



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

**Corso di laurea in Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della Personalità e delle
Relazioni interpersonali**

Elaborato finale

**La relazione tra Disturbo Borderline di Personalità, Intolleranza
all'Incertezza e Attaccamento**

**The relationship between Borderline Personality Disorder, Intolerance of Uncertainty
and Attachment**

Relatrice:

Prof.ssa Gioia Bottesi

Correlatrice:

Dott.ssa Sara Iannattone

Laureanda: Greta Vedovato

Matricola 1222929

Anno Accademico 2021/2022

INDICE

INTRODUZIONE	p. 2
1. DISTURBO <i>BORDERLINE</i> DI PERSONALITÀ	
1.1 Caratteristiche fenomenologiche ed epidemiologiche	p. 3
1.2 Fattori di rischio e modelli eziologici psicologici	p. 5
1.2.1 Esperienze negative infantili, relazioni familiari e attaccamento	p. 6
1.2.2 Il modello biosociale di Linehan	p. 7
2. INTOLLERANZA ALL'INCERTEZZA E DISTURBO <i>BORDERLINE</i> DI PERSONALITÀ	
2.1 Definizione e componenti del costrutto dell'Intolleranza all'Incertezza	p. 9
2.1.1 IU e costrutti associati (intolleranza all'ambiguità, <i>worry</i>)	p. 10
2.1.2 Approccio transdiagnostico	p. 11
2.2 Relazione tra IU e DBP	p. 12
3. ATTACCAMENTO, DISTURBO <i>BORDERLINE</i> DI PERSONALITÀ E INTOLLERANZA ALL'INCERTEZZA	
3.1 Attaccamento: definizione e stili di attaccamento	p. 15
3.2 Relazione tra stile di attaccamento e DBP	p. 18
3.3 Attaccamento e IU	p. 19
4. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	p. 21
BIBLIOGRAFIA	p. 24

INTRODUZIONE

L'obiettivo del presente elaborato è passare in rassegna la letteratura riguardante Disturbo *Borderline* di Personalità (DBP), Intolleranza all'Incertezza (IU) e attaccamento, mettendo in luce le evidenze a supporto della loro relazione. La comprensione delle caratteristiche che accomunano i suddetti costrutti e dei meccanismi che potrebbero spiegarne il legame risulta di fondamentale importanza per le implicazioni cliniche che ne derivano, tra cui l'implementazione di interventi psicologici di prevenzione e trattamento per il DBP.

Nel primo capitolo verrà introdotto il concetto di disturbo di personalità, seguito dalla descrizione delle caratteristiche fenomenologiche ed epidemiologiche del DBP. Inoltre, ne saranno identificati i principali fattori di rischio, tra cui esperienze negative infantili e relazioni familiari, e i modelli eziologici psicologici di riferimento, con particolare attenzione al modello biosociale di Linehan (1993).

Nel secondo capitolo verrà illustrato il significato di IU attraverso le definizioni proposte nel corso degli anni e tramite i costrutti a essa associati. Ne saranno differenziate le componenti e verranno esaminate le evidenze che la considerano un fattore di rischio per lo sviluppo e il mantenimento di molteplici disturbi psicologici; a tal proposito, si introdurrà la possibile relazione tra IU e DBP.

Nel terzo capitolo sarà fornita una definizione di attaccamento, differenziando le diverse modalità con cui tale legame prende forma. Nello specifico, verranno indagati i *pattern* di attaccamento osservati negli individui con DBP. Verrà considerata l'ipotesi secondo cui specifici stili di attaccamento possano essere fattori di rischio nell'insorgenza del DBP, nonché fattori predisponenti per alti livelli di IU.

Infine, nel capitolo conclusivo, verrà ripreso brevemente quanto esposto nei capitoli precedenti in merito alla relazione tra DBP, IU e attaccamento, mettendo in luce le limitazioni intrinseche agli studi citati; inoltre, verrà offerta una riflessione rispetto ai vantaggi che l'approfondimento dell'argomento trattato può apportare nella pratica clinica.

CAPITOLO 1

IL DISTURBO *BORDERLINE* DI PERSONALITÀ

1.1 Caratteristiche fenomenologiche ed epidemiologiche

I tratti di personalità possono essere definiti come disposizioni individuali che caratterizzano e contraddistinguono le persone (Allport, 1937; Funder, 1991), quindi tendenze comportamentali ricorrenti e uniche (Asendorpf, 2009). Tali modalità influiscono su più contesti sociali e personali degli individui, modellandone la percezione, le relazioni e il pensiero (*American Psychiatric Association* [APA], 2013). Secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali - Quinta Edizione (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5, DSM-5*; APA, 2013), qualora le suddette disposizioni caratteriali diventino rigide e disadattive, comportando un disagio o una compromissione del funzionamento significativi, si potrebbe sviluppare un disturbo di personalità. Nello specifico, quest'ultimo si configura come un “*pattern* abituale di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo” (APA, 2013, p. 749), nonché un “*pattern* cognitivo, emotivo e comportamentale abituale e relativamente stabile nel tempo” (APA, 2013, p. 750). Nel manuale in questione, i disturbi di personalità vengono classificati in tre gruppi (*cluster* A, B, C) in base ad analogie descrittive.

In particolare, il Disturbo *Borderline* di Personalità (DBP) è un quadro caratterizzato da “instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e degli affetti, e da marcata impulsività” (APA, 2013, p. 768). Il DBP è incluso nel *cluster* B, il quale comprende anche i disturbi antisociale, istrionico e narcisistico di personalità; i pazienti con tali disturbi sono accomunati da un modo di essere imprevedibile, violento o emotivo (APA, 2013). Secondo il DSM-5, per diagnosticare il DBP devono essere soddisfatti almeno cinque dei seguenti criteri diagnostici:

1. “Sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono (non includere i comportamenti suicidari o automutilanti considerati nel criterio 5).
2. Un *pattern* di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzato dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione 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 (spese sconsiderate, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate; non includere i comportamenti suicidari o automutilanti considerati nel criterio 5).
5. Ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari, o comportamento automutilante.

6. Instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore (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 (frequenti eccessi di ira, rabbia costante, ricorrenti scontri fisici).
9. Ideazione paranoide transitoria, associata allo *stress*, o gravi sintomi dissociativi" (APA, 2013; p. 768).

Come si può evincere dai suddetti criteri, gli individui con DBP appaiono inclini a improvvisi cambiamenti nella visione di sé e dell'ambiente che li circonda. Quest'ultima caratteristica si associa a una continua alternanza tra idealizzazione e svalutazione nelle relazioni interpersonali che può portarli alla percezione di rifiuto e abbandono. Tali mutamenti repentini inducono frequentemente una sensazione di vuoto, che spesso viene compensata con attività sregolate e a rischio o da agiti autolesionistici, i quali inducono un temporaneo sollievo dalla sofferenza psicologica (APA, 2013). L'instabilità affettiva che contraddistingue le persone con DBP è dovuta principalmente a una marcata reattività dell'umore (Russell *et al.*, 2007) caratterizzata da irritabilità, rabbia e da episodica disforia intensa che può durare poche ore o pochi giorni (APA, 2013). I comportamenti aggressivi e gli eccessi di ira non vengono solo auto-indirizzati, ma possono manifestarsi anche contro altre persone e verso l'ambiente circostante: possono riguardare la rottura intenzionale di oggetti, danni alla proprietà altrui, colluttazioni, minacce e talvolta violenza diretta al *partner* (Sansone *et al.*, 2013).

In risposta a importanti fonti di *stress*, è anche possibile che gli individui con DBP sperimentino sintomi simil-psicotici, tra cui allucinazioni, distorsioni dell'immagine corporea oppure ideazione paranoide e sintomi dissociativi, che però generalmente sono insufficienti per una diagnosi addizionale (Zanarini *et al.*, 1990).

Il DBP, insieme ad altri disturbi di personalità, ha una sintomatologia che tende a diventare meno visibile e addirittura registra alti tassi di remissione con l'aumentare dell'età (APA, 2013; Paris *et al.*, 1987): se da una parte si verificano instabilità cronica, episodi di discontrollo emozionale ed elevata frequenza di accesso al trattamento sanitario nella prima età adulta, la prevalenza diminuisce nei gruppi di età avanzata (APA, 2013). Il DBP si osserva frequentemente (75%) nella popolazione femminile (APA, 2013). Nelle popolazioni cliniche, è il disturbo di personalità più diffuso, con una prevalenza tra il 15% e il 25% nei pazienti psichiatrici ospedalizzati, del 10% in quelli osservati in ambulatori di salute mentale, del 6% nei contesti di assistenza primaria (APA, 2013; Leichsenring *et al.*, 2011). Tuttavia, anche in popolazioni non cliniche la prevalenza di persone affette da DBP è degna di nota (dal 1,6% al 5,9%) poiché spesso esse non si sottopongono a un trattamento psichiatrico (Leichsenring *et al.*, 2011). Solitamente, gli individui con DBP giungono all'attenzione clinica a

causa dei tentativi suicidari: tale psicopatologia è infatti associata a un alto tasso di tentativi di suicidio (50 volte più alto rispetto alla popolazione generale; i casi di suicidio riuscito sono compresi tra l'8% e il 10%) (Leichsenring *et al.*, 2011).

