
TRAUMA E DISSOCIAZIONE ALLA LUCE DELLA TEORIA DELL'ATTACCAMENTO

Giovanni Liotti

L'ultima edizione del *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM-IV)¹ propone, rispetto all'edizione precedente, di cancellare l'antico termine di Personalità Multipla – considerato a lungo adatto ad indicare il più completo ed emblematico fra i disturbi dissociativi della coscienza – e di sostituirlo con quello di Disturbo Dissociativo dell'Identità (*Dissociative Identity Disorder*). Invece che ad un essere umano con due o più personalità, la nomenclatura proposta dalla nosografia psichiatrica corrente ci invita dunque a pensare ad una identità dissociata, composta da due o più “stati di personalità” (*personality states*) fra loro diversi, e non integrabili nella memoria di sé.

“Identità dissociata” è un ossimoro, mentre “personalità multipla” non lo è. La persona, infatti, come ci insegna l'etimologia², è una metaforica maschera apposta sull'Essere, cosicché non vi è contrasto di significati nel termine “personalità multipla”: questo indica semplicemente che, anziché una sola maschera per ogni corpo umano, l'Essere potrebbe assumere talora più maschere in riferimento ad un solo corpo. “Identità”, invece, si riferisce a ciò che *non muta* nel tempo, restando sempre uguale a sé stesso³. È allora un ossimoro accostare due parole di significato opposto come “identità” e “dissociazio-

ne”: significato opposto, perché il concetto psicopatologico di dissociazione implica un *continuo mutare* fra stati diversi, inconciliabili fra loro – *stati* di personalità non reciprocamente integrati, che si susseguono nel tempo senza che il soggetto (corporeamente unitario) di tali mutamenti mentali noti la transizione e, spiegandosene i motivi ed i modi, superi appunto la dissociazione attraverso una sintesi sovraordinata. L'identità dissociata è dunque un'identità disidentica.

Con queste note terminologiche preliminari, non voglio sostenere che parlare di personalità multipla sia preferibile che parlare di disturbo dissociativo dell'identità. Piuttosto, voglio proporre che vi sia una particolare sottigliezza concettuale celata nell'apparente contraddizione in termini dell'ossimoro⁴ suggerito dalla nomenclatura del DSM-IV. L'ossimoro “identità dissociata”, infatti, invita a considerare l'idea che l'identità personale non sia un dato originariamente unitario ed ontologicamente primario, ma sia piuttosto il frutto di processi di associazione fra subunità, parti di personalità o stati mentali fra loro diversi. Se questo processo di associazione (ovvero di integrazione, organizzazione o sintesi) per qualsiasi ragione fallisce, allora è possibile che il risultato del fallimento sia appunto, talvolta, l'identità dissociata.

Coscienza ed autoscienza come risultato di processi associativi

L'idea che la coscienza umana in generale, e l'autocoscienza (o coscienza di sé) in particolare, siano il frutto unitario e continuo (o forse solo apparentemente tale) di processi associativi, dinamicamente dispiegantisi nel tempo, fra subunità molteplici e discrete, è un'idea con una lunga storia. Nella storia della psichiatria dinamica⁵, ma non certo nella storia del pensiero occidentale (si ricordi, ad esempio, la posizione filosofica di David Hume al riguardo),



l'idea è stata formulata compiutamente per la prima volta da Pierre Janet, con le sue riflessioni sistematiche sui processi di sintesi personale che conducono all'esperienza cosciente⁶. In anni recenti, l'idea, pur espressa in forme notevolmente diverse, campeggia implicitamente o esplicitamente al centro dei più pregevoli contributi neurobiologici e neuropsicologici allo studio della coscienza⁷. Tanto le teorie clas-

siche quanto quelle contemporanee dei processi (un tempo chiamati "associativi", oggi chiamati "organizzanti") che conducono all'autocoscienza spiegano come il fallimento di tali processi, causato ad esempio da esperienze traumatiche, possa condurre a disturbi dissociativi della coscienza. In molte trattazioni teoriche dei processi di sintesi ed organizzazione delle attività mentali necessari per l'istituirsì della coscienza, il disturbo dissociativo dell'identità è considerato da un lato come il risultato di gravissime e ripetute esperienze traumatiche nell'infanzia, e dall'altro un esempio privilegiato del fallimento dei processi definiti dalla teoria.

