

Trauma e attaccamento nell'eziopatogenesi del disturbo borderline di personalità

*Trauma and attachment in the etiopathogenesis of borderline personality
disorder*

Zara Mehrnoosh ¹

¹ *Pedagogista, Psicologa-psicoterapeuta, Professore a contratto Università di Genova*

Sommario Il presente articolo, attraverso una disamina della letteratura psicoanalitica e la presentazione di due vignette cliniche, intende riportare alcune riflessioni sui fattori eziologici che possono concorrere allo sviluppo di una personalità borderline, consentendo una maggiore comprensione della patologia per discriminarla dalle *necessarie e naturali* crisi di sviluppo che coinvolgono l'adolescenza. Ciò può contribuire alla comprensione delle traiettorie di sviluppo che possono determinare l'emergere del disturbo consentendo la predisposizione di interventi psicoterapeutici preventivi, efficaci e mirati.

Parole chiave Psicoanalisi, attaccamento, eziopatogenesi, borderline

Abstract Through a review of psychoanalytic literature and the presentation of two clinical vignettes, this article aims to present some reflections on the etiological factors that may contribute to the development of a borderline personality. This may allow for a greater understanding of the disorder and help distinguish it from the *necessary and natural* developmental crises that occur during adolescence. This may contribute to understanding the developmental trajectories that can lead to the emergence of psychopathological disorders, allowing for the development of effective, targeted, and preventative psychotherapeutic interventions.

Key Words Psychoanalysis, attachment, etiopathogenesis, borderline

Introduzione

È trascorso circa un secolo da quando la tradizionale distinzione tra pazienti nevrotici e psicotici si è rivelata incompleta e riduttiva in seguito all'osservazione di quadri clinici complessi, che mostravano risposte paradossali e inattese alla psicoterapia, quali estrema sensibilità personale, brusche oscillazioni dell'umore, emozioni intense (soprattutto rabbia), difficoltà nella tenuta dell'esame di realtà con sintomi psicotici transitori, tendenza all'*acting* e comportamenti autolesionistici (Tanzilli e Lingiardi, 2024).

Sarà Adolph Stern, nel 1938, a coniare il termine *borderline* per identificare un gruppo di pazienti particolarmente resistenti al trattamento analitico e con caratteristiche miste, nevrotiche e psicotiche. Alla fine degli anni ottanta, è con gli studi pionieristici dello psichiatra Otto Kernberg che la sindrome borderline comincia ad assumere valenza diagnostica basandosi su leggi di funzionamento specifiche che hanno come caratteristiche principali una *diffusione dell'identità* (che implica la presenza di rappresentazioni di sé e degli oggetti tra loro differenziate ma scisse, povere, bidimensionali e affettivamente polarizzate), il predominio di *meccanismi di difesa primitivi* (scissione e identificazione proiettiva in primis, idealizzazione, svalutazione, onnipotenza e acting out) che danno vita a relazioni interpersonali intense, instabili e caotiche ed *esame di realtà* pressoché preservato (Tanzilli e Lingiardi, 2024). I pazienti borderline presentano inoltre manifestazioni aspecifiche di *debolezza dell'io* (come la difficoltà nel controllo degli impulsi, una grave incapacità a tollerare l'angoscia, scarse capacità di sublimazione) e un misto di *conflitti pre-edipici ed edipici* (Tanzilli e Lingiardi, 2024).

Per il DSM-5-TR (APA, 2023) il *disturbo borderline di personalità* è un pattern pervasivo di marcata impulsività, instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore. Per porre diagnosi vengono indicati cinque (o più) criteri specifici, che si manifestano entro la prima età adulta e sono presenti in diversi contesti:

1. Sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono.
2. Un pattern di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate dall'alternanza tra gli estremi di idealizzazione e svalutazione.
3. Alterazione dell'identità: immagine di sé o percezione di sé marcatamente e persistentemente instabile.
4. Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto (per es. spese sconsiderate, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate).
5. Ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari, o comportamento automutilante.
6. Instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore (per es. episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore e soltanto raramente più di pochi giorni).
7. Sentimenti cronici di vuoto.