Risulta importante sottolineare che i pazienti con questo disturbo di personalità presentano quadri fenomenologici molto eterogenei (Leichsenring *et al.*, 2011). Osservando i tratti tipici legati al DBP, si è notato che le caratteristiche affettive, quali rabbia, ansia e depressione, e quelle interpersonali, come la paura dell'abbandono, sono predominanti e stabili (Zanarini *et al.*, 2007). Alcuni pazienti (25,9%) presentano buone abilità psicosociali, mentre nella maggior parte (80%) si assiste alla compromissione del funzionamento psicosociale nel tempo, con incapacità di recupero (Leichsenring *et al.*, 2011). A ogni modo, le qualità personali degli individui con tale patologia sono generalmente più instabili rispetto a quelle di pazienti con altri disturbi di personalità: si parla di una "stabile instabilità" (Schmideberg, 1959).

A supporto della diagnosi, vengono individuati alcuni elementi che spesso accompagnano questo disturbo di personalità, tra cui la preferenza per le relazioni transizionali - ovvero con animali od oggetti - poiché offrono maggiore sicurezza rispetto alle relazioni interpersonali, spesso vissute come minacciose. Un'altra caratteristica che spesso affianca il DBP è un *pattern* di autosabotaggio: vengono messi in atto dei comportamenti che ostacolano l'imminente traguardo con il solo fine di boicottare se stessi (APA, 2013). Infine, il DBP è frequentemente in comorbidità con altri disturbi di personalità e con disturbi dell'umore, d'ansia, del comportamento alimentare (in particolare la bulimia nervosa), da uso di sostanze, da *stress* post-traumatico e da *deficit* di attenzione/iperattività (APA, 2013).

1.2 Fattori di rischio e modelli eziologici psicologici

Per quanto riguarda l'eziologia del DBP, si è ipotizzato il coinvolgimento di più fattori - biologici, psicologici e sociali - che interagiscono tra loro e la cui relativa importanza va stabilita e ricercata nella storia di ogni paziente (Paris, 1994); infatti, non tutti gli individui con la medesima diagnosi presentano gli stessi fattori predisponenti o di rischio rispetto allo sviluppo della patologia (Links & Boiago, 1996).

Fino a qualche decennio fa, la ricerca dei fattori eziologici sottostanti al DBP si concentrava esclusivamente sulla prospettiva psicologica. Dalle teorizzazioni di Masterson e Rinsley del 1975, ad esempio, è emerso che alla base dello sviluppo della psicopatologia in questione potrebbe esservi un disturbo nel processo di separazione-individuazione (Mahler, 1975) che impedirebbe all'individuo di sviluppare una propria autonomia e indipendenza affettiva. Generalmente, l'approccio eziologico che collega le anomalie nel processo di separazione-individuazione al successivo sviluppo del DBP

attribuisce la causa a una scarsa sintonizzazione affettiva tra madre e bambino, a un accudimento privo di empatia e a esperienze traumatiche infantili. Nella prospettiva per cui tali condotte disfunzionali dipenderebbero prevalentemente dalla madre, Masterson (1975) ha ipotizzato che il DBP potesse essere psicologicamente “trasmissibile” in quanto anche alle madri di tali pazienti veniva spesso diagnosticato lo stesso disturbo. Considerando, invece, un punto di vista differente, è stato ipotizzato che le interazioni e il tipo di attaccamento disfunzionali tra madre e figlio possano risultare a seguito del temperamento del figlio stesso, portando a traumi emozionali che andrebbero a interferire con lo sviluppo delle relazioni oggettuali interne (rappresentazioni relazionali) del bambino (Belsky *et al.*, 1995).

Negli ultimi anni, infine, le suddette teorizzazioni sono state integrate in prospettive più ampie, che comprendono una serie di aspetti relazionali e contestuali avversi che potrebbero contribuire all’esordio della patologia. Nei sottoparagrafi seguenti verranno approfonditi i fattori di rischio riguardanti le esperienze familiari e l’attaccamento, come anche il modello eziologico principale di riferimento per il DBP: il modello biosociale di Linehan (1993).

1.2.1 Esperienze negative infantili, relazioni familiari e attaccamento

Recentemente, le cause del DBP sono state ricercate nelle esperienze negative e traumatiche durante l’infanzia, come l’incuria (*neglect*) e l’abuso sessuale (Widom *et al.*, 2009). Infatti, eventi di vita particolarmente impattanti possono essere responsabili non solo di conseguenze dirette e immediatamente successive al trauma, ma anche di cambiamenti a lungo termine nel benessere psico-affettivo dell’individuo (Manna, 2004). I traumi infantili, per loro natura, comportano una compromissione altamente pervasiva poiché vanno a incidere sulla complessità dello sviluppo personale, relazionale e neurobiologico di un individuo ancora in evoluzione. In genere, quindi, più l’età della vittima è bassa, più sarà grave la ripercussione dell’esperienza negativa. È comunque importante considerare l’intensità del trauma stesso e la vulnerabilità individuale di chi lo subisce al fine di quantificare il danno (Manna, 2004). Inoltre, in seguito a eventuali esperienze negative, può giocare un ruolo di mediazione importante anche la reazione delle persone vicine alla vittima, tra cui i familiari: il supporto e la validazione empatica aiuterebbero, infatti, ad arginare i danni conseguenti al trauma (Manna, 2004).

L’abuso infantile familiare sembra essere frequente nella storia dei pazienti con DBP e non altrettanto diffuso tra i pazienti con altri disturbi di personalità (escludendo il disturbo antisociale di personalità) (Byrne, 1990). È stato ipotizzato che esperienze di abuso nell’infanzia, in concomitanza con determinati fattori genetici, possano causare disregolazione emozionale e impulsività; queste renderebbero maggiormente probabile la messa in atto di condotte disfunzionali, le quali, a loro volta,

fungerebbero da fattori esacerbanti e di mantenimento del DBP: una volta adulti, i bambini che hanno subito abusi potrebbero mostrare la tendenza a riproporre quei comportamenti che durante la loro infanzia hanno condizionato lo sviluppo del disturbo; tali comportamenti andrebbero a creare ulteriori situazioni stressanti, le quali aggraverebbero la loro condizione clinica (Seivewright, 1987).

In particolare, l'abuso sessuale viene frequentemente riportato (40-76% dei casi) nell'anamnesi dei pazienti ospedalizzati per DBP (Crowell *et al.*, 2009). La violenza sessuale infantile, tuttavia, non è stata dimostrata una condizione necessaria né sufficiente per l'insorgenza del disturbo di personalità in questione; è stata invece associata alla sua gravità, in quanto gli abusi perpetrati su un bambino in tenera età da parte di un genitore potrebbero aumentare il rischio di un decorso cronico del disturbo (Manna, 2004). Infatti, il grado di parentela o di vicinanza tra abusante e abusato è particolarmente rilevante, poiché le conseguenze psicopatologiche di una violenza sessuale compiuta da un familiare possono avere ripercussioni significative sull'aspetto psico-emozionale dei rapporti interpersonali con il *caregiver* e con le figure di riferimento più vicine. Tra le altre conseguenze dell'abuso sessuale sono state riscontrate l'incapacità nel controllo degli impulsi, che favorisce aggressività etero-diretta, instabilità e fragilità emozionale, istinti autolesivi e tendenze al suicidio, ovvero comportamenti disfunzionali che possono essere interpretati come un tentativo di controllo dei vissuti provocati dal trauma (Manna, 2004).

Inoltre, sono state identificate delle caratteristiche genitoriali che potrebbero interporre tra l'esperienza di abuso e l'eventuale insorgenza di DBP: un genitore con diagnosi di dipendenza da sostanze, di depressione maggiore o di disturbo da *stress* post-traumatico, un padre che intraprende condotte criminali, una madre poco accudente (*neglect*), come anche un genitore con un basso livello di istruzione, senza un lavoro a tempo pieno o eccessivamente protettivo nei confronti del/la figlio/a potrebbe facilitare lo sviluppo del disturbo (Widom *et al.*, 2009).

Anche difficoltà presentate nel mantenimento di un attaccamento sicuro (Ainsworth *et al.*, 1971) non sono da trascurare dal punto di vista eziologico: nei pazienti con DBP, la paura di perdere le figure di riferimento è molto forte. Tuttavia, il legame tra attaccamento e predisposizione all'insorgenza del DBP verrà approfondito nel capitolo terzo del presente elaborato.

1.2.2 Il modello biosociale di Linehan (1993)

La teoria di Linehan (1993) alla base del DBP è un modello diatesi-*stress*. Nello specifico, l'assunto di base prevede che la reattività emozionale degli individui e gli aspetti disfunzionali di un ambiente negativo considerato invalidante contribuiscano a causare la "vulnerabilità emozionale". Quest'ultima, dunque, deriverebbe dall'interazione tra fattori genetici e determinati eventi ambientali.

In particolare, la “vulnerabilità emozionale” proposta da Linehan (1993) fa riferimento alla predisposizione all’intensità emozionale, la quale implica una bassa soglia di tolleranza verso determinati stimoli emozionali, reazioni forti a questi ultimi e un tempo generalmente superiore alla media per ristabilire uno stato emozionale di base. Inoltre, per quanto riguarda il concetto di “ambiente invalidante”, Linehan (1993) ha evidenziato come questo sia caratterizzato da un insieme di esperienze emozionali che fanno dubitare l’individuo della propria capacità di riconoscere e comprendere le proprie emozioni. I membri di questo tipo di ambiente, in particolare i componenti del microsistema sociale (Bronfenbrenner, 1979) di un bambino, invaliderebbero attivamente e ripetutamente la sua espressione emozionale, banalizzando, ignorando o addirittura punendo le manifestazioni delle sue emozioni, siano esse positive o negative; pertanto, un simile contesto potrebbe risultare maltrattante e trascurante. Linehan (1993) ha affermato che, nel lungo termine, ciò potrebbe portare a sperimentare principalmente vergogna, soprattutto quando a essere invalidate sono le emozioni negative. Un’altra importante conseguenza sarebbe il progressivo aumento della disregolazione emozionale che accompagna la crescita del bambino; ciò comprenderebbe uno scarso controllo del proprio stato emozionale e l’incapacità di assumere atteggiamenti funzionali in condizioni di iper-attivazione emozionale. Tutti questi aspetti di bassa tolleranza emozionale potrebbero portare l’individuo a mettere in atto comportamenti auto-distruttivi e impulsivi, che si ricollegano alla sintomatologia del DBP: l’autrice, infatti, ha ribadito come tutti i sintomi di quest’ultimo possano essere riconducibili a un’alterazione dei meccanismi che regolano le risposte emozionali.