Sia nelle formulazioni classiche che in quelle più recenti, lo studio dettagliato dei molteplici processi associativi, organizzativi o sintetici che conducono all'autocoscienza ha, salvo poche eccezioni, riguardato solo marginalmente – o affatto – l'analisi altrettanto dettagliata della dimensione intersoggettiva da cui la coscienza umana emerge⁸. Proprio la patologia della coscienza non legata ad evidenti danni organici cerebrali – la patologia della coscienza come appare nei disturbi da stress post-traumatici, nei disturbi *borderline*, nei disturbi dissociativi e con particolare evidenza nei disturbi dissociativi dell'identità – può illuminare nei dettagli la matrice interpersonale necessaria per la sintesi della coscienza di sé. Il percorso per arrivare ad una chiara comprensione della natura intersoggettiva dell'autocoscienza può partire dalle relazioni fra traumi psicologici e disturbi della coscienza, fra trauma e dissociazione.

Trauma e dissociazione

Una letteratura psicopatologica ormai abbondantissima non lascia dubbi sul fatto che vi sia una relazione fra esperienze traumatiche e disturbi delle funzioni integratrici della memoria, della coscienza e dell'identità; di che natura sia, esattamente, questa

relazione appare però tutt'altro che facile da definire. Infatti, non sempre l'esperienza traumatica conduce ad un disturbo serio e durevole di tali funzioni integratrici (dissociazione), e reciprocamente non tutti i pazienti che soffrono di disturbi dissociativi della coscienza riportano esperienze traumatiche. L'esagerata fiducia riposta da alcuni clinici sulla stretta correlazione fra dissociazione e trauma ha condotto alcuni pazienti con disturbi dissociativi a credere, per l'influenza dello psicoterapeuta, di essere stati vittime di traumi (abusi sessuali o altri maltrattamenti da parte di familiari) che in effetti non si erano mai verificati. L'infondata convinzione di alcuni pazienti, di essere stati vittime nell'infanzia di traumi dimenticati – convinzione sviluppatasi a seguito della spiegazione dell'origine traumatica di *tutti* i disturbi dissociativi fornita da psicoterapeuti inavvertiti – è nota come sindrome della falsa memoria, ed è stata recentemente oggetto di animati dibattiti medico-legali oltre che di riflessioni scientifiche ed antropologiche⁹.

La teoria dell'attaccamento e la ricerca successiva¹⁰ forniscono una base per la comprensione dei meccanismi con cui si può produrre, oppure non produrre, dissociazione in conseguenza ai traumi, e persino per comprendere come la dissociazione possa essere effetto non solo di traumi direttamente subiti, ma anche dell'interazione priva di maltrattamenti con un genitore che soffra di traumi non elaborati.

Trauma e relazione di attaccamento

La teoria dell'attaccamento afferma che ogni essere umano viene al mondo con la disposizione *innata e primaria* a chiedere, ad un conspecifico *ben conosciuto*, aiuto, conforto e protezione dal pericolo quando si percepisca vulnerabile, dolente, deprivato. Tale disposizione innata, secondo la teoria, è

frutto dell'evoluzione, comparando già negli uccelli per svilupparsi poi nei mammiferi in generale e nei primati in particolare. Fin dall'inizio del suo concreto esplicarsi nell'ambiente di vita, questa disposizione innata viene plasmata ed organizzata dalle strutture di memoria e significato in cui è racchiusa l'esperienza della risposta, data da coloro che prestano cura, alle richieste di aiuto, conforto e protezione. Queste strutture di memoria sono chiamate *internal working models*, modelli operativi interni (MOI) delle interazioni di attaccamento.

Con una sofisticata e complessa metodologia di ricerca empirica, è possibile definire come i MOI dell'attaccamento possano svilupparsi in maniera individualizzata a partire da una potente ed universale disposizione innata che, come tale, accompagna, invariata, l'essere umano dalla culla alla tomba¹¹. In estrema sintesi, si può dire che sono stati identificati tre tipi fondamentali di MOI organizzati (ogni tipo ha poi numerosi sottotipi, che danno ragione dell'evidente ampia variabilità umana nell'esprimere le richieste di aiuto).

Nell'*attaccamento sicuro*, il MOI si costituisce per l'esperienza di risposte costantemente accettanti fornite da chi abitualmente accudisce il bambino (*caregiver*) – madre, padre, altro familiare o balia: ha poca importanza il tipo di legame biologico – alle richieste di aiuto, protezione e conforto che questi gli rivolge. Nel MOI dell'attaccamento sicuro la rappresentazione di sé-con-l'altro veicola una considerazione positiva delle proprie emozioni (ricordiamo che emozioni e sentimenti costituiscono la base dell'esperienza di sé cosciente¹²), grazie alle risposte memorizzate dell'altro: il pianto che esprime dolore è dotato di valore, senso e di efficacia, agli occhi del piangente, se l'altro vi risponde.