8. Rabbia inappropriata, intensa o difficoltà a controllare la rabbia (per es., frequenti eccessi di ira, rabbia costante, ricorrenti scontri fisici)
9. Ideazione paranoide transitoria, associata allo stress, o gravi sintomi dissociativi.

L'eziopatogenesi include fattori di rischio sia di tipo genetico che ambientale. A livello genetico si è osservato che i genitori dei pazienti con disturbo borderline possiedono una maggiore frequenza di disturbi psicopatologici, soprattutto depressione e abuso di sostanze e ciò può influire sia a livello ereditario, fornendo ai figli una particolare diatesi genetica per lo sviluppo di fattori psicopatologici, sia a livello della qualità della tutela (Poletti, 2010). Buona parte dei soggetti con disturbo borderline di personalità riporta infatti, nel periodo dell'infanzia esperienze di trascuratezza, maltrattamenti, fino all'abuso sessuale.

L'associazione tra fattori genetici e stressor ambientali (quali anche la mancanza di sintonizzazione affettiva con le figure primarie) porta a modifiche neurobiologiche a carico di particolari strutture cerebrali, quali l'amigdala, la corteccia prefrontale e le loro connessioni. Con l'adolescenza e il connesso sviluppo cerebrale il nodo affettivo e il nodo cognitivo regolatore vanno incontro a processi maturativi caratterizzati da tempi diversi, con una precocità di quello affettivo (Poletti, 2007). Questa disparità apre una finestra temporale di fragilità e rischio per l'insorgenza di disturbi affettivi, il controllo degli impulsi, i processi decisionali e la valutazione del rischio (Ammaniti, 2010; Poletti, 2007). In adolescenti segnati a livello neurobiologico da una precoce esposizione ad esperienze affettive traumatiche, questa disparità è esacerbata e il rischio di sviluppare sindromi psichiatriche è elevato.

Quale *nucleo centrale* per il Disturbo Borderline di Personalità?

Tenendo presente che nell'eziopatogenesi del disturbo borderline vi è una concorrenza di fattori di tipo genetico e ambientale, all'interno della cornice psicoanalitica un *nucleo* viene ricondotto a un conflitto fra pulsioni libidiche ed aggressive, insorto in epoca pre-edipica e affrontato attraverso il meccanismo di difesa primitivo della scissione, che mantenendo nettamente distinte le rappresentazioni positive e negative del Sè, *il buono e il cattivo*, concorre a impedire l'integrazione di aspetti contraddittori al fine di difendere la sicurezza dell'Io.

Alcuni autori, come Kernberg, hanno ricondotto l'eziologia del disturbo alle teorie di Margaret Mahler (Mahler et al., 1978). Se la disponibilità materna riveste un ruolo centrale nello stadio di separazione e individuazione che è fondamentale nella costruzione dell'identità, le figure primarie dei pazienti borderline appaiono trasmettere un messaggio contraddittorio: ogni tentativo di separazione e individuazione può comportare la perdita del loro amore e, al contempo, stare nella relazione comporta la perdita della possibilità di individuazione e autonomia. Questa dinamica raffigurerebbe il nucleo

inconscio alla base dell'instabilità nelle relazioni personali, nell'immagine del sé e nell'umore, che caratterizza il funzionamento borderline.

Altri autori, sostengono che la personalità borderline possa derivare da un deficit nella rappresentazione interna della figura primaria vissuta come incapace di sintonizzarsi con i bisogni di protezione del bambino, a mentalizzarne i vissuti e a fungere da rispecchiamento (Fonagy e Target, 2001; Fonagy e coll. 2005; Slade, 2010).