Per concludere, Linehan (1993) ha elaborato un trattamento basato sull’educazione alla regolazione emozionale, considerata un tratto relativamente stabile che, però, può essere migliorato tramite l’apprendimento: la *Dialectical Behaviour Therapy* (DBT). Tale approccio, seguendo il modello biosociale, si occupa dei fattori di mantenimento interpersonali e ambientali nei pazienti con DBP.

CAPITOLO 2

L'INTOLLERANZA ALL'INCERTEZZA E IL DISTURBO *BORDERLINE* DI PERSONALITÀ

2.1 Definizione e componenti del costrutto dell'Intolleranza all'Incertezza

A partire dagli anni '90, la definizione di Intolleranza all'Incertezza (*Intolerance of Uncertainty*, IU) è stata a lungo dibattuta e modificata. L'interesse verso l'IU è sorto in quanto considerata un meccanismo strettamente associato al rimuginio (ovvero, *worry*), caratteristica cognitiva chiave del Disturbo d'Ansia Generalizzata (DAG; Dugas *et al.*, 1998). Tra le prime concettualizzazioni di IU è possibile individuare quella di Freeston e collaboratori (1994), i quali l'hanno definita come una “reazione cognitiva, emozionale e comportamentale all'incertezza proposta dalla vita di tutti i giorni” (p. 792). Un contributo importante per la ricerca sull'IU è stato fornito dallo sviluppo di una scala per la sua misurazione, ovvero la *Intolerance of Uncertainty Scale* (IUS; Freeston *et al.*, 1994). Tale scala è risultata fondamentale per proseguire la ricerca nell'ambito dell'IU e ne è diventata la misura di riferimento (Birrell *et al.*, 2011). Nel 1998 è stata poi proposta un'altra definizione, secondo la quale l'IU sarebbe “il modo in cui un individuo interpreta e risponde alle informazioni in situazioni di incertezza, utilizzando una serie di reazioni cognitive, emozionali e comportamentali” (Ladouceur *et al.*, 1998, p. 141). Tale concettualizzazione è stata modificata nel 2001 da Dugas e colleghi, i quali hanno definito l'IU come la “tendenza eccessiva di un individuo di considerare inaccettabile che un evento negativo possa capitare, per quanto bassa possa essere la probabilità che avvenga” (p. 552). Le suddette definizioni sono poi state integrate grazie a nuovi studi: negli anni seguenti, l'IU è stata descritta come “una caratteristica disposizionale che riflette un insieme di convinzioni negative che riguardano l'incertezza e le sue implicazioni” da Koerner e Dugas (2008, p. 620), i quali, successivamente, hanno aggiunto che l'IU potrebbe essere il costrutto che determina la percezione delle situazioni incerte come minacciose o spaventose, nonché una caratteristica cognitiva disposizionale e un fattore di rischio per l'insorgenza del DAG (Koerner & Dugas, 2008). Successivamente, Carleton (2016a) ha delineato l'IU come “l'incapacità disposizionale di un individuo di sopportare le reazioni aversive scatenate dalla percepita mancanza di informazioni salienti, essenziali o sufficienti, sostenuta dall'associata percezione di incertezza” (p. 31). Tuttavia, la definizione più recente di IU è stata fornita da Freeston e collaboratori (2020), i quali l'hanno concettualizzata come “la tendenza a essere infastiditi o turbati dagli elementi (ancora) sconosciuti di una situazione, indipendentemente dal fatto che il possibile esito sia negativo o meno” (p. 6).

Per quanto riguarda la struttura interna dell'IU, sono state identificate due dimensioni principali (Carleton *et al.*, 2007; McEvoy & Mahoney, 2011): l'IU prospettica, concettualizzata come il "desiderio di prevedibilità" (Berenbaum *et al.*, 2008, p. 120), che porta l'individuo a considerare l'incertezza come un'esperienza negativa legata agli avvenimenti che riserva il futuro, e l'IU inibitoria, che riguarda la sensazione di paralisi, di incapacità di agire, di inibizione comportamentale che la persona sperimenta nel momento in cui ha a che fare con l'incertezza (Berenbaum *et al.*, 2008). Le due componenti fanno quindi riferimento, rispettivamente, agli approcci attivi dedicati alla ricerca di informazioni per diminuire l'incertezza e alle strategie di evitamento della minaccia percepita (Birrell *et al.*, 2011).

È stata proposta un'ulteriore distinzione concettuale tra l'IU in quanto elemento disposizionale di tratto, quindi riferito a generali esperienze di incertezza, e l'IU disturbo-specifica, in cui il *focus* dell'incertezza è diverso in base alla specifica psicopatologia (Boswell *et al.*, 2013; Carleton, 2016; Carleton *et al.*, 2010; Mahoney & McEvoy, 2012b). Per esempio, l'interpretazione di incertezza nel disturbo di panico è relativa alla mancata prevedibilità del successivo attacco di panico, mentre nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) l'individuo tende a preoccuparsi dell'eventuale minaccia derivante dai suoi pensieri intrusivi (Shihata *et al.*, 2017). L'IU sembra, quindi, implicata in più psicopatologie e, come verrà esposto in seguito, le concettualizzazioni più recenti la considerano un costrutto transdiagnostico (per esempio, McEvoy & Mahoney, 2012).

2.1.1 IU e costrutti associati: intolleranza all'ambiguità e worry

Le iniziali definizioni di IU non avevano dei confini concettuali chiari, venendo quindi spesso sovrapposte a quelle di altri costrutti (Grenier *et al.*, 2005), tra cui l'intolleranza all'ambiguità (*Intolerance of Ambiguity*, IA) e il *worry*.

L'IA può essere definita come "la tendenza di un individuo a interpretare una situazione ambigua come minacciosa o come fonte di disagio" (Grenier *et al.*, 2005, p. 594). In particolare, le persone con elevata IA non colgono le sfumature tipiche dell'ambiguità e tendono a percepire gli avvenimenti ambigui in modo rigido, manifestando disagio, tensione, ansia di fronte alle situazioni ambigue, che vengono quindi evitate o rifiutate (Bhushan & Amal, 1986). Krohne (1993) ha suggerito che fosse proprio l'ambiguità di una situazione a condurre all'incertezza, da lui intesa come lo stato di attivazione di un individuo che si interfaccia a uno stimolo ambiguo. I concetti di IU e IA, quindi, sono stati utilizzati in più studi in modo interscambiabile (Andersen & Schwartz, 1992; Ashford & Cumming, 1985; Furnham, 1994; Furnham & Ribchester, 1995; Majid & Pragasam, 1997; McLain, 1993; Myers *et al.*, 1997).

Sebbene le somiglianze tra IA e IU siano spiccate, una delle differenze principali tra i due costrutti riguarda l'aspetto temporale: mentre l'IA è associata al presente, l'IU è orientata al futuro (Grenier *et al.*, 2005). Un individuo intollerante all'ambiguità è quindi incapace di gestire le situazioni presenti caratterizzate da elementi equivocabili; invece, una persona intollerante all'incertezza è focalizzata sull'interpretazione di eventi futuri, che potenzialmente potrebbero rivelarsi negativi. Considerando questo differente orientamento temporale, quando si tratta di disturbi d'ansia è più pertinente riferirsi all'IU (Grenier *et al.*, 2005), visto che coinvolgono una componente di ansia anticipatoria.

Introducendo l'elemento del *worry*, è possibile definirlo come la preoccupazione riguardante eventi prossimi caratterizzati da incertezza, i quali provocano ansia nell'individuo (MacLeod *et al.*, 1991). È un costrutto che si può trovare in popolazioni sia cliniche sia non cliniche (Tallis *et al.*, 1994): in questo ultimo caso, si parla di rimuginio non patologico. Sul versante patologico, invece, il *worry* si associa al DAG nell'eventualità in cui si presenti in modo eccessivo e incontrollabile (APA, 2013). È comune introdurre il concetto di *worry* trattando di IU in quanto quest'ultima è stata identificata come uno dei costrutti maggiormente coinvolti nell'insorgenza e nel mantenimento del *worry* e del DAG (Dugas *et al.*, 1998; Ladouceur *et al.*, 1997; Wells & Carter, 1999). La spiegazione potrebbe risiedere nella componente di IU prospettica che sembra caratterizzare gli individui che sperimentano *worry*: questi ultimi necessitano di un quantitativo maggiore di informazioni per portare a termine i processi decisionali (Tallis *et al.*, 1991) e mostrano quindi un elevato desiderio di prevedibilità al fine di ridurre la preoccupazione (Buhr & Dugas, 2002). A tal riguardo, gli individui in questione mostrano la tendenza a definire situazioni o eventi equivocabili come minacciosi (Butler & Mathews, 1983; Russell & Davey, 1993). La relazione tra IU e *worry* è stata approfondita da più studi (Dugas *et al.*, 1997; Freeston *et al.*, 1994) e si è osservato che all'incrementare dell'IU sembra aumentare anche il livello di *worry* (Ladouceur *et al.*, 2000b). Infine, negli ultimi anni si è esaminato il possibile ruolo causale dell'IU nel *worry* (Buhr & Dugas, 2002).

Anche in questo caso, alla luce della stretta relazione tra IU e *worry*, potrebbe essere utile differenziare i due concetti: il *worry* viene considerato l'atto mentale attraverso cui una persona valuta una situazione e i suoi possibili esiti; l'IU, invece, è descritta come un filtro applicato da un individuo nella percezione dell'ambiente ed è la tendenza a considerare gli stimoli ambientali incerti come inaccettabili. In base a questa descrizione, quindi, il *worry* è un processo valutativo che l'individuo può intraprendere solo in seguito alla percezione di incertezza (Buhr & Dugas, 2002).

2.1.2 Approccio transdiagnostico

Come precedentemente illustrato, l'IU è stata inizialmente associata al DAG (Birrell *et al.*, 2011; Dugas *et al.*, 1998) e la sua centralità nello spettro dei disturbi d'ansia (ansia sociale, disturbo

di panico, fobie specifiche) è ormai consolidata (Carleton, 2016; Shihata *et al.*, 2017); tuttavia, la letteratura ha messo in luce la natura transdiagnostica dell'IU, considerata ora un fattore di rischio e di mantenimento per diversi disturbi psicologici (Carleton *et al.*, 2012; Gentes & Ruscio, 2011; Hong & Cheung, 2015; Mahoney & McEvoy, 2012a; Mahoney & McEvoy, 2012b; Renjan *et al.*, 2016; Shihata *et al.*, 2016). Tra questi, l'IU viene associata ai disturbi dell'umore, nello specifico alla depressione (Shihata, 2017), ai disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo, in particolare al DOC (Holaway *et al.*, 2006), ai disturbi del comportamento alimentare (DCA), tra cui anoressia nervosa e bulimia nervosa (Brown *et al.*, 2017), ai disturbi da uso di sostanze (Botteses *et al.*, 2021; Garami *et al.*, 2017) e sembra essere coinvolta nei disturbi correlati al trauma e allo *stress*, specificatamente nella sintomatologia del Disturbo Post-Traumatico da *Stress* (DPTS) (Oglesby *et al.*, 2016). Alcune caratteristiche cliniche di tali psicopatologie, come atteggiamenti ritualistici, compulsioni e ipervigilanza, potrebbero quindi essere la manifestazione del tentativo di ristabilire controllo e prevedibilità in una situazione pervasa da incertezza (Boswell *et al.*, 2013; Clark & Steer, 1996; Krohne, 1989). Inoltre, è stato riscontrato che l'IU potrebbe associarsi positivamente a ideazione paranoide (Seagrave, 2009) e alcuni disturbi di personalità, tra cui il DOC di personalità (Wheaton & Ward, 2020) e il DBP (Botteses *et al.*, 2018, Mortesen *et al.*, 2016; Niedtfeld, 2017). La relazione tra quest'ultimo e IU sarà in seguito approfondita.

È stato mostrato che le dimensioni che compongono l'IU potrebbero essere implicate in modo distinto nell'insorgenza di diversi disturbi psicologici: la componente prospettica sembrerebbe agire sulla manifestazione del DAG e del DOC, mentre quella inibitoria apparirebbe relazionata all'ansia sociale, al disturbo di panico (McEvoy & Mahoney, 2011) e all'iperattivazione nel DPTS (Fetzner *et al.*, 2013). Per quanto riguarda l'ulteriore suddivisione dell'IU in disposizionale e disturbo-specifica, si è riscontrato che l'IU di tratto risulta avere un'associazione maggiore con la sintomatologia del DAG e del DOC, mentre l'IU disturbo-specifica con ansia sociale e disturbo di panico (Shihata *et al.*, 2017); entrambe le dimensioni sembrano contribuire in modo simile ai sintomi depressivi e alle fobie specifiche (Shihata *et al.*, 2017).

2.2 Relazione tra IU e DBP

Esistono evidenze a supporto del fatto che i pazienti con DBP presentano livelli di IU particolarmente elevati (Botteses *et al.*, 2018; Mortesen *et al.*, 2016) e ciò suggerisce che approfondire il ruolo dell'IU nel DBP possa rivelarsi clinicamente rilevante (Botteses *et al.*, 2018).

Nello specifico, Botteses *et al.* (2018) hanno utilizzato la IUS-12 (ovvero, la versione breve della IUS, composta da 12 *item* anziché 27) (Carleton *et al.*, 2007) per quantificare il livello di IU presentato dagli individui con DBP e hanno osservato che i punteggi ottenuti da questi ultimi erano

significativamente più alti rispetto a quelli del gruppo di controllo, composto da partecipanti non clinici. Altrettanto importanti sono i riscontri ottenuti in laboratorio: somministrando dei compiti cognitivi a partecipanti con DBP si è osservato che il loro livello di impulsività è soggetto ad aumento se preceduto dalla visione di scene cinematografiche di inseguimento che inducono tensione, paura e che intuitivamente scatenano incertezza (Mortesen *et al.*, 2016). Altri studi hanno evidenziato la tendenza dei partecipanti con DBP a non attendere la presentazione di stimoli certi per fornire una risposta in compiti cognitivi; infatti, tali individui si sono distinti in quanto maggiormente inclini a fornire una risposta anche in presenza di soli stimoli insufficienti, incompleti, incerti (Bach & Dolan, 2012; Mortesen *et al.*, 2016). Quindi, l'IU potrebbe portare gli individui con DBP a sovrastimare il valore informativo degli stimoli ambientali con il fine di ridurre il disagio causato dall'incertezza che caratterizza tali stimoli (Mortesen *et al.*, 2016). Inoltre, studi di neuroscienze hanno riportato un livello di attività cerebrale anomalo nella corteccia cingolata anteriore degli individui con DBP, e tale anomalia è stata ricollegata all'incertezza comportamentale (Botvinick *et al.*, 2004) e all'impulsività (Mortesen *et al.*, 2010; Silbersweig *et al.*, 2007; Wingenfeld *et al.*, 2009). Secondo Mortesen *et al.* (2016) è quindi possibile ipotizzare che la suddetta irregolarità nell'attività cerebrale dei pazienti con DBP possa contribuire alla disregolazione emozionale e comportamentale, nonché rispecchiare IU e scarsa *Distress Tolerance* (DT).

L'introduzione del concetto di DT, ovvero la "capacità di sperimentare e resistere a stati psicologici negativi" (Simons & Gaher, 2005, p. 83), risulta particolarmente utile nell'indagine di una possibile associazione tra IU e DBP in quanto viene considerato un fattore implicato in entrambi. Innanzitutto, DT e IU sono risultati positivamente correlati e sembrano condividere un legame concettuale poiché ambedue i costrutti si basano su convinzioni negative riguardanti le abilità individuali di tollerare stati psicologici negativi (Macdonald *et al.*, 2015; Norr *et al.*, 2013). Inoltre, un livello ridotto di DT sembra essere implicato nella disregolazione emozionale, la quale, riprendendo brevemente quanto esposto in precedenza, appare essere centrale nella sintomatologia del DBP (Anestis *et al.*, 2012; Linehan, 1993). In aggiunta, Bottesi *et al.* (2018) hanno osservato un'associazione particolarmente forte tra disregolazione emozionale e IU nei pazienti con DBP. Considerando questi aspetti nel complesso, è plausibile ipotizzare che gli individui con DBP mettano in atto dei comportamenti disregolati e impulsivi come strategie di *coping* per fronteggiare emozioni e stati psicologici negativi derivati dal *distress* e dall'incertezza (Bottesi *et al.*, 2018); tale meccanismo potrebbe innescare un circolo vizioso: l'immediato sollievo al termine della sensazione di incertezza andrebbe a rinforzare nella persona - caratterizzata da IU e da scarsa regolazione emozionale - i comportamenti disfunzionali che hanno causato il momentaneo benessere (Luhmann

et al., 2011; Pawluk & Koerner, 2013), protraendo le condotte sregolate appartenenti alla sintomatologia del DBP.

L'IU potrebbe intervenire anche nelle difficoltà interpersonali che caratterizzano il DBP (Gunderson *et al.*, 2011), tra cui instabilità, paura dell'abbandono, iperidealizzazione e svalutazione (APA, 2013). Infatti, una certa quota di incertezza delinea gli scambi sociali stessi, essendo influenzati dall'imprevedibilità delle emozioni e delle intenzioni degli individui che vi partecipano (Niedtfeld, 2017). Lo scarso controllo che si esercita in ambito relazionale potrebbe portare le persone con DBP a presentare risposte sociali inadeguate (Niedtfeld, 2017). Nello specifico, a indurre l'alternanza tra idealizzazione e svalutazione nelle relazioni potrebbe essere proprio un basso livello di DT, che indirizza i pazienti con DBP al pensiero dicotomico (Kernberg, 1975; Linehan, 1993; Veen & Arntz, 2000). Tale modalità di pensiero è volta a minimizzare l'incertezza delle proprie rappresentazioni relazionali e ambientali, al fine di renderle più sostenibili e tollerabili (Kernberg, 1975). Le difficoltà che presentano gli individui con DBP nel fronteggiare questo tipo di incertezza potrebbe essere dovuto anche all'instabilità del contesto relazionale (familiare e non) in cui sono cresciuti (Helgeland & Torgersen, 2004; Levy *et al.*, 2005), che potrebbe aver contribuito allo sviluppo di alti livelli di IU (Bottesi *et al.*, 2018). Tale instabilità relazionale può derivare dall'esperienza di un trauma infantile, che accomuna le storie di molti pazienti con DBP (Hesse & Main, 2000). Un simile vissuto, infatti, può portare gli individui a sperimentare sentimenti di incertezza che riguardano, per esempio, l'eventualità che un accaduto altrettanto traumatico si verifichi nuovamente e la propria capacità di evitarlo (Fetzner *et al.*, 2013). Anche dal punto di vista interpersonale, quindi, la sintomatologia del DBP potrebbe essere in parte riconducibile all'IU. I risvolti che tali aspetti hanno sull'attaccamento saranno illustrati nel terzo capitolo.

CAPITOLO 3

ATTACCAMENTO, DISTURBO *BORDERLINE* DI PERSONALITÀ E INTOLLERANZA ALL'INCERTEZZA

3.1 Attaccamento: definizione e stili di attaccamento

Il termine “attaccamento” fa riferimento a uno degli aspetti relazionali che caratterizzano il rapporto tra l'infante (oggetto di cura) e la figura di accudimento, ovvero il *caregiver* (Benoit, 2004). Bowlby (1969), nella sua teoria dell'attaccamento, ha postulato che i bambini abbiano una predisposizione innata allo sviluppo di una relazione stabile e duratura con il *caregiver*, soprattutto con la madre, non solo per ragioni di sopravvivenza, ma anche per ragioni emozionali e affettive. La teoria dell'attaccamento descrive il modo in cui il bambino utilizza la vicinanza del *caregiver* come una base sicura da cui partire per esplorare e conoscere il mondo circostante, con la consapevolezza di poter tornare dall'adulto, qualora lo necessiti, per ricevere conforto e protezione (Waters & Cummings, 2000); il legame di attaccamento si distingue, dunque, da altri tipi di legami affettivi in quanto caratterizzato dalla ricerca di conforto e sicurezza (Bowlby, 1969). Il periodo critico per il consolidamento del legame di attaccamento avviene tra i sei mesi e i tre anni di età del bambino, ma il processo inizia prima: nei primi due mesi di vita del bambino si osserva la fase di pre-attaccamento, in cui il neonato interagisce con chiunque senza distinzioni; dai due ai sette mesi di età, nella fase di primo attaccamento, il figlio impara a riconoscere il volto della madre; dall'ottavo mese si stabilisce il legame di attaccamento, in concomitanza con il presentarsi dell'angoscia di separazione dalla madre e l'angoscia dell'estraneo (ovvero, timore e cautela nei confronti degli estranei, accompagnati dalla ricerca del *caregiver*) nel bambino; dal secondo o terzo anno di età, nella fase di *partnership*, l'attaccamento diventa bilaterale e il bambino vi partecipa attivamente (Bowlby, 1969).

Le modalità con cui un bambino si relaziona alle sue figure di accudimento primario varia; infatti, l'attaccamento assume forme e caratteristiche diverse per ogni *caregiver* che interagisce con lui, in base alla responsività che ciascuno di essi mostra nei confronti dei suoi bisogni (Benoit, 2004). Eccetto i casi di istituzionalizzazione e di affidamenti multipli (Zenana & Mammen, 1993), il bambino instaurerà una particolare forma di attaccamento con qualsiasi figura che si occupi di lui, anche nel caso in cui le cure non siano adeguate (Benoit, 2004).

In base alle caratteristiche peculiari della relazione tra bambino e *caregiver* si possono identificare diversi stili di attaccamento (Levy *et al.*, 2011). Partendo dalla teoria di Bowlby (1969), sono stati condotti ulteriori studi riguardo l'attaccamento, tra cui quello di Ainsworth e collaboratori (1978), i quali hanno elaborato il metodo della *Strange Situation* per individuare lo stile di attaccamento delle diadi bambino-*caregiver*. Tale metodo comprende una serie di situazioni, create all'interno di una

stanza da gioco, in cui si osserva l'interazione e il comportamento del bambino e della madre in più momenti significativi, tra cui la separazione, la loro riunione e la presenza di una figura estranea al bambino (Levy *et al.*, 2011). Utilizzando la *Strange Situation*, sono stati identificati quattro stili di attaccamento: sicuro, insicuro-evitante, insicuro-ambivalente e insicuro-disorganizzato, quest'ultimo introdotto da Main e Solomon (1990). Nel contesto della *Strange Situation*, si osserva un attaccamento sicuro se la madre è responsiva e sensibile alle richieste del figlio e riesce a calmarlo negli stati di agitazione. Il bambino, a sua volta, esplora l'ambiente in presenza e in assenza della madre, gioca da solo per un breve periodo di tempo ed eventualmente mostra segnali di sconforto in assenza della madre; nel momento della riunione con la madre, il bambino le si avvicina e, se turbato in seguito alla loro momentanea separazione, si lascia consolare da lei per poi riprendere a giocare (Ainsworth *et al.*, 1978). Un attaccamento insicuro-ambivalente è caratterizzato da una madre responsiva in modo imprevedibile, quindi o molto presente oppure rifiutante, indipendentemente dalle richieste del bambino. Quest'ultimo, di conseguenza, nella *Strange Situation* si posiziona a stretto contatto con la madre e in sua assenza mostra manifestazioni intense di sconforto, senza esplorare l'ambiente circostante. Al suo ritorno, le si avvicina per farsi consolare, ritirandosi però nel momento del contatto e mostrando rabbia e agitazione che la madre non riesce a placare (Ainsworth *et al.*, 1978). Nella tipologia di attaccamento insicuro-evitante, si osserva una madre che tende a rifiutare il contatto fisico col figlio, a prescindere dai bisogni del bambino stesso. Il figlio sembra essere indifferente alla presenza o all'assenza della madre, si focalizza principalmente sui giochi. Quando il *caregiver* torna, il bambino rimane indifferente oppure si allontana, continuando a giocare (Ainsworth *et al.*, 1978). Infine, l'attaccamento insicuro-disorganizzato si osserva quando il bambino è esposto a forme atipiche di genitorialità che possono includere comportamenti maltrattanti, spaventosi e/o sessualizzanti (Lyons-Ruth *et al.*, 1999; Schuengel *et al.*, 1999). Infatti, durante la *Strange Situation*, il bambino mostra cautela e timore, esplora l'ambiente solo in assenza della madre e chiede conforto alla figura a lui estranea. Nel momento di riavvicinamento, il bambino piange, mostra evitamento e resistenza verso la madre (Main & Solomon, 1990). Quest'ultimo stile di attaccamento rappresenta un conflitto che il bambino sperimenta tra approccio ed evitamento della madre; tale conflitto è definito *approach-avoidance dilemma* (Main, 1995). Secondo quanto postula la teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1969), quando l'infante è spaventato o agitato dovrebbe rivolgersi al *caregiver* per ripristinare uno stato di calma; tuttavia, nel caso dell'attaccamento disorganizzato, è il genitore stesso a essere fonte di timore per il bambino. L'*approach-avoidance dilemma*, quindi, è l'esito della relazione in cui il genitore è allo stesso tempo una minaccia e una base sicura (Holmes, 2004).

Nella *Strange Situation*, il comportamento dei bambini sembra riflettere i “Modelli Operativi Interni” (MOI; Bowlby, 1973), che vengono creati nel primo anno di vita grazie alle continue esperienze di interazione con la figura di accudimento. I MOI sono schemi cognitivi che contengono le rappresentazioni del *caregiver*, dell’interazione con quest’ultimo e di se stessi in relazione con lui (van IJzendoorn, 1995), e permettono al bambino di creare delle aspettative sugli scambi interpersonali attraverso i quali organizzare le relazioni future (Levy *et al.*, 2005).

In seguito all’ideazione dell’*Adult Attachment Interview* (AAI; George *et al.*, 1985, Main *et al.*, 1985), sono stati individuati ulteriori stili che riguardano, però, l’attaccamento adulto: sicuro/autonomo, preoccupato, distanziante, irrisolto o non classificabile (Levy *et al.*, 2005). È stato rilevato che l’AAI, indagando le relazioni infantili passate degli adulti e la qualità dei MOI, permette di ipotizzare lo stile di attaccamento che svilupperanno i loro figli in base alla classificazione derivante dalla *Strange Situation* (van IJzendoorn, 1995). Tale funzione della AAI riprende il tema della trasmissione transgenerazionale dell’attaccamento, il quale viene considerato complesso e per questo molto dibattuto. Il modello più semplice che descrive la trasmissione dell’attaccamento prevede continuità tra lo stile di attaccamento dei genitori, le loro qualità in quanto figure di accudimento e lo stile di attaccamento che avranno i figli (van IJzendoorn, 1995). Infatti, i dati clinici sembrano suggerire che una genitorialità inadeguata possa avere alla base difficoltà relazionali con la figura di accudimento primaria e, quindi, uno stile di attaccamento insicuro (Belsky, 1993; Malinosky-Rummell & Hansen, 1993). Tuttavia, per poter elaborare delle previsioni sulla trasmissione dello stile di attaccamento, serve considerare l’influenza di più fattori, tra cui la rappresentazione dei genitori sul proprio attaccamento infantile e i loro successivi legami di attaccamento, ritenuti fondamentali in quanto “filtrati” a posteriori dall’esperienza passata e recente. È necessario poi dedicare attenzione anche ad altri fattori ambientali, ovvero il contesto sociale e le caratteristiche dei figli stessi (van IJzendoorn, 1995).

Infine, lo stile di attaccamento del bambino sembra responsabile, almeno in parte, degli esiti delle traiettorie di sviluppo, soprattutto dal punto di vista affettivo (Levy *et al.*, 2005). Infatti, alcuni studi hanno rilevato che i bambini aventi un attaccamento sicuro con entrambi i genitori presentano capacità sociali migliori rispetto a chi sviluppa un attaccamento sicuro con solo una delle figure genitoriali o con nessuna delle due (Suess *et al.*, 1992; Verschueren & Marcoen, 1999). Inoltre, avere un *caregiver* amorevole con cui instaurare un attaccamento sicuro sembra essere un fattore di protezione per quanto riguarda l’adattamento sociale ed emozionale (Egeland & Hiester, 1995). Lo stile di attaccamento disorganizzato, al contrario, è disadattivo e fortemente associato alla psicopatologia (Green & Goldwyn, 2002; Holmes, 2004). I bambini che instaurano questo tipo di attaccamento con il *caregiver* risultano avere difficoltà dovute allo *stress* (Hertsgaard *et al.*, 1995;

Splanger & Grossmann, 1993) e alla disregolazione emozionale (van IJzendoorn *et al.*, 1999), mostrano un comportamento ostile, aggressivo e utilizzano dei metodi interattivi disfunzionali (Lyons-Ruth *et al.*, 1993, 1997; Solomon *et al.*, 1995).

3.2 Relazione tra stile di attaccamento e DBP

La teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1969) offre una spiegazione rispetto allo sviluppo e al mantenimento delle difficoltà relazionali e di autoregolazione che caratterizzano gli individui con disturbi di personalità (Levy *et al.*, 2005). In particolare, Liotti (2000) ha associato il quadro clinico del DBP con lo stile di attaccamento disorganizzato, in quanto accomunati da rappresentazioni frammentate e incoerenti riguardo agli altri e se stessi (Beebe *et al.*, 2010; Liotti, 2000; Main, 1991) e da esperienze di abuso (Liotti, 2004). Ulteriori caratteristiche cliniche del DBP sembrano riflettere le modalità dell'attaccamento disorganizzato: la continua alternanza tra idealizzazione-svalutazione si rifletterebbe nel *approach-avoidance dilemma* (Holmes, 2004; Miljkovitch *et al.*, 2018), la paura dell'abbandono potrebbe riguardare l'insicurezza derivante dall'inaccessibilità del *caregiver* (George & Solomon, 2008; Lyons-Ruth *et al.*, 1999) e la disregolazione emozionale verrebbe rispecchiata dalla difficoltà nella gestione dello *stress* caratteristica degli individui con attaccamento disorganizzato (Bernard & Dozier, 2010). In particolare, è importante evidenziare che l'indisponibilità affettiva del *caregiver* potrebbe ostacolare il bambino nella condivisione di esperienze emozionali rilevanti, nonché favorire una percezione di mancato supporto nei suoi confronti, contribuendo così alla creazione di un ambiente invalidante (Miljkovitch *et al.*, 2018) che, secondo la teoria biosociale di Linehan (1993), potrebbe causare la disregolazione emozionale nel DBP. Inoltre, l'impulsività e i sintomi dissociativi tipici del DBP vengono generalmente osservati anche in individui con stile di attaccamento di tipo disorganizzato (Liotti, 2014; Lyons-Ruth, 2008). Considerando questi elementi nel complesso, si è ipotizzato che il DBP sia una generalizzazione più pervasiva del *pattern* dello stile di attaccamento disorganizzato (Miljkovitch *et al.*, 2018), il quale potrebbe venire utilizzato per elaborare altri tipi di stimoli.

Nello specifico, gli individui con uno stile di attaccamento insicuro sembrano processare le informazioni basandosi sulla propria esperienza negativa relativa all'attaccamento (Dykas & Cassidy, 2011); la letteratura, infatti, suggerisce che i MOI vengano utilizzati come filtro percettivo attraverso cui elaborare e sperimentare le interazioni con gli altri (Dykas *et al.*, 2012). A tal riguardo è importante sottolineare che i MOI vengono resi flessibili grazie a stimoli sociali diversi e a legami di attaccamento di stile differente (Bowlby, 1980); pertanto, sviluppare un attaccamento disorganizzato con molteplici figure di accudimento porterebbe a una percezione rigida degli scambi interpersonali, che verrebbero vissuti come generalizzazioni della relazione disadattiva sviluppata con i genitori

(Miljkovitch *et al.*, 2018). Infatti, Miljkovitch e collaboratori (2018) hanno formulato l'ipotesi che un attaccamento disorganizzato con entrambi i *caregiver* possa portare a una maggiore pervasività delle rappresentazioni relazionali disfunzionali e a una generale instabilità, entrambe caratteristiche della sintomatologia del DBP. Difatti, sembra comune tra gli adolescenti che presentano la sintomatologia del DBP avere uno stile di attaccamento disorganizzato con entrambi i genitori (Miljkovitch *et al.*, 2018). A tal proposito, considerando l'importanza del contributo del rapporto con la madre nello sviluppo socio-cognitivo del figlio (Peterson & Slaughter, 2003), è possibile ipotizzare che un attaccamento di tipo disorganizzato con la figura materna sia un fattore predisponente per il DBP, che viene ulteriormente enfatizzato nel momento in cui anche il legame con il padre offre un modello relazionale disorganizzato e, quindi, disfunzionale (Miljkovitch *et al.*, 2018).

Oltre alle semplici analogie e associazioni tra DBP e stile di attaccamento disorganizzato, si è indagato come quest'ultimo possa essere un fattore di rischio per l'insorgenza del disturbo di personalità in questione. In merito, risulta importante lo studio di Carlson e collaboratori (2009), il quale ha messo in luce come un attaccamento disorganizzato con la madre all'età di dodici e diciotto mesi si associ alla sintomatologia del DBP a ventotto anni. Un'altra ricerca condotta da Madigan e collaboratori (2006) ha evidenziato che una scarsa sintonizzazione affettiva materna nell'infanzia, fortemente associata alla tipologia disorganizzata degli stili di attaccamento, sarebbe un valido predittore delle caratteristiche del DBP a diciannove anni di età.

3.3 Attaccamento e IU

Per iniziare ad analizzare una possibile associazione tra attaccamento e IU, è importante considerare che lo stile di attaccamento potrebbe avere un ruolo importante nell'insorgenza dei disturbi d'ansia, in base al tipo di risposta e supporto che l'infante riceve dal genitore quando si rivolge a lui, sia nelle situazioni quotidiane sia in quelle nuove e incerte (Zdebic *et al.*, 2018). I bambini con attaccamento sicuro, infatti, sembrano mostrare livelli più bassi di sintomatologia associata a DAG, disturbo di panico e ansia sociale (Brumario & Kerns, 2010). Inoltre, è rilevante sottolineare che l'IU si può sviluppare precocemente, nello specifico durante il periodo dell'infanzia (Cassidy, 1995; Dugas *et al.*, 2004). Un fattore di rischio nell'insorgenza dell'IU sembra essere uno stile di attaccamento insicuro - in particolare, insicuro-ambivalente e disorganizzato (Cassidy, 1995; Dugas *et al.*, 2004) - il quale è risultato associato al *worry*, all'intolleranza nei confronti della mancanza di controllo sull'ambiente circostante e ad alti livelli di ansia e di IU (Cassidy, 1995; Hudson & Rapee, 2004; Yuksel, 2014). I bambini che non presentano un attaccamento sicuro, infatti, tendono a elaborare gli stimoli ambientali incerti e gli scambi sociali (per definizione imprevedibili)

come minacciosi e negativi (Campbell *et al.*, 2005; Dykas & Cassidy, 2011; Niedtfeld, 2017; Wright *et al.*, 2017).

In presenza di attaccamento disorganizzato, la costante incertezza derivante dall'eventuale pericolosità del *caregiver* e dalla sua dubbia disponibilità affettiva, oltre a peggiorare significativamente la qualità del legame con il bambino (Main & Hesse, 1990), sembra contribuire alla mancanza di strategie di autoregolazione nell'infante; infatti, non sapendo gestire le situazioni nuove e imprevedibili senza il supporto del genitore, il bambino potrebbe intraprendere azioni di evitamento, procrastinazione e processi decisionali dominati dall'impulsività (Yildiz & Iskender, 2021).

I bambini con attaccamento disorganizzato, come brevemente accennato, possono sperimentare la sensazione di mancanza di controllo, specialmente nei casi di maltrattamento da parte dei genitori (Zdebic *et al.*, 2018). Main e Cassidy (1988) hanno osservato che talvolta i bambini con attaccamento disorganizzato sviluppano comportamenti controllanti nei confronti dell'ambiente e dei genitori, nominando questo sotto-stile di attaccamento "disorganizzato-controllante". Per ridurre l'incertezza causata dall'imprevedibilità del *caregiver* incapace di rispondere alle loro esigenze (Cassidy, 1995; Dugas *et al.*, 2004), i suddetti bambini potrebbero addirittura arrivare a invertire i ruoli familiari, assumendo quello genitoriale per ristabilire il controllo sull'ambiente circostante (Solomon *et al.*, 1995). La costante sensazione di mancanza di controllo sperimentata durante l'infanzia fungerebbe da fattore di rischio per l'insorgenza di disturbi d'ansia (Chorpita & Barlow, 1998) e anche il *pattern* di attaccamento disorganizzato-controllante sembra essere alla base dell'IU (Zdebic *et al.*, 2018).

CAPITOLO 4

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il presente elaborato si configura come una rassegna della letteratura riguardante DBP, IU e attaccamento, con l'obiettivo di esaminarne la possibile relazione. Nonostante i pochi studi condotti in merito abbiano mostrato che alcune caratteristiche del DBP siano riconducibili all'azione di IU e stile di attaccamento, è auspicabile l'approfondimento di tali associazioni. Infatti, risulta particolarmente rilevante ampliare le prospettive future di ricerca al fine di indagare con maggior precisione le conseguenze che il legame tra DBP, IU e attaccamento può avere sul funzionamento dell'individuo, nonché gli ulteriori fattori che potrebbero intervenire nella relazione.