Nell'*attaccamento evitante*, il MOI racchiude la

memoria di coerenti risposte del *caregiver*, miranti ad incoraggiare il bambino all'autosufficienza ed a scoraggiare il pianto e le altre richieste di attenzione che il bambino tende (per via innata) a produrre ogni volta che si percepisca vulnerabile. Qui la fondamentale (si costruisce a partire dai primi giorni di vita!) rappresentazione di sé-con-l'altro comporta che una classe importantissima di emozioni, base dell'autocoscienza, venga percepita o implicitamente valutata negativamente, come priva di valore, senso, efficacia, e come motivo di fastidio e rifiuto nell'altro a cui è rivolta.

Nell'*attaccamento ambivalente*, il MOI convoglia il risultato di una esperienza incerta ed oscillante fatta col *caregiver*, che talora risponde positivamente e talora ignora le richieste di aiuto avanzate dal bambino, senza che sia facile identificare una regola che permetta di prevedere quando la risposta sarà positiva e quando negativa. Il senso di sé nascente comporta allora una fondamentale indecidibilità circa il valore e l'efficacia delle emozioni che lo istituiscono.

Già queste tre categorie *organizzate* di rappresentazioni di sé-con-l'altro che (costruite a partire dalle abituali interazioni di cura chiesta ed offerta) mediano le risposte di attaccamento successive, permettono di prevedere conseguenze diverse dei traumi psicologici. Persone con un MOI di attaccamento sicuro che subiscano un trauma psicologico tenderanno a chiedere aiuto, conforto e sostegno per la loro esperienza dolorosa con fiducia ed efficacia, e presumibilmente saranno protette dal reagire al trauma con la dissociazione¹³. Viceversa, persone con un MOI di attaccamento insicuro (evitante o ambivalente) tenderanno a evitare di chiedere aiuto per l'esperienza dolorosa indotta dal trauma, ovvero chiederanno aiuto in modo inefficiente, ad esempio rivolgendosi a persone inadatte e interagendo con

loro in modo da scoraggiare una risposta adeguata di conforto, o ancora non saranno in grado di giovare del sostegno sociale offerto: di conseguenza, mancheranno di un importante fattore protettivo e saranno maggiormente esposte alle conseguenze dissociative sulla coscienza dell'esperienza traumatica¹⁴.

La ricerca sull'attaccamento non ci offre soltanto queste pur preziose indicazioni sulle relazioni fra trauma e dissociazione (relazioni che chiamano in causa, come mediatrici della dissociazione post-traumatica della coscienza, le modalità di gestione dell'innata disposizione umana a chiedere aiuto e conforto dopo un trauma). In maniera ancora più significativa, la ricerca sull'attaccamento invita a considerare la possibilità che la dissociazione della coscienza possa verificarsi in assenza di traumi diretti, come conseguenza di esperienze traumatiche non elaborate che abbiano colpito non il soggetto che va incontro alla dissociazione, ma chi si prende cura di lui nell'infanzia. Una tale possibilità traspare con chiarezza dalla ricerca sulla disorganizzazione dell'attaccamento.

Disorganizzazione dell'attaccamento e dissociazione della coscienza

Nelle migliaia di diadi bambino-caregiver fino ad oggi studiate in tutto il mondo attraverso le modalità empiriche standardizzate su cui si basa la ricerca sull'attaccamento, solo percentuali variabili fra l'80% (nei campioni a basso rischio di psicopatologia) ed il 20% (nei campioni ad alto rischio) riescono a produrre tipi di attaccamento organizzato (sicuro, evitante o ambivalente). Nelle restanti diadi (nel 20% circa delle diadi a basso rischio, e fino all'80% delle diadi ad alto rischio), non è possibile alcuna organizzazione del comportamento di attaccamento. La disorganizzazione della relazione di attaccamento si manifesta nel bambino piccolo (12-18 mesi di vita) con la presenza di comportamenti rela-



zionali composti da risposte fra loro contraddittorie ed incompatibili, emessi simultaneamente o in rapida sequenza, e con la presenza di fenomeni fortemente indicativi di una dissociazione della coscienza. Nel *caregiver*, la disorganizzazione della relazione di attaccamento si manifesta con risposte verbali o comportamentali fortemente indicative di un disturbo delle funzioni integratrici della coscienza (di grado subclinico o clinico): brusche interruzioni della continuità del discorso, gravi *lapses* che restano inconsapevoli e non corretti, dissociazioni ideo-affettive, distorsioni clamorose del ricordo, assorbimento in stati simili a una *trance* ipnotica spontanea. La ricerca indica con assoluta chiarezza che questi indizi di dissociazione della coscienza nel *caregiver*

sono legati all'emersione di ricordi relativi ad eventi traumatici non elaborati (lutti, maltrattamenti fisici ed emotivi gravi, abusi sessuali)¹⁵.

Siamo così di fronte ad un interessante fenomeno: anche in assenza di gravi maltrattamenti del bambino, ma in presenza di uno stato dissociativo post-traumatico nel *caregiver* (dissociazione in genere di entità subclinica, e rilevabile solo con l'accurata intervista utilizzata negli studi sull'attaccamento degli adulti, l'*Adult Attachment Interview*), si produce uno stato dissociativo della coscienza nel bambino, che si riflette in maniera inequivocabile nel suo comportamento di relazione. Il principale processo intersoggettivo in gioco nel generare disorganizzazione dell'attaccamento può essere riassunto come segue:

1) Il *caregiver* traumatizzato esprime inconsapevolmente paura (o anche disorientamento e collera) al riemergere delle memorie traumatiche semi-dissociate o dissociate mentre accudisce il bambino; successivamente, di solito il *caregiver* si calma anche per l'effetto emozionale indotto dal contatto con un bambino (sentimenti di tenerezza che antagonizzano le emozioni dolorose legate all'emergere delle memorie traumatiche non elaborate).

2) Il bambino riceve simultaneamente due messaggi contrastanti: il contatto con un *caregiver* potenzialmente disponibile all'abbraccio consolante (disponibilità che, per via innata, tende a produrre sentimenti di protezione e sicurezza), e l'espressione allarmata-disorientata-collerica del *caregiver* (espressione che, per via altrettanto innata, suscita risposte intense di paura-protesta nel bambino); inoltre, quando il *caregiver* si calma come risultato del contatto con lui, il bambino riceve un terzo messaggio incongruo (quello che gli segnala di essere capace, lui tanto piccolo, di confortare un adulto, in una

sorta di precocissima inversione del rapporto di attaccamento).

3) In presenza di messaggi tanto contraddittori e non ascrivibili ad un significato sovraordinato (il bambino, ovviamente, non può né sapere né “comprendere” che la molteplicità dissociata del comportamento del *caregiver* è ascrivibile all’interferenza di memorie traumatiche del passato, che si affacciano bruscamente alla coscienza dell’adulto), tanto lo stato mentale quanto il comportamento del bambino risultano inesorabilmente dissociati fin dall’origine. Infatti, la coscienza del bambino non può organizzare alcuna reazione coerente di allontanamento dal *caregiver* (perché questi è disponibile all’incontro e per la spinta potente della disposizione innata alla richiesta di conforto) né alcuna reazione coerente di avvicinamento (perché la paura e il disagio espressi dal *caregiver* traumatizzato inducono il bambino ad allontanarsi). La mescolanza di potenti tendenze all’avvicinamento e di altrettanto potenti tendenze all’allontanamento costituisce la base del fallimento delle funzioni integratrici della coscienza nel bambino.

Le memorie implicite di interazioni di attaccamento disorganizzato sussistono nel bambino come basi per la costruzione successiva di nuclei di significato che non possono essere sintetizzati in una struttura unitaria di autocoscienza ed auto-conoscenza (come invece accade per i tre MOI dell’attaccamento organizzato). Infatti, a partire dagli schemi mnestici interpersonali ed emozionali che costituiscono il suo MOI, il bambino con attaccamento disorganizzato può, con altrettanta verosimiglianza, costruire simultaneamente almeno cinque diverse ed incompatibili (inassociabili, inorganizzabili) rappresentazioni di sé-con-l’altro:

1. Sé come accaduto dal *caregiver* (sé “vittima” di

qualsiasi disagio un bambino possa provare, dalla fame alla stanchezza al dolore fisico; *caregiver* “salvatore”).

2. Sé come spaventato dal *caregiver* (sé “vittima” di un *caregiver* “persecutore”).

3. Sé capace di indurre paura nel *caregiver* (il bambino nota che il *caregiver* esprime paura mentre gli si avvicina, e non può sapere che la paura è da ascrivere a memorie traumatiche emergenti nella mente dell'altro: dunque può “costruire” sé come “persecutore” ed il *caregiver* come la propria “vittima”).

