

## Trauma e dissociazione alla luce della teoria dell'attaccamento

GIOVANNI LIOTTI

*Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma*

**RIASSUNTO:** **Obiettivo:** Chiarificare i concetti controversi di trauma psicologico, dissociazione e disturbo post-traumatico alla luce della teoria e della ricerca sull'attaccamento. **Metodo:** L'articolo passa in rassegna i risultati di una serie di ricerche e riflessioni teorico-cliniche sulla disorganizzazione dell'attaccamento precoce e le sue conseguenze nel corso dello sviluppo, convergenti nel sostenere che da questa esperienza relazionale infantile deriva una forte tendenza a rispondere ad eventi traumatici con processi dissociativi, a loro volta predittivi di disturbi post-traumatici. **Risultati:** Essendo la disorganizzazione dell'attaccamento, in se stessa, un processo mentale dissociativo, lo studio accurato delle sue caratteristiche intrinseche e delle condizioni intersoggettive del suo sviluppo permette di chiarire il concetto di dissociazione. Tutti gli eventi di vita capaci di invalidare le strategie che controllano la disorganizzazione dell'attaccamento possono determinare il riaffiorare di sintomi dissociativi e apparire quindi nella clinica come eventi traumatici. **Conclusioni:** Esistono prove empiriche a sostegno della tesi che i concetti di trauma psicologico, di dissociazione e di disturbo correlato a trauma e dissociazione possono essere compresi adeguatamente solo considerando le dinamiche di attaccamento implicate nelle esperienze chiamate traumatiche.

**PAROLE CHIAVE:** Attaccamento, Dissociazione, Disturbo post-traumatico, Modello Operativo Interno dell'attaccamento disorganizzato, Trauma psicologico

**ABSTRACT:** **Objective:** To clarify the controversial concepts of psychological trauma, dissociation and post-traumatic disorders in the light of attachment theory and research. **Methods:** The article reviews research findings and theoretical reflections on infant disorganized attachment, supporting the hypothesis that this early relational experience fosters a strong tendency to react to later traumatic stressors with dissociation (peri-traumatic dissociation is a pre-requisite for the development of post-traumatic disorders). **Results:** Attachment disorganization is in itself a dissociative process. The careful study of its characteristic features and of the intersubjective conditions of its development clarifies the concept of dissociation. Every life event that brings to a collapse the controlling strategies that keep attachment disorganization at bay can cause the surfacing of dissociative symptoms and appear, clinically, as a traumatic event. **Conclusions:** Existing evidence supports the hypothesis that a proper understanding of what constitutes psychological trauma, dissociation, and trauma-related disorders implies the careful consideration of how attachment dynamics intervene in the experiences usually regarded as traumatic.

**KEY WORDS:** Attachment, Dissociation, Post-Traumatic Stress Disorder, Disorganized Attachment Internal Working Model, Psychological trauma.

L'imponente mole di ricerche empiriche e studi clinici sul trauma psicologico e sui disturbi che ne conseguono appare, a molti critici, un gigante dai piedi d'argilla. McNally, ad esempio, nell'importante articolo che riassume le principali critiche al concetto di trauma e di Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS), sostiene

con argomenti a prima vista inconfutabili che già la base definitoria su cui poggia l'intero edificio, la definizione cioè di cosa si debba intendere per "trauma", si rivela, ad una riflessione attenta, assai problematica (McNally, 2003). McNally osserva fra l'altro che vengono usualmente inclusi, fra i traumi potenzialmente ca-

pauci di causare un DPTS, eventi qualitativamente assai diversi fra loro: ad esempio, il DSM-IV elenca fra i traumi potenzialmente responsabili del DPTS tanto una diretta minaccia alla propria vita o alla propria integrità fisica, quanto il semplice assistere all'esposizione di un'altra persona a consimili minacce (American Psychiatric Association, 1994, p. 427). Quando classi di eventi qualitativamente distinte fra loro sono considerate nella loro relazione causale con uno stesso disturbo, diventa difficile identificare il comune meccanismo psicobiologico, che necessariamente dovrebbe soggiacere all'espressione dei medesimi sintomi in risposta a diversi fattori scatenanti (McNally, 2003, p. 231).

La tesi di questo articolo è che, se si considerano le funzioni del sistema di attaccamento (come definito da Bowlby: 1969, 1974, 1980), è possibile rispondere in maniera soddisfacente alle considerazioni critiche su trauma e DPTS formulate da più parti e ben riassunte nell'articolo citato di McNally. Più in particolare, si argomenterà che il meccanismo psicobiologico comune che permette di comprendere lo sviluppo di DPTS in risposta ad eventi diversi va ricercato in relazione allo studio di un preciso assetto del sistema di attaccamento. Alla luce delle funzioni del sistema di attaccamento, gli eventi traumatici elencati dal DSM IV come antecedenti del DPTS sono solo apparentemente diversi nella loro qualità esperienziale, e producono invece risposte consimili nel funzionamento mentale di base dell'essere umano. Prima di sviluppare questa argomentazione, è necessaria una riflessione sui rapporti che intercorrono fra trauma e dissociazione, poiché il meccanismo psicobiologico comune che dovrebbe mediare la produzione di sintomi simili in risposta a traumi fra loro diversi va ricercato, secondo molti, nei processi dissociativi, e questi ultimi sono considerati una difesa mentale, indipendente dalle funzioni del sistema di attaccamento, di fronte all'esperienza traumatica.

## ■ Trauma e dissociazione

A sostegno della tesi che i diversi eventi psicologicamente traumatici generano il DPTS attraverso l'attivazione di processi dissociativi (tesi che, fra l'altro, porrebbe il DPTS in stretta relazione con i disturbi dissociativi piuttosto che con i disturbi d'ansia), vengono portate le osservazioni dell'assai più frequente sviluppo di un DPTS quando l'esperienza del trauma è accompagnata o seguita da dissociazione, rispetto ai casi di esposizione ad eventi traumatici nei quali non vi

è segno di dissociazione peri-traumatica. Numerosi studi controllati indicano il forte legame fra dissociazione peri-traumatica e DPTS, un legame statisticamente addirittura più forte di quello fra DPTS e durata o intensità dell'esposizione ad eventi estremi (Birmes, Carreras, Charlet, Warner, Lauque, Schmitt, 2001; Marmar, Weiss, Schlenger, Fairbank, Jordan, Kulka, Hough 1994; Olde, van der Hart, Kleber, van Son, Wijnen, Pop, 2005; Shalev, Peri, Canetti, Schreiber, 1996; Ursano, Fullerton, Epstein, Crowley, Vance, 1999). Trauma e dissociazione, in un certo senso, si definirebbero allora nella loro interazione reciproca: un trauma psicologico è tale in quanto determina dissociazione dei processi psichici.

Come la definizione di trauma, tuttavia, anche la definizione del concetto di dissociazione è ben lungi dall'essere univoca e chiara: non è chiaro, ad esempio, in quale misura ed in qual senso la dissociazione sia concettualmente diversa da altri processi patologici che, come la scissione (splitting), implicano anch'essi deficit dell'usuale tendenza alla continuità e coerenza dei processi che attribuiscono significato all'esperienza e unitarietà alla percezione di sé (Frankel, 1990, 1994). Inoltre, la relazione fra trauma e dissociazione – a prima vista evidente se si guarda all'insieme dei numerosissimi studi esistenti – appare tutt'altro che lineare quando si considerano i casi clinici specifici: per limitarci alle considerazioni più semplici, non sempre esperienze gravemente traumatiche sono seguite da dissociazione o dallo sviluppo di un DPTS (vedi, ad esempio, Yehuda e MacFarlane, 1995), mentre al contrario esistono casi, per quanto relativamente rari, di sintomi dissociativi che compaiono in persone con storie di vita non particolarmente traumatiche.

Nelle successive sezioni di questo articolo si argomenterà che la considerazione delle funzioni del sistema di attaccamento permette di comprendere più chiaramente, oltre al concetto di trauma psichico, anche quello di dissociazione. Trauma, dissociazione e funzioni del sistema di attaccamento appaiono come tre aspetti del funzionamento mentale umano di fronte agli eventi di vita, tanto strettamente interconnessi fra loro che studiarne uno in isolamento concettuale dagli altri due conduce ad inevitabili contraddizioni e confusioni (Liotti, 2004).

