e dei suoi collaboratori (1995), e di Main (1995) le quali suggeriscono che l'attaccamento insicuro in generale e l'attaccamento disorganizzato in particolare comportino, nel corso dello sviluppo, un deficit nella costruzione di una teoria della mente. Un deficit nello sviluppo della teoria della mente – cioè della capacità di riconoscere ed ipotizzare gli stati mentali di altre persone, e di valutare le proprie operazioni mentali (sentimenti, credenze, fantasie, ecc.) come relative, soggette ad errore, e delimitate nel tempo – equivale ad un deficit dello sviluppo metacognitivo o, più in generale, ad un ostacolo delle funzioni della coscienza. Da un tale deficit discende una limitata capacità di comprendere, regolare e modulare la propria esperienza emozionale.

È opportuno ricordare, a questo punto, che due modelli teorici diversi, quello psicoanalitico di Otto Kernberg e quello cognitivista di Marsha Linehan (cfr. Paris 1993), considerano rispettivamente proprio la molteplicità scissa delle rappresentazioni di sé e degli altri (*splitting*, diffusione di identità) e il deficit delle capacità metacognitive di regolazione delle emozioni come caratteristiche nucleari del disturbo borderline di personalità. Dunque l'attaccamento disorganizzato, con le sue sequelle di molteplicità dissociata delle rappresentazioni di sé e di deficit dello sviluppo metacognitivo, qualora risultasse correlato allo sviluppo di patologie borderline, confermerebbe il valore delle intuizioni cliniche che hanno portato Otto Kernberg e Marsha Linehan a costruire i loro modelli teorici.

7. Studi clinici sulla correlazione fra attaccamento D e patologie dissociative

Quanto fin qui esposto lascia supporre come, nell'ottica della *developmental psychopathology*, la disorganizzazione dell'attaccamento nel primo anno di vita possa costituire un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi psicopatologici implicanti la compromissione delle funzioni integratrici della coscienza, della memoria e dell'identità. Tali sono le patologie dissociative e le patologie in cui il quadro clinico sia dominato dalla frammentazione o scissione (*splitting*) del Sé (disturbi dissociativi, disturbi borderline e schizotipici di personalità, disturbi dello spettro schizofrenico). È necessario ricordare che un fattore di rischio non va inteso come se fosse la causa lineare e unica di un disturbo. Verosimilmente, i disturbi psichiatrici derivano tutti dal convergere di più fattori di rischio. Gli studi più recenti (Paris 1996) suggeriscono che diversi fattori genetici, costituzionali e temperamentali si sommano e alternano a diversi fattori di rischio ambientali (traumi, fallimenti empatici, stili abnormi di attaccamento) nella genesi dei diversi disturbi implicanti processi dissociativi che abbiamo sopra ricordato. L'interesse di considerare tra i fattori di rischio anche la disorganizzazione dell'attaccamento è legato al fatto che essa si presta particolarmente bene alla messa in atto di misure preventive, come sosterremo nell'ultima parte di questo scritto, e non certo nella

improbabile ipotesi che essa costituisca il determinante unico o principale di disturbi gravi come i disturbi borderline e schizotipico di personalità o il disturbo dissociativo di identità.

Una serie di studi clinici si alleano alle già citate ricerche longitudinali sull'attaccamento nel sostenere l'ipotesi che la disorganizzazione dell'attaccamento costituisca un importante fattore di rischio dei disturbi psichiatrici implicanti fenomeni dissociativi.

Liotti, Intreccialagli e Cecere (1991) hanno osservato che pazienti con disturbi dissociativi ricordavano, assai più spesso dei pazienti psichiatrici privi di tali disturbi, che la propria madre aveva subito un grave lutto nei due anni precedenti o seguenti la loro nascita. Ciò suggerisce che le madri dei pazienti dissociativi soffrivano per un lutto in corso di elaborazione nel periodo (i primi due anni di vita del bambino) in cui il pattern di attaccamento prende forma e si stabilizza. Poiché, come si è detto, un lutto (o un trauma) non elaborato nel genitore predispone fortemente allo sviluppo di una relazione di attaccamento disorganizzato col bambino nei suoi primi anni di vita, la ricerca di Liotti *et al.* (1991) è in accordo con l'ipotesi che l'attaccamento disorganizzato nel primo anno di vita costituisca un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi dissociativi in età adulta.

Per quanto sia dubbio associare ai disturbi dissociativi i disturbi dell'identità e della coscienza che compaiono come aspetto dei disturbi acuti e giovanili appartenenti allo spettro schizofrenico, è suggestivo ricordare qui uno studio di Walsh (1978), che dimostra una correlazione fra lutti nei genitori nel periodo di due anni a cavallo della nascita del figlio, e comparsa di disturbi schizofrenici acuti in quel figlio divenuto adolescente.