Infine, è interessante citare il contributo di Liotti (2014) che si interroga sulla possibilità di identificare il nucleo centrale del disturbo borderline di personalità integrando i diversi modelli proposti dalla psicoanalisi, per giungere a comprendere quali fattori siano implicati nella risposta emotiva abnorme ad eventi reali o immaginati di abbandono, separazione e solitudine; quali alimentino la difficoltà a modulare le reazioni emotive a causa di un deficit dei processi mentali superiori deputati a tale funzione (Fonagy e Target, 2001) e infine cosa concorra a definire la rappresentazione molteplice, contraddittoria e non integrata che il paziente ha di sé e degli altri. Identificare questo nucleo unitario consentirebbe di riflettere sul peso che, nell'eziopatogenesi del disturbo, possano avere le predisposizioni biologiche e temperamentali, le funzioni cognitive, i modelli operativi interni, gli stili difensivi e le esperienze traumatiche, consentendo non solo una maggiore comprensione della patologia ma anche lo studio di efficacia di percorsi di prevenzione e trattamenti.

La disorganizzazione dell'attaccamento

Lo sviluppo della personalità risulta legato all'interiorizzazione di *modelli operativi interni*, ovvero a quei modelli rappresentativi delle figure di attaccamento (Bowlby, 1989) che si costruiscono fin dalle prime interazioni infantili e contribuiscono in modo significativo allo sviluppo affettivo e cognitivo, assumendo un valore regolativo e predittivo per le future interazioni e modalità di percepire sé e gli altri. È l'ambiente a *nutrire* la nascita psicologica del bambino (Mahler et al., 1978; Caretti e coll., 2005) e ciò dovrebbe avvenire in termini di stimolazione adeguata che il *caregiver* può offrire alla mente del bambino attraverso le funzioni di rispecchiamento, contenimento e regolazione interattiva degli stati emotivi.

Se il bambino ha potuto fare esperienze precoci all'interno di un ambiente *sufficientemente buono* (Winnicott, 2007), potrà sviluppare un modello del Sé degno di valore e amore e una rappresentazione interna degli altri quali persone disponibili e affidabili. Tutto ciò sarà la *base sicura* per uno sviluppo sano e armonico della sua personalità e del suo intero organismo. Tale sviluppo sarà nutrito non solo da una genitorialità capace di prendersi cura dei suoi bisogni primari, ma anche (e soprattutto) da una *genitorialità riflessiva* capace di *tenere a mente la mente del bambino*, di giocare e immaginare insieme a lui, di offrire un contenimento emotivo, di aiutarlo a mettere in parole i suoi sentimenti e di

elaborare narrazioni autobiografiche significative. Una genitorialità riflessiva in grado di, e predisposta a, guardare dalla prospettiva del bambino (Slade, 2010; Fonagy e Target, 2001).

Diversamente, laddove sperimenterà interazioni precoci caratterizzate da trascuratezza emotiva, negligenza nelle cure primarie, abuso fisico e sessuale, vivrà gravi conseguenze sul funzionamento psichico, sulle future modalità di attaccamento, sulla capacità di autoregolare gli stati affettivi, di maturare processi autoriflessivi e mentalizzanti (Fonagy e Target, 2001). Tutto ciò avrà ricadute devastanti sul corpo e sullo sviluppo emotivo e neurobiologico (Ammaniti e Ferrari, 2020; Cirillo, 2021; Miller, 2005; Van Der Kolk, 2015; McWilliams, 2012; Pazzagli e Dazzi, 2005), alimentando una condizione di sofferenza e vulnerabilità (Nicolais e coll., 2005; La Marca e coll., 2015).