4. Sé capace di confortare il *caregiver* fragile e vulnerabile (visto che il *caregiver* si calma per la tenerezza provata nell'entrare in contatto col bambino, questi può legittimamente costruire sé come “salvatore” onnipotente di un adulto “vittima” di ingestibili sofferenze).

5. Sé ed il *caregiver* come entrambi vittime impotenti di un qualche invisibile pericolo.

Come si vede, le rappresentazioni semantiche che si possono costruire a partire dalla memoria implicita dell'attaccamento disorganizzato sono molteplici, frammentate, inesorabilmente non integrabili fra di loro e dunque reciprocamente dissociate, oscillando continuamente lungo i lati di un “triangolo drammatico” ai cui vertici stanno le archetipiche rappresentazioni del Salvatore, del Persecutore e della Vittima¹⁶. Diversi studi longitudinali sostengono l'idea che queste rappresentazioni molteplici e dissociate – cioè non integrabili in alcun processo (almeno apparentemente) continuo ed unitario di autocoscienza come quello che usualmente è alla base di una identità non dissociata – tendono a mantenersi tali dall'infanzia all'adolescenza se non intervengono importanti fattori correttivi nella relazione col *caregiver* originario o con altri *caregivers* di egua-

le importanza. Inoltre, è assai probabile, sulla base di un recente studio epidemiologico, che esse costituiscono da sole, cioè anche in assenza di eventi traumatici aggiuntivi, un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi psicopatologici, come il disturbo borderline di personalità, implicanti dissociazione e *splitting*¹⁷.

È facile intuire come il sovrapporsi, al MOI molteplice e dissociato che caratterizza la disorganizzazione dell'attaccamento, di esperienze traumatiche successive, confermi e radichi la dissociazione dell'identità e della coscienza, ostacolando ulteriormente i processi organizzativi che conducono al senso di una identità continua caratterizzante ogni esperienza soggettiva umana. I MOI dell'attaccamento insicuro ma organizzato (evitante ed ambivalente), come abbiamo visto in un precedente paragrafo, già facilitano la possibile risposta dissociativa ai traumi attraverso l'ostacolo ad una efficiente richiesta di aiuto e conforto. Il MOI dell'attaccamento disorganizzato, evocato dalla mobilitazione della motivazione all'attaccamento inevitabilmente inerente all'esperienza traumatica, oltre ad ostacolare, come quelli degli attaccamenti insicuri organizzati, la richiesta di aiuto dopo un trauma, contiene già in sé la dissociazione dell'autocoscienza, che si aggiunge per così dire a quella indotta dal trauma non mitigato da alcun umano conforto.

Dissociazione della coscienza e qualità della relazione interpersonale

L'ultima affermazione del paragrafo precedente apre la strada ad un compiuto apprezzamento della dimensione interpersonale, sulla quale operano i processi di sintesi della coscienza a partire dalle sue molteplici fondazioni non coscienti, e dalla quale l'apparente continuità dell'autocoscienza continuamente emerge. Vediamo.

Bisogna anzitutto ricordare che la relazione in-

terpersonale umana non è certo coordinata o motivata soltanto da uno o due sistemi motivazionali a base innata. Oltre al sistema a base innata che regola l'attaccamento, ve ne è certo uno, reciproco al primo ed altrettanto fondato sulla darwiniana selezione evuzionista, che regola l'accudimento (se così non fosse, l'evoluzione della disposizione all'attaccamento non avrebbe offerto alcun vantaggio per la sopravvivenza). Poi ve ne è un terzo, che regola la competizione in vista del rango (gli etologi talora lo chiamano "sistema agonistico", responsabile del comportamento aggressivo ritualizzato¹⁸ con cui non solo l'uomo, ma ogni specie sociale di vertebrati costruisce le gerarchie di rango o potere nei gruppi). Ed esiste anche un quarto sistema, distinto dai precedenti anche se spesso ad essi coordinato operativamente in molti momenti del suo operare, che regola corteggiamento e formazione della coppia sessuale. Infine, ve ne è almeno un quinto, che regola la cooperazione fra pari in vista di un obiettivo congiunto. Come una melodia è composta da un susseguirsi di un numero limitato di note musicali fondamentali, così la relazione umana è composta dal susseguirsi delle attivazioni e disattivazioni di questi diversi sistemi motivazionali a base innata. Il Sé, o autocoscienza, emerge dall'esperienza intersoggettiva continuamente modulata dai diversi registri motivazionali a base innata¹⁹.

La dissociazione della coscienza e dell'identità che consegue alla disorganizzazione dell'attaccamento è coordinata all'attivazione della disposizione innata all'attaccamento, attivazione che a sua volta è conseguenza, dalla culla alla tomba, di tutti gli eventi che ci inducono a cercare aiuto e conforto nelle persone amate: traumi, troppo protratta solitudine, umiliazioni, dolori di qualunque origine, improvvisa percezione della nostra vulnerabilità. Se in un qual-

siasi momento, per l'assenza di condizioni attivanti la motivazione all'attaccamento, sono operanti, invece dell'attaccamento, altri sistemi motivazionali a base innata che pure possono regolare l'interazione sociale, allora la dissociazione della coscienza (essendo coordinata alla disorganizzazione dell'attaccamento) in quel momento non si produce, ed i processi organizzativi, che offrono l'autocoscienza come loro frutto, possono procedere indisturbati anche in persone che abbiano un MOI da attaccamento disorganizzato. Così, quando il paziente con un disturbo *borderline* di personalità, o con un disturbo dissociativo, è impegnato in una interazione agonistica, o in una interazione sessuale, o in una interazione cooperativa, o è impegnato ad accudire qualcun altro, in quei momenti non presenterà sintomi dissociativi della coscienza e dell'identità. Nella relazione terapeutica, o in altre relazioni interpersonali, il paziente apparirà, in quei momenti, ben orientato (anche se magari in preda a collera violenta, o impegnato in una sessualità promiscua e pericolosa) e dotato di una memoria di sé continua anche se limitata. Ma, non appena si attivi il sistema dell'attaccamento – ed è inevitabile che si attivi frequentemente, visto il pericolo o le dolorose umiliazioni a cui sessualità promiscua e aggressività competitiva espongono, e vista la fatica che comporta l'oblatività coatta – allora la discontinuità della coscienza farà il suo ingresso sulla scena della relazione interpersonale. Il paziente sperimenterà confusione, disorientamento, amnesie lacunari, restringimento oniroide o ipnoide della coscienza, depersonalizzazione ed eventualmente i segni minacciosi che preludono all'emergere di un altro stato di personalità, mentre il suo interlocutore, se lo conosce bene, potrà notare una notevole discontinuità della condotta, dei gusti e degli atteggiamenti, fino all'estremo di dover riconoscere l'emergere di una

“altra personalità”. E sempre – sostiene il modello dei disturbi dissociativi e borderline basato sulla disorganizzazione dell’attaccamento – al fondo di queste transizioni da uno stato di personalità ad un altro discontinuo, o di queste alterazioni della coscienza, si potrà rintracciare la dinamica del triangolo rappresentativo drammatico (vedi nota 16) nella relazione di attaccamento in corso oppure nella relazione di attaccamento che il paziente in solitudine dolente immagina, rievoca, cerca e teme.

Se questo modello della dissociazione della coscienza si potrà dimostrare corretto, se reggerà alle prove empiriche che la teoria dell’attaccamento permette di congetturare ed eseguire, allora sarà possibile chiarire fin nei dettagli l’assunto da molti sostenuto: i processi associativi che, a partire da un qualsivoglia numero e tipo di subunità, conducono alla sintesi del senso unitario di sé ed alla coscienza, dipendono non solo dall’esistenza della relazione interpersonale, ma anche dalla qualità di essa.

¹ American Psychiatric Association, Washington, 1994. L’edizione italiana *DSM-IV, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, è di Masson, Milano, 1996.

² Dall’etrusco *phersu*, che significa ‘maschera’, deriva il latino *persona*.

³ Per la distinzione fra identità qualitativa e identità numerica, interessante a questo riguardo, si può vedere S. TAGLIAGAMBE, *L’identità è il destino dell’uomo*, in «Atque», 1998, 16, pp. 94ss. Le nostre considera-

zioni si applicano anche all’identità numerica, in quanto questa, pur permettendo al contrario dell’identità qualitativa mutamenti nel tempo, richiede che le due entità qualitativamente diverse osservate nel tempo 1 e nel tempo 2 rimandino comunque ad un processo continuo che sottende entrambe. Nel disturbo dissociativo di identità descritto nel *DSM-IV*, è proprio questo processo continuo che risulterebbe interrotto per il fallimento delle funzioni integratrici della memoria e della coscienza. A sottendere i due o