Come precedentemente esposto, l'IU rappresenta un fattore di rischio e di mantenimento per diversi disturbi psicologici (Carleton *et al.*, 2012; Gentes & Ruscio, 2011; Hong & Cheung, 2015; Mahoney & McEvoy, 2012a,b; Renjan *et al.*, 2016; Shihata *et al.*, 2016) e sono stati rilevati alti livelli di IU nei pazienti con DBP (Bottesini *et al.*, 2018; Mortesen *et al.*, 2016). Tale associazione potrebbe essere sottesa da uno stile di attaccamento disfunzionale e potrebbe fornire una spiegazione ad alcuni aspetti della sintomatologia del DBP: il *deficit* sociale presentato dagli individui con tale disturbo di personalità potrebbe derivare proprio da un'elevata IU, responsabile del disagio da loro vissuto in ambito relazionale (Niedtfeld, 2017); l'IU, a sua volta, potrebbe avere alla base lo stile di attaccamento prevalentemente osservato nelle persone con DBP, ovvero quello insicuro-disorganizzato (Cassidy, 1995; Hudson & Rapee, 2004; Yuksel, 2014). Risulta importante sottolineare nuovamente che un'alta IU nei pazienti con DBP potrebbe essere dovuta all'ambiente in cui essi sono cresciuti, spesso invalidante e caratterizzato da eventi traumatici che andrebbero a contribuire all'instabilità del contesto familiare (Helgeland & Torgersen, 2004; Levy, 2005).

Sebbene la prospettiva che considera l'interazione tra IU e attaccamento nell'insorgenza del DBP sia promettente, la letteratura riguardante tale argomento è caratterizzata da alcune lacune. Innanzitutto, è necessario specificare che il DBP presenta un quadro clinico particolarmente eterogeneo e instabile (Leichsenring *et al.*, 2011). Proprio per questo, il funzionamento patologico del DBP potrebbe essere differente nei diversi stadi di vita (Tyrer *et al.*, 2007) e approfondire la sua manifestazione nei pazienti più giovani e più anziani potrebbe essere particolarmente interessante (New *et al.*, 2008); tuttavia, questo aspetto risulta attualmente poco indagato. Nello specifico, la ricerca che si occupa di DBP nei giovani è rilevante per la prevenzione dello stesso (Sharp & Fonagy, 2015), come anche per la comprensione del ruolo di IU e attaccamento nella sua fenomenologia, data la precoce influenza che tali fattori esercitano sugli individui (Dugas *et al.*, 2004).

In merito alla relazione tra DBP e IU, è necessario sottolineare che la letteratura riguardante la dimostrazione empirica che distingue l'IU dai costrutti associati (tra cui, per esempio, l'IA) presenta diversi limiti (Rosen et al., 2014) e, di conseguenza, la sintomatologia del DBP potrebbe risentire dell'azione di fattori complementari all'IU, oltre che dell'IU stessa.

Per quanto riguarda il legame tra DBP e attaccamento, risulta utile specificare che negli ultimi anni si è valutata l'ipotesi secondo cui le associazioni tra le esperienze di attaccamento infantili e la psicopatologia - così come i risvolti sullo sviluppo delle competenze sociali - non siano tanto forti quanto postulato dalla teoria dell'attaccamento (Luyten et al., 2021). Inoltre, le esperienze infantili di abuso sembrerebbero rendere lo stile di attaccamento meno stabile nel tempo (Luyten et al., 2021), compromettendo le ipotesi longitudinali che considerano i *deficit* sociali presentati dai pazienti con DBP come parzialmente risultanti dai MOI acquisiti nell'infanzia. Pertanto, le evidenze a supporto dell'associazione tra DBP e stile di attaccamento disorganizzato vanno prese in considerazione con cautela.

Infine, gli studi condotti sulla relazione tra DBP, IU e attaccamento si limitano all'analisi della relazione bidirezionale di tali elementi in coppie (tra DBP e IU, DBP e attaccamento o attaccamento e IU), tuttavia dovrebbero contemplare l'influenza simultanea e vicendevole dei tre fattori.

Nel complesso, tali mancanze in letteratura costituiscono delle limitazioni intrinseche al presente elaborato. Inoltre, nell'esaminare l'influenza di IU e attaccamento nel DBP, non sono state considerate le prospettive genetiche e neurobiologiche, il cui contributo non va minimizzato. Sono state escluse anche ulteriori variabili che potrebbero incidere nell'associazione tra DBP e IU, come la *negative urgency* (ovvero, la tendenza a mettere in atto comportamenti impulsivi in risposta ad affetti negativi, nonché forte predittore di alcune caratteristiche del DBP e fattore associato ad ansia e IU; Bottesi et al., 2018; Gay et al., 2011; Lynam et al., 2011), o l'*anxiety sensitivity* (ossia la tendenza a interpretare in modo catastrofico le sensazioni fisiche dovute a stati d'ansia, quindi una vulnerabilità cognitiva che potrebbe collegarsi all'IU; Carleton et al., 2007; Peterson & Reiss, 1992). Ulteriori limitazioni fanno riferimento agli studi citati: alcuni hanno coinvolto un numero limitato di partecipanti (Mortesen et al., 2016), altri sono stati condotti su campioni particolarmente omogenei per cultura (Boswell et al., 2013) o sesso (come in Buhr & Dugas, 2002; Miljkovitch et al. 2018; Niedtfeld, 2017). In particolare, quest'ultimo risulta una variabile importante da considerare in quanto la sintomatologia del DBP potrebbe variare in base al sesso (Johnson et al., 2003). Inoltre, diversi studi hanno utilizzato unicamente strumenti di valutazione *self-report* (come Bottesi et al., 2018) che potrebbero essere soggetti a *bias* (per esempio desiderabilità sociale, condiscendenza, scarsa comprensione delle domande dei questionari).

Ricerche future, quindi, potrebbero considerare l'approfondimento della relazione tra DBP, IU e attaccamento servendosi di campioni più eterogenei per sesso, età e cultura, in un'ottica che preveda l'interazione di fattori genetici e ambientali in tale associazione. Infatti, ulteriori indagini in merito risulterebbero rilevanti per le conseguenti implicazioni cliniche e terapeutiche: con informazioni più dettagliate, potrebbe essere possibile aumentare l'efficacia degli interventi di prevenzione e di trattamento del DBP (Chanen & Kaess, 2012). La prevenzione della sintomatologia del DBP potrebbe essere favorita mediante il monitoraggio di ambienti familiari disfunzionali e dei livelli individuali di IU, mentre il trattamento potrebbe essere integrato con un percorso che aiuti i pazienti ad aumentare sia la regolazione emotionale sia la tolleranza all'incertezza.

BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth, M.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Asendorpf, J. B. (2009). Personality: Traits and situations. *The Cambridge handbook of personality psychology*, 43-53.
- Attili, G. (2001). *Ansia da separazione e misura dell'attaccamento normale e Patologico*. Unicopli.
- Belsky, D. W., Caspi, A., Arseneault, L., Bleidorn, W., Fonagy, P., Goodman, M., Houts, R., & Moffitt, T. E. (2012). Etiological features of borderline personality related characteristics in a birth cohort of 12-year-old children. *Development and psychopathology*, 24(1), 251-265.
- Belsky, J., Rosenberger, K., & Crnic, K. (1995). The origins of attachment security. *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives*, 153-183.
- Benoit, D. (2004). Infant-parent attachment: Definition, types, antecedents, measurement and outcome. *Paediatrics & child health*, 9(8), 541-545.
- Berenbaum, H., Bredemeier, K., & Thompson, R. J. (2008). Intolerance of uncertainty: Exploring its dimensionality and associations with need for cognitive closure, psychopathology, and personality. *Journal of anxiety disorders*, 22(1), 117-125.
- Birrell, J., Meares, K., Wilkinson, A., & Freeston, M. (2011). Toward a definition of intolerance of uncertainty: A review of factor analytical studies of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Clinical psychology review*, 31(7), 1198-1208.
- Boswell, J. F., Thompson-Hollands, J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2013). Intolerance of uncertainty: A common factor in the treatment of emotional disorders. *Journal of clinical psychology*, 69(6), 630-645.
- Bottesi, G., Tesini, V., Cerea, S., & Ghisi, M. (2018). Are difficulties in emotion regulation and intolerance of uncertainty related to negative affect in borderline personality disorder?. *Clinical Psychologist*, 22(2), 137-147.
- Bottesi, G., Ghisi, M., Caggiu, I., & Lauriola, M. (2021). How is intolerance of uncertainty related to negative affect in individuals with substance use disorders? The role of the inability to control behaviors when experiencing emotional distress. *Addictive Behaviors*, 115, 106785.
- Bowlby, J. (1969-1980). *Attachment and loss*. (Voll. 1-3). The Hogarth Press.

- Brown, M., Robinson, L., Campione, G. C., Wuensch, K., Hildebrandt, T., & Micali, N. (2017). Intolerance of uncertainty in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *European Eating Disorders Review*, *25*(5), 329-343.
- Brumariu, L. E., & Kerns, K. A. (2010). Mother-child attachment patterns and different types of anxiety symptoms: Is there specificity of relations?. *Child Psychiatry & Human Development*, *41*(6), 663-674.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour research and therapy*, *40*(8), 931-945.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2006). Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *Journal of anxiety disorders*, *20*(2), 222-236.
- Byrne C. P. (1990). A comparison of borderline and schizophrenic patients for childhood life events and parent-child relationships. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *35*, 590-595.
- Carleton, R. N., Norton, M. P. J., & Asmundson, G. J. (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of anxiety disorders*, *21*(1), 105-117.
- Cassidy, J. (1995). Attachment and generalized anxiety disorder. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Emotion, cognition, and representation* (pp. 343-370). University of Rochester Press.
- Chanen, A. M., Jovev, M., McCutcheon, L. K., Jackson, H. J., & McGorry, P. D. (2008). Borderline personality disorder in young people and the prospects for prevention and early intervention. *Current Psychiatry Reviews*, *4*(1), 48-57.
- Chanen, A. M., & Kaess, M. (2012). Developmental pathways to borderline personality disorder. *Current psychiatry reports*, *14*(1), 45-53.
- Clark, G. I., Rock, A. J., Clark, L. H., & Murray-Lyon, K. (2020). Adult attachment, worry and reassurance seeking: Investigating the role of intolerance of uncertainty. *Clinical Psychologist*, *24*(3), 294-305.
- Coccaro, E. F., & Siever, L. J. (2005). Neurobiology. *Textbook of personality disorders*, 155-170.
- Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*. May; *135*(3), 495-510.
- Dugas, M. J., Buhr, K., & Ladouceur, R. (2004). The Role of Intolerance of Uncertainty in Etiology and Maintenance. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 143-163). The Guilford Press.
- Dykas, M. J., & Cassidy, J. (2011). Attachment and the processing of social information across the life span: theory and evidence. *Psychological bulletin*, *137*(1), 19.

- Feigenbaum, J. (2007). Dialectical behaviour therapy: An increasing evidence base. *Journal of Mental Health, 16*(1), 51-68.
- Fetzner M. G., Horswill S. C., Boelen P. A., Carleton R. N. (2013). Intolerance of Uncertainty and PTSD Symptoms: Exploring the Construct Relationship in a Community Sample with a Heterogeneous Trauma History. *Springer Science+Business Media New York 2013*.
- Freeston, M., Tiplady, A., Mawn, L., Bottesi, G., Thwaites, S. (2020). Towards a model of uncertainty distress in the context of Coronavirus (COVID-19). *The Cognitive Behaviour Therapist, 13*, E31.
- Garami, J., Haber, P., Myers, C. E., Allen, M. T., Misiak, B., Frydecka, D., & Moustafa, A. A. (2017). Intolerance of uncertainty in opioid dependency—Relationship with trait anxiety and impulsivity. *PloS one, 12*(7), e0181955.
- Gillibrand, R., Lam, V., O'Donnell, V., & Tallandini, M. A. (2013). *Psicologia dello sviluppo*. Pearson Italia.
- Grenier, S., Barrette, A. M., & Ladouceur, R. (2005). Intolerance of uncertainty and intolerance of ambiguity: Similarities and differences. *Personality and individual differences, 39*(3), 593-600.
- Helgeland, M. I., & Torgersen, S. (2004). Developmental antecedents of borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry, 45*(2), 138-147.
- Hill, D., & Tambelli, R. (2017). *Teoria della regolazione affettiva: un modello clinico*. R. Cortina.
- Holmes, J. (2004). Disorganized attachment and borderline personality disorder: A clinical perspective. *Attachment & human development, 6*(2), 181-190.
- Kernberg O. F., Michels R. (2009). Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry, 166*(5), 505-508.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet, 377*(9759), 74-84.
- Levy, K. N. (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and psychopathology, 17*(4), 959-986.
- Levy, K. N., Ellison, W. D., Scott, L. N., & Bernecker, S. L. (2011). Attachment style. *Journal of clinical psychology, 67*(2), 193-203.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet, 364*(9432), 453-461.
- Liotti, G., Pasquini, P., Cirrincione, R., & Italian Group for the Study of Dissociation. (2000). Predictive factors for borderline personality disorder: Patients' early traumatic experiences

- and losses suffered by the attachment figure. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(4), 282-289.
- Liotti, G. (2014). Disorganized attachment, models of borderline states and evolutionary psychotherapy. In *Genes on the couch* (pp. 242-266). Routledge.
- Luyten, P., Campbell, C., & Fonagy, P. (2021). Rethinking the relationship between attachment and personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, 37, 109-113.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 520–554). The Guilford Press.
- Main, M. (1995). Recent studies in attachment: Overview, with selected implications for clinical work. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 407–474). Analytic Press, Inc.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, 1, 121-160.
- Manna, V. (2004). Abuso sessuale infantile e disturbo Borderline di Personalità: considerazioni patogenetiche e terapeutiche. *Difesa sociale*, 83(2), 63-78.
- Masterson, J. F., & Rinsley, D. B. (1975). The borderline syndrome: The role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *International Journal of Psycho-Analysis*, 56, 163-177.
- McEvoy, P. M., & Mahoney, A. E. (2011). Achieving certainty about the structure of intolerance of uncertainty in a treatment-seeking sample with anxiety and depression. *Journal of anxiety disorders*, 25(1), 112-122.
- Miljkovitch, R., Deborde, A. S., Bernier, A., Corcos, M., Speranza, M., & Pham-Scottez, A. (2018). Borderline personality disorder in adolescence as a generalization of disorganized attachment. *Frontiers in psychology*, 1962.
- Mortensen, J. A., Evensmoen, H. R., Klensmeden, G., & Håberg, A. K. (2016). Outcome uncertainty and brain activity aberrance in the insula and anterior cingulate cortex are associated with dysfunctional impulsivity in borderline personality disorder. *Frontiers in human neuroscience*, 10, 207.
- New, A. S., Goodman, M., Triebwasser, J., & Siever, L. J. (2008). Recent advances in the biological study of personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(3), 441-461.

- Niedtfeld, I. (2017). Experimental investigation of cognitive and affective empathy in borderline personality disorder: effects of ambiguity in multimodal social information processing. *Psychiatry Research, 253*, 58-63.
- Oglesby M. E., Boffa J. W., Short N. A., Raines A. M., Schmidt N. B. (2016). Intolerance of uncertainty as a predictor of post-traumatic stress symptoms following a traumatic event. *Journal of Anxiety Disorders, 41*, 82-87.
- Oglesby M. E., Gibby B. A., Mathes B. M., Short N. A., Schmidt N. B. (2017). Intolerance of uncertainty and post-traumatic stress symptoms: An investigation within treatment seeking trauma-exposed sample. *Comprehensive Psychiatry, 72*, 34-40.
- Paris, J. (2009). The treatment of borderline personality disorder: implications of research on diagnosis, etiology, and outcome. *Annual Review of Clinical Psychology, 5*, 277-290.
- Preißler, S., Dziobek, I., Ritter, K., Heekeren, H. R., & Roepke, S. (2010). Social cognition in borderline personality disorder: evidence for disturbed recognition of the emotions, thoughts, and intentions of others. *Frontiers in behavioral neuroscience, 4*, 182.
- Reeves, M. D. (2007). The effect of invalidation on emotion regulation: An empirical investigation of Linehan's biosocial theory. The Florida State University.
- Rosen, N. O., Ivanova, E., & Knäuper, B. (2014). Differentiating intolerance of uncertainty from three related but distinct constructs. *Anxiety, Stress & Coping, 27*(1), 55-73.
- Sansone, R. A., Leung, J. S., & Wiederman, M. W. (2013). Externalized aggressive behaviors in patients with borderline personality symptomatology. *Southern Medical Journal, 106*(2), 136-40.
- Seivewright N. (1987). Relationship between life-events and personality in psychiatric disorder. *Stress Medicine, 3*, 163-168.
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2015). Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence—recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56*(12), 1266-1288.
- Shihata, S., McEvoy, P. M., & Mullan, B. A. (2017). Pathways from uncertainty to anxiety: An evaluation of a hierarchical model of trait and disorder-specific intolerance of uncertainty on anxiety disorder symptoms. *Journal of anxiety disorders, 45*, 72-79.
- Skodol, A., Stein, M., & Hermann, R. (2019). Borderline personality disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical features, course, assessment, and diagnosis. *UpToDate. Waltham, MA: UpToDate.*

- Skoglund, C., Tiger, A., Rück, C., Petrovic, P., Asherson, P., Hellner, C., Mataix-Cols, D., & Kuja-Halkola, R. (2021). Familial risk and heritability of diagnosed borderline personality disorder: a register study of the Swedish population. *Molecular psychiatry*, 26(3), 999-1008.
- Stone, M. H. (1990). *The fate of borderline patients: Successful outcome and psychiatric practice*. Guilford Press.
- Tyrer, P., Coombs, N., Ibrahimi, F., Mathilakath, A., Bajaj, P., Ranger, M., Rao, B., Din, R. (2007). Critical developments in the assessment of personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 190(S49), s51-s59.
- Van Ijzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Atkinson, L., & Zucker, K. (1997). Intergenerational transmission of attachment: A move to the contextual level. *Attachment and psychopathology*, 135-170.
- Wheaton, M. G., & Ward, H. E. (2020). Intolerance of uncertainty and obsessive-compulsive personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(5), 357.
- Widom, C. S., Czaja, S. J., & Paris, J. (2009). A prospective investigation of borderline personality disorder in abused and neglected children followed up into adulthood. *Journal of personality disorders*, 23(5), 433-446.
- Yildiz, B., & Iskender, M. (2021). The secure attachment style oriented psycho-educational program for reducing intolerance of uncertainty and academic procrastination. *Current Psychology*, 40(4), 1850-1863.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Marino, M. F., Schwartz, E. O., & Frankenburg, F. R. (1989). Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive psychiatry*, 30(1), 18-25.
- Zdebik, M. A., Moss, E., & Bureau, J. F. (2018). Childhood attachment and behavioral inhibition: Predicting intolerance of uncertainty in adulthood. *Development and psychopathology*, 30(4), 1225-1238.