È soprattutto l'attaccamento *insicuro disorganizzato* (che si manifesta quando il caregiver è contemporaneamente fonte di conforto e di paura, creando un conflitto irrisolvibile per il bambino che si trova ad alternare comportamenti di allontanamento e avvicinamento), in assenza di fattori protettivi, a rivelare un potenziale patogeno per l'evoluzione di funzionamenti psicopatologici (Quaglia e Longobardi, 2007; Camaioni e Di Blasio, 2002; Speranza, 2010; Ricciutello e coll. 2012). Secondo Liotti (2014) il nucleo del disturbo borderline risiederebbe proprio nell'attaccamento disorganizzato, che comporta una rappresentazione molteplice e confusa di sé e della figura di attaccamento, deficit nelle capacità metacognitive, nella regolazione delle emozioni e ricorso frequente a strategie dissociative (Tanzilli e Lingardi, 2024). Nel modello operativo interno che corrisponde alla disorganizzazione dell'attaccamento ogni unità e coerenza rappresentativa è inesorabilmente e gravemente infranta. La sua attivazione comporta un'esperienza dissociativa, veicolando rappresentazioni non integrate, contraddittorie e drammatiche di sé e delle figure primarie. A sostegno di quest'ultima relazione, Ogawa e collaboratori (1997) e Dutra e collaboratori (2009) hanno rilevato in campioni ad alto rischio, come la disorganizzazione infantile e la mancanza di disponibilità materna, insieme a modalità comunicative affettive disturbate nel primo anno di vita, predicono in maniera significativa la sintomatologia dissociativa, rispetto alla gravità e alla cronicità di esperienze traumatiche di abuso e maltrattamento. Sottrarsi al contatto emotivo, non rispondere alle richieste del bambino, fornire risposte contraddittorie che possono disorientarlo nel momento di sua massima attivazione del comportamento di attaccamento, possono predire significativamente l'insorgere della dissociazione.

Vignette cliniche

Alice (14 anni) entra nella stanza di psicoterapia assumendo un atteggiamento di aggressività, oppositività e sfida. La sua prima comunicazione alla terapeuta riguarda la volontà di non rivolgerle parola e che la sua presenza è unicamente il frutto di una costrizione da parte dei medici dell'Unità

Operativa Complessa di Psichiatria che l'hanno seguita durante un recente ricovero ospedaliero a seguito di gravi crisi dissociative. Un percorso che non le è servito a niente.

La sintomatologia riferita è costituita da attacchi di ansia e panico, ideazioni anticonservative, comportamenti autolesionistici (*cutting*), difficoltà alimentari caratterizzate da diete estreme e rifiuto di assumere liquidi. A ciò si associa l'abbandono scolastico sostenuto fermamente con l'opposizione a ogni tentativo che i docenti provano a fare per riportarla a scuola. Docenti descritti come *stronzi e dementi, incapaci di fare il proprio mestiere*. Un abbandono scolastico a cui i genitori appaiono non reagire e che, agli occhi di Alice, minimizzano, alimentando in lei una sensazione di *solitaria confusione*. La madre viene descritta come forte, autonoma, impegnata nel lavoro e frequentemente assente da casa e dalla quotidianità di Alice; il padre come una persona che non mostra mai ciò che pensa e che, *piuttosto che prendersi una responsabilità, dà sempre ragione alla madre* anche quando questa, per Alice, ha torto. Ma più di tutto Alice non riesce a tollerare il suo carattere ironico, un'ironia che appare assumere la forma di un bastione invalicabile che lo tiene lontano da lei, dai suoi bisogni di bambina prima e di adolescente ora, dalla possibilità di una comprensione più profonda del suo mondo interno che appare essere sminuito e messo in ridicolo. Ogni pensiero più intimo, ogni errore, desiderio, domanda o dubbio, viene trattenuto per la vergogna di *essere deriso* e svalutato. Istanze che non sente di poter presentare neanche alla madre, vista come assente, rigida e incentrata solo su sé stessa.

Le descrizioni di Alice prendono forma anche nei colloqui tra la terapeuta e le figure genitoriali, che tendono ad assumere toni giudicanti ed ironici nei confronti della sua professionalità, della severità del quadro patologico della figlia e delle possibili scelte terapeutiche.

