

UN CASO SINGOLO NELLA PROSPETTIVA PSICOANALITICA E DELLA TEORIA DELL'ATTACCAMENTO

Anna Buchheim, Horst Kächele, Alessandra Vicari

1. Introduzione

Con la pubblicazione della monografia *Il Mondo Interpersonale del Bambino* (1985), Daniel Stern diede una svolta importante alla storia della psicoanalisi. Già da tempo il lavoro dei clinici si era rivolto in tale direzione, focalizzandosi non solo sul resoconto dei pazienti nel setting terapeutico, ma anche sulla dimensione evolutiva di tali resoconti^a un punto di vista genetico

^a “Questi modelli sono costruzioni fatte da padri e madri creativi, quali Freud, Abraham, Melanie Klein, Ferenczi, Alice e Michael Balint, Winnicott, Margaret Mahler e Kohut. Tutti sanno che i vari “bambini psicoanalitici” differiscono notevolmente l’uno dall’altro. I creatori dei modelli devono permettere che le loro creazioni vengano confrontate tra loro.

L’uomo tragico di Kohut giace come un neonato nella culla e il suo narcisismo innato può venire riflesso dall’ambiente circostante (i cosiddetti oggetti-Sé) solo in maniera parziale. La teoria freudiana del narcisismo ha fatto da madrina al battesimo e rende quasi inevitabile la tragedia. Eppure essa è immersa in una luce relativamente mite: il male non è una forza primaria e i sentimenti di colpa edipici sono, nella teoria di Kohut, evitabili, se la parte tragica del primo periodo di vita viene limitata e il Sé narcisistico riesce a trovare se stesso nello specchio dell’amore (Kohut, 1984). La colpevole creatura edipica di Freud, con i suoi conflitti intrapsichici, è per Kohut il prodotto di un disturbo narcisistico della prima infanzia. Senza questo disturbo, i conflitti edipici dai tre ai cinque anni sarebbero fasi di transizione, fondamentalmente piacevoli, che non si portano dietro sensi di colpa degni di nota, sempre che si sia sviluppato prima un Sé sano. La teoria di Kohut apre all’essere umano la possibilità di un futuro libero da conflitti edipici. Con un buon livello di empatia verso gli oggetti-Sé, si mantiene in limiti ragionevoli anche la parte tragica dell’uomo; ciò è quanto si può arguire dagli ultimi scritti di Kohut.

In modo del tutto diverso Melanie Klein (1948, 1957) accosta il suo lattante psicoanalitico al seno materno. Come madrina di battesimo abbiamo qui la pulsione di morte freudiana, che provoca una malvagità le cui precoci manifestazioni sono senza paragone, e che può essere tollerata solo tramite la scissione del mondo in un seno buono e un seno cattivo. La vita ulteriore diventa perciò veramente tragica. Questa tragicità non è del tipo mite di quella di Kohut che può portare all’autoironia. La persona adulta della Klein è stata generata quale Sisifo e la sua tragicità consiste nel fatto che i suoi tentativi di riparazione dei danni immaginari, provocati dall’odio e dall’invidia sono condannati più al fallimento che al successo. I processi dell’identificazione proiettiva e introiettiva, con i loro contenuti, rimangono per tutta la vita i veicoli basilari dello sviluppo dei rapporti interpersonali all’interno della vita familiare, dei gruppi e dei popoli.

Limitando la nostra descrizione alle caratteristiche più salienti di due modelli fondamentali del bambino psicoanalitico, abbiamo messo in rilievo specialmente differenze e discordanze, come era nostra intenzione. Per il momento non ci preme difendere un eclettismo pragmatico o raccomandare a tutti gli studiosi di psicoanalisi della prima infanzia di estrarre di volta in volta gli elementi più plausibili della loro teoria e di amalgamarli con altri presi dalla psicologia generale dello sviluppo o dalle teorie di Piaget. Crediamo infatti

comunque non in contrasto con quanto scritto da Kurt Lewin sulla centralità e sulla rilevanza delle forze e delle condizioni dell'*hinc et nunc*. Rapaport (1960) stesso, infatti, aveva sottolineato come gli eventi che capitano nell'*hinc et nunc* di un individuo possano essere compresi completamente solo esplorandone l'evoluzione.

Si rinuncia dunque al primato della teorizzazione fondata sulla sola esperienza clinica, che caratterizza lo sviluppo della psicoanalisi fino almeno agli anni settanta, per adeguare modelli teorici e prassi cliniche al progredire continuo della ricerca scientifica (Liotti, 1996). Erano infatti costantemente in crescita, anche se sconosciute alla maggior parte degli psicoanalisti, le ricerche sullo sviluppo basate sull'osservazione, avviate da nuove metodologie di indagine sul bambino e che avrebbero condotto alla definizione del "bambino osservato". I molteplici studi sulla "*Storia naturale della relazione madre-bambino durante il primo anno di vita*" – per citare René Spitz (1965) – delinearono anche nuovi modi di pensare al "bambino clinico".

Le nuove teorie sulla prima infanzia ebbero un considerevole impatto su tutti gli orientamenti psicoanalitici (Kaechele et al., 2000), come descritto in un articolo pubblicato recentemente in *Psychoanalytic Quarterly* :

"Freud ci ha lasciato una importante eredità: molto della teoria freudiana influenza la nostra attuale prospettiva. Tuttavia io credo che la teoria di Freud possa essere arricchita dai recenti studi sullo sviluppo. Mi riferisco principalmente alla funzione di regolazione degli affetti del sistema dell'attaccamento" (Silvermann, 2001, p.325).

Bowlby (1969, 1973, 1980) mise in evidenza il ruolo dell'attaccamento nello sviluppo e nel comportamento umani e le gravi conseguenze che la carenza o la perdita di tale attaccamento comportano, anche in riferimento alla relazione psicoterapeuta-paziente e al processo psicoterapeutico.

L'articolo che segue ha pertanto un duplice scopo: da un lato, sottolineare le divergenze e le convergenze teoriche e concettuali tra la tradizione psicoanalitica e la teoria dell'attaccamento; dall'altro, mostrare come le osservazioni del comportamento di attaccamento nell'infanzia e le indagini sulle rappresentazioni dell'attaccamento nell'età adulta possano contribuire alla comprensione dei fenomeni clinici, incluse la natura e l'eziologia delle varie forme di psicopatologia e del processo terapeutico.

Fonagy (1999, 2000) ritiene che la relazione tra la teoria dell'attaccamento e la psicoanalisi sia più complessa di quanto i sostenitori dell'uno e dell'altro orientamento abbiano generalmente

che si possa arrivare a un eclettismo fecondo tanto nella psicoanalisi quanto nella ricerca neonatale sull'interazione solo se si punta l'attenzione su ciò che è stato finora trascurato dalle diverse teorie. In definitiva, è inquietante che con il medesimo metodo di introspezione empatica (Kohut affermò con convinzione di essere su questo punto vicino alla Klein) si realizzino ricostruzioni completamente diverse della prima infanzia.

Potrebbe ben darsi che ricostruzioni discordanti derivino dal trattamento di quadri morbosi diversi. Le pubblicazioni disponibili non avallano questa ipotesi che, del resto, i padri e le madri dei tipici bambini psicoanalitici prendono raramente in considerazione. Prima o poi la creazione di modelli basati sulle teorie diventa il campione illustrativo degli strati più profondi di tutti i disturbi psichici: difetti del Sé basati sul fallimento della funzione di rispecchiamento, la posizione schizoparanoide e quella depressiva, fondate sulla distruttività innata, sembrano essere le radici di ogni male" (Thomä, Kächele, 1987, p.81).

riconosciuto. In una illuminante panoramica egli propone molti punti di contatto e significativi punti di divergenza.

Per George & Solomon (1999), la differenza principale tra la psicoanalisi e la teoria dell'attaccamento riguarda i meccanismi di difesa. I modelli psicoanalitici classici forniscono una complessa costellazione di difese per interpretare il largo spettro dei fenomeni intrapsichici, quali fantasie, sogni, desideri e impulsi (es. Horowitz, 1988; Kernberg, 1994).

La prospettiva di Bowlby concepisce invece l'esclusione difensiva nei termini di due modalità, differenti qualitativamente, di processare l'informazione: la disattivazione (simile alla rimozione) e la disconnessione cognitiva (simile allo splitting). Queste due strategie difensive permettono all'individuo di escludere, in modo organizzato, alcuni aspetti della realtà dalla propria consapevolezza e di separare l'emozione dalla persona o dalla situazione che l'hanno suscitata (George & Solomon, 1999). In relazione alle diverse patologie, Bowlby (1980) sostiene che in certe circostanze queste due forme di esclusione difensiva possono portare a quella forma disorganizzata di rappresentazione, che egli chiama *segregated systems*.

George & West (1999) concludono: "Per capire la relazione tra l'attaccamento nell'adulto e la salute mentale dobbiamo esaminare i concetti di difesa e di *segregated systems* relativi all'attaccamento D, ovvero quei processi mentali che definiscono la disorganizzazione" (p. 295).

Dal momento che si ritiene che queste strutture rappresentazionali si sviluppino in condizioni di trauma nell'attaccamento (come nei casi di abuso o perdita o di lutti e traumi non elaborati nel caregiver), il concetto di *segregated systems* è utile per spiegare alcune forme di psicopatologia della relazione negli adulti.

Nei paragrafi seguenti, l'integrazione dei contributi di un clinico e di una ricercatrice sull'attaccamento, fornirà un'esempio dell'applicazione della teoria dell'attaccamento al lavoro con i pazienti.

2. Attaccamento e psicopatologia

La teoria dell'attaccamento postula l'esistenza della tendenza innata nell'uomo a ricercare la vicinanza protettiva di una figura ben conosciuta in situazioni di pericolo, dolore, fatica o solitudine (Bowlby, 1969, 1973, 1980). Tale tendenza corrisponde a una conoscenza che, pur basata su uno schema cognitivo innato, per divenire pienamente operativa, deve essere completata dalle concrete conoscenze derivanti dal contatto del bambino con le prime figure di attaccamento. Queste conoscenze vengono progressivamente inglobate in schemi cognitivi che Bowlby chiama *Internal Working Models* o Modelli Operativi Interni (MOI), insiemi di memorie e aspettative riguardanti tanto il sé del bambino quanto gli atteggiamenti dei genitori in risposta alle richieste di vicinanza che il bambino rivolge loro. I Modelli Operativi Interni sono conoscenze di sé-con-l'altro, ossia schemi cognitivi interpersonali.

Si può quindi dire che il bambino è percepito da una prospettiva interazionale, focalizzata sugli aspetti relazionali.

Bowlby (1969) fu il primo psicoanalista della sua generazione ad usare nozioni di etologia per descrivere il fondamento biologico e innato che regola la ricerca di vicinanza del bambino a un *caregiver* principale. Egli vide il legame madre-bambino come uno scopo evolutivo primario e indipendente e non come un mezzo volto a soddisfare semplicemente bisogni fisiologici quali la fame.

La teoria dell'attaccamento invita dunque a considerare, da un lato, il sistema innato di regolazione del comportamento interpersonale e, dall'altro, le strutture cognitive che si sviluppa-

no nel contesto della concreta rete di relazioni, in cui il bambino si trova immerso fin dall'infanzia. Si individuano pertanto tre costrutti principali (Bowlby, 1969, 1973, 1980):

1. i sistemi di comportamento;
2. i modelli rappresentazionali;
3. l'esclusione difensiva.

1. Il sistema di attaccamento è definito come un sistema interno *goal-corrected*, che organizza in modo flessibile i comportamenti di attaccamento (ricerca di vicinanza o prossimità, pianto o protesta per la separazione) rivolti al *caregiver*. In certe condizioni, il sistema di attaccamento è attivato fortemente e spinge il bambino a cercare la vicinanza del *caregiver*.

Le abilità comportamentali, evocate e organizzate dal sistema di attaccamento, sono in ampia misura rappresentate da comportamenti emozionali. L'espressione di emozioni, quali paura, collera, tristezza, gioia, sicurezza, costituiscono infatti il modo principale di modulare la richiesta di cura e vicinanza (si pensi al pianto del bambino che richiama l'attenzione protettiva della madre, alla sua vivace protesta quando questa si allontana, al sorridente rilassamento che segue la cura ricevuta dalla madre).

2. La teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1969, 1988), come abbiamo già visto, sostiene che il bambino costruisce rappresentazioni di sé e della figura di attaccamento chiamate Modelli Operativi Interni. I MOI contengono la rappresentazione di sé e del caregiver nelle relazioni di attaccamento, organizzano pensieri e ricordi e guidano i comportamenti futuri di attaccamento, per cui il comportamento di attaccamento, di per sé innato, si differenzia in funzione dell'esperienza e viene organizzato secondo i pattern sicuro, evitante, ambivalente oppure risulta disorganizzato.

3. Quando i comportamenti di attaccamento (pianto, richiamo) falliscono costantemente nel raggiungere il caregiver, il bambino è costretto a sviluppare strategie difensive che escludano queste dolorose informazioni dalla consapevolezza.

Nonostante esistano, tra i diversi studi, differenze sostanziali, si può legittimamente sostenere che i bambini con attaccamento sicuro tendono a crescere in maniera più sana in termini di espressione emozionale, di relazioni sociali, più competenti in termini di abilità linguistiche e livello di rendimento e ad avere una immagine di sé più positiva rispetto ai bambini con attaccamento insicuro (Grossmann et al., 1999). I bambini con attaccamento disorganizzato, per contrasto, hanno maggiori probabilità di avere gravi problemi di relazione a scuola, di manifestare comportamenti aggressivi e una varietà di disturbi psichiatrici (Lyons-Ruth et al., 1993; Solomon & George, 1999). Bambini con attaccamento sicuro nella *Strange Situation* affrontano con più serenità episodi ripetuti di competizione con i coetanei rispetto ai bambini il cui attaccamento era stato valutato come insicuro. Studi longitudinali condotti fino all'età scolare dimostrano un aumentato rischio di deficit nel controllo degli impulsi aggressivi, una propensione a risposte di ansia intensa di fronte ad eventi di separazione, una difficoltà nello sviluppo metacognitivo, cioè nella capacità di riflettere sui contenuti della propria mente e della mente altrui e una tendenza agli stati di coscienza dissociativi e alla scissione delle rappresentazioni di sé con l'altro (Liotti, 2000).

Queste configurazioni di sviluppo, che seguono alla disorganizzazione dell'attaccamento, suggeriscono l'ipotesi che l'attaccamento disorganizzato sia un fattore di rischio per i disturbi psicopatologici implicanti a) dissociazione o scissione nelle rappresentazioni di sé con l'altro, b) carente controllo degli impulsi, c) deficit metacognitivi.

Anticipiamo qui brevemente che proprio il mancato sviluppo di funzioni metacognitive adeguate e il deficit delle funzioni integrative della coscienza sarebbero alla base del mancato senso di continuità e unità del sé, tipico della patologia borderline (Liotti, 1994).

La psicologia evoluzionista porta a riconoscere che ogni essere umano dispone per via innata di due sistemi di regolazione del comportamento finalizzati a fronteggiare il pericolo: uno è il sistema della fuga-aggressione, l'altro è il sistema di attaccamento. Se la figura di attaccamento attiva allo stesso tempo il sistema della fuga-aggressione (quando diviene a tratti pericolosa, perché spaventata o aggressiva, a causa di lutti o traumi non elaborati) e quello dell'attaccamento, la situazione interattiva diviene indecifrabile e il bambino va incontro alla disorganizzazione. È però vero che il potere patogeno delle esperienze di attaccamento emerge tanto dalla presenza di disorganizzazione quanto dalla presenza di insicurezza e, ancor più, dalla interazione tra disorganizzazione e tendenze all'insicurezza (Liotti, 2000).

La nozione di disorganizzazione dell'attaccamento appartiene più al pensiero dimensionale che a quello categoriale e dunque non è del tutto appropriato parlare di un tipo di attaccamento disorganizzato, poiché, tra gli estremi della totale disorganizzazione e della totale organizzazione, esiste un continuum di gradi variabili. Così, il bambino con disorganizzazione dell'attaccamento, che altrimenti sarebbe sicuro (in relazione alla presenza, ad esempio, di un lutto irrisolto nel caregiver che, se non soffrisse di un disturbo emotivo post-traumatico, sarebbe disponibile a dargli efficacemente cura) è verosimilmente meno esposto a rischi di sviluppi psicopatologici rispetto a un bambino con disorganizzazione dell'attaccamento tendenzialmente insicuro-evitante o insicuro-resistente (in relazione alla presenza di un lutto irrisolto nel caregiver che, al di là delle espressioni del proprio disturbo post-traumatico durante l'accudimento, ha atteggiamenti di accudimento rifiutanti o imprevedibili e intrusivi).

Numerose ricerche hanno tentato di seguire l'itinerario dello sviluppo dei pattern e dei Modelli Operativi Interni di attaccamento, formati nei primi due anni di vita, fino all'età scolare, all'adolescenza e all'età adulta. Sebbene i Modelli Operativi Interni tendano a persistere nella struttura e nei contenuti fondamentali fino all'età adulta, non si può parlare di una immodificabilità assoluta, quanto piuttosto di una tendenza alla stabilità.

Bowlby non integra mai le precoci esperienze di attaccamento in un sistema deterministico. Egli considera i modelli di attaccamento non acquisibili definitivamente, ma flessibili e modulabili, ragione per cui non si può con certezza ritenere che una relazione di attaccamento sicura rimarrà sicura per sempre (Bowlby, 1988, 1995), dal momento che esperienze emozionali estreme, dovute a separazioni o a perdite, possono portare a un cambiamento nella considerazione di sé e nella qualità dell'attaccamento (Zimmermann & Grossmann, 1997). Ugualmente si può assumere che i Modelli Operativi Interni di una esperienza precoce di attaccamento insicuro possano essere riorganizzati. Questo potrebbe accadere nel caso di una esperienza positiva di attaccamento o successivamente a una psicoterapia (Fonagy et al., 1995). Nel rapporto tra terapeuta e paziente si può avere infatti l'occasione per una risposta del terapeuta alle esigenze di attaccamento del paziente diversa da quella che il paziente stesso ha ricevuto prima dai genitori e poi dai partner affettivi (Liotti, 1996).

La teoria dell'attaccamento, come abbiamo visto, sostiene che l'esperienza fatta dal bambino nei primi anni di vita si differenzia e si organizza secondo i tre pattern (sicuro, evitante, resistente) oppure risulta disorganizzata.

Nel pattern sicuro i Modelli Operativi Interni contengono una rappresentazione unitaria, coerente e organizzata di sé e della figura di attaccamento, in cui le emozioni sono validate da un caregiver disponibile e affidabile. Nel pattern evitante le emozioni di vulnerabilità del sé sono viceversa rappresentate come una fonte di fastidio per la figura di attaccamento e quindi come qualcosa da non esprimere, ma tale pattern, nonostante le rappresentazioni negative delle emo-

zioni di attaccamento, conserva comunque sufficienti caratteristiche di unità, coerenza e organizzazione. Anche il MOI del pattern resistente permette una sufficiente coerenza rappresentativa: il caregiver è rappresentato come imprevedibile nelle sue risposte, mentre il sé è rappresentato, ancora unitariamente, come disposto a manifestare con particolare energia e continuità le proprie emozioni di attaccamento. Nel MOI che corrisponde alla disorganizzazione dell'attaccamento, invece, ogni unità e coerenza rappresentativa è inesorabilmente e gravemente infranta (Liotti, 1999b).

La sistematica descrizione di esperienze di relazione nell'infanzia rende possibile la costruzione di una teoria dell'attaccamento secondo la prospettiva del ciclo di vita. Appare perciò interessante non solo indagare in quale misura la disorganizzazione dell'attaccamento possa essere considerata un fattore di rischio nella genesi del disturbo Borderline di Personalità, ma anche riflettere sulla possibilità che essa costituisca, nel suo dispiegarsi dinamico durante tutto l'arco dello sviluppo e poi in età adulta, un modello adeguato del nucleo centrale della patologia borderline.

Da quando è apparso chiaro che le esperienze di relazione nell'infanzia influenzano lo stile di personalità e di relazione nell'età adulta, si è manifestato un crescente interesse per le rappresentazioni dell'attaccamento degli adulti.

Un passo essenziale in questa direzione fu il cosiddetto "spostamento al livello di rappresentazione" trattato da George, Kaplan & Main (1985). Gli autori svilupparono un questionario semistrutturato, la Adult Attachment Interview (AAI), volto a suscitare pensieri, emozioni e ricordi in relazione alle precoci esperienze di attaccamento e a valutare lo stato della mente dell'individuo rispetto all'attaccamento: sicuro-autonomo (F), *dismissing* (Ds), *preoccupied* (E) o *unresolved* (Ud).¹

La AAI dà luogo a un trascritto, analizzato in modo standardizzato, per valutare, più che i contenuti delle risposte, le proprietà formali del linguaggio, della memoria e del pensiero e il comportamento linguistico dell'adulto, mentre questi riflette sul proprio rapporto con i genitori e sulle idee che si è formato circa il valore delle esigenze di attaccamento. La AAI indaga le rappresentazioni attuali delle esperienze di attaccamento con la madre e il padre, la qualità del ricordo, l'idealizzazione e la svalutazione delle relazioni e soprattutto la coerenza del racconto (Grice, 1975).

Grice (1975) definisce razionale e coerente un discorso che sia conforme al "Principio di Cooperazione", ossia aderente a quattro regole, così riassumibili:

Qualità: implica l'essere veritieri e il fornire le prove di quanto si dice.

Questo criterio è violato quando una persona è vaga, mostra contraddizioni fattuali o logiche e rapide oscillazioni di punti di vista.

Quantità: si riferisce alla sintesi, accompagnata dalla completezza.

Questo criterio è violato quando si forniscono troppe o troppo scarse informazioni.

Attinenza: ovvero l'essere pertinenti con l'argomento.

Il criterio è violato quando si va fuori tema o si compiono illogici balzi temporali dal passato al presente o viceversa.

Modo: implica chiarezza e ordine.

Il criterio è violato qualora si usino gergo, parole prive di contenuto, espressioni bizzarre, periodi molto lunghi senza pause.

¹Ai primi tre stati della mente corrispondono forme organizzate di esclusione difensiva; allo stato Unresolved la forma disorganizzata che Bowlby (1980) chiama *segregated systems*

L'identificazione di una specifica organizzazione del linguaggio, attraverso la tecnica dell'analisi del discorso, permette di definire lo stato mentale dell'individuo in relazione all'attaccamento (Main & Goldwyn, 1996):

- adulti con attaccamento sicuro (F) forniscono racconti aperti, coerenti e consistenti dei loro ricordi di infanzia. Sono capaci di integrare in un tutto unitario le diverse esperienze e di riflettere in modo equilibrato sul bisogno umano di cura e attenzione, valutandolo come normale.
- adulti classificati *dismissing* (Ds) danno resoconti incompleti e incoerenti delle loro esperienze e spesso mostrano falle nella memoria. Minimizzano l'importanza dell'attaccamento per difendersi dal riaffiorare di ricordi dolorosi, insistendo sulla loro indipendenza dagli altri. Le figure di attaccamento sono per lo più presentate positivamente, senza che tali ritratti siano però supportati da esempi concreti.
- adulti con attaccamento *preoccupied* (E) parlano con rabbia e in modo non obiettivo delle esperienze conflittuali vissute con le figure di attaccamento, come se si fossero verificate solo il giorno precedente. Analizzano tali esperienze servendosi di un linguaggio pseudo-psicologico, ma non sono in grado di distanziarsene veramente. Oscillano tra valutazioni positive e negative, senza rendersi conto della contraddizione. In generale, il loro linguaggio appare confuso e vago. Appaiono notevolmente problematizzati dalle proposte di riflessione sui bisogni di cura e attenzione, continuamente implicati dalle domande dell'intervistatore. È come se fossero ancora occupati a dirimere dubbi e intensi conflitti emozionali inerenti al valore dell'attaccamento.

Le categorie di sicuro, *dismissing* o *preoccupied* classificano adeguatamente più dell'80% di tutti gli individui. Nella quarta categoria di stato della mente *unresolved* rientrano adulti impegnati nell'elaborazione problematica di eventi traumatici o luttuosi, che hanno costellato la loro esperienza con l'attaccamento.

Come la classificazione di attaccamento disorganizzato alla *Strange Situation*, così quella di *unresolved* secondo la AAI è definita anche da comportamenti assimilabili a fenomeni dissociativi. Per esempio, se una persona si perde nel raccontare di un lutto o di un abuso, è come se sperimentasse uno stato dissociativo. Quando fornisce dei dettagli in riferimento a un abuso o a un lutto che contraddicono altri dettagli, sperimenta nuovamente uno stato dissociativo (Liotti, 1999a).

- adulti con la classificazione di *unresolved* (Ud) rivelano infatti errori nel ragionamento o nel discorso durante il racconto di eventi potenzialmente traumatici. Precisamente, errori nel ragionamento –quali il parlare di una persona come fosse viva e morta al tempo stesso– possono indicare la coesistenza di credenze e sistemi di memoria incompatibili, in riferimento a un evento traumatico.

Sebbene la AAI (George et al., 1985; Main & Goldwyn, 1996) sia stata sviluppata in un contesto non clinico e di studi transgenerazionali, ha potuto comunque essere impiegata per discriminare tra popolazione clinica e non-clinica (van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996). Il valore discriminante tra i due gruppi è risultato infatti significativo ($d = 1,03$).

In una indagine che considerava le quattro categorie, di sicuro, *dismissing*, *preoccupied* e *unresolved*, solo l'8% del campione clinico è stato classificato come sicuro e lo stato *unresolved* è risultato il più rappresentato nella popolazione psichiatrica (Doziers et al. 1999). Recentemente George & West (1999) hanno infatti concluso che “la malattia mentale, letta attraverso la teoria dell'attaccamento, non è tanto conseguenza dell'evitamento, quanto piuttosto il prodotto della

disorganizzazione dell'attaccamento, che deriva da ripetute esperienze di non regolazione e di rottura delle difese" (p. 298).

Ricerche cliniche (Rosenstein & Horowitz, 1996; Cole-Detke & Kobak, 1996; Patrick & Hobson, 1994) suggeriscono che alcuni "disordini *externalizing*" (come i disordini alimentari e i disturbi della condotta) sono associati con uno stato mentale *dismissing* e che "disordini *internalizing*" (come il disturbo borderline) sono associati con gli stati *preoccupied*. Dozier et al. (1999) sostengono che risultati inconsistenti nella letteratura (per esempio gli studi con i pazienti depressi) sottolineano l'importanza dei risultati diagnostici quando si considerino i legami tra lo stato dell'attaccamento e disordini eterogenei quali la depressione (unipolare/ bipolare) o l'ansia (fobia/ ansia generalizzata).

Oltre a determinare progetti di ricerca sull'eziopatogenesi di importanti disturbi psicopatologici, lo studio delle rappresentazioni dell'attaccamento è utile per ricercare innovative strategie di trattamento (Liotti, 2000). Un certo numero di studi ha suggerito infatti che le misure dello stato di attaccamento forniscono un indice delle patologie del sé e delle relazioni oggettuali nella popolazione clinica e sono predittive dei cambiamenti nel sé patologico e nelle relazioni d'oggetto, attesi nel corso della psicoterapia.

I costrutti dell'attaccamento sono stati sempre più impiegati per comprendere l'eziologia, il trattamento e la prognosi di molti disordini di personalità come la patologia borderline (Fonagy 1991, Fonagy et al. 1995, 1996; Diamond et al. 1999). Le ricerche cliniche hanno compreso aspetti fondamentali delle condizioni borderline, quali il forte sentimento di instabilità e incertezza circa la propria identità, le relazioni interpersonali instabili e intense, i sentimenti di vuoto interiore, le frequenti esperienze di collera immotivata e la marcata instabilità dell'umore, la paura cronica di essere abbandonati, l'intolleranza per la solitudine riconducibile a una organizzazione insicura di attaccamento (Diamond et al. 1999; Fonagy 1991; Fonagy et al. 1995, 1996, 1998).

Liotti (1999c) sottolinea l'evidente somiglianza tra lo stile rappresentativo frammentato e contraddittorio che emerge dal Modello Operativo Interno dell'attaccamento disorganizzato e quello che corrisponde agli effetti della scissione secondo Kernberg (1975): sia il modello di Kernberg sia la teoria dell'attaccamento rilevano infatti lo stile rappresentativo molteplice, contraddittorio e soprattutto non integrato, che caratterizza tanto il paziente borderline secondo Kernberg, quanto l'attaccamento disorganizzato.

Tale disorganizzazione comporta rappresentazioni opposte e non integrate di sé con l'altro, cioè rappresentazioni di sé-oggetto scisse, quanto deficit nelle funzioni metacognitive e di autoregolazione delle emozioni. Così il concetto di disorganizzazione permette di considerare unitariamente, nel contesto di importanti esperienze intersoggettive, tanto i temi della teoria del conflitto (mancata integrazione di rappresentazioni opposte di sé con l'altro), quanto i temi centrali delle teorie del deficit (ostacoli all'autoregolazione degli impulsi e delle emozioni) (Liotti, 1999c). La teoria dell'attaccamento identifica così un processo mentale ed interpersonale unitario, che si svolge nel contesto delle relazioni di attaccamento e da cui emergono tanto una rappresentazione molteplice e dissociata di sé, quanto una difficoltà a riconoscere e regolare gli stati mentali e la particolare reattività all'abbandono.

Cosa questo significhi in termini di connessione causale tra lo stato mentale di attaccamento e il disordine psichiatrico non è ancora chiaro (Dozier et al., 1999). È stata avanzata però l'ipotesi che il disturbo borderline possa essere considerato il risultato di un difetto delle funzioni integrative della coscienza, che trova nel pattern D (disorientato-disorganizzato) il suo precursore evolutivo. Tale ipotesi sembra essere in accordo con alcune osservazioni cliniche, prima fra tutte l'elevata incidenza di esperienze traumatiche e di sintomi dissociativi nei soggetti borderline (Liotti, 1999a).

Il caso qui presentato riguarda una paziente con diagnosi di “disturbo narcisistico di personalità con organizzazione borderline”. Clinicamente i pazienti con personalità borderline presentano risposte emotive abnormi a eventi reali o immaginari di abbandono da parte dell'altro idealizzato, difficoltà a modulare le reazioni emotive a causa di un deficit dei processi mentali superiori deputati a tale funzione (Kernberg, 1996) e una rappresentazione molteplice, non integrata e contraddittoria di sé e degli altri, idealizzati a un tempo e svalutati a un altro.

Due studi condotti con la AAI (George et al., 1985) hanno indicato che i pazienti borderline possono essere distinti da altri gruppi clinici per la loro tendenza ad essere classificati come *fearfully preoccupied* (E3) in riferimento a traumi connessi all'attaccamento:

- Fonagy et al. (1996) riscontrarono che il 75% dei pazienti con Disturbo Borderline di Personalità presentavano stati mentali *preoccupied* e che la metà di tale percentuale rientrava in un sottogruppo raramente usato, *fearfully preoccupied* (E3) in riferimento a eventi traumatici. L'89% dei pazienti borderline vennero inoltre classificati come *unresolved* in relazione a un abuso.
- Patrick & Hobson (1994), su un campione di 12 donne con Disturbo Borderline di Personalità, tutte classificate come *preoccupied*, ne individuarono 10 *fearfully preoccupied* (E3), classificazione, quest'ultima, spesso associata a stati mentali *unresolved* (75% del campione preso in esame).

Secondo il lavoro di Rosenstein & Horowitz (1996), le differenti classificazioni, individuate tramite la somministrazione dell'AAI, possono discriminare tra diversi sottotipi di disturbo borderline. Alcuni studi indicano che pazienti con caratteristiche antisociali e/o narcisistiche e paranoidi tendono ad essere classificati come *dismissing*, mentre pazienti con tratti istrionici, ossessivo-compulsivi, affettivi o schizotipici vengono in genere classificati come *preoccupied* (Levy & Blatt, 1999). I pazienti borderline con comportamenti autolesionistici o parasuicidari sono classificati come *unresolved* in riferimento a eventi potenzialmente traumatici.

Diamond et al. (1999) constatarono, sulla base di numerosi studi, che un clima familiare di violenza emotiva e di abbandono accompagnato da un attaccamento insicuro è più fortemente associato allo sviluppo di una personalità borderline, che non il trauma specifico dell'abuso fisico e sessuale.

Sono comunque necessarie ulteriori ricerche per chiarire le complesse interconnessioni tra l'abuso intrafamiliare, il caos familiare e l'attaccamento insicuro nelle personalità borderline.

3. Caso di una paziente narcisistica con organizzazione borderline di personalità

Il materiale clinico

La paziente, una donna di 50 anni, con un buon livello di istruzione e insegnante in una scuola elementare, si rivolge direttamente al secondo degli autori come direttore del Dipartimento Universitario di Psicoterapia.

Prima del colloquio iniziale, recapita una lunga lettera, accuratamente battuta a macchina, in cui descrive non solo i suoi disturbi, ma include anche citazioni tratte da articoli psicoanalitici, volte a spiegare i suoi tratti psicodinamici di base. Descrive uno stato di dolore psichico intrattabile e un sentimento irrisolto e mescolato di rabbia e tristezza, derivanti dall'essere stata abbandonata dall'uomo con cui era coinvolta in una relazione d'amore sadomasochistica. Tale intenso e doloroso stato mentale, con molteplici correlati somatici, era stato lievemente mitigato da una

terapia di supporto, durata cinque anni, con una terapeuta anziana, piacevole e contenitiva. Sebbene la paziente si renda conto che la terapia precedente l'ha aiutata a controllare le sue ideazioni suicidarie, ella di tanto in tanto pensa ancora al suicidio: "se questo sentimento non cambia io mi ucciderò, ma quando questo accadrà, io porterò con me due o tre persone". Gli oggetti di questa rabbia intensa sono il suo ex-amante e i direttori dei due ospedali psichiatrici che l'hanno avuta in cura. Contro uno di questi aveva intentato un procedimento legale e ottenuto un rimborso del 50%, perché il medico non aveva svolto adeguatamente il suo lavoro.

"Durante il primo colloquio, mi trovai di fronte a una donna con un pensiero molto chiaro, molto esperta di questioni politiche, e che mi guardava con occhio cordiale, ma sempre vigile. Mi aveva scelto, perché mi conosceva come autore del libro che scrissi con il Dr. Thomae sulla terapia psicoanalitica. In contrasto con l'immagine di sé che aveva presentato, scarabocchiò con commenti critici e altamente svalutativi i formulari psicometrici che doveva compilare. Commentò in tal modo la presenza sul foglio di un codice di identificazione: "dove siamo, in un campo di concentramento?". Compilare questi formulari fu per lei come "essere violentata" (Horst Kächele).

Le dinamiche del primo colloquio confermano l'autodescrizione della paziente, presa in prestito da un articolo di psicoanalisi, ovvero la sensazione di essere una persona con un trauma precoce alle spalle, gestito però molto bene per lungo tempo. Aveva studiato scienze politiche e tedesco, era diventata insegnante in una cittadina vicina a casa e aveva sposato, piuttosto giovane e ancora studentessa, un collega di dieci anni più anziano, che insegnava nella scuola dove più tardi anche lei avrebbe lavorato.

"Il mio atteggiamento, un eroico miscuglio di scetticismo e curiosità, fu determinato da sue dichiarazioni cariche di emotività quali: "non usi mai il termine transfert, non parli mai di padre o madre, quando sento queste parole io sto male" (Horst Kächele).

La paziente accetta una terapia psicoanalitica di due sedute settimanali con un setting faccia a faccia. La diagnosi di Disturbo Narcisistico di Personalità con una struttura borderline sottostante è giustificata dai suoi sentimenti di rabbia intensa verso i partner, accompagnati da intensi stati di vuoto interiore.

Soffre fin dall'infanzia di una continua paura del buio, di cui però parla solo tardi nel corso del trattamento.

Le risorse positive della paziente consistono in una creativa impulsività, nella capacità di adattamento e nel lavorare a servizio degli altri. Più gli altri sono indifesi, come alcuni alunni a scuola o povere donne impiegate nell'amministrazione locale, più ella è in grado di manifestare tutta la sua dedizione. Con il marito, cronicamente e lievemente ansioso, condivide un talento musicale che svilupperà fino a raggiungere una competenza semiprofessionale. Poco per volta, la relazione coniugale relativamente stabile, pur con una vita sessuale piuttosto povera, dove ella assume sempre il ruolo attivo, inizia a vacillare e la paziente comincia a dedicarsi con successo all'attività politica.

Nel momento in cui, all'età di 41 anni, si coinvolge sentimentalmente con un musicista sposato, con il quale suona, la sua crisi esistenziale esplode. Quando egli diviene improvvisamente irreperibile, tutti i tentativi della paziente di raggiungerlo almeno per telefono scatenano in lei la sensazione di essere pazza.

La paziente paga privatamente il trattamento per potersi sentire una "non-paziente", rifiutando la possibilità di una copertura assicurativa. Per ragioni pratiche, noi tutti che paghiamo privatamente siamo "non-pazienti"; tuttavia si insiste per la formale procedura di copertura assicurativa, per non esasperare il suo tono di pseudo-autonomia.

Si rivela difficile fin dall'inizio realizzare un'alleanza terapeutica stabile. Le intense idealizzazioni delle "superbe qualità tecniche" dello psicoanalista vengono improvvisamente di-

strutte da un crollo psichico di natura depressiva, intensificato da interpretazioni apparentemente inopportune. Dopo tali sedute la paziente invia un fax nel quale minaccia di non tornare più. Con l'aiuto di conversazioni telefoniche, si sono però superate le diverse crisi e si è lentamente giunti a un'alleanza terapeutica più stabile.

Il processo terapeutico è caratterizzato da questi continui alti e bassi, derivanti da rapidi cambiamenti di identificazione. Primitive e inaspettate difese di *splitting* "tutto-buono" e "tutto-cattivo" provocano, nella paziente, una caduta della sua capacità psichica di integrazione.

Il lavoro terapeutico è centrato soprattutto sulla sua attuale relazione con la madre, un'anziana signora ottantunenne, di cui la paziente si prende cura, molto esigente, che ancora non riesce a riconoscere alla figlia alcuna buona qualità. Poco per volta, la prospettiva biografica sulla relazione madre-figlia apre un varco per aiutare la paziente a lavorare sui suoi continui e masochistici tentativi inconsci di ottenere approvazione e riconoscimento dalla madre.

Il vissuto di essere senza potere viene presto identificato come centrale.

I riferimenti al padre sono assolutamente scarsi; una volta sola racconta di aver sognato una strana persona con le sembianze della figura paterna, ma con cui ella non riconosce alcun legame. Tale figura costituirà solo in un secondo momento un tema centrale della psicoterapia.

Dopo due anni lo stato della paziente è cambiato considerevolmente. Invece di ricercare continuamente la cattiveria del mondo e specialmente quella della madre, ella ha raggiunto una sorta di *Nachdenklichkeit* (riflessività), quella che Peter Fonagy descrive come un incremento della "funzione riflessiva del sé". La paziente ha cominciato a differenziarsi da sua madre, accettando così l'aiuto di un servizio geriatrico.

4. La Adult Attachment Interview della paziente

Alla paziente è stata somministrata la AAI dal primo degli autori, 6 mesi dopo l'inizio del trattamento psicoanalitico. È stata classificata come *preoccupied*, con uno stato mentale *unresolved*. Sono qui riportate parti dei trascritti della AAI per chiarire le procedure di codifica.

Esempio di trascritto: Stato mentale preoccupied

I: hmm hm come descriverebbe la relazione con i suoi genitori, sua madre e suo padre, quando era bambina?

P: - hm - questo lungo silenzio dice molto - (ride). Non potevo contare su di loro, non potevo contare su di loro, mai.

I: hmhm

P: Ancora non posso, mia madre ha bisogno di essere accudita oggi e altre persone devono darsi il cambio con me tutto il tempo, i vicini e le istituzioni sociali, loro devono controllare se mente o se dice la verità, queste sono cose normali con lei, io parlerei di un "caregiving aggressivo", non potevo essere malata e quando ero malata, allora, quei té, non mi piacevano, e ancora oggi non riesco a bere quei té alle erbe, quasi senza zucchero, o giù di lì hm essere malata era realmente un pasticcio per me, hm io direi un caregiving aggressivo, io cercavo di rimettermi il più in fretta possibile, oggi io posso essere più generosa con me stessa e prendermi il mio tempo quando sono malata, ma mi ci sono voluti degli anni, con mio padre io non avevo nemmeno un buon rapporto, io non posso dire nulla di positivo, molto poco, mia madre diceva sempre a mio padre cosa avevo fatto di sbagliato, lo faceva probabilmente anche con mio fratello, più grande di dieci anni, lei lo diceva a mio padre e quando lui tornava a casa la sera ci picchiava, o giù di

li, è successo proprio ieri, due settimane fa ero terrorizzata, lui sempre mi spaventava quando ero una bambina, io ancora soffro per quello, succede spesso oggi che mi venga paura quando qualcuno è nella stessa stanza anche se lo conosco. Non mi sono mai sentita al sicuro e ho sempre pensato che un giorno o l'altro avremmo avuto un crack e che mio padre avrebbe perso il lavoro, il lavoro gli andava bene, ma da bambina ho sempre pensato che qualcosa sarebbe potuto accadere improvvisamente e allora lavoravo quando ero piccola, anche in vacanza e provavo a guadagnare qualche soldo, io sempre ho avuto la sensazione di insicurezza, di non poter fare affidamento su nulla.

La paziente è ancora in lotta con il suo passato e non è in grado di ricostruire obiettivamente le sue esperienze. Accusa la madre con tono arrabbiato, oscilla tra passato e presente, è spaventata dal padre e soffre di un sentimento di permanente insicurezza. Non fornisce un racconto coerente, perde spesso il filo del discorso e dà troppe informazioni, violando i criteri di quantità e di attinenza.

Secondo i criteri di Main & Goldwyn (1996), un individuo è classificato come *unresolved* quando, parlando di episodi di abuso o perdita, mostra singolari errori nel controllo del ragionamento o del discorso:

Abuso:

negazione dell'abuso o della gravità dell'abuso stesso;
sentimento di aver causato o meritato l'abuso;
eloquio disorientato.

Perdita:

incredulità che la persona sia morta;
segni di confusione tra il sé e la persona morta;
disorientamento nel tempo e nello spazio;
affermazioni psicologicamente confuse;
reazioni comportamentali estreme alla perdita.

La paziente mostra all'AAI due di questi aspetti, indizi del suo stato mentale *unresolved*:

1. nega di essere stata abusata (picchiata) dalla madre;
2. dimentica il giorno in cui il padre è morto.

Le esperienze soggettive di dissociazione, rintracciabili negli stati mentali *unresolved*, in relazione a un trauma, non devono essere analizzate solo come difesa contro affetti dolorosi, ma anche come riaffermazione di strutture di significato multiple e incoerenti, relative alla rappresentazione di sé con l'altro (Liotti, 1999a) e come segno di una rottura primaria nei processi intersoggettivi, che normalmente generano un senso di sé coerente e integrato.

Esempio di trascritto: Stato mentale *unresolved* rispetto all'abuso.

I: È mai stata minacciata dai genitori quando era una bambina?

P: no, essere minacciata, no non mi sono sentita così io ricordo di aver sempre pensato al suicidio, nei momenti in cui sento di esser cattiva. Hm questo cambia, quando mia madre mi picchiava, pensavo che mi picchiasse fino alla morte, quando tornavo a casa troppo tardi, avevo molta paura di essere picchiata, ma quando succedeva pensavo che sarei sopravvissuta, che era il sentimento di cui le parlavo prima, questo tipo di "emigrazione interna", la morte non fu mai terrificante per me, ma una soluzione in un certo senso.

Continua più tardi

P: Realmente non posso dire di essermi sentita minacciata, non ero troppo rinchiusa per quello, io potevo andare fuori all'aria, forse c'erano delle situazioni in cui mi sono sentita minacciata, non lo so.

La paziente mostra una contraddizione logica quando è interrogata su eventuali abusi subiti nell'infanzia. Oscilla tra i ricordi dell'ansia enorme suscitata dalle botte della madre e l'incredulità rispetto all'essersi mai sentita minacciata. Ella considera la morte al tempo stesso una soluzione e un evento terrificante. Un criterio cruciale per la procedura di codifica è il fatto che la paziente non rilevi questa contraddizione da sola, indizio inequivocabile dello stato mentale *unresolved*.

Il passaggio successivo mostra il suo stato mentale *unresolved* rispetto alla perdita di una importante figura di attaccamento. Anche in questo caso la paziente non rileva i suoi errori di pensiero e ragionamento.

Esempio di trascritto: Stato mentale unresolved rispetto a una perdita.

Dopo che le viene chiesto di eventuali perdite vissute durante l'infanzia e successivamente nel corso della sua vita, la paziente ricorda la perdita del nonno, della maestra di canto e del figlio di suo fratello. Parla di queste perdite dettagliatamente e non commette errori. Insiste di non aver subito altre perdite.

Così l'intervistatore passa alla successiva domanda dell'AAI. Quando le viene chiesto di parlare di possibili cambiamenti nella relazione con i suoi genitori, improvvisamente dice:

P: ora io non so cosa con mio padre sia così cambiato, certo qualcosa, realmente non so quando morì sono 10 forse 15 anni ma io non piansi quando morì quello fu un sentimento quasi di indifferenza, non sentii nulla quando entrammo nella stanza per la cremazione, ero solo interessata a come un essere umano cambia dopo la morte, da un giorno all'altro, come il corpo cambia, ogni cosa, come sono i piedi e così via.

Qui l'aspetto cruciale per la codifica è che la paziente in un primo momento dimentica la morte di suo padre, indizio questo della sua negazione. Oltre a ciò mostra un disorientamento nel tempo mentre pensa all'anno della morte (10 anni forse 15). Tipicamente ella ricorda un piccolo strano dettaglio, i piedi, rivelando il tratto *unresolved* del discorso.

5. Aspetti di convergenza e di divergenza tra la teoria dell'attaccamento e la prospettiva psicoanalitica

Nel riassumere le caratteristiche più significative della paziente, indagate tramite la AAI, si condurrà ora un raffronto tra la teoria dell'attaccamento e la prospettiva psicoanalitica rispetto a questo singolo caso. Il procedimento consiste nel commentare, con gli strumenti propri della clinica, la diagnosi fatta sulla base dell'AAI.

Riassunto delle caratteristiche AAI della paziente.

- Spesso accusa sua madre in modo arrabbiato “Non potevo fidarmi di mia madre, neppure ora”, “è stato un *caregiving* aggressivo”, “io ancora soffro”, “potevo piangere pensando a questo”.
- Ricorda solo aggettivi negativi rispetto alla relazione con i suoi genitori durante l’infanzia: “non comprensivi”, “disonesti”, “tormentanti”.

Commento dell’analista:

“Come analista non sono del tutto soddisfatto di questi risultati. Sebbene ciò sia vero e sia stato uno dei principali atteggiamenti della paziente rispetto a specifici oggetti di relazione, il compito di un analista è di scoprire dove e in che modo ella nasconda le sue risorse positive. Lo fa attraverso identificazioni sostitutive, attraverso azioni di presa in carico affettuosa degli alunni o della figlia del fratello, identificandosi inconsciamente con gli oggetti delle sue cure benevole” (HK).

- Viola spesso il criterio di coerenza (quantità, qualità)

Commento dell’analista:

“Questa caratteristica appare dominante negli scambi verbali, nel momento in cui è messa in pericolo l’alleanza terapeutica. La persona sofisticata che ella vuole incarnare, si trasforma allora in un essere minaccioso, che parla troppo e che mostra poca logica” (HK).

- Spesso non è in grado di distanziarsi adeguatamente dalle sue esperienze: “Io non posso fare pace con le mie esperienze di infanzia, sebbene io senta un cambiamento”.

Commento dell’analista:

“Il mio approccio riguarda la questione del valore funzionale del suo non poter fare la pace. Come analista mi chiedo: È bene adesso per lei fare la pace?” (HK).

- Oscilla tra ricordi passati e attuali, non differenziando chiaramente tra passato e presente.

Commento dell’analista:

“I risultati dell’AAI mi rendono più consapevole di questo aspetto di disorientamento temporale nell’organizzazione del discorso, disorientamento che spesso noi clinici non consideriamo come problematico, ma che può essere un significativo indizio di patologia” (HK).

- La paziente non riesce a riflettere obiettivamente sulle sue esperienze di infanzia, ma elabora piuttosto analisi pseudopsicologiche, riconoscibili in espressioni quali “emigrazione interna”.

Commento dell’analista:

“Lo stile pseudopsicologico, individuabile secondo i criteri dell’AAI, mi risuona come un segno della sua lunga battaglia di adattamento alle esperienze di infanzia. Dal mio punto di vista si tratterebbe quindi di una modalità di mentalizzazione delle esperienze attraverso l’impiego della metafora” (HK).

- La paziente parla di un capovolgimento di ruoli: “mia madre è stata una bambina negligente, e io ho dovuto prendermi cura di lei. Ella ha abusato di me come se io fossi il genitore”.

Commento dell’analista:

“È stato compito mio aiutare la paziente a sciogliere il capovolgimento di ruoli e ad accettare come possibile il suo voler essere accudita” (HK).

- Ella nega di aver subito abuso dalla madre (abuso fisico) e dimentica la morte del padre (stato mentale *unresolved*).

Commento dell'analista:

“La figura del padre, nella prima fase del trattamento, si rivela piuttosto opaca. La AAI ha permesso di comprendere il ruolo della negazione, per la paziente, relativamente alla figura paterna. Ella scoprì che anche il padre era stato politicamente attivo solo dopo la sua morte. Usare questa informazione in terapia, per chiarire che ella poteva avere qualcosa in comune con suo padre, aprì una nuova fase nel trattamento” (HK).

Considerare un singolo caso ha permesso di evidenziare specifici aspetti di divergenza tra le due teorie, focalizzando l'attenzione sul trattamento psicoterapeutico. Come sottolinea Fonagy (1999b), sono molte infatti le difficoltà che si frappongono tra un proficuo confronto e una sterile sequenza di critiche. In generale, possiamo dire che le critiche alla teoria dell'attaccamento sono datate e basate su errate interpretazioni, così come le critiche dei teorici dell'attaccamento sono per lo più miopi generalizzazioni dell'approccio psicoanalitico, che non può essere ridotto a un unico e omogeneo insieme di proposizioni.

Così, per gli esponenti dell'approccio psicoanalitico, la teoria dell'attaccamento: 1) semplifica il sistema motivazionale inconscio alla base del comportamento e descritto nel modello strutturale; 2) esclude dalla considerazione la ricchezza e la diversità degli stati affettivi dell'individuo; 3) ignora le vulnerabilità biologiche del bambino, considerando solamente quelle derivanti dal comportamento del *caregiver* e limitatamente alle esperienze di abbandono e separazione; 4) trascura le scoperte psicoanalitiche relative allo sviluppo dell'Io successivamente alla prima infanzia (fase anale e complesso edipico); 5) ignora quegli aspetti della relazione non riconducibili direttamente alle esperienze di separazione e perdita; 6) sviluppa le proprie considerazioni sullo sviluppo a scapito del pieno riconoscimento della complessa funzione simbolica dell'individuo (id).

Sul versante psicoanalitico, invece, nel momento in cui si riconosce che anche la psicoanalisi moderna accetta il fatto che la vicinanza bambino-*caregiver* sia basata essenzialmente sul bisogno di relazione, appare chiara l'esigenza di definire più in dettaglio le divergenze circa la natura e l'origine di tale bisogno. È quindi interessante considerare, oltre alle critiche rivolte alla teoria dell'attaccamento, i contributi apportati dai singoli autori, per valorizzare i successivi sviluppi della teoria psicoanalitica e gli eventuali punti di convergenza tra le due teorie: 1) la nozione di funzione riflessiva e mentalizzazione è presente nel concetto freudiano di *Bindung* (1911), ed è riferita al cambiamento qualitativo del legame dal piano esperienziale immediato al piano psicologico associativo; 2) Melanie Klein (1945), nel descrivere la posizione depressiva, sostiene la necessità della consapevolezza degli stati mentali e dell'intenzionalità di sé e dell'altro; 3) Bion (1962) parla della trasformazione degli eventi interni, sperimentati come concreti (funzione alfa), in esperienze pensabili e tollerabili (elementi beta); 4) Winnicott (1965) riconosce l'importanza della comprensione psicologica del bambino da parte del *caregiver* per l'emergere del vero sé (id).

Aggiungiamo inoltre il concetto di fiducia di base di Erikson, i fenomeni di attaccamento descritti da Anna Freud, l'attenzione di Spitz e della Mahler sulla funzione formativa dei primi anni di vita, le narrazioni di Stern come rappresentazioni della relazione (Fonagy, 1999a). Entrambe le teorie considerano l'influenza dell'esperienza infantile sui successivi comportamenti, attraverso l'internalizzazione di funzioni psicologiche quali la regolazione delle emozioni così come proposta dal *caregiver*.

Sul piano più specifico della pratica psicoterapeutica, la vicinanza tra la teoria dell'attaccamento e le relazioni d'oggetto è evidente nel legame delineaile tra l'attaccamento sicuro e l'al-

leanza terapeutica, tra la disorganizzazione dell'attaccamento e l'osservazione clinica dell'identificazione proiettiva e nella nozione di coerenza nella narrazione della propria storia.

È perciò ipotizzabile applicare questi concetti, che avvicinano le due teorie, ai costrutti propri della teoria dell'attaccamento, per tentare di definire le categorizzazioni di sicuro, evitante, ambivalente e disorganizzato con i termini propri dell'approccio psicoanalitico.

Pertanto, se l'attaccamento sicuro è concepito come l'acquisizione di procedure per la regolazione degli stati affettivi, il caregiver, nel restituire al bambino in modo accurato e mai opprimente il suo stato mentale, mette in atto il contenimento come vuole la teoria bioniana. L'attaccamento sicuro sarebbe quindi il risultato di un contenimento riuscito, mentre si potrebbe leggere nell'attaccamento insicuro l'identificazione del bambino con il comportamento di difesa del caregiver. La vicinanza al caregiver, nell'attaccamento evitante e ambivalente, sarebbe mantenuta a scapito dello sviluppo della funzione riflessiva e della possibilità da parte del bambino di internalizzare la rappresentazione del suo stato mentale (Fonagy, 1999b).

Numerosi studi trattano del legame tra lo sviluppo della funzione riflessiva e la relazione di attaccamento sicura. La lettura accurata della mente del bambino da parte del caregiver contribuisce alla simbolizzazione degli stati interni, che conduce a una più elaborata regolazione degli affetti. L'attaccamento sicuro consente anche l'acquisizione della capacità di leggere la mente dell'altro. Il bambino evitante sfugge lo stato mentale dell'altro, mentre il bambino resistente si concentra sul suo proprio stato di disagio, escludendo ogni scambio intersoggettivo. Il bambino disorganizzato, invece, iperattento al comportamento del *caregiver*, fallisce nel riferirlo al proprio stato mentale, che rimane incoerente e disorientato.

Sviluppando ulteriormente questo tentativo di integrazione, riconosciamo che le concezioni psicoanalitiche possono arricchire la teoria dell'attaccamento anche nella formulazione dei contenuti di psicopatologia. La descrizione dell'Organizzazione Borderline di Personalità potrebbe essere letta, nei termini della teoria dell'attaccamento, come una caduta dell'integrazione dei Modelli Operativi Interni o come il predominio di Modelli Operativi Interni in cui le rappresentazioni di sé e dell'altro oscillano rapidamente (Fonagy, 1999a). L'attaccamento insicuro, accompagnato da una inadeguata regolazione degli affetti, incrementa la probabilità di creare Modelli Operativi Interni incompleti. Nelle AAI di pazienti borderline si ritrovano confondenti e confuse rappresentazioni interne dell'attaccamento. Le formulazioni cliniche di Kernberg (1975) implicano infatti la presenza di MOI facilmente attivabili, poco strutturati, distorti e instabili. La rapida alterazione dei Modelli Operativi Interni e l'assenza di coerenza possono essere associate a una inibizione delle capacità cognitive e riflessive, che normalmente sono al servizio dell'organizzazione del sé, così come l'abbandono della funzione riflessiva rappresenta la risposta difensiva estrema del bambino di fronte a esperienze traumatiche.

Ritornando al caso qui trattato, abbiamo visto come l'approccio psicoanalitico interpreti in maniera peculiare la capacità riflessiva della paziente. Se da un lato i criteri dell'AAI evidenziano lo stile pseudopsicologico proprio dei soggetti *preoccupied*, dall'altro la prospettiva psicoanalitica considera in qualche misura adattivo, rispetto al contesto terapeutico, questo modo della paziente di distanziarsi dalle proprie esperienze.

Dalla prospettiva della teoria dell'attaccamento le intellettualizzazioni sembrano essere non-adattive: "il soggetto va alla ricerca di significati psicologici, comunque non rilevanti nel contesto della narrazione e non produttivi ai fini dell'insight. Le mentalizzazioni appaiono come la ruota di una macchina che ha perso il contatto con il terreno" (Fonagy et al., 1998, p.43). Se quindi da un lato, la lettura dei trascritti delle sedute può rivelare al clinico, in modo evidente seppur tanto diverso, i meccanismi di difesa implicati (Thomä & Kächele, 1991), dall'altro i criteri di coerenza potrebbero essere troppo rigidi se applicati a soggetti clinici.

Il vantaggio della procedura dell'AAI consiste nelle attente analisi delle singole espressioni,

delle contraddizioni logiche e della capacità del paziente di riflettere sugli aspetti rilevanti dell'attaccamento. Anche la prospettiva psicoanalitica del resto rileva le oscillazioni imprevedibili riscontrabili nella relazione di transfert. La AAI conferma queste oscillazioni improvvise della paziente tra tutto-buono e tutto-cattivo, tra passato e presente.

Le classificazioni "stato della mente *unresolved*" e "*preoccupied*", attribuite alla paziente in questo caso, trovano riscontro in due importanti studi sull'attaccamento (Fonagy et al., 1996; Patrick & Hobson, 1994) e costituiscono la classica combinazione di pattern di attaccamento diversi nella patologia borderline.

Per l'analista, l'identificazione della rimozione della morte del padre, all'inizio del processo terapeutico, costituisce il motivo principale per la somministrazione dell'AAI, che condusse inoltre alla complessa visione di quanto fortemente i pattern infantili abbiano modellato lo stile del discorso e lo stile di coping della paziente. Inoltre, facendo riferimento ai *segregated systems* di Bowlby, come punto cruciale nella comprensione della psicopatologia, si può dire che la rottura delle difese della paziente, in relazione alle esperienze di perdita e di abuso, fornì ulteriori spunti per l'osservazione del cambiamento terapeutico.

Come sottolinea Fonagy (1999b), del resto, le osservazioni cliniche dei pattern di relazione tra il paziente e il terapeuta arricchiscono gli studi sull'attaccamento, dal momento che la relazione terapeutica può essere concettualizzata come una relazione di attaccamento; dall'altro, le classificazioni dell'attaccamento dei pazienti in analisi possono essere utili per valutare il processo psicoanalitico stesso. Seguendo il lavoro di Mallinckrodt et al. (1995) si può dire infatti che la natura delle strategie psicoterapeutiche e i sentimenti di transfert sono probabilmente determinati dalla natura dei legami di attaccamento primari.

Bibliografia

- Bion W. R. (1962): *Learning from experience*. London: Heinemann.
- Bowlby J. (1969): *Attachment and loss*. Vol 1: Attachment. New York: Basic Books.
- Bowlby J. (1973): *Attachment and loss*. Vol 2: Separation. New York: Basic Books.
- Bowlby J. (1980): *Attachment and loss*. Vol 3: Loss. New York: Basic Books.
- Bowlby J. (1988): *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. London: Routledge
- Cole-Detke H., Kobak R. (1996): Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64: 282-290
- Diamond D., Blatt S. (1999): Prologue: Attachment Research and Psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry* 19: 424-447
- Diamond D., Clarkin J., Levine H., Levy K., Foelsch P., Yeomans F. (1999): Borderline conditions and attachment: A preliminary report. *Psychoanalytic Inquiry* 19: 831-884
- Dozier M., Chase Stovall K., Albus K.E. (1999): Attachment and psychopathology in adulthood. In: Cassidy J., Shaver P. (eds) *Handbook of Attachment*. New York: Guilford, pp 497-519
- Fonagy P. (1991): Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *Int J Psycho-Anal* 72: 639-656.
- Fonagy P. (1999a): Points of Contact and Divergence between Psychoanalytic and Attachment Theories: Is Psychoanalytic Theory Truly Different, *Psychoanalytic Inquiry*, 19/4: 448-481.
- Fonagy P. (1999b): Psychoanalysis and attachment theory. In: Cassidy J., Shaver P (Hrsg) *Handbook of Attachment*. New York: Guilford, pp 595-624
- Fonagy P. (2001): *Psychoanalysis and attachment theory*. Karnac, London
- Fonagy P., Leigh T., Kennedy R., Mattoon G., Steele H., Target M., Steele M., Higgitt A. (1995): Attachment, borderline states and the representation of emotions and cognition in self and other. In: *Emotion,*

- cognition and representation. Cicchetti D, Toth S (eds). Rochester, NY: University of Rochester Press
- Fonagy P., Leigh T., Steele M., Steele H., Kennedy R., Mattoon G., Target M., Gerber A. (1996): The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 64: 22-31.
- Fonagy P., Target M., Steele M., Steele H. (1998): Reflective-functioning manual: For application to Adult Attachment Interviews. Confidential document (Version 5.0). London: University College.
- Freud S., (1911): Formulations on the two principles of mental functioning. Standard Edition, 12:218-226. London: Hogarth Press, 1958.
- George C., Kaplan N., Main M. (1985): The Adult Attachment Interview. Unpublished Manuscript. Berkely: University of California.
- George C., Solomon J. (1999): The development of caregiving: A comparison of attachment theory and psychoanalytic approaches to mothering. *Psychoanalytic Inquiry* 19: 618-646
- George C., West M. (1999): Developmental vs. social personality models of adult attachment and mental ill health. *British Journal of Medical Psychology* 72: 285-303
- Grice H.P. (1975): Logic and Conversation. In: Syntax and Semantics. Cole P, Moran JL (eds). New York: Academic Press; 41-58.
- Grossmann K.E., Grossmann K., Zimmermann P. (1999): A wider view of attachment and exploration: Stability and change during years of immaturity. In: Cassidy J, Shaver P (Hrsg) *Handbook of Attachment*. New York: Guilford, 760-786
- Horowitz M.J. (1988): *Introduction to Psychodynamics*. Basic Books: New York
- Kächele H., Buchheim A., Schmücker, G., Brisch K.H. (2000): Development, attachment and relationship: new psychoanalytic concepts. In: Helmchen H., Henn F.A., Lauter H., Sartorius N. (eds) *Contemporary Psychiatry*. Springer, Berlin, Heidelberg, pp
- Kernberg O.F. (1975): Sindromi marginali e narcisismo patologico. 1980, Torino: Bollati Boringhieri
- Kernberg O.F. (1996): A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders, In: Clarkin J, Lenzenweger MF (eds) *Major Theories of Personality Disorder*. New York: Guilford, S 106-140
- Kernberg P. (1994): Mechanisms of defense: Development and research perspectives. *Bull Menninger Clin* 58: 55-58
- Klein M. (1945): The Oedipus complex in the light of early anxieties. In: Money-Kyrle R (ed) 1975 *The writing of Melanie Klein*. London: Hogart Press, 370-419.
- Levy K., Blatt S. (1999): Attachment theory and psychoanalysis: Further differentiation within insecure attachment patterns. *Psychoanalytic Inquiry* 19: 541-575
- Liotti, G. (1994): *La dimensione interpersonale della coscienza*, Roma: NIS Editrice.
- Liotti, G. (1995): Disorganized/disoriented attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders. In: Goldberg, S.; Muir R. & Kerr, J. (eds), *Attachment Theory: Social, developmental and clinical perspectives*, Hillsdale, NJ: Analytic press.
- Liotti, G. (1996): L'attaccamento. In: Bara, B. G (a cura di), *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*, Torino: Bollati Boringhieri.
- Liotti, G. (1999a): Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In: Solomon J. & George, C. (eds), *Disorganization of attachment*, New York: Guilford.
- Liotti, G. (1999b): Understanding the dissociative processes: the contribution of Attachment Theory, *Psychanalytic Inquiry*, 19/5: 757-783.
- Liotti, G. (1999c): Il nucleo del Disturbo Borderline di Personalità. Un'ipotesi integrativa, *Psicoterapia*, 5,16/17: 99-110.
- Liotti, G. (2000): Disorganizzazione dell'attaccamento e psicopatologia, *Psichiatria e psicoterapia Analitica*, XIX/1: 22-26.
- Lyons-Ruth, K., Alpern, L. & Repacholi, B. (1993): Disorganized infant attachment classification and maternal

Un caso singolo nella prospettiva psicoanalitica e della teoria dell'attaccamento

- psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom. *Child Development*, 64, 572-585.
- Main M., Goldwyn R. (1996): Adult Attachment Scoring and Classification Systems. Unpublished manuscript. Berkeley: University of California
- Mallinckrodt B., Gantt D., Coble H. (1995): Attachment patterns in the psychotherapeutic relationship: Development of a Client Attachment to the Therapist Scale. *Journal of Counseling Psychology* 42: 307-317
- Patrick M., Hobson R.P. (1994): Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Development and Psychopathology*: 375-388.
- Rapaport D. (1960): The structure of psychoanalytic theory. A systematizing attempt. (Vol. Psychological issues). New York: Int Univ Press.
- Rosenstein D., Horowitz H.A. (1996): Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 64: 244-253
- Silverman D.K. (2001): Sexuality and attachment: A passionate relationship or a marriage of convenience? *Psychoanalytic Quarterly* 70: 325-358
- Spitz R. (1965): The first year of life. Int Univ Press, New York
- Solomon J., George C. (1999): Attachment disorganization. New York: Guilford
- Stern D. (1985): The interpersonal world of the infant. New York: Basic Books.
- Thomä H., Kächele H. (1987): *Psychoanalytic Practice Vol 1: Principles*. Berlin Heidelberg New York: Springer. Ed.it: *Trattato di terapia psicoanalitica. 1. I fondamenti teorici*, Torino: Bollati Boringhieri, 1990.
- Thomä H., Kächele H. (1991): *Psychoanalytic Practice Vol 2: Clinical Studies*. Berlin Heidelberg New York: Springer,
- van IJzendoorn M.H., Bakermans-Kranenburg MJ (1996): Attachment representations in mothers, fathers, adolescents and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *J Consult Clin Psychol* 64: 8-21.
- Winnicott D.W. (1965): The maturational processes and the facilitating environment. London: Hogarth Press.
- Zimmermann P., Grossmann K.E. (1997): Attachment and adaptation in adolescence. In: Koops W, Hoeksma J.B., van den Boom D.C. (Hrsg) *Development of interaction and attachment: Traditional and non-traditional approaches*. North-Holland, Amsterdam, S 271-280

Dipartimento di Psicoterapia e Medicina Psicosomatica, Università di Ulm