## ■ Trauma e funzioni del sistema di attaccamento

Come è noto, il sistema motivazionale di attaccamento si costruisce sulla base di una disposizione in-

nata a cercare la vicinanza protettiva di un membro ben conosciuto del proprio gruppo sociale quando ci si trovi in condizioni di pericolo, di vulnerabilità o di dolore (Bowlby, 1969). Tale disposizione è innata nel senso dell'esser frutto dei processi evuzionistici che conducono alle specie dei primati, di cui fa parte anche la nostra specie. Si tratta di una disposizione o tendenza, e non di un istinto nel senso classico del termine, perché essa è intrinsecamente plasmabile dalle contingenze ambientali fin dall'inizio del suo operare. Le basi psicobiologiche del sistema di attaccamento sono presumibilmente sovrapponibili al panic system identificato da Panksepp (1998) in una precisa rete neurale (omologa nelle diverse specie di primati) la cui attività è modulata dagli oppioidi endogeni. La vicinanza protettiva di un membro del gruppo sociale attiva questa rete neurale in modo tale che grazie l'incrementata produzione di endorfine mitiga paura e dolore. Viceversa, l'irraggiungibilità di una tale vicinanza attiva la rete neurale nella direzione di un tipo di paura, che si aggiunge a quella suscitata dal pericolo ambientale e che può divenire particolarmente intensa (panico).

Vista la natura innata della disposizione a cercare vicinanza protettiva in previsione di possibili pericoli e nella valutazione della propria vulnerabilità ad essi (naturalmente, si tratta qui di una valutazione generalmente implicita o inconscia), l'irraggiungibilità protratta di figure protettive del gruppo sociale si configura dunque come fattore di inquietudine radicale ed essenziale. L'esistenza di un sistema motivazionale a base innata che "prevede", al livello implicito delle operazioni mentali, tanto l'aiuto di altri membri del gruppo sociale quanto il continuo monitoraggio della propria vulnerabilità di fronte a possibili pericoli ambientali (vulnerabilità che si percepisce aumentata in condizioni di fatica, fame, e dolore di qualsiasi natura), fa sì che l'irraggiungibilità protratta delle figure di attaccamento (FDA) può costituire un evento traumatico anche se non sono presenti motivi immediati di pericolo nell'ambiente circostante (per le argomentazioni evuzionistiche che sostengono l'equiparazione, ad un livello radicalmente inconscio di attività mentale, fra "assenza di protezione sociale" e "pericolo", vedi Bowlby, 1969; per la qualità e l'intensità particolare delle risposte di paura che, nelle antropomorfe e nell'uomo ma anche in altre specie di mammiferi, seguono la percezione dell'irraggiungibilità delle FDA, vedi le considerazioni neurobiologiche ed evuzionistiche sul panic system in Panksepp, 1998).

Già questa assai schematica sintesi delle funzioni essenziali del sistema di attaccamento – cercare ed ot-

tenere cura, protezione e conforto in condizioni di dolore o pericolo attraverso una specifica modalità di interazione sociale – suggerisce l'utilità di studiare le esperienze traumatiche in stretta connessione con le concrete dinamiche relazionali che le precedono, le accompagnano e le seguono. Presumibilmente, un'esperienza diviene psicologicamente traumatica, cioè lesiva dell'integrità-continuità delle funzioni essenziali dell'apparato mentale, non solo e non tanto per la presenza di fattori di paura e dolore, ma anche per l'assenza simultanea delle relazioni sociali che per via innata (e dunque tanto implicitamente quanto inevitabilmente) ci si aspetta che intervengano ad offrire protezione o almeno a mitigare il dolore. E già questa semplice considerazione renderebbe inconsistente la critica di McNally (2003) alla relazione fra traumi e DPTS, centrata sulla diversità concettuale fra eventi in cui si è esposti direttamente ad una minaccia alla propria integrità fisica, ed eventi caratterizzati dall'assistere ad una consimile minaccia rivolta ad un'altra persona. Se infatti l'altra persona è una FDA, a livello delle funzioni psicobiologiche fondamentali vederne minacciata la vita è poco meno, o altrettanto, terrorizzante che vedere minacciata direttamente la propria.

### ■ **Funzioni del sistema di attaccamento e dissociazione**

Se la considerazione delle funzioni essenziali del sistema di attaccamento aiuta a comprendere l'equivalenza, in termini di risposte di paura, fra eventi che minacciano la propria vita ed eventi che minacciano la vita delle proprie FDA, per comprendere le risposte dissociative agli eventi traumatici è necessario considerare le strutture cognitive apprese che, coniugandosi alla disposizione innata a cercare vicinanza protettiva, costituiscono il sistema di attaccamento. Nella teoria dell'attaccamento, queste strutture cognitive apprese (strutture di memoria e insieme di aspettativa, che possono divenire esplicite e coscienti o permanere al livello di conoscenza implicita tipico del primo anno di vita) sono chiamate *internal working models* (modelli operativi interni, MOI). Esse si sviluppano in relazione ai diversi atteggiamenti delle FDA nel rispondere concretamente alle richieste di cura del bambino, e corrispondono ai diversi tipi o pattern di attaccamento identificate dalla ricerca empirica sui processi di attaccamento nei primi anni di vita (per alcune sintesi applicate alle esigenze del clinico, vedi Hesse e Main, 2000; Main, 1995).

I MOI corrispondenti ai diversi tipi di attaccamento possono essere classificati secondo due dimensioni psicologiche fondamentali: la dimensione della sicurezza-insicurezza e la dimensione dell'organizzazione-disorganizzazione (per una considerazione critica dei concetti di tipi e di dimensioni dell'attaccamento, vedi Liotti, 2000a, oppure Liotti, 2001, p. 75-77). Nella dimensione della sicurezza-insicurezza, si distinguono i MOI sicuri (derivanti da esperienze felici di attaccamento, veicolano aspettative di sicurezza nel ricevere protezione dal pericolo o conforto dal dolore) dai MOI insicuri (che veicolano aspettative di rifiuto nel caso dell'attaccamento evitante, ed aspettative ambivalenti circa la risposta delle figure di attaccamento nel caso dell'attaccamento resistente). Nella dimensione della organizzazione-disorganizzazione, si distinguono i MOI organizzati, che veicolano una percezione unitaria e coerente (sia essa positiva e sicura o negativa ed insicura) di sé e della FDA, dai MOI disorganizzati che invece veicolano percezioni molteplici, incoerenti e non integrate (dissociate) di sé e dell'altro.

Nell'esercizio delle funzioni del sistema di attaccamento, i MOI regolano non solo l'espressione comportamentale della disposizione innata a cercare vicinanza protettiva in situazioni di dolore-pericolo, ma anche l'esperienza soggettiva di pensiero ed emozione che accompagna l'attivazione del sistema. Quando il sistema di attaccamento viene attivato da esperienze di paura o dolore, i diversi tipi di MOI determinano risposte comportamentali, emotive e cognitive assai diverse fra loro, come dimostrato da una imponente quantità di ricerche empiriche (rassegne estese di queste ricerche possono essere trovate nel Manuale dell'Attaccamento, a cura di Cassidy e Shaver, 1999). Un MOI sicuro ed organizzato si rifletterà da un lato nella ricerca efficiente di aiuto e conforto non appena questa divenga possibile dopo il trauma, e dall'altro in una aspettativa interiore positiva circa la possibilità e la legittimità di tale ricerca e dei suoi esiti: lo stato mentale che si produce in risposta ad eventi che producono paura e sofferenza sarà dunque caratterizzato da una certa regolazione intrinseca delle emozioni dolorose, legata alla conoscenza sicura della possibilità di conforto e sollievo dal dolore, e alla fiducia di base che ne consegue. Viceversa, un MOI insicuro veicolerà, di fronte alle stesse esperienze dolorose, aspettative ambivalenti o negative rispetto al bisogno di aiuto- conforto, e di conseguenza una meno efficiente regolazione interna delle emozioni dolorose ed una meno efficiente ricerca concreta di aiuto non appena le circostanze le rendano possibile.

È evidente che un MOI sicuro permette, entro certi limiti almeno, di assimilare esperienze dolorose senza conseguenze psicopatologiche di rilievo, mentre i MOI insicuri rendono più probabili tali conseguenze (Liotti, 2004). Ma è la considerazione del MOI disorganizzato quella che promette di comprendere con maggiore chiarezza come alcune esperienze attivino il sistema di attaccamento in modo tale che diviene assai probabile l'innescarsi di processi dissociativi. Tali esperienze, proprio in quanto attivano un MOI di attaccamento disorganizzato, possono allora acquisire con una certa facilità (cioè, anche se non si tratta di esperienze estreme di dolore e pericolo di vita) il valore di traumi psicologici, ed essere seguite da un DPTS o dallo sviluppo di disturbi dissociativi. Si può infatti argomentare che il MOI disorganizzato è intrinsecamente caratterizzato da processi dissociativi, e che la sua attivazione di fronte ad eventi dolorosi porta con sé inevitabilmente o la comparsa diretta dei sintomi tipici dei disturbi dissociativi e borderline, oppure quella dissociazione peri-traumatica che predice lo sviluppo di un DPTS.