Alice si presenta agli incontri terapeutici con continuità e puntualità, nascondendo il bisogno di quell'ascolto e contenimento dietro la sua maschera oppositiva e irriverente. Alcuni mesi più tardi, con fatica e sofferenza, racconta alla psicoterapeuta di aver subito violenze sessuali da parte del fidanzato, caratterizzate non solo da abusi fisici ma anche, e soprattutto, psicologici. Abusi a cui non riusciva a sottrarsi e di cui non è mai riuscita a parlare, né in famiglia né con le sue *migliori* amiche. Questa apertura la porta a descrivere i sentimenti di vuoto e angoscia che pervadono la sua mente. Sentimenti e pensieri mai descritti prima e che tenta, drammaticamente, di celare dietro quella maschera di sfida con cui si relaziona al mondo.

Francesca (17 anni) inizia un percorso di psicoterapia nella disperata ricerca di un'etichetta diagnostica che possa dare forma alla sua identità e personalità, descritta come profondamente ansiosa e caratterizzata da difficoltà alimentari, disturbi del sonno e comportamenti autolesionistici (*cutting*).

Già seguita dai Servizi Sociali e Sanitari, racconta un vissuto familiare caratterizzato da profondi conflitti genitoriali, violenze fisiche e verbali, frequenti allontanamenti e illusori ricongiungimenti.

Nell'ultimo anno il peggioramento della sua sintomatologia appare procedere di pari passo con l'aggravarsi di quella presentata dal padre (dipendente da alcool e droghe) e con l'affiorare alla sua mente di lontani ricordi legati a un abuso sessuale perpetrato da parte di uno zio. Nei momenti in cui i dettagli dei ricordi assumono una forma sempre più nitida e intrusiva, si manifestano intensi episodi dissociativi a cui seguono diversi ricoveri presso l'Unità Operativa Complessa di Psichiatria.

Nel percorso psicoterapeutico ora intrapreso porta, dentro la stanza d'analisi, personaggi famigliari descritti come incapaci di adempiere alla loro funzione genitoriale e colpevoli di *averle dato* un'infanzia infelice caratterizzata da uno stato di allerta costante, in cui ogni parola o piccolo gesto poteva scatenare la rabbia del padre. Situazioni a cui la madre non riusciva a reagire, se non con passività e rassegnazione e che lasciavano in Francesca terrore e angoscia. Ora questo terrore si è trasformato in rabbia. Una rabbia violenta rivolta a quella figura materna vista come immensamente fragile e incapace di prendersi cura di lei, di ribellarsi e *allontanare il padre violento, drogato e alcolizzato*. Una rabbia pervasiva attraverso la quale ribadire con fermezza il suo disprezzo e la volontà a non volerla mai perdonare per *averle rovinato la vita* ma soprattutto perché colpevole di non credere ai suoi ricordi e di non intervenire per allontanare, *dalla sua vita*, anche la figura abusante. Una madre *colpevole*, alla quale però chiede disperatamente amore e con la quale possiede un rapporto fusionale, che trova espressione nella condivisione del letto per il sonno notturno, nel susseguirsi compulsivo di messaggi WhatsApp a descrizione di ogni momento della giornata e nella richiesta costante di *rimanere* in videochiamata con lei, anche con un microfono muto e una telecamera spenta, quando lei è a lavoro.

Il rapporto con la terapeuta tende a oscillare tra le polarità di *attacco e fuga*: frequenti attacchi verbali accompagnati da pianti intensi e rabbiosi, intervallati da lunghi periodi di interruzione del percorso e un *drop out*, tre anni più tardi, che mostrerà *l'inevitabile soluzione a un percorso che non funziona vista l'incapacità della terapeuta di poterla aiutare*.

Conclusioni

Nelle due vignette presentate si osservano alcuni elementi che se letti attraverso il concetto di *disorganizzazione dell'attaccamento*, possono contribuire alla comprensione dell'eziopatogenesi del funzionamento borderline di personalità che caratterizza le due giovani pazienti.