I risultati di Fonagy *et al.* (1995) su giovani pazienti borderline potrebbero anch'essi risultare in accordo con l'ipotesi che l'attaccamento disorganizzato faciliti lo sviluppo di patologie implicanti la dissociazione. Da un lato, è noto che i disturbi borderline implicano spesso la comparsa di fenomeni dissociativi; dall'altro, i risultati di Fonagy suggeriscono che i pazienti borderline abbiano uno stato mentale relativo alla dimensione dell'attaccamento compatibile con la disorganizzazione dell'attaccamento precoce. Sfortunatamente, al tempo in cui Fonagy e i suoi collaboratori iniziarono questo studio, non era ancora stato messo a punto lo strumento diagnostico che meglio permette di valutare lo stato mentale *unresolved* relativo all'attaccamento-stato mentale che appunto appare correlato alla disorganizzazione dell'attaccamento. Tuttavia, un'analisi attenta delle classificazioni di Fonagy suggerisce fortemente che, se fosse stata disponibile la classificazione *unresolved* invece che solo quelle *free*, *preoccupied* e *dismissing*, proprio questa sarebbe stata la più adatta a categorizzare la maggioranza dei suoi pazienti borderline. Infatti, il sottotipo 3 della categoria *preoccupied* (E3) che categorizza la maggioranza dei pazienti di Fonagy e la totalità dei pazienti borderline di un precedente campione di Patrick e Hobson (citato in Fonagy *et al.* 1995, p. 260) è la categoria in cui più probabilmente venivano dia-

gnosticati i protocolli *unresolved* in assenza della scala che oggi permette tale diagnosi.

Due studi recenti, di Anderson e Alexander (1996) e di Coe *et al.* (1995), portano anch'essi sostegno all'ipotesi che l'attaccamento disorganizzato costituisca un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi dissociativi.

Oltre alle suddette indagini clinico-statistiche, esistono alcuni studi di pazienti in psicoterapia fondati sull'ipotesi che esista una relazione tra attaccamento D e patologie dissociative. Questi studi suffragano l'ipotesi mostrando come l'attenzione prestata alla disorganizzazione dell'attaccamento illumini la comprensione della struttura mentale fondamentale - struttura appunto dissociata e poco coesa - soggiacente i sintomi (Liotti 1993, 1995; Muscetta 1996).

Se queste prove convergenti ci autorizzano a considerare ed approfondire il modello teorico dei processi dissociativi che prende le mosse dalla disorganizzazione precoce dell'attaccamento (Liotti in stampa), come tale modello può riflettersi in interventi di psichiatria preventiva? A questa domanda daremo risposta nel prossimo paragrafo.

8. Possibilità di interventi preventivi basati sul modello dell'attaccamento D

Il modello dell'attaccamento D visto come fattore di rischio per le patologie dissociative dimostra l'importanza del lutto (e dei traumi psicologici in genere) non solo riguardo allo sviluppo individuale di disturbi psichiatrici, ma anche riguardo ai possibili effetti patogeni sulle generazioni successive. Da ciò emerge quindi la possibilità di elaborare uno specifico modello di intervento di psichiatria preventiva.

L'identificazione di madri che stiano soffrendo per un lutto non elaborato nel primo periodo di vita del loro bambino potrebbe condurre ad un invio di queste madri a centri di consulenza ed assistenza il cui fine sia facilitare l'elaborazione del lutto nella madre, il che dovrebbe riflettersi nella marcata riduzione della probabilità che il figlio sviluppi un attaccamento disorganizzato, e quindi un fattore di rischio per le patologie dissociative. I medici di base, le cliniche ostetriche e i consultori materno-infantili potrebbero concorrere senza grandi difficoltà all'identificazione delle madri che presentino il suddetto fattore di rischio. I servizi socio-sanitari potrebbero poi fornire a queste madri, se opportunamente preparati, un aiuto valido ed efficace per una adeguata elaborazione ed una risoluzione del lutto - e ciò senza aggravare particolari di bilancio. Nel contesto socio-culturale inglese, infatti, dove i gruppi di mutuo-aiuto hanno una più lunga tradizione, si sono avuti risultati molto significativi non solo con la creazione di centri di consulenza per le persone in lutto e di servizi animati da volontari, ma anche con la costituzione di gruppi autogestiti di vedovi (Parkes 1980).