L'argomentazione prenderà le mosse dalle somiglianze fenomeniche fra la dissociazione, come descritta tradizionalmente dai clinici, e le osservazioni empiriche pertinenti al tema del MOI disorganizzato. Tali osservazioni empiriche sono state raccolte attraverso la Strange Situation Procedure (SSP: Ainsworth, Blehar, Waters, Wall, 1978) per la prima infanzia, e attraverso l'Adult Attachment Interview (AAI: Hesse, 1999) per lo stato mentale degli adulti correlato alla disorganizzazione dell'attaccamento nel bambino. La successiva sezione dell'articolo, riassume le ricerche che dimostrano una correlazione fra attaccamento disorganizzato nell'infanzia e disturbi dissociativi e borderline in età adulta. Tali ricerche, suffragando ulteriormente la correlazione fra disorganizzazione dell'attaccamento e disturbi nella cui genesi giocano un ruolo determinante i traumi e la perdita di continuità e coesione dell'esperienza (dissociazione), contribuiscono a chiarire la nostra tesi, che trauma, dissociazione e disorganizzazione dell'attaccamento costituiscono tre aspetti inestricabilmente interconnessi di un unico processo psicopatologico. Infine, ci si soffermerà sulle dinamiche intersoggettive ed intrapsichiche che caratterizzano la disorganizzazione dell'attaccamento nella prima infanzia ed i suoi sviluppi successivi, al fine di descrivere più dettagliatamente i processi patogenetici nei quali alcuni eventi di vita, determinando l'emergere di fenomeni dissociativi, acquisiscono la qualità di traumi correlati allo svilup-

po di DPTS o di altri disturbi implicanti dissociazione (disturbi dissociativi e borderline).

### ■ **Processi dissociativi e disorganizzazione dell'attaccamento: somiglianze fenomeniche**

Diversi studi (Hesse e Main, 2000; Hesse, Main, Abrams, Rifkin, 2003; Lyons-Ruth, Yellin, Melnick, Atwood, 2003; Main e Morgan, 1996; Steele e Steele, 2003) sottolineano le somiglianze esistenti fra i fenomeni clinici indicativi di processi dissociativi e alcune caratteristiche dei trascritti dell'AAI classificati U (Unresolved), CC (Cannot Classify) e HH (Hostile-Helpless). Analoghe somiglianze sono riscontrabili fra i processi dissociativi e il comportamento di attaccamento disorganizzato del bambino nel secondo anno di vita, rilevato nella SSP (Hesse et al., 2003; Liotti, 1992, 1999, 2004, 2005; Main e Morgan, 1996). L'attaccamento disorganizzato del bambino è fortemente correlabile alle classificazioni U, CC e HH dell'adulto che quel bambino accudisce (FDA): la ricerca sull'attaccamento offre dunque spunti per riflettere sulla dimensione intersoggettiva che sottende le dinamiche dissociative e le risposte ai traumi che implicano tali dinamiche, e tale riflessione suggerisce che i disturbi delle funzioni integratrici della coscienza tendono a sincronizzarsi nel bambino e nella FDA.

La dissociazione è definita dal DSM- IV come un deficit delle funzioni integratrici della memoria, della coscienza e dell'identità. Nel dialogo clinico, la dissociazione è talora suggerita da un improvviso ed automatico assorbimento del paziente nei propri stati interni, tanto intenso che l'attenzione usuale all'ambiente esterno ne risulta seriamente limitata. Altri indicatori clinici di dissociazione sono le improvvise perdite di continuità e coerenza del discorso, del pensiero e del comportamento, quando tali perdite di coerenza e continuità, delle quali la persona è inconsapevole, si possono supporre dovute all'intrusione di contenuti mentali dissociati (spesso correlabili a memorie traumatiche) nel flusso di coscienza. Così, ad esempio, un paziente può improvvisamente interrompere il suo discorso durante una seduta terapeutica, fissare lo sguardo nel vuoto anche per lunghi minuti, e non rispondere alle domande del terapeuta su cosa gli stia accadendo. Oppure, un altro paziente può, all'improvviso, pronunziare commenti frammentari e incoerenti che suggeriscono la comparsa nella coscienza di immagini mentali intrusive (di solito connesse a memorie traumatiche). Altri pazienti con di-

sturbi dissociativi possono: (1) rivelare lacune di memoria troppo estese perché si tratti di ordinarie dimenticanze; (2) descrivere momenti in cui perdono l'usuale senso di continuità ed immediata certezza nella percezione cosciente del proprio corpo o delle proprie emozioni (depersonalizzazione); (3) cambiare radicalmente la descrizione di sé- con- l'altro rispetto a quella offerta anche solo pochi minuti prima, senza mostrare alcuna consapevolezza del cambiamento.

Fenomeni strutturalmente simili possono apparire, durante la raccolta dell'AAI, anche in campioni non clinici. Per esempio, un adulto può interrompere a metà una frase che commentava una perdita o un trauma, restare assorbito in un silenzio ingiustificato, e poi completare la frase anche dopo mezzo minuto come se non fosse consapevole del tempo trascorso (Main e Morgan, 1996, p. 125). Altri adulti intervistati sembrano sperimentare intrusioni automatiche di immagini mentali particolarmente vivide che interferiscono con la qualità del discorso, come nel seguente caso, in cui una donna adulta descrive le percosse inflitte, quando era bambina, dal padre: "Sì ecco, quello che fece fu colpirmi, bastone, bastone fa male ... bastone marrone" (Main e Morgan, 1996, p. 126). Ancora altri possono esprimere, con un tono di voce improvvisamente cambiato ed infantile l'intrusione, fuori del contesto momentaneo dell'intervista, di memorie traumatiche. Questi fenomeni, che compaiono nell'AAI di persone prive di disturbi clinici evidenti, sono a volte formalmente indistinguibili da quelli osservabili nell'AAI di pazienti che soffrono di disturbi dissociativi (Steele e Steele, 2003, p. 113), ed anche dagli analoghi fenomeni rilevabili durante le sedute di psicoterapia con pazienti dissociativi.

L'osservazione di fenomeni dissociativi all'interno della raccolta dell'AAI conduce alle codifiche CC (Hesse, 1999) e HH (Lyons-Ruth et al., 2003) dell'intervista. Queste codifiche, particolarmente frequenti nei pazienti dissociativi (Steele e Steele, 2003) e borderline (Melnick, Lyons-Ruth, Hobson, Patrick, 2003), sono però riscontrabili anche nei trascritti di adulti privi di alcun disturbo psicopatologico evidente. Le codifiche CC e HH dell'AAI di adulti divenuti genitori di bambini piccoli sono fortemente correlate, dal punto di vista statistico, alle codifiche D (disorganizzazione) dello stile di attaccamento dei loro figli nella SSP.

Come nell'AAI dei genitori di bambini disorganizzati sono rilevabili fenomeni assai somiglianti alla dissociazione descritta dai clinici, così è evidente la somiglianza fenomenica fra i comportamenti caratteristici della dissociazione clinica ed i comportamenti dei

bambini che, nella SSP, permettono la codifica di attaccamento disorganizzato. Per esempio, nel corso di un avvicinamento al genitore, alcuni di questi bambini possono immobilizzarsi all'improvviso, lo sguardo fisso nel vuoto, e non rispondere al richiamo del genitore per mezzo minuto o più. Altri mostrano schemi di movimento contraddittori, come se perseguissero due mete incompatibili simultaneamente o in rapida successione. Un gesto aggressivo, attuato con un'espressione facciale insolita e nel mezzo di un avvicinamento al genitore carico di affettività positiva, è un altro possibile indicatore di dissociazione nei bambini disorganizzati: nel bel mezzo di un'interazione apparentemente piacevole col genitore nella SSP, non pochi di loro sono stati visti assumere un'espressione confusa o come di trance, colpire con movimenti a volte stranamente rallentati il volto o gli occhi del genitore, e poi riprendere l'interazione affettuosa (Main e Morgan, 1996, p. 125).

### ■ **Disorganizzazione precoce dell'attaccamento e vulnerabilità ai processi dissociativi in età adulta**

Le somiglianze fenomeniche fra dissociazione clinica e comportamento precoce di attaccamento disorganizzato non sono solo superficiali o apparenti: è verosimile che siano sottese da un reale e tendenzialmente stabile processo mentale dissociativo. L'ipotesi (originariamente avanzata da Liotti, 1992) è suffragata da numerose ricerche.