più stati di personalità incompatibili che si susseguono nel tempo, non vi è dunque un processo continuo di memoria, una qualsivoglia esperienza soggettiva di continuità, ma solo il corpo con i suoi processi, osservabili come continui da altri ma non da chi soffre del disturbo. Fra l'altro, anche il corpo e i suoi processi sembrano talora poter cambiare discontinuamente e clamorosamente nel disturbo dissociativo di identità. In un caso classico e ben documentato, un paziente con tale disturbo soffriva di sintomi postencefalitici in una delle sue personalità ma non nell'altra (B. DISERTORI, *Sulla biologia dell'isterismo*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1939, vol. 63, n. 2, p. 251). Sono anche ben documentati casi di disturbo dissociativo dell'identità in cui il corpo corrispondente ad una personalità soffre di allergie, o di difetti visivi, che il corpo (solo apparentemente identico?) corrispondente all'altra personalità, non ha (M. H. BIRNBAUM e K. THOMPSON, *Visual function in multiple personality disorder*, in «Journal of the American Optometric Association», 1996, vol. 67, pp. 327ss).

⁴ Dal greco *oxys* = acuto + *moròs* = sciocco, cioè "acuto sotto un'apparente stupidità".

⁵ H. F. ELLENBERG, *La scoperta dell'inconscio. Storia della psichiatria dinamica*, trad. it.,

Boringhieri, Torino, 1977.

⁶ Per una recente traduzione italiana di alcune belle pagine di Janet al riguardo, cfr. P. JANET, *Disaggregazione, spiritismo e doppie personalità*, trad. it., Edizioni "Sensibili alle Foglie", Roma, 1996.

⁷ Fra numerosi altri titoli, cfr. B. BAARS, *A cognitive theory of consciousness*, Cambridge University Press, 1988; A. DAMASIO, *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*, Harcourt Brace, New York, 1999; D.C. DENNETT, *Coscienza*, trad. it., Rizzoli, Milano, 1993; G.M. EDELMAN, *Il presente ricordato: Una teoria biologica della coscienza*, Rizzoli, Milano, 1991; P.F. PIERI, *Coscienza plurale*, in «Atque», 1998, 16, pp. 7-10.

⁸ Per una trattazione estesa della coscienza come processo emergente dalla relazione interpersonale, cfr. G. LIOTTI, *La dimensione interpersonale della coscienza*, NIS, Roma, 1994, (terza ristampa: Carocci Editore, Roma, 2000). Gli argomenti a favore del primato della relazione nella genesi della coscienza sono qui tratti non dalla clinica o dalla metapsicologia, ma dall'epistemologia evoluzionista, dalle osservazioni empiriche dei processi interpersonali e intersoggettivi implicati nei legami di attaccamento a partire dall'età neonatale e fino all'età adulta, dalla

psicologia sperimentale, dalla psicologia sociale e dall'antropologia filosofica. Da tali premesse vengono poi tratte alcune conseguenze per la clinica, la psicopatologia e la psicoterapia.

⁹ I. HACKING, *La riscoperta dell'anima: Personalità multipla e scienze della memoria*, trad. it., Feltrinelli, Milano, 1996; P. MOLLON, *Remembering trauma: A psychotherapist's guide to memory and illusion*. John Wiley & Sons, Chichester, 1998.

¹⁰ J. BOWLBY, *Attaccamento e perdita* (voll. 1, 2, 3), trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1972, 1974, 1983; *Handbook of attachment*, a cura di J. CASSIDY e P. SHAVER, Guilford Press, New York, 1999; G. LIOTTI, *Understanding the dissociative processes: The contribution of attachment theory*, in «Psychoanalytic Inquiry», 1999, vol. 19, pp. 757-783; G. LIOTTI, *La dimensione interpersonale della coscienza*, cit. .

¹¹ Per estese rassegne dell'ormai imponente letteratura sperimentale, clinica e di ricerca empirica nella psicologia dell'età evolutiva guidata dalla teoria dell'attaccamento, si rinvia al monumentale *Handbook of attachment*, cit.

¹² Per una convincente trattazione neuropsicologica dell'importanza di emozioni e sentimenti nella costruzione

della coscienza e dell'autocoscienza, cfr. l'opera di DAMASIO, cit.

¹³ Una aggiornata rassegna delle ricerche sugli effetti protettivi che il sostegno sociale esercita rispetto alla dissociazione nelle vittime di traumi psicologici è offerta da S. JOSEPH, *Social support and mental health following trauma*, in *Post-traumatic stress disorders*, a cura di W. YULE, John Wiley & Sons, Chichester, 1999, pp. 71-91.

¹⁴ Cfr. anche G. LIOTTI, *Understanding the dissociative processes: The contribution of attachment theory*, cit. Una ricerca empirica che dimostra la maggiore esposizione alla dissociazione della coscienza dopo traumi in persone con attaccamento insicuro è stata effettuata da MIKULINER e Coll., *Attachment styles, coping strategies and posttraumatic psychological distress*, in «Journal of Personality and Social Psychology», 1993, vol. 64, p. 817.

¹⁵ Per una descrizione accurata dei fenomeni rilevati durante l'osservazione di interazioni di attaccamento disorganizzato, cfr. i pertinenti capitoli nel già citato *Handbook of attachment*. Una descrizione più sommaria può essere trovata anche nelle opere finora citate di G. Liotti. Qui può essere utile, per la comprensione del lettore, una breve lista di alcu-

ni fenomeni rilevati nel comportamento dei bambini con attaccamento disorganizzato: interrompere bruscamente e senza motivo visibile l'avvicinamento sorridente al caregiver con un comportamento opposto, di allontanamento, arresto e paura espressa; andare verso il caregiver con la testa girata dall'altra parte; mostrare disorientamento nello spazio, nel tempo e verso la persona del caregiver attraverso improvvise immotivate e prolungate immobilità con lo sguardo perso nel vuoto; esprimere piacere per l'incontro col caregiver in una metà del volto, e paura-disgusto con l'altra metà (in bambini così piccoli il corpo calloso non è maturo, e ciò permette che reti neurali dissociate presenti nei due emisferi cerebrali, e corrispondenti a due nuclei di significato diversi attribuiti all'incontro, si manifestino *simultaneamente* nella mimica facciale).

¹⁶ Le rappresentazioni di sé-con-l'altro che emergono durante interazioni di attaccamento disorganizzato, oscillando fra gli stereotipi drammatici del Salvatore, del Persecutore e della Vittima, ostacolano dunque la costruzione di una autocoscienza unitaria. Per una prima descrizione, nella letteratura psicologica, del "triangolo drammatico" nella rappresentazione di sé, cfr. S.B. KAPMAN, *Fairy tales and script drama analysis*, in «Transactional Analysis Bulletin», 1968, 7, p.

39. Per le applicazioni del concetto di triangolo rappresentativo-drammatico nello studio della disorganizzazione dell'attaccamento e delle sue possibili sequele psicopatologiche, cfr., oltre al già citato studio di G. LIOTTI, in «Psychoanalytic Inquiry»: G. LIOTTI, *Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology*, in *Attachment disorganization*, a cura di J. SOLOMON e C. GEORGE, Guilford Press, New York, 1999, pp. 291-317 e G. LIOTTI, *Disorganised attachment, models of borderline states and evolutionary psychotherapy*, in *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy*, a cura di P. GILBERT e K. BAILEY, Psychology Press, Hove, 2000, pp. 232-256.

¹⁷ Per una rassegna degli studi longitudinali che sostengono la tendenza a permanere, durante lo sviluppo della personalità, delle rappresentazioni di sé drammatiche molteplici e dissociate costruite nel contesto di un attaccamento disorganizzato durante i primi anni di vita, cfr. G. LIOTTI, *Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology*, cit. Per una ricerca epidemiologica ben controllata, che suggerisce come il triangolo rappresentativo drammatico derivante dalla disorganizzazione dell'attaccamento precoce costituisca un fattore di rischio nello sviluppo dei disturbi dissocia-

tivi della coscienza e dei nosologicamente contigui disturbi borderline di personalità, cfr. G.LIOTTI e Coll., *Predictive factors for borderline personality disorders: patients' early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure*, in «Acta Psychiatrica Scandinavica», 2000, 102, p. 1.

¹⁸ L'aggressività è detta "ritualizzata" dagli etologi quando non è intesa ad uccidere la preda o il predatore, né ad espellere un intruso dal proprio territorio, né a richiedere attenzione o cura (esiste aggressività anche all'interno del sistema motivazionale di attaccamento!), ma esclusivamente

all'affermazione di sé come dominante nella relazione con un altro cui si chiede sottomissione piuttosto che cura. Per una analisi dei diversi sistemi motivazionali a base innata che regolano le relazioni interpersonali umane, si può vedere (oltre alla rapida sintesi in G. LIOTTI, *La dimensione interpersonale della coscienza*, cit.), l'estesa trattazione di P. GILBERT, *Human nature and suffering*, Erlbaum, London, 1989.

¹⁹ G. LIOTTI, *Motivazioni innate, relazioni oggettuali e Sé*, in «Psicoterapia e Scienze Umane», 1996, 30, n. 2, p. 25.