Per quanto riguarda l'efficacia di un tale semplice modello di intervento

preventivo sul lutto materno, esistono studi epidemiologici che indicano, tra i principali fattori protettivi in presenza di un importante evento di perdita, la presenza di una figura significativa e/o di una rete sociale di sostegno su cui sia possibile contare per l'espressione o la condivisione della propria esperienza di lutto (Brown, Harris 1978; Onofri, Tombolini 1989). L'originale intuizione di Bowlby (1969, 1988) riguardante l'importanza, *lungo l'intero arco di vita*, di una figura su cui contare e che sia in grado di fornire ascolto, comprensione e conforto, viene pienamente confermata da questi studi epidemiologici. Non sono tanto gli eventi di perdita in se stessi a determinare la psicopatologia, quanto l'insufficienza del sostegno interpersonale e sociale ricevuto dopo l'evento luttuoso. Per questo anche una risposta preparata ed adeguata da parte del medico e dello psichiatra alla richiesta di aiuto presenta nelle emozioni del lutto può rappresentare un importante fattore protettivo per la salute mentale.

Il modello qui proposto aggiunge, a queste ben note considerazioni sui fattori protettivi sociali ed interpersonali che possono intervenire a mitigare il rischio di depressione dopo un lutto personale (Brown, Harris 1978), una dimensione nuova: intervenire su un particolare campione di persone con un lutto, le neo-madri che abbiano subito una grave perdita, significa mettere in opera non solo un intervento di psichiatria preventiva riguardante le madri stesse, ma anche un importante intervento di prevenzione rispetto alle patologie dissociative della generazione seguente.

Bibliografia

- AINSWORTH M. D., BLEHAR M. C., WATERS E., WALLS E. (1978), *Patterns of attachment: assessed in the Strange Situation and at home*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale (NJ).
- ANDERSON C. L., ALEXANDER P.C. (1996), The relationship between attachment and dissociation in adult survivors of incest, *Psychiatry*, 59, 240-54.
- AREND R. (1984), Preschoolers competence in a barrier situation: patterns of adaptation and their precursor in infancy, Tesi di dottorato, University of Minnesota.
- BOWLBY J. (1969), *Attachment and loss*, vol. I, Hogarth Press, London (trad. it. *Attaccamento e perdita*, vol. I, Boringhieri, Torino 1972).
- ID. (1988), Developmental psychopathology comes of age, *The American Journal of Psychiatry*, 145, 1-10 (trad. it. Dalla teoria dell'attaccamento alla psicopatologia dello sviluppo, *Rivista di Psichiatria*, 1988, 23, 2, 57-68).
- BRETHERTON I., WATERS E. (eds.) (1985), Growing points in attachment theory and research, *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50.
- BRETHERTON I., FRITZ J., ZAHN C., RIDGEWAY D. (1986), Learning to talk about emotions: a functionalist perspective, *Child Development*, 57, 529-48.
- BROWN G.W., HARRIS T. (1978), *The social origins of depression: a study of psychiatric disorders in women*, Tavistock, London.
- CARLSON E.A., SROUFE L.A. (1995), Contribution of attachment theory to developmental psychopathology, in D. Cicchetti, D. Cohen (eds.), *Developmental psychopathology: Theory and methods*, Wiley, New York, vol. 1, pp. 581-617.

- COE M.T., DAHLENBERG C.J., ARANSKY K.M., RETO C.S. (1995), Adult attachment style, reported childhood violence history and types of dissociative experiences, *Dissociation*, 8, 142-54.
- CICCHETTI D. (1984), The emergence of developmental psychopathology, *Child Development*, 55, 1-7.
- ID. (1989), Developmental psychopathology: some thoughts on its evolution, *Development and Psychopathology*, 1, 1-14.
- CICCHETTI D., COHEN D. (1995), *Developmental psychopathology: Theory and methods*, Wiley, New York.
- FONAGY P., STEELE M., STEELE H., LEIGH T. (1995), Attachment, the reflective self, and borderline states, in S. Goldberg, R. Muir, J. Kerr (eds.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives*, The Analytic Press, Hillsdale (NJ).
- GEORGE C., KAPLAN N., MAIN M. (1985), *The Adult Attachment Interview*, Manoscritto non pubblicato, University of California, Berkeley.
- GROSSMANN K.E., GROSSMANN K. (1991), Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses in a longitudinal perspective, in C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, P. Marris (eds.), *Attachment across the life cycle*, Routledge, London (trad. it. *L'attaccamento nel ciclo di vita*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1995).
- GROSSMANN K. E., GROSSMANN K. (1993), Legame di attaccamento e sviluppo delle dinamiche psichiche individuali nel corso della vita, *Terapia Familiare*, 41, 5-18.
- LIOTTI G. (1992), Disorganizzazione dell'attaccamento e predisposizione allo sviluppo di disturbi funzionali della coscienza, in M. Ammaniti, D.N. Stern (a cura di), *Attaccamento e psicoanalisi*, Laterza, Bari.
- ID. (1993), Disorganized attachment and dissociative experiences: an illustration of the developmental ethological approach to cognitive therapy, in K.T. Kuhelwein, H. Rosen (eds.), *Cognitive therapy in action*, Jossey Bass, San Francisco.
- ID. (1994), *La dimensione interpersonale della coscienza*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- ID. (1995), Disorganized/disoriented attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders, in S. Goldberg, R. Muir, J. Kerr (eds.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives*, The Analytic Press, Hillsdale (NJ).
- ID. (1996), La costruzione di identità dissociate nell'adolescenza, *Adolescenza*, 3, 237-56.
- ID. (in stampa), Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology, in J. Solomon, C. George (eds.), *Attachment disorganization*, Guilford Press, New York.
- LIOTTI G., INTRECCIALAGLI B., CECERE F. (1991), Esperienza di lutto nella madre e facilitazione dello sviluppo di disturbi dissociativi nella prole: uno studio caso-controllo, *Rivista di Psichiatria*, 26, 284-91.
- LIOTTI G., ONOFRI A. (1993), Lo sviluppo dei disturbi dissociativi della coscienza nella prospettiva cognitivo-evolutiva, *Complessità e cambiamento*, 2, 1, 25-34.
- LYONS-RUTH K. (1996), Attachment relationship among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 64-73.
- LUTKENHAUS P., GROSSMANN K. E. (1985), Infant-mother attachment at twelve months and style of interaction with a stranger at the age of three years, *Child Development*, 56, 20-8.

- MAIN M. (1995), Recent studies in attachment: Overview, with selected implications for clinical work, in S. Goldberg, R. Muir, J. Kerr (eds.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives*, The Analytic Press, Hillsdale (NJ).
- MAIN M., HESSE H. (1990), Parents unresolved traumatic experiences are related to infants disorganized attachment status: is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism?, in M. Greenberg, D. Cicchetti, E. M. Cummings (eds.), *Attachment in the preschool years*, University of Chicago Press, Chicago.
- IDD. (1992), Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati dei genitori, in M. Ammaniti, D. N. Stern (a cura di), *Attaccamento e psicoanalisi*, Laterza, Bari.
- MAIN M., SOLOMON J. (1986), Discovery of an insecure disorganized disoriented attachment pattern, in M. Yogman, I. B. Brazelton, N. J. Norwood (eds.), *Affective development in infancy*, Ablex, Norwood, (NJ).
- IDD. (1990), Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation, in M. Greenberg, D. Cicchetti, E.M. Cummings (eds.), *Attachment in the preschool years*, University of Chicago Press, Chicago.
- MATAS L., AREND L., SROUFE L.A. (1978), Continuity of adaptation in the second year. The relationship between quality of attachment and later competent functioning, *Child Development*, 49, 547-55.
- MUSCETTA S. (1996), Le radici evolutive dei disturbi dissociativi, *Adolescenza*, 7, 257-74.
- ONOFRI A., TOMBOLINI L., Il sé autopoietico e il sé con l'altro: le teorie dello sviluppo nella prospettiva cognitivista, *Psicobiiettivo*, in stampa.
- IDD. (1989), Il medico come fattore di protezione dallo stress, *Psichiatria e medicina*, 3, 10, 33-6.
- PARKES C.M. (1980), *Il lutto. Studi sul cordoglio degli adulti*, Feltrinelli, Milano.
- PARKES C.M., STEVENSON-HINDE J., MARRIS P. (eds.) (1991), *Attachment across the life cycle*, Routledge, London (trad. it. *Attaccamento e ciclo di vita*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1995).
- PARIS J. (1993), *Borderline personality disorder: Etiology and treatment*, American Psychiatric Press, Washington (trad. it. *Il disturbo borderline di personalità*, Cortina, Milano 1995).
- ID. (1996), *Social factors in the personality disorders*, Cambridge University Press, Cambridge.
- RAJKE-YARROW M., CUMMINGS E. M., KUCZYNSKI L., CHAPMAN M. (1985), Patterns of attachment in two and three years olds in normal families with parental depression, *Child Development*, 56, 884-93.
- RUTTER M. (1985), Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorders, *The British Journal of Psychiatry*, 147, 598.
- SROUFE L.A., ROSENBERG D. (1980), Coherence of individual adaptation in lower SES infants and toddlers, Relazione presentata alla International Conference in Infant Studies, Providence.
- SROUFE L.A., RUTTER M. (1984), The domain of developmental psychopathology, *Child Development*, 55, 17-29.
- WADDINGTON C.H. (1957), *The strategy of the genes*, Allen & Unwin, London.
- WALSH F.W. (1978), Concurrent grandparent death and birth of schizophrenic offspring: An intriguing finding, *Family Process*, 17, 457-63.