Alice e Francesca presentano le caratteristiche di un profilo di funzionamento caratterizzato da relazioni interpersonali instabili e intense, dall'alternanza tra gli estremi di idealizzazione e svalutazione; ideazioni anticonservative; sentimenti cronici di vuoto; difficoltà a controllare la rabbia e sintomi dissociativi. A ciò si associa il ricorso a meccanismi di difesa primitivi (identificazione proiettiva, scissione, idealizzazione e svalutazione) che vanno a disegnare uno stile emergente di personalità che si muove oltre le *crisi* che caratterizzano la naturale (e necessaria) evoluzione emotiva e affettiva della fase

adolescenziale. Se nel naturale percorso di crescita, l'adolescente è chiamato a rinegoziare i contenuti simbolici e reinvestire narcisisticamente i *nuovi* aspetti del Sé, controbilanciando i processi di lutto necessari per favorire il processo di separazione e individuazione dalle figure genitoriali, per acquisire una personale identità, l'accettazione di un corpo che muta, la scoperta di un'identità sessuale, lo sviluppo di una identità sociale che si fonda, spesso in modo estremo, sul bisogno di riconoscimento e ammirazione nel gruppo dei pari, la possibilità di fronteggiare tutti questi mutamenti può comportare momenti di *naturale* spaesamento e perturbazione. Il superamento dei compiti evolutivi non sono, infatti, operazioni facili e comportano la messa in atto di tutte quelle funzioni sviluppate nelle fasi di sviluppo precedenti. Nelle due vignette presentate, appare chiaro come le gravi perturbazioni che attraversano la sfera emotiva e affettiva di Alice e Francesca, siano fortemente diverse dalle tipiche *crisi di sviluppo* che coinvolgono gli adolescenti, per presentarsi invece come il consolidamento di un'organizzazione di personalità di tipo patologico.

Nella loro storia clinica possiamo rintracciare un modello operativo interno caratterizzato dall'immagine di figure primarie descritte come incapaci di *vedere* e *contenere* i loro stati emotivi, confondenti e inaffidabili, buone e cattive, violente e vulnerabili. La mancanza di supporto e contenimento, che ne deriva, appare imprigionarle negli effetti di un trauma emotivo che produce, nel tempo, effetti devastanti sulla loro psiche. Le loro analisi risultano complesse e difficili, anche per la psicoterapeuta che si trova ad osservare continui agiti impulsivi, *attacchi* alla sua figura, l'instaurarsi di una relazione caratterizzata da idealizzazione e svalutazione, che assume forma concreta nelle interruzioni e allontanamenti. Ma non solo. Il loro percorso terapeutico risulta complesso anche per l'estrema difficoltà per la terapeuta di poter instaurare un'alleanza terapeutica con le figure genitoriali, che anche entro la stanza di analisi portano gli effetti delle loro modalità relazionali disorganizzate.

All'interno di questa cornice, assumere come focus interpretativo il modello di attaccamento disorganizzato può consentire di comprendere con maggiore chiarezza i fattori eziologici che concorrono allo sviluppo della personalità borderline, permettendo non solo una maggiore comprensione della patologia (per discriminarla dalle *necessarie* e *naturali* crisi di sviluppo che coinvolgono l'adolescenza) ma anche poter predisporre efficaci di percorsi di prevenzione e trattamento psicoterapeutico.

Bibliografia

American Psychiatric Association (2023), *DSM-5-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano

- Ammaniti M. (2010), *Psicobiologia e psicopatologia dello sviluppo*, in Ammaniti (ed.), *Psicopatologia dello sviluppo. Modelli teorico e percorsi a rischio*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Ammaniti M. e Ferrari P.F. (2020), *Il corpo non dimentica. L'lo motorio e lo sviluppo della relazionalità*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Bowlby J. (1989), *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Camaioni L. e Di Blasio P. (2002), *Psicologia dello sviluppo*, Il Mulino, Bologna
- Caretti V., Craparo G., Ragonese N. e Schimmenti A. (2005), *Disregolazione affettiva, trauma e dissociazione in un gruppo non clinico di adolescenti. Una prospettiva evolutiva*, «Infanzia e Adolescenza», vol. 4, n. 3, pp. 170-178, DOI: 10.1710/954.10446
- Cirillo G. (2021), *Il bambino trascurato*, «Ricerca & Pratica» vol. 37, n. 2, pp. 62-74, DOI: 10.1707/3589.35728
- Dutra L., Bureau J.F., Holmes B., Lyubchik A. e Lyons-Ruth K. (2009), *Quality of Early Care and Childhood Trauma: A Prospective Study of Developmental Pathways to Dissociation*, «The Journal of Nervous and Mental Disease», vol. 197, n. 6, pp. 383-390, DOI: 10.1097/NMD.0b013e3181a653b7
- Fonagy P. e Target M. (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L. e Target M. (2005), *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Liotti G. (2014), *Il nucleo dissociativo del disturbo borderline di personalità: implicazioni per la psicoterapia*, «Psicoterapia Cognitiva e comportamentale», vol. 20, n. 3, pp. 267-280
- La Marca L. Minghetti M., Baldoni F. e Schimmenti A. (2015), *Trascuratezza emotiva e sviluppo della personalità: un'esemplificazione clinica attraverso l'analisi di un protocollo adult attachment interview*, «Psichiatria e Psicoterapia» vol. 34, n.1, pp.3-25
- Mahler M., Pine F. e Bergman A. (1978), *La nascita psicologia del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino
- McWilliams N. (2012), *La diagnosi psicoanalitica*, Casa Editrice Astrolabio, Roma
- Miller A. (2005), *La rivolta del corpo. I danni di un'educazione violenta*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Nicolais G. Speranza A.M., Bacigalupi M. e Gentile L. (2005), *Il trauma in età evolutiva: inquadramento diagnostico e correlati neurobiologici*, «Infanzia e adolescenza», vol. 4, n. 3, pp. 187-199, DOI: 10.1710/954.10448
- Pazzagli C. e Dazzi N. (2005), *Stato della mente rispetto all'attaccamento e organizzazione della memoria autobiografica: uno studio preliminare su un gruppo di adolescenti con storia infantile di abusi*, «Infanzia e adolescenza», vol. 4, n. 3, pp. 156-169, DOI: 10.1710/954.10445

- Poletti M. (2010), *Aspetti neuroevolutivi del Disturbo Borderline di Personalità*, «Psicologia clinica dello sviluppo» n. 3, pp. 449-469
- Poletti M. (2007), *Sviluppo cerebrale, processi decisionali e psicopatologia in adolescenza*, «Giornale italiano di psicopatologia», n. 15, pp. 358-366
- Ogawa J.R., Sroufe L.A., Weinfield N.S., Carlson E.A. e Egeland B. (1997), *Development and the fragmented self: longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample*, «Development and Psychopathology», vol. 9, n. 4, pp. 855-879, DOI: 10.1017/s0954579497001478
- Quaglia R. e Longobardi C. (2007), *Psicologia dello sviluppo. Teorie, modelli e concezioni*, Erickson, Trento
- Ricciutello C., Cheli M., Montenegro M.E, Campieri M., Fini A. e Pincanelli F. (2012), *Violenza intrafamiliare e salute mentale in adolescenza: il trauma complesso come disturbo dello sviluppo*, «Rivista di psichiatria», vol. 47, n. 5, pp. 413-423, DOI: 10.1708/1175.13032
- Slade A. (2010), *Relazione genitoriale e funzione riflessiva*, Casa Editrice Astrolabio, Roma
- Speranza A.M. (2010), *Disturbi della relazione e dell'attaccamento*, in Ammaniti (ed.), *Psicopatologia dello sviluppo. Modelli teorici e percorsi a rischio*, Raffaello Cortina Editore, Roma
- Stern A. (1938), *Psychoanalytic investigations of and therapy in the borderline group of neuroses*, «The Psychoanalytic Quartely», n. 7, n. 4, pp. 467-489, DOI: 10.1080/21674086.1938.11925367
- Tanzilli A. e Lingiardi V. (2024), *Stili e disturbi di personalità*, in Lingiardi V. (ed.), *La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Van Der Kolk B. (2015), *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Winnicott D.W (2007), *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando Editore, Roma