Uno studio longitudinale della sintomatologia dissociativa in un campione non clinico di 168 giovani adulti, (il campione longitudinale del Minnesota) i cui pattern di attaccamento erano stati valutati nella SSP durante il loro secondo anno di vita (Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlson, Egeland, 1997), dimostrò che il sottogruppo proveniente da un attaccamento precoce disorganizzato aveva punteggi di dissociazione significativamente più alti dei sottogruppi provenienti da altri tipi di pattern di attaccamento precoce. Altre osservazioni condotte sul campione longitudinale del Minnesota sono state analizzate da Carlson (1998). Nello studio di Carlson, la disorganizzazione dell'attaccamento nel secondo anno di vita si rivelò associata a punteggi più elevati di dissociazione sulla versione per insegnanti della Child Behavior Checklist, tanto nel periodo della scuola elementare che della scuola media. Inoltre, quando i soggetti dello studio raggiunsero i 19 anni di età, le auto-valutazioni di più fre-

quenti ed intense esperienze dissociative alla Scala di Esperienze Dissociative (Dissociative Experience Scale, DES) erano anch'esse correlate all'attaccamento disorganizzato precoce (Carlson, 1998). Tre adolescenti del campione longitudinale del Minnesota, infine, avevano sviluppato un disturbo dissociativo clinicamente evidente nel periodo dello studio di Carlson: tutti e tre erano stati disorganizzati nell'attaccamento durante il secondo anno di vita (per dettagliate analisi dei risultati dello studio "Minnesota", vedi anche Dozier, Stovall, Albus, 1999 e Lyons-Ruth, 2003).

Uno studio trasversale di adolescenti con disturbi dissociativi fornisce ulteriore sostegno ai dati dei due studi longitudinali appena citati (West, Adam, Spreng, Rose, 2001). In questo studio, un campione di 69 adolescenti in trattamento, la cui AAI era stata codificata U o CC (gruppo "disorganizzato"), venne confrontato con un gruppo di controllo di 64 adolescenti anch'essi in trattamento psicoterapeutico, la cui AAI aveva ricevuto altre codifiche (non indicative di disorganizzazione dell'attaccamento). I sintomi dissociativi (valutati con una scala derivata dal Youth Self-Report) erano significativamente più frequenti nel gruppo "disorganizzato". Altri dati di ricerca, raccolti in campioni non-clinici, che sostengono l'ipotesi di una correlazione fra disorganizzazione dell'attaccamento e processi dissociativi sono stati forniti da Hesse and van IJzendoorn (1999): persone che, durante l'AAI, descrivono memorie traumatiche relative all'attaccamento in modo da rivelarne la mancata risoluzione, hanno anche punteggi più elevati degli altri alla Scala di Tellegen, che misura la propensione ad assorbirsi in stati dissociativi di coscienza. Ancora altri risultati di ricerche empiriche – meno metodologicamente soddisfacenti degli studi fin qui riassunti – suggeriscono che l'attaccamento disorganizzato svolga un ruolo importante nei disturbi che implicano dissociazione (per una rassegna, vedi Liotti, 1999, 2000b).

Oltre al già citato studio trasversale di West et al. (2001), sono anche stati effettuati, su campioni clinici, studi multicentrici, di tipo caso-controllo, i cui risultati sono compatibili con l'ipotesi che l'attaccamento disorganizzato giochi un ruolo nella genesi dei disturbi implicanti processi dissociativi. Il Gruppo Italiano per lo Studio della Dissociazione (Pasquini, Liotti, Mazzotti, Fassone, Picardi, The Italian Group for the Study of Dissociation, 2002) ha dimostrato, confrontando un campione di 52 pazienti dissociativi con un gruppo di controllo composto da 146 pazienti psichiatrici privi di evidenti sintomi dissociativi, che perdite traumatiche e altri eventi traumatici gravi nella vita delle madri, ve-

rificatisi nei due anni che precedettero o seguirono la nascita dei pazienti, costituiscono un significativo fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi dissociativi in età adulta. Poiché traumi e perdite nella vita delle madri restavano verosimilmente irrisolti nel periodo in cui i futuri pazienti sviluppavano l'attaccamento alle madri stesse, questi dati di ricerca sono compatibili con l'ipotesi che l'attaccamento disorganizzato costituisca una tappa precoce negli itinerari di sviluppo che conducono ai disturbi dissociativi (Pasquini et al., 2000).

La presenza di traumi e perdite nella vita delle madri nel periodo prossimo alla nascita dei pazienti è anche un fattore di rischio per il Disturbo Borderline di Personalità (DBP: Liotti, Pasquini, The Italian Group for the Study of Dissociation, 2000). Questo secondo dato di ricerca suggerisce che la disorganizzazione precoce dell'attaccamento sia un fattore di rischio non solo per i disturbi dissociativi in senso stretto, ma anche per altri disturbi, come appunto il DBP, nei quali traumi e processi dissociativi giocano un ruolo patogenetico importante (sintomi dissociativi costituiscono uno dei criteri diagnostici del DBP secondo il DSM; inoltre, è anche opinione diffusa che l'esperienza di traumi e conseguente dissociazione nell'infanzia e nell'adolescenza faciliti lo sviluppo del DBP in età adulta).

### ■ **Disorganizzazione dell'attaccamento: le dinamiche intersoggettive sottostanti alla dissociazione**

Esiste dunque una solida base empirica a sostegno dell'ipotesi che l'attaccamento disorganizzato nei primi anni di vita e gli stati mentali U, CC e HH in età adulta siano esempi di processi dissociativi di natura non dissimile da quelli che sottendono i disturbi dissociativi, i sintomi dissociativi nel DBP e la dissociazione peri-traumatica predittiva dello sviluppo di un DPTS.

Il forte legame statistico che connette l'attaccamento disorganizzato del bambino agli stati mentali U, CC e HH del genitore che lo accudisce (per rassegne, vedi Hesse et al., 2003; Lyons-Ruth e Jacobvitz, 1999; Solomon e George, 1999), non può essere spiegato solo con le influenze genetiche che pure, come è stato recentemente dimostrato (Lakatos, Toth, Nemoda, Ney, Sasvari, Gervai, 2000), possono facilitare la disorganizzazione. Infatti, è noto dalla ricerca di base che bambini con attaccamento disorganizzato verso un genitore possono sviluppare un pattern di attacca-

mento organizzato e coerente verso l'altro genitore, o verso una diversa figura di attaccamento (FDA). Più specificamente, esistono diversi studi empirici (Lyons-Ruth e Jacobvitz, 1999) a sostegno dell'affermazione che le influenze genetiche, ed altre variabili individuali, (di temperamento, neurologiche) giocano un ruolo secondario nella disorganizzazione dell'attaccamento. Quest'ultima, in altre parole, riflette una realtà intersoggettiva più che essere una proprietà della mente individuale del bambino. Se ciò è vero, allora non solo le esperienze soggettive traumatiche, non solo eventuali influenze genetiche, ma anche particolari forme di relazione interpersonale, e quindi di esperienza intersoggettiva, debbono essere considerate fattori importanti di dissociazione.

Per comprendere la dinamica intersoggettiva che connette le memorie irrisolte di traumi e lutti nel genitore con la disorganizzazione dell'attaccamento nel bambino, è indispensabile ricordare che la tendenza ad offrire aiuto e conforto ad un conspecifico (sistema motivazionale dell'accudimento: George e Solomon, 1999) ha fondamenti altrettanto innati quanto quelli del sistema di attaccamento (cfr. Panksepp, 1998). Sulla base di questa premessa, la dinamica intersoggettiva dell'attaccamento disorganizzato può essere analizzata come segue.

Quando memorie traumatiche irrisolte affiorano alla coscienza dei genitori, mentre sono impegnati a rispondere alle richieste di cura dei figli, la sofferenza mentale legata a queste memorie attiva il sistema di attaccamento della FDA proprio mentre, nel contempo, anche il sistema di accudimento è attivo in lui o lei. In assenza di conforto offerto alla FDA sofferente da altri significativi, l'attivazione del sistema di attaccamento tende ad evocare nella FDA emozioni di paura e/o di collera. Così, il tentativo di confortare i propri bambini (tentativo regolato dal sistema motivazionale di accudimento) può essere interrotto, nei genitori "irrisolti" (U), da improvvise ed incoercibili (e spesso inconsapevoli) manifestazioni di allarme e/o collera (manifestazioni emergenti dal sistema di attaccamento del genitore). Manifestazioni di allarme o di collera nelle FDA sono sempre fonte di forte paura nei bambini piccoli. La reazione difensiva innata di fuggire da fonti di paura (non solo allontanandosi, ma anche evitandole con lo sguardo o distraendo da esse l'attenzione), oppure di attaccarle con aggressività (sistema motivazionale di attacco-fuga, ovvero sistema di difesa) si innesca allora prontamente nel bambino.

Si verifica così, nei due individui interagenti, un assetto motivazionale assai diverso da quello usuale e li-

neare, in cui il bambino è motivato dal sistema dell'attaccamento, e il genitore o altra FDA dal sistema dell'accudimento. Nelle interazioni dell'attaccamento disorganizzato, il genitore è motivato, simultaneamente, tanto dal sistema di attaccamento quanto da quello dell'accudimento, ed il bambino tanto dal sistema di attaccamento quanto da quello di difesa

L'aumentata distanza relazionale alla quale l'innescio del sistema di difesa tende a condurre il bambino, incrementa però l'attivazione del sistema di attaccamento (l'aumento di distanza dalla FDA è un potente attivatore innato del sistema di attaccamento). Si configura così una situazione interattiva nella quale la FDA è "allo stesso tempo la fonte e la soluzione" (Main e Hesse, 1990, p.163) della paura del bambino. Questa condizione intersoggettiva è ben connotata dalla definizione di "terrore senza sbocco" (fright without solution: Main e Hesse, 1990, p.163). Terrore senza sbocco, perché non vi è alcuna strategia coerente di comportamento o di attenzione che possa interrompere il circolo vizioso di paura crescente e di intenzioni contraddittorie (di avvicinamento e di evitamento) nell'esperienza del bambino. Di qui la disorganizzazione del comportamento di attaccamento e il disorientamento dell'attenzione, che tanto da vicino ricordano il collasso delle funzioni integratrici della coscienza caratteristico di tutte le esperienze dissociative.

Alcuni studi controllati (riassunti da Lyons-Ruth e Jacobvitz, 1999, e da Hesse et al., 2003) hanno fornito sostegno empirico all'ipotesi (originariamente avanzata da Main e Hesse, 1990) che sia il comportamento spaventato e che incute paura della FDA a connettere la disorganizzazione dell'attaccamento del bambino allo stato mentale irrisolto del genitore. Questi studi forniscono inquietanti esempi di come lo stato mentale irrisolto della FDA può interferire nella comunicazione genitore-bambino. Interessanti per il clinico, fra tali esempi, sono quelli che dimostrano come gli stati mentali U e HH dei genitori possano indurre paura senza sbocco e reazioni dissociative nel bambino anche se la condotta del genitore non è esplicitamente maltrattante. Ad esempio un genitore la cui AAI ha questi tipi di codifica può essere visto avvicinare da dietro il bambino piangente, e fargli scorrere le mani attorno al collo come se ciò potesse essere fonte di conforto anziché di ulteriore paura. Altri genitori si immobilizzano con lo sguardo fisso nel vuoto di fronte al bambino che piange. Altri ancora assumono un atteggiamento paradossalmente deferente e sottomesso di fronte al bambino che sta chiedendo

conforto, o mostrano di cercare loro stessi conforto dal piccolo, in un'evidente inversione dell'interazione di attaccamento. Il risultato di queste interazioni è simile a quello dei casi in cui il genitore aggredisce il bambino fisicamente o con urla: il comportamento di attaccamento del piccolo si disorganizza. L'interesse per il clinico consiste nella possibilità di spiegare, all'interno dello stesso modello teorico, tanto i casi di disturbi implicanti dissociazione nei quali non si riscontrano esperienze traumatiche evidenti, quanto i meglio noti casi di disturbi dissociativi caratterizzati da storie di evidenti maltrattamenti, violenze o incesti.

Schore (2002) ha proposto di chiamare "traumi relazionali precoci" tutte le interazioni che conducono alla disorganizzazione dell'attaccamento, anche quando il genitore non è esplicitamente maltrattante. Il trauma relazionale precoce, secondo la vasta analisi della letteratura neurobiologica disponibile condotta da Schore (2003), sembra esercitare un'influenza negativa sull'organizzazione cerebrale del bambino piccolo: il sistema cerebrale (dell'emisfero non dominante) che connette i circuiti emozionali limbici alla neo-corteccia attraverso la corteccia orbitofrontale si svilupperebbe, secondo Schore, in modo non ottimale come conseguenza della disorganizzazione dell'attaccamento. Un recente studio di neuro-imaging che utilizza la risonanza magnetica funzionale dimostra che pazienti con uno stato mentale disorganizzato rispetto all'attaccamento hanno un pattern di attivazione limbico-corticale diverso da quello tipico di tutti gli altri durante un compito che stimola il sistema motivazionale dell'attaccamento, specialmente quando il compito implica l'analisi di immagini a contenuto traumatico (Buchheim, Erk, George, Kächele, Ruchsow, Spitzer, Kircher, Walter, in corso di stampa). Questa potrebbe essere la base neuropsicologica dell'aumentata vulnerabilità alla dissociazione, di fronte ad emozioni veementi e dolorose, che caratterizza lo sviluppo dei bambini con attaccamento disorganizzato. In un certo senso, per il bambino con un attaccamento disorganizzato, a causa della disturbata regolazione del sistema cerebrale di coping (cioè di regolazione corticale delle risposte agli eventi stressanti) che si sviluppa nell'emisfero destro, l'ambiente sociale diviene una fonte di traumi (di eventi cioè capaci di determinare DPTS, disturbi dissociativi e disturbi borderline) assai più frequenti di quelli ai quali è esposto un bambino con un attaccamento organizzato (cf. anche le riflessioni sulle correlazioni fra il concetto di Alessitimia e quello di disregolazione degli affetti: Carretti e LaBarbera, 2005).



È necessario notare che se nuove esperienze traumatiche si susseguono nel corso dello sviluppo all'interno della relazione fra bambino e genitore, queste costituiranno una conferma dell'esperienza intersoggettiva che era stata responsabile della disorganizzazione dell'attaccamento nella prima infanzia. In assenza di conferme traumatiche successive, è probabile che il potere di facilitare risposte dissociative, attribuito all'attaccamento disorganizzato precoce, venga contenuto a livelli sub-clinici durante l'adolescenza e l'età adulta (Liotti, 1992; Ogawa et al., 1997).

### ■ **Attaccamento disorganizzato: strutture di significato e processi metacognitivi**

I risultati di ricerca fin qui esposti suggeriscono che la disorganizzazione dell'attaccamento sia l'esempio più precoce conosciuto di dissociazione delle funzioni mentali, squisitamente intersoggettivo, e connesso non tanto direttamente quanto indirettamente ad esperienze esplicitamente traumatiche (nel senso che le esperienze traumatiche irrisolte del genitore si riflettono sullo stato dissociativo del bambino anche in assenza di maltrattamenti espliciti grazie alla mediazione delle dinamiche di attaccamento). Dal punto di vista delle strutture di significato (MOI) che si sviluppano nel bambino con attaccamento disorganizzato, la ricerca suggerisce che esse siano caratterizzate da rappresentazioni di sé e dell'altro molteplici, drammatiche e reciprocamente non-integrate (cioè, appunto dissociate).

Per cogliere l'aspetto dinamico, processuale ed intersoggettivo della molteplicità rappresentativa tipica del MOI disorganizzato, Liotti (1995, 1999, 2000b, 2001, 2002, 2005) ha suggerito di usare come metafora-guida il concetto di "triangolo drammatico", originariamente formulato da Karpman (1968) per identificare la struttura narrativa profonda sia delle favole che delle tragedie del teatro classico. La metafora suggerisce che il bambino disorganizzato tende a percepire, simultaneamente o in rapida sequenza, sia sé che la FDA secondo le tre posizioni o ruoli del persecutore, del salvatore e della vittima. Dalla rappresentazione implicita della FDA come causa ("persecutore") della paura senza sbocco sperimentata (sé "vittima"), il bambino passa facilmente a rappresentare la stessa FDA nel ruolo del "salvatore" (il genitore, sebbene spaventato dalle memorie traumatiche irrisolte, tenta comunque di offrire conforto). Allo stesso tempo, il bambino disorganizzato può considerarsi la cau-

sa della paura che percepisce negli atteggiamenti della FDA, cioè può percepirsi dotato di un grande e malevolo potere (sé "persecutore") capace di indurre dolore e paura in un adulto. Ancora, l'esperienza interoggettiva memorizzata a livello implicito è compatibile con una rappresentazione tanto di sé quanto della FDA come vittime impotenti di una misteriosa, invisibile fonte di pericolo. Infine, poiché la FDA dolente può avvertire conforto dai sentimenti di tenerezza evocati dal contatto col bambino, questi avrà memorie implicite delle sequenze interattive tipiche dell'attaccamento disorganizzato compatibili anche con la rappresentazione di sé come "onnipotente" salvatore del proprio genitore fragile e ferito.

Grazie alla metafora del triangolo drammatico, possiamo dunque comprendere operativamente in qual senso il MOI dell'attaccamento disorganizzato sia intrinsecamente dissociato. Una tale comprensione operativa è congruente con le osservazioni cliniche dell'oscillare, tipica di molti pazienti con un disturbo correlato ad un trauma, fra stati mentali di colpa o vergogna legati ad un'immagine particolarmente negativa di sé (il "persecutore"), stati mentali di estrema impotenza (la "vittima"), e stati mentali caratterizzati da oblatività verso gli altri e da onnipotente senso di autosufficienza (il "salvatore").

Sostegno empirico all'ipotesi che la struttura di significato soggiacente all'attaccamento disorganizzato sia catturabile con la metafora del triangolo drammatico, è fornito da recenti dati di ricerca sulla forte correlazione statistica (ancor più solida di quella con memorie traumatiche irrisolte) fra stati mentali HH delle FDA e disorganizzazione dell'attaccamento nei bambini (Lyons-Ruth et al., 2003). Infatti, la codifica HH dell'AAI è basata sulla compresenza di rappresentazioni non integrate di sé e delle figure di attaccamento, caratterizzate da ostilità ("persecutore"), impotenza ("vittima") e oblatività coatta ("salvatore").

Un ulteriore aspetto delle funzioni mentali nell'attaccamento disorganizzato, che permette di comprendere come esso intervenga nella dinamica che conduce dal trauma ai disturbi implicanti dissociazione, è il probabile cattivo funzionamento dei processi di monitoraggio metacognitivo (mentalizzazione: Fonagy, Target, Gergely, Allen, Bateman, 2003). Ogni deficit nella capacità di riflettere sull'esperienza collocandola in un metaforico spazio mentale (mentalizzazione) probabilmente ostacola l'elaborazione delle memorie di eventi traumatici, e quindi facilita lo sviluppo di DPTS, disturbi dissociativi e disturbi borderline in risposta ad eventi traumatici. Poiché i deficit di menta-

lizzazione sono descrivibili anche attraverso il concetto di Alessitimia, alcune ricerche che esplorano il rapporto fra Alessitimia, trauma e dissociazione possono fornire sostegno a questa ipotesi (Caretti, Craparo, Mangiapane, 2005).

Una discussione generale della dissociazione nel contesto delle operazioni del sistema di attaccamento, che tocca aspetti qui non menzionati per ragioni di spazio, è offerta da un recente scritto di Cortina (2003, p. 285-286).

### ■ Trauma, dissociazione e strutture di significato correlate all'attaccamento

Il modello di vulnerabilità ai traumi basato sulla teoria dell'attaccamento suggerisce che la differenza più importante fra gli eventi capaci di condurre ad un DPTS non riguarda la forma, diretta o indiretta, di esposizione ad essi (ad esempio, minacce dirette alla propria vita o minacce alla vita di un'altra persona), ma piuttosto il significato della relazione fra la vittima dell'evento e la fonte causale di esso. La differenza davvero importante da considerare è quella fra i traumi inflitti da mano umana (ogni essere umano è una potenziale FDA, secondo la teoria dell'attaccamento) e i traumi inflitti da un'anonima forza distruttiva. La teoria dell'attaccamento predice che il potenziale dissociante dei primi sia molto maggiore di quello dei secondi: una previsione ampiamente in accordo con i dati epidemiologici che dimostrano una più frequente comparsa di DPTS in risposta a traumi inflitti da mano umana rispetto a quelli dovuti a catastrofi naturali (Yehuda e MacFarlane, 1995). Ancora più precisamente, la teoria dell'attaccamento prevede che la dissociazione peri-traumatica sia più frequente quando l'esperienza traumatica è correlata alla mobilitazione di strutture di significato nelle quali la FDA sia rappresentata simultaneamente secondo le polarità rappresentative del triangolo drammatico, rispetto ai traumi causati da esseri umani che non hanno precedenti relazioni affettive durevoli con la vittima, e non hanno dunque acquisito il significato ed il valore di FDA.

Quest'ultima previsione è in accordo con i dati emersi da un recente studio sulla trasmissione intergenerazionale dell'esperienza traumatica in tre generazioni di famiglie di sopravvissuti all'Olocausto (Sagi-Schwartz, van IJzendoorn, Grossmann, Joels, Grossmann, Scharf, Koren-Karie, Alkalay, 2003). Le figlie di donne sopravvissute all'Olocausto non differivano dal

gruppo di controllo in termini di rappresentazioni di attaccamento, disturbi emozionali, vulnerabilità al DPTS, e comportamento materno verso i propri figli. Questi sono dati sorprendenti, perché l'AAI dei sopravvissuti all'Olocausto (che avevano perduto i genitori ed altri familiari nei campi di concentramento Nazisti) dimostravano ancora, dopo mezzo secolo, una percentuale molto elevata di stati mentali irrisolti all'AAI (Sagi, van IJzendoorn, Joels, Scharf, 2002). In altre parole, i sopravvissuti all'Olocausto hanno più spesso dei controlli classificazioni U (stati mentali irrisolti rispetto a lutti e traumi) all'AAI, ma questi stati mentali irrisolti non sono fortemente correlati a disorganizzazione dell'attaccamento nei figli, come invece accade praticamente in tutti gli altri campioni finora studiati (Lyons-Ruth e Jacobvitz, 1999). È verosimile che, nei campioni diversi da quello di sopravvissuti all'Olocausto molti stati mentali irrisolti siano relativi a traumi inflitti da FDA (incesto, violenza fisica o verbale del genitore verso il figlio) mentre nei sopravvissuti all'Olocausto i traumi e le perdite erano stati causati da esseri umani anonimi. Inoltre, prima di essere relegati nei campi di concentramento, molti fra i bambini sopravvissuti ad essi avevano probabilmente beneficiato di anni di attaccamento sicuro ai loro genitori (Sagi-Schwartz et al., 2003, p. 1091). In altre parole, i sopravvissuti all'Olocausto possono essere "irrisolti" nella classificazione AAI, senza essere stati disorganizzati nei loro attaccamenti precoci, mentre la maggior parte dei genitori "irrisolti" in altri studi condotti con l'AAI erano anche stati disorganizzati nei loro attaccamenti precoci a genitori maltrattanti. Non è dunque l'esperienza traumatica in sé, ma il fatto che essa induca o comunque mobiliti una rappresentazione di sé e della FDA secondo la modalità dissociata del triangolo drammatico, a determinare vulnerabilità al DPTS o quella forma di trasmissione intergenerazionale del trauma che si riflette nell'attaccamento disorganizzato dei figli delle vittime. Se, nelle memorie traumatiche, i ruoli di salvatore e di persecutore possono facilmente essere attribuiti a persone diverse, non si produce un vero DPTS, una maggiore vulnerabilità ad esso o una disorganizzazione dell'attaccamento, anche se le memorie traumatiche stesse appaiono non risolte secondo i criteri dell'AAI (si ricordi che la valutazione "irrisolto" nell'AAI non coincide strettamente con la valutazione di mancata risoluzione di un trauma nelle valutazioni cliniche usuali).

Ricapitolando le argomentazioni fin qui esposte: la teoria dell'attaccamento suggerisce di considerare i traumi in stretta relazione con stati affettivi che non so-

no stati integrati in strutture di significato unitarie e coerenti riguardanti la relazione con le FDA. Questi stati affettivi, in altri termini, sopravvivono in stati somatici (van der Kolk, 1994) o comunque nella memoria implicita del MOI disorganizzato, non compiutamente integrati nel flusso della memoria esplicita semantica (Diamond, 2003, p. 410). Essi possono permanere ad un livello latente dell'attività mentale fino a quando, innescati da un evento che attiva potentemente il sistema di attaccamento, intervengono a disorganizzare le funzioni integrative della coscienza, della memoria e dell'identità. Per rendere compiuto il modello di trauma e dissociazione basato sulla teoria dell'attaccamento, resta allora da considerare in qual senso gli stati affettivi connessi al MOI disorganizzato possono permanere, per anni, ad un livello implicito dell'attività mentale prima che un evento traumatico li ri-evochi. Lo studio empirico degli itinerari di sviluppo conseguenti alla disorganizzazione dell'attaccamento permette di approfondire le riflessioni su questo tema.

### ■ **Svilupi della disorganizzazione dell'attaccamento e risposte dissociative ai traumi**

La ricerca sulle linee di sviluppo successivo aperte dall'attaccamento disorganizzato precoce va arricchendosi di dati di studi longitudinali (riassunti da Lyons-Ruth e Jacobvitz, 1999, e da Hesse et al., 2003) che dimostrano come l'attaccamento disorganizzato nei primi due anni di vita dia progressivamente luogo, entro il sesto anno di età, ad un tipo di condotta controllante del bambino verso la FDA. Oltre l'80% dei bambini classificati "disorganizzati" a due anni, nel periodo scolastico mostrano verso la FDA un atteggiamento punitivo-dominante oppure oblativo-accudente, grazie al quale esercitano un attivo controllo sull'attenzione e sul comportamento proprio e del genitore.

La strategia controllante-accudente rappresenta un'evidente inversione della direzione usuale delle interazioni di attaccamento, come se il bambino attivasse verso il genitore il proprio sistema di accudimento al posto del sistema di attaccamento. La strategia controllante-punitiva consiste invece nell'innescare, laddove sarebbe usualmente appropriata l'attivazione del sistema di attaccamento, di un altro sistema motivazionale a base innata: il sistema competitivo o di rango sociale (che regola le interazioni il cui scopo è defini-

re i ruoli reciproci di dominanza e di sottomissione nel gruppo sociale: Gilbert, 1989; Liotti, 2005). L'interazione dei bambini controllanti-punitivi con i genitori sembra cioè regolata da una tendenza aggressiva alla dominanza piuttosto che dalla ricerca di cura e aiuto, anche quando quest'ultima sarebbe appropriata (Slo-man, Atkinson, Milligan, Liotti, 2002).

Dunque, l'attaccamento disorganizzato nella prima infanzia sembra condurre ad una relativa inibizione dell'attività del sistema motivazionale di attaccamento durante le fasi successive dello sviluppo, e l'inibizione sembra ottenuta attraverso l'innescare inappropriato di altri sistemi motivazionali a base innata (il sistema competitivo o quello di accudimento). È legittimo ipotizzare che un tale innescare inappropriato abbia funzioni difensive, proteggendo il bambino da esperienze angosciose connesse all'attivazione del MOI disorganizzato. Caratteristiche delle suddette esperienze sono il disorientamento, la disorganizzazione, e più in generale la dissociazione della coscienza, implicante sentimenti di incombente annichilimento o minacciosa trasformazione di sé o della realtà esterna. L'attivazione difensiva di un altro sistema motivazionale al posto di quello di attaccamento non dovrebbe però essere interpretata esclusivamente o prevalentemente come un processo intra-psichico di difesa dal dolore mentale. Esistono infatti osservazioni empiriche a sostegno della possibilità che la scelta difensiva del sistema motivazionale capace di sovrapporsi, inibendolo, al sistema di attaccamento sia influenzata dagli atteggiamenti del genitore nella relazione col bambino. I genitori dei bambini disorganizzati, oltre a comportamenti che incutono paura ai piccoli, mostrano verso di loro anche condotte insolite di sottomissione, di richiesta di cura o di sottile seduttività sessuale (Hesse et al., 2003), che intervengono continuamente nella dinamica intersoggettiva definita dalle strategie controllanti del bambino.

Quando il bambino risponde agli atteggiamenti genitoriali sessualizzati, di paradossale sottomissione, o di richiesta di cura con l'attivazione del sistema sessuale, di quello competitivo (nella subroutine di dominanza) o di quello di accudimento, l'influenza del MOI disorganizzato sul pensiero, sulle emozioni e sul comportamento del piccolo è limitata o inibita, ma non annullata (Liotti, 2000b, 2002, 2004). La persistente attivazione del sistema di attaccamento nel bambino e del corrispondente MOI disorganizzato, al di là della concomitante attivazione di altri sistemi motivazionali che la mascherano, diviene evidente quando si presentano situazioni che evocano poten-

temente il bisogno di ricevere cura e conforto. Dati empirici a sostegno di questa affermazione sono offerti da una linea di ricerca aperta da un ormai famoso studio di Main, Kaplan e Cassidy (1985). A sei anni, i bambini controllanti sembrano ben organizzati nelle loro strategie di attenzione, pensiero e comportamento, ma solo fino a che non si mostrano loro vignette del Separation Anxiety Test (SAT) capaci di stimolare potentemente il sistema di attaccamento (ad esempio, vignette che mostrano un bambino lasciato totalmente solo dai genitori in partenza per un viaggio). Una volta che il sistema di attaccamento del bambino è attivato dall'esposizione alle vignette del SAT, si assiste all'improvviso crollo delle strategie organizzate di pensiero e attenzione: la disorganizzazione (o dissociazione) sottostante a tali strategie si rivela con la comparsa di risposte al test che non solo hanno tematiche irrealistiche e drammatiche (fino a essere assurdamente catastrofiche), ma anche, e soprattutto, appaiono profondamente prive della coerenza dialogica e di pensiero che, in precedenza, caratterizzava il dialogo nella situazione di test (esempi di risposte al SAT drammatiche, ed incoerenti fino alla dissociazione, sono forniti da Hesse et al., 2003).

Il MOI disorganizzato potrebbe dunque permanere in uno stato latente dell'attività mentale attraverso la costruzione di strutture di significato successive (chiamate "controllanti") che si basano su sistemi motivazionali innati diversi dall'attaccamento. Queste strutture possono collassate di fronte ad eventi che implicano un'attivazione potente del sistema di attaccamento (come sono in genere gli eventi considerati traumatici), ma anche di fronte ad eventi che le invalidano. Si possono ben comprendere, in questa cornice teorica, casi clinici che appaiono enigmatici nella concezione che vede il DPTS come una risposta dissociativa immediata a classi di eventi particolari, chiamati traumi. Ad esempio, si può comprendere il caso di un veterano del Vietnam, il cui DPTS, caratterizzato dal riemergere dissociato di tragiche memorie di guerra, si sviluppò in occasione del divorzio dalla moglie, a molti anni di distanza dagli eventi bellici che solo ora riaffioravano alla coscienza nella maniera intrusiva e frammentata tipica del DPTS (Paul Dell, comunicazione personale). Presumibilmente, il divorzio aveva costituito l'occasione di un'attivazione intensa del sistema di attaccamento e di un MOI disorganizzato, fino a quel momento mantenuto ad un livello latente di attività mentale grazie ad una strategia controllante. In un altro caso clinico, l'emergere in

forma dissociata di memorie traumatiche legate all'infanzia apparve chiaramente connesso all'invalidazione di una strategia controllante-accudente, quando la paziente apprese, a distanza di molti anni dall'infanzia di entrambe, di aver fallito nel proposito di proteggere la sorella minore dalle attenzioni incestuose del padre, di cui lei pure da bambina era stata vittima, e che fino a quel momento aveva ricordato in modo coerente e privo delle disfunzioni del ricordo caratteristiche del DPTS (vedi Liotti, in corso di stampa, per una più dettagliata descrizione di questo caso clinico).

## ■ Considerazioni conclusive

Il modello teorico-clinico presentato in questo articolo, pur essendo fondato sui solidi dati della ricerca di base sull'attaccamento, richiede evidentemente di essere sottoposto al vaglio di indagini empiriche che verifichino direttamente la tenuta dei suoi assunti fondamentali. Sarebbe particolarmente auspicabile uno studio caso-controllo, che esplori la frequenza di indicatori di disorganizzazione dell'attaccamento precoce in pazienti adulti che abbiano sviluppato un DPTS cronico in risposta ad un trauma. Il gruppo di controllo dovrebbe essere costituito da persone che, esposte allo stesso tipo di eventi, non abbiano sviluppato un DPTS cronico (secondo il modello teorico, il gruppo dei controlli dovrebbe presentare indicatori di disorganizzazione precoce dell'attaccamento in misura assai minore rispetto al gruppo dei casi).

Se ricerche controllate del tipo suddetto confermassero la validità del modello teorico-clinico qui presentato, allora apparirebbe privo di senso il tentativo del DSM-IV di definire il DPTS attraverso la sua relazione lineare con classi di eventi, chiamate traumi, identificate attraverso l'elencazione delle loro caratteristiche esteriori e formali, prescindendo dal preesistente assetto delle complesse strutture di significato personale, connesse alle dinamiche di attaccamento del paziente.

## ■ Bibliografia

- Ainsworth MDS, Blehar M, Waters E, Wall S (1978), *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV, 4<sup>th</sup> edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Birmes P, Carreras D, Charlet JP, Warner BA, Lauque D, Schmitt L (2001), Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder in victims of violent assault. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 796-798.
- Bowlby J (1969), *Attachment and loss. Vol.1: Attachment*. London: Hogarth Press.
- Bowlby J (1974), *Attachment and loss. Vol.2: Separation*. London: Hogarth Press.
- Bowlby J (1980), *Attachment and loss. Vol.3: Loss*. London: Hogarth Press.
- Buchheim A, Erk S, George C, Kächele H, Ruchow M, Spitzer M, Kircher T, Walter H (in corso di stampa), Measuring attachment representation in an fMRI environment: A pilot study. *Psychopathology*.
- Caretti V, Craparo G, Mangiapane E (2005), La correlazione fra dissociazione e Alessitimia: il ruolo del trauma e il deficit della funzione riflessiva. In V Caretti e D La Barbera (a cura di), *Alessitimia*. Roma: Astrolabio, pp. 101-130.
- Caretti V, LaBarbera D (2005), *Alessitimia*. Roma: Astrolabio.
- Carlson EA (1998), A prospective longitudinal study of disorganized/disoriented attachment. *Child Development*, 69, 1970-1979.
- Cassidy J, Shaver PR (1999) (eds.), *Handbook of attachment*. New York: Guilford Press. Tr. it. Giovanni Fioriti Editore: Roma, 2002.
- Cortina M (2003), Defensive processes, emotions and internal working models: A perspective from attachment theory and contemporary models of the mind. In M Cortina e M Marrone (eds.), *Attachment theory and the psychoanalytic process*. London: Whurr, pp.271-306.
- Diamond N (2003), Attachment, trauma and the body. In M Cortina e M Marrone (eds.), *Attachment theory and the psychoanalytic process*. London: Whurr, pp.409-429.
- Dozier M, Stovall KC, Albus KE (1999), Attachment and psychopathology in adulthood. In J Cassidy, PR Shaver (1999) (eds.), *Handbook of attachment*. New York: Guilford Press. Tr. it. Giovanni Fioriti Editore: Roma, 2002, pp. 497-519.
- Fonagy P, Target M, Gergely G, Allen JG, Bateman AW (2003), The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 412-459.
- Frankel JH (1990), Hypnotizability and dissociation. *American Journal of Psychiatry*, 147, 823-829.
- Frankel FH (1994), Dissociation in hysteria and hypnosis: A concept aggrandized. In SJ Lynn, JW Rhue (eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives*. New York: Guilford Press, pp. 80-93.
- George C, Solomon J (1999), Attachment and caregiving: The caregiving behavioral system. In J Cassidy, PR Shaver (1999) (eds.), *Handbook of attachment*. New York: Guilford Press. Tr. it. Giovanni Fioriti Editore: Roma, 2002, pp. 649-671.
- Gilbert P (1989), *Human nature and suffering*. London: LEA.
- Hesse E (1999), The Adult Attachment Interview: Historical and current perspectives. In J Cassidy, PR Shaver (1999) (eds.), *Handbook of attachment*. New York: Guilford Press. Tr. it. Giovanni Fioriti Editore: Roma, 2002, pp. 395-433.
- Hesse E, van IJzendoorn MH (1999), Propensities toward absorption are related to lapses in the monitoring of reasoning or discourse during the Adult Attachment Interview: A preliminary investigation. *Attachment and Human Development*, 1, 67-91.
- Hesse E, Main M (2000), Disorganized infant, child and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1097-1127.
- Hesse E, Main M, Abrams KY, Rifkin A (2003), Unresolved states regarding loss or abuse can have "second-generation" effects: Disorganized, role-inversion and frightening ideation in the offspring of traumatized non-maltreating parents. In DJ Siegel e MF Solomon (eds.), *Healing trauma: Attachment, mind, body and brain*. New York: Norton, pp.57-106.
- Karpman S (1968), Fairy tales and script drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin*, 7, 39-43.
- Lakatos K, Toth I, Nemoda Z, Ney K, Sasvari M, Gervai J (2000), Dopamine D4 receptor gene polymorphism as associated with attachment disorganization in infants. *Molecular Psychiatry*, 5, 633-637.
- Liotti G (1992), Disorganized/ disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 5, 196-204.
- Liotti G (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*. Hillsdale, NJ: Analytic Press, p.343-363.
- Liotti G (1999), Disorganized attachment as a model for the understanding of dissociative psychopathology. In J Solomon e C George (eds.), *Attachment Disorganization*. New York: Guilford Press, pp. 291-317.
- Liotti G (2000a), Tipi e dimensioni dell'attaccamento nella terapia cognitiva. *Psicobiettivo*, 20, 3, 17-32.
- Liotti G (2000b), Disorganized attachment, models of borderline states, and evolutionary psychotherapy. In P Gilbert e K Bailey (eds.), *Genes on the couch: Essays in evolutionary psychotherapy*. Hove: Psychology Press, pp.232-256.
- Liotti G (2001), *Le opere della coscienza: Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Liotti G (2002), The inner schema of borderline states and its correction during psychotherapy: A cognitive-evolutionary approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16, 310-325.
- Liotti G (2004), Trauma, dissociation and disorganized attachment: three strands of a single braid. Psychotherapy: Theory, Research, Practice. *Training*, 41, 472-486.

G. Liotti: Trauma e dissociazione alla luce della teoria dell'attaccamento

- Liotti G (2005), *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: Carocci, Nuova Edizione.
- Liotti G (in corso di stampa), Disorganizzazione dell'attaccamento e processi dissociativi: dalla ricerca sulla developmental psychopathology alla psicoterapia. In N Dazzi e V Lingiardi (a cura di), *La ricerca empirica in psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Liotti G, Pasquini P, The Italian Group for the Study of Dissociation (2000), Predictive factors for borderline personality disorder: Patients' early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 282-289.
- Lyons-Ruth K (2003), Dissociation and the parent-infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51, 883-911.
- Lyons-Ruth K, Jacobvitz D (1999), Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence and lapses in behavioral and attentional strategies. In J Cassidy e PR Shaver (1999) (eds.), *Handbook of attachment*. New York: Guilford Press. Tr. it. Giovanni Fioriti Editore: Roma, 2002, pp.520-544.
- Lyons-Ruth K, Yellin C, Melnick S, Atwood G (2003), Childhood experiences of trauma and loss have different relations to maternal unresolved and hostile-helpless states of mind on the AAI. *Attachment and Human Development*, 5, 330-352.
- 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*. Hillsdale, NJ: Analytic Press, pp. 407-474.
- Main M, Hesse E (1990), Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In MT Greenberg, D Cicchetti, EM Cummings (eds.), *Attachment in the preschool years*. Chicago: Chicago University Press, p. 161-182.
- Main M, Kaplan N, Cassidy J (1985), Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 66-104.
- Main M, Morgan H (1996), Disorganization and disorientation in infant Strange Situation behavior: Phenotypic resemblance to dissociative states? In L Michelson e Ray (eds.), *Handbook of dissociation*. New York: Plenum Press, p.107-137.
- Marmar CR, Weiss DS, Schlenger WE, Fairbank JA, Jordan BK, Kulka RA, Hough RL (1994), Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151: 902-907.
- McNally RJ (2003), Progress and controversy in the study of post-traumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology*, 54: 229-252.
- Melnick S, Lyons-Ruth K, Hobson P, Patrick M (2003), *Discriminating borderline states of mind regarding attachment: operationalizing the concepts of affective splitting and hostile-helpless states of mind on the Adult Attachment Interview*. Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Tampa, FL, April, 2003.
- Olde E, van der Hart O, Kleber R, van Son MJ, Wijnen H, Pop VJ (2005), Peritraumatic dissociation and emotions as predictors of PTSD symptoms following childbirth. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6, 125-142.
- Ogawa JR, Sroufe LA, Weinfield NS, Carlson EA, Egeland B (1997), Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9, 855-879.
- Panksepp J (1998), *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford: Oxford University Press.
- Pasquini P, Liotti G, Mazzotti E, Fassone G, Picardi A, The Italian Group for the Study of Dissociation (2002), Risk factors in the early family life of patients suffering from dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 110-116.
- Sagi A, van IJzendoorn MH, Joels T, Scharf M (2002), Disorganized reasoning in Holocaust survivors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 194-203
- Sagi-Schwartz A, van IJzendoorn MH, Grossmann KE, Joels T, Grossmann K, Scharf M, Koren-Karie N, Alkalay S (2003), Attachment and traumatic stress in female Holocaust child survivors and their daughters. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1086-1092.
- Schore AN (2002), Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 9-30.
- Schore AN (2003), *Affect dysregulation and the repair of the Self*. New York: Norton.
- Shalev AY, Peri T, Canetti L, Schreiber S (1996), Predictors of PTSD in injured trauma survivors: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 219-225.
- Slovan L, Atkinson L, Milligan K, Liotti G (2002), Attachment, social rank, and affect regulation: Speculations on an ethological approach to family interaction. *Family Process*, 41, 479-493.
- Solomon J, George C (1999), The place of disorganization in attachment theory. In J Solomon e C George (eds.), *Attachment disorganization*. New York: Guilford Press, pp. 3-32.
- Steele H, Steele M (2003), Clinical uses of the Adult Attachment Interview. In M Cortina e M Marrone (eds.), *Attachment theory and the psychoanalytic process*. London: Whurr, pp.107-126.
- Yehuda R, MacFarlane AC (1995), Conflict between current knowledge about post-traumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1705-1713.

*Infanzia e adolescenza, 4, 3, 2005*

Ursano RJ, Fullerton CS, Epstein RS, Crowley B, Vance K (1999), Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1808-1810.

van der Kolk B (1994), The body keeps the score: Memory

and the evolving psychobiology of post traumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 253-265.

West M, Adam K, Spreng S, Rose S (2001), Attachment disorganization and dissociative symptoms in clinically treated adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 627-631.

---

Indirizzo per la corrispondenza:

Giovanni Liotti,

Psichiatra, Psicoterapeuta

Docente della Scuola di Psicoterapia Cognitiva

Viale Castro Pretorio, 116

00185 Roma