

In: Lazzari D. (a cura di) (2013): **Psicoterapia: effetti integrati, efficacia e costi-benefici**. Tecniche Nuove, Milano, pp. 106-140.

Capitolo 4

Psicoterapia e attaccamento. Il paradigma dell'attaccamento nella pratica clinica

Franco Baldoni

LA TEORIA DELL'ATTACCAMENTO COME PARADIGMA SCIENTIFICO

Negli ultimi decenni la teoria dell'attaccamento, proposta originariamente da John Bowlby a metà del secolo scorso (Bowlby, 1951, 1969, 1973, 1979, 1980, 1988), si è imposta come un vero e proprio paradigma scientifico caratterizzato da presupposti e concetti specifici, da propri metodi di valutazione e da modalità caratteristiche per la definizione dei problemi e l'attuazione di interventi di prevenzione e di cura. Il successo di questa teoria, che integra la prospettiva psicoanalitica con i dati di ricerca sviluppati in diversi ambiti scientifici (etologia, teorie evoluzionistiche, teoria generali dei sistemi, cibernetica, cognitivismo, neuropsicologia, e neuroscienze), è legato alla sua compatibilità con modelli e campi di applicazione molto differenti (*Infant Research, Developmental Psychology, neuropsichiatria infantile, psichiatria dell'adulto, psicologia della coppia e della famiglia*), al punto che attualmente circa il 70% degli studi in psicologia clinica vengono svolti tenendo conto del concetto di attaccamento (Cassidy, Shaver, 1999, 2008).

Com'è noto, la teoria dell'attaccamento sostiene che l'essere umano manifesta una predisposizione innata a sviluppare "relazioni di attaccamento" con i genitori o con altri membri della stessa specie. La funzione di queste relazioni, che si evidenziano in modo chiaro e stabile dalla fine del primo anno di vita, sarebbe quella di garantire la sicurezza e la protezione nei confronti dei pericoli.

Paradossalmente questo modello, nonostante sia stato sviluppato da uno psicoanalista, ha trovato le maggiori resistenze a essere accet-

tato proprio all'interno dell'ambiente psicoanalitico. I concetti introdotti da Bowlby, infatti, si contrapponevano alla posizione della psicoanalisi classica riguardo le motivazioni che portano gli esseri umani a sviluppare legami significativi. Come noto, la teoria pulsionale freudiana ritiene che il bambino sviluppi un legame significativo con la madre spinto dalla necessità di gratificare i propri desideri di natura sessuale, particolarmente quelli orali. La teoria dell'attaccamento, diversamente, sostiene che il bisogno di protezione dai pericoli rappresenta per la nostra specie una motivazione primaria importante almeno quanto la pulsione sessuale.

In realtà Bowlby riteneva che la sua posizione teorica non fosse lontana dalla psicoanalisi, ma dovesse essere considerata una variante della teoria delle relazioni oggettuali (anche se l'importanza delle pulsioni sessuali veniva da lui fortemente ridimensionata) e sperava di contribuire con le proprie idee a un maggiore riconoscimento scientifico della psicoanalisi, condividendo l'opinione espressa fin dall'inizio dallo stesso Freud (1895)¹.

Avendo sempre creduto che il corpus di conoscenza etichettato psicoanalisi dovesse diventare parte delle scienze naturali, fui addolorato dall'intensità delle opposizioni. Accettare che la psicoanalisi dovesse abbandonare il suo obiettivo di diventare una scienza naturale e dovesse invece considerarsi una disciplina ermeneutica mi è sempre sembrato non solo il risultato di idee obsolete riguardo alla scienza ma anche un consiglio disperato; perché, in una disciplina ermeneutica, non esistono criteri la cui applicazione possa mai risolvere i disaccordi.

Un problema incontrato da ogni analista che abbia proposto nuove idee teoriche è quello di subire la critica che la nuova teoria "non è psicoanalisi". Tale critica dipende, naturalmente, da come noi definiamo la psicoanalisi. Sfortunatamente, è troppo frequente definirla in termini di teorie freudiane. Ciò contrasta con le definizioni adottate dalle discipline accademiche, che sono sempre in termini di fenomeni da studiare e problemi da risolvere. In tali discipline il progresso è frequentemente segnato da cambiamenti di teoria, talvolta da cambiamenti rivoluzionari (Bowlby, 1988, tr. it. 1989, p. 55).

¹ Nell'introduzione al suo *Progetto di una Psicologia* Freud scrive: "L'intenzione di questo progetto è di dare una psicologia che sia una scienza naturale, ossia di rappresentare i processi psichici come stati quantitativamente determinati di particelle materiali identificabili, al fine di renderli chiari e incontestabili. Due sono le idee principali: 1) di considerare come ciò che distingue l'attività dalla quiete una quantità (...), soggetta alle leggi generali del movimento; 2) di considerare i neuroni come le particelle materiali" (Freud, 1895, tr. it. 1968, p. 201).

Un suo obiettivo primario, quindi, fu quello di avvicinare la psicoanalisi alla scienza contemporanea, formulando concetti teorici basati su dati di ricerca e utilizzando una metodologia che permettesse di mettere alla prova le ipotesi di partenza, sottoponendole a una procedura di falsificazione come sostenuto da Karl Popper (1972). Un secondo obiettivo dichiarato da Bowlby era prettamente clinico, in quanto sperava di contribuire, con le proprie idee, allo sviluppo di un trattamento psicoanalitico più moderno ed efficace. Nonostante le sue intenzioni, però, la teoria dell'attaccamento ha tardato a fornire modelli concettuali e tecniche utili alla psicoterapia dinamica.

È un po' inaspettato il fatto che, mentre la teoria dell'attaccamento venne formulata da un clinico per essere utilizzata nella diagnosi e nel trattamento di pazienti emotivamente disturbati e delle loro famiglie, essa sia stata fin qui utilizzata principalmente per promuovere ricerche nel campo della psicologia dello sviluppo. Mentre io accolgo con piacere i risultati di queste ricerche, che estendono enormemente le nostre conoscenze sullo sviluppo della personalità e sulla psicopatologia e quindi hanno la più ampia rilevanza clinica, sono però deluso dal fatto che i clinici siano stati così lenti nel sottoporre a verifica le applicazioni pratiche della teoria (Bowlby, 1988, tr. it. 1989, p. XIII).

Questa difficoltà a utilizzare clinicamente la teoria dell'attaccamento può essere parzialmente spiegata dalla resistenza della psicoanalisi degli anni '60-'70 ad accettare un modello che minimizzava il ruolo della pulsione sessuale come motivatore fondamentale del comportamento umano in favore della necessità di proteggersi dai pericoli e che dava importanza all'ambiente esterno e alle esperienze reali (in particolare quelle vissute all'interno della famiglia o conseguenti a eventi traumatici e di perdita) piuttosto che alle fantasie inconsce (Baldoni, 2012a). Anche la funzione terapeutica dell'interpretazione veniva ridimensionata, in favore di una maggiore enfasi riguardo la relazione interpersonale (Dazzi, Zavattini, 2011). Fino a non molti anni fa, infatti, la maggior parte degli psicoanalisti continuavano a ritenere questa prospettiva come "antipsicoanalitica" e a pensare erroneamente che non fosse possibile organizzare un'interpretazione basata sull'attaccamento.

Un'altra ragione, però, si può riconoscere nell'atteggiamento di Bowlby, che, pur essendo uno psicoanalista formatosi nell'am-

biente Kleiniano (era stato analizzato da Joan Riviere e la stessa Melanie Klein si era occupata della sua supervisione), ha manifestato più interesse per la ricerca e la speculazione teorica piuttosto che per l'attività clinica, nei confronti della quale non aveva una particolare inclinazione (lui stesso era consapevole di alcune inibizioni nella relazione con i propri pazienti) (Holmes, 1993; Attili, 2007; van Der Horst, 2011; Baldoni, 2012a). La sua stessa apertura verso altri modelli scientifici (teorie sistemiche, etologia, cognitivismo) deve avere irritato l'ambiente psicoanalitico, che in quel periodo tendeva a non considerare le altre scienze della mente.

In ogni caso Bowlby si occupò di problematiche terapeutiche soprattutto alla fine della sua vita e fu solo dopo la pubblicazione del suo ultimo libro "Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento" (Bowlby, 1988) che la ricerca in questo ambito cominciò a svilupparsi seriamente. In questo lavoro, per la prima volta, Bowlby espone il proprio pensiero clinico fornendo cinque indicazioni fondamentali per una *psicoterapia basata sulla teoria dell'attaccamento* (vedi Tab. 1).

1. *Fornire al paziente una base sicura* che gli permetta di esplorare gli aspetti infelici e angosciosi della propria vita.
2. *Assistere il paziente nelle sue esplorazioni aiutandolo a riconoscere le modalità attuali di entrare in relazione con gli altri e di sviluppare relazioni intime*, in particolare quando si tratta di situazioni per lui negative.
3. *Aiutare a riconoscere le modalità di relazione con il terapeuta e l'influenza che i propri modelli operativi interni di sé e dei genitori hanno sul modo di percepirla* (quello che la psicoanalisi chiama *transfert*).
4. *Incoraggiare a esaminare come gli eventi relativi alla propria infanzia e adolescenza*, in particolare nella relazione con i genitori, influenzino oggi il modo di percepire e reagire al mondo. Questo processo è spesso doloroso e il paziente deve sentirsi legittimato a esprimere le emozioni negative, anche se angosciose o colpevolizzanti.
5. *Rendere il paziente capace di riconoscere come le proprie rappresentazioni di sé e degli altri* derivate da eventi dolorosi del passato o da messaggi distorti dei genitori (che spesso vengono male interpretate come "fantasie") *possono essere o non essere appropriate per il suo presente e futuro*.

TAB. 1 – I CONSIGLI DI BOWLBY PER UNA PSICOTERAPIA BASATA SULLA TEORIA DELL'ATTACAMENTO

1. Porsi come base sicura

2. Aiutare a riconoscere le modalità attuali di entrare in relazione con gli altri e di sviluppare relazioni intime

3. Aiutare a riconoscere le modalità di relazione con il terapeuta e l'influenza che i propri modelli operativi interni hanno sul modo di percepirla (transfert)

4. Aiutare a riconoscere come la propria infanzia influenza il modo di percepire e reagire al mondo (favorendo la comprensione e la riconciliazione verso le figure di attaccamento)

5. Aiutare a riconoscere come le proprie rappresentazioni di Sé e degli altri guidino il paziente inconsapevolmente e oggi possano non risultare adeguate

In questi consigli il pensiero di Bowlby è evidente. La relazione terapeutica è considerata una relazione di attaccamento, viene evidenziata la funzione di base sicura svolta dal clinico, viene analizzata l'influenza dei modelli operativi interni (basati sull'esperienza passata, in particolare quella infantile) sulle relazioni attuali, sulle manifestazioni sintomatiche e sui processi di transfert. Le principali implicazioni della teoria dell'attaccamento per la pratica psicoterapeutica psicoanalitica sono esposte nella Tab. 2.

TAB. 2 – ATTACAMENTO IN PSICOTERAPIA

1. Il legame terapeutico è una relazione di attaccamento

2. Il terapeuta agisce come base sicura

3. I sintomi svolgono una funzione difensiva e si attivano di fronte al pericolo (comportamenti di attaccamento)

4. I Modelli Operativi Interni sono alla base del transfert e influenzano la relazione terapeutica

LA RELAZIONE TERAPEUTICA COME BASE SICURA

Un concetto centrale della teoria dell'attaccamento è quello di *legame (o relazione) di attaccamento*, la cui funzione specifica è proteggere dal pericolo e favorire l'adattamento e l'esplorazione dell'ambiente. Non tutti i legami umani, anche se significativi, però, svolgono questa funzione. Le relazioni di attaccamento, infatti, pre-sentano alcune caratteristiche fondamentali (Weiss 1982, 1991), in particolare:

1) la *ricerca della vicinanza (proximity seeking)* tra la persona attaccata e la persona che offre attaccamento. Questo aspetto è evidente nel bambino piccolo quando, per sentirsi tranquillo, tiene la madre per mano, la abbraccia oppure la vuole a portata di sguardo. Nel bambino più grande e nell'adulto la ricerca della vicinanza si manifesta su un piano più psicologico (è sufficiente che la persona alla quale siamo attaccati ci pensi, si interessi a noi e sia disponibile ad aiutarci in caso di necessità);

2) la reazione di *protesta per la separazione (separation protest)*, che consiste nella manifestazione di "comportamenti di attaccamento" che si attivano, soprattutto nelle condizioni di pericolo, quando la figura di attaccamento è lontana o non disponibile. Non appena raggiunto l'obiettivo (oppure se l'obiettivo non è più raggiungibile) queste manifestazioni cessano. Il bambino piccolo, quando è allontanato dalla madre in un ambiente poco familiare (ad esempio se viene inserito all'asilo), piange, grida, la chiama, ma se la madre accetta di riportarlo a casa, oppure se ne va, il bambino smette di lamentarsi. Nell'adulto questi comportamenti possono essere più sofisticati ed elaborati: ad esempio quando avviene una separazione forzata tra due innamorati oppure se un membro della coppia minaccia di abbandonare l'altro;

3) lo sviluppo di una *base sicura (secure base)*, cioè di quella particolare atmosfera di sicurezza e fiducia che si instaura tra figura attaccata e figura di attaccamento. Questo concetto, introdotto da Mary Ainsworth (1967; Ainsworth et al., 1978), è stato particolarmente valorizzato da Bowlby (1979, 1988) che ha spiegato come un bambino, per esplorare in modo sereno l'ambiente extra-familiare, abbia bisogno di sentirsi sicuro di poter ritornare "sapendo per certo che sarà il benvenuto, nutrito sul piano fisico ed emotivo, confortato se triste, rassicurato se spaventato" (1988, p.10). Bowlby paragonò questa funzione a quella svolta da un comandante di una base militare da cui parte una guarnigione per una missione. L'ufficiale che

comanda la spedizione potrà addentrarsi nel territorio, esplorandolo e accettando di correre rischi, solo se potrà fare affidamento su una base sicura alla quale ritornare in caso di difficoltà. Fornire una base sicura è una delle caratteristiche principali dell'essere genitori. Quelli che sanno porsi come base sicura sostengono i figli nelle esperienze di autonomia in modo non intrusivo, ma, quando necessario, intervengono per proteggerli, rassicurarli e accudirli, offrendo loro un rifugio sicuro (*secure haven*). Questa funzione è molto importante anche nelle relazioni di attaccamento tra adulti e si manifesta con particolare evidenza all'interno della vita di coppia quando si debbano affrontare momenti di particolare pericolo o difficoltà, come gravidanza, lutti, esperienze traumatiche, malattie o conflitti con il mondo sociale (Baldoni, 2005, 2010a, 2010b, 2010c, 2012a).

Le tre condizioni descritte sono evidenti soprattutto nelle relazioni di attaccamento sicure, mentre in quelle insicure, particolarmente quelle che si sviluppano in condizioni costanti di pericolo psicologico o fisico (a volte conseguenza del comportamento della stessa figura di attaccamento), possono presentare notevoli differenze. In particolare, l'effetto di base sicura può essere limitato o mancare (la figura di attaccamento può essere, in alcuni casi, spaventosa o spaventante). In questi casi si manifestano strategie comportamentali distanzianti o preoccupate al fine di raggiungere la migliore condizione di sicurezza possibile all'interno di quella specifica relazione (Baldoni, 2010a).

Bowlby ha evidenziato che il *legame tra paziente e terapeuta*, se efficace, si configura come una vera e propria relazione di attaccamento, in quanto presenta le principali caratteristiche di questa: il bisogno di vicinanza (il paziente sente il bisogno di rimanere in contatto costante con il proprio terapeuta), la protesta per la separazione (basti pensare alle reazioni che hanno alcuni pazienti nei momenti di pausa della terapia, ad esempio in occasione delle festività natalizie o delle ferie estive) e l'effetto di base sicura, cioè quel senso di sicurezza che permette, una volta sviluppato, di esprimere anche le emozioni negative o vergognose e di affrontare argomenti angosciosi, colpevolizzanti o spaventosi, con la fiducia di essere protetto dal proprio terapeuta in caso di una sofferenza eccessiva. Bowlby stesso riconosce che questa funzione di base sicura è molto simile a quella descritta da Donald Winnicott come *holding* e da Wilfred Bion come *containing* (Bowlby, 1988, tr. it., 1989, p. 136). Se il terapeuta non dà il tempo al paziente di sviluppare un senso di fiducia nel suo operato, una vera e propria terapia non può nep-

pure avere inizio. Molti pazienti, ad esempio, riescono a ricordare e a raccontare i sogni solo dopo settimane o mesi di trattamento. E' necessario quindi attendere che la relazione terapeutica si configuri come base sicura, prima di esporre il paziente a interventi che possono turbarlo, come interpretazioni precoci, osservazioni, domande o prescrizioni inopportune.

La teoria dell'attaccamento, inoltre, considera la funzione svolta dai sintomi al fine di proteggere dal pericolo e di garantire la sicurezza. Si tratta in questi casi di comportamenti di attaccamento (di protesta), di strategie distanzianti/evitanti (ipoattivanti) e di strategie preoccupate/ambivalenti (iperattivanti) che si manifestano di fronte alle situazioni di stress o di pericolo e che sono basate sulle esperienze dolorose del passato o sui messaggi distorti dei genitori. Gli stessi comportamenti che nell'infanzia hanno protetto, però, potrebbero risultare inadeguati nella vita presente o futura.

MODELLI OPERATIVI INTERNI E TRANSFERT

Un altro concetto fondamentale della teoria dell'attaccamento è quello di *modelli operativi interni* (*Internal Working Models, IWM*). Secondo Bowlby, ogni individuo costruisce psicologicamente dei "modelli operativi del mondo e di se stesso nel mondo con l'aiuto dei quali percepisce gli eventi, prevede il futuro e costruisce i propri programmi" (1973, pp. 259-260). Questi modelli sono schemi mentali relativi all'attaccamento, cioè rappresentazioni interne di se stessi, delle proprie figure d'attaccamento e dell'ambiente, come pure delle relazioni che li legano e da essi dipendono i *pattern* (o *stili*, o *configurazioni*) di *attaccamento* (un termine più recente è *rappresentazioni disposizionali*). Si tratta di modelli di relazione che si sviluppano nei primi anni di vita e che si mantengono relativamente stabili nel tempo. I modelli operativi interni vengono utilizzati per rapportarsi con il mondo esterno. In questo modo le esperienze passate, particolarmente quelle relative ai pericoli, possono essere interiorizzate generando aspettative che vengono poi utilizzate come guida influenzando il comportamento presente e futuro. Bowlby riteneva che questi modelli rappresentazionali fossero "multipli" (anche se organizzati gerarchicamente), in quanto legati a diverse figure di attaccamento (madre, padre, nonni, altri adulti) e che si differenziassero in quanto caratterizzati da funzioni cognitive specifiche, in particolare dall'uso differente dei sistemi di memo-

ria (come quella procedurale, quella semantica, quella per immagini o quella episodica) (Bowlby, 1980). I modelli operativi interni sono alla base dei fenomeni di transfert e influenzano la relazione terapeutica. Essi, infatti, generano aspettative, emozioni e comportamenti che hanno origine nelle relazioni infantili e si attivano nelle relazioni attuali, caratterizzando in particolare le modalità di relazione con il terapeuta.

Il concetto di modelli operativi interni, nonostante sia espresso con una terminologia influenzata dal cognitivismo, richiama quello psicoanalitico di mondo interno (fondamentale nella teoria delle relazioni oggettuali) e permette di comprendere in una nuova prospettiva fenomeni di rilevanza clinica per la psicoanalisi come i meccanismi di difesa, la coazione a ripetere, l'angoscia di separazione e le esperienze di perdita.

I modelli operativi interni presentano due dimensioni, entrambe influenzate dalla qualità della relazione di attaccamento e del conseguente effetto di base sicura: la ricerca di protezione nei confronti dei pericoli e lo sviluppo di una capacità di esplorazione dell'ambiente (vedi Fig. 1) (Baldoni, 2007).

La prima di queste dimensioni, evidenziata sin dai primi lavori di Bowlby e Mary Ainsworth (che la utilizzò per classificare le relazioni di attaccamento attraverso la *Strange Situation*), è tuttora la più studiata sia nel bambino che nell'adulto. Riguarda i comportamenti di attaccamento (ricerca della vicinanza, protesta per la separazione) e le conseguenti reazioni difensive di adattamento (come il distanziamento e l'evitamento) che si manifestano nelle situazioni di pericolo. Gli affetti sollecitati da queste situazioni sono la paura, la rabbia, la tristezza e le sensazioni di vulnerabilità e il desiderio di conforto.

Una seconda dimensione dei modelli operativi interni, già individuata da Ainsworth (1967; Ainsworth et al., 1978) e Bowlby (1988), ma valorizzata solo in anni recenti (Grossmann, Grossmann, Zimmermann, 1999), riguarda lo sviluppo, anch'esso conseguente a un effetto di base sicura, della *capacità di esplorazione*. La funzione dell'attaccamento, infatti, non è solo di proteggere dal pericolo, ma anche quella di garantire un relativo senso di sicurezza, fiducia, curiosità e interesse nell'esplorazione dell'ambiente e nei confronti delle nuove esperienze. Questa dimensione risulta particolarmente importante per la psicoterapia, in quanto solo se il rapporto con lo psicoterapeuta costituisce una base sicura il paziente può esplorare gli aspetti angosciosi e problematici del suo passato e del

presente, sapendo che, in caso di sofferenza eccessiva, il suo terapeuta lo proteggerà e lo conforterà. Bowlby sosteneva che l'attaccamento accompagna l'uomo "dalla culla alla bara" (1988, p. 59) nel senso che la sua funzione continua a essere importante per tutta la vita, ma ciò non implica necessariamente che i modelli operativi interni non si modifichino. Le ricerche sull'attaccamento hanno dimostrato che per il loro sviluppo sono importanti le esperienze reali, sia presenti che passate (Bowlby, 1969, 1973, 1980). Per quanto si organizzino nei primi anni di vita e si mantengono relativamente stabili nel corso dell'esistenza, le rappresentazioni interne relative all'attaccamento evolvono con il tempo e possono andare incontro a profondi processi di *riorganizzazione* (con modifiche della configurazione da distanziante a preoccupato oppure da insicuro a sicuro o viceversa). Questo può avvenire sia in funzione dello sviluppo individuale, che in occasione di esperienze significative e cambiamenti esistenziali che hanno implicazioni riguardo al proprio vissuto di sicurezza (vita di coppia, diventare genitori, lutti, malattie, esperienze traumatiche, psicoterapie) (Crittenden, 2008a, 2008b). Nei suoi consigli per lo sviluppo di una psicoterapia basata sulla teoria dell'attaccamento Bowlby (1988) insiste sull'importanza dei modelli operativi interni e sostiene che bisogna incoraggiare il paziente a *esaminare gli eventi relativi alla propria infanzia e adolescenza*, in particolare quelli legati al rapporto con i genitori, riconoscendo *come oggi influenzino il suo modo di percepire e reagire al mondo*. Dovrà imparare a riconoscere quanto i modelli operativi interni condizionino le *modalità attuali di entrare in relazione con gli altri e di sviluppare le relazioni intime*, soprattutto nei rapporti affettivi e nella relazione con lo psicoterapeuta (costituendo la base del transfert). Il lavoro terapeutico potrà aiutarlo a *riconoscere come le proprie rappresentazioni di sé e degli altri* derivate da eventi dolorosi del passato o da messaggi distorti dei genitori, pur giustificate dalle sue esperienze passate, *non sono necessariamente appropriate per il suo presente e per il futuro*. Questo processo può essere faticoso e doloroso per il paziente, che deve sentirsi legittimato a manifestare le proprie emozioni negative (paura, rabbia, vulnerabilità), anche quando comportano angoscia o sensi di colpa. Con il tempo la terapia può favorire una migliore comprensione e accettazione delle proprie figure di attaccamento, promuovendo la riconciliazione, nonostante i loro limiti e le circostanze dolorose del passato.

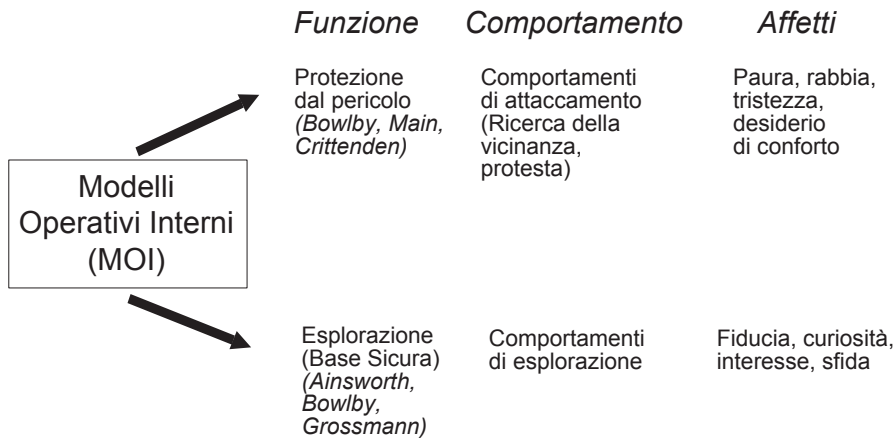


Figura 1 - Le dimensioni dell'attaccamento (da: Baldoni, 2007).

ATTACCAMENTO E PSICOTERAPIA DINAMICA

L'atteggiamento della comunità psicoanalitica nei confronti della teoria dell'attaccamento oggi è completamente mutato. In particolare il consenso relativo ai concetti di pulsione e di energie psichiche è diminuito a favore di un maggiore interesse nei confronti della dimensione relazionale dell'esperienza terapeutica, delle dinamiche emozionali (in termini di transfert e controtransfert), dei processi di mentalizzazione e della comunicazione non verbale.

Gli psicoanalisti contemporanei, inoltre, non tendono più a riferirsi a un unico modello teorico e accettano influenze e contaminazioni da altri paradigmi scientifici (Baldoni, 2012b). Nel proprio lavoro clinico utilizzano concetti teorici e tecniche ispirate alla teoria generale dei sistemi e alla cibernetica (che hanno introdotto i concetti di causalità circolare, di feedback e di relazione terapeutica come sistema, fornendo modelli efficaci per gli interventi sulla coppia, sui gruppi e sulla famiglia), al cognitivismo (al quale si deve l'approfondimento di importanti funzioni mentali, come i sistemi di memoria), alle neuroscienze (che permettono la descrizione funzionale delle aree sottostanti i processi mentali) e, soprattutto, alla teoria dell'attaccamento (che ha evidenziato l'importanza della ricerca di sicurezza e della protezione dai pericoli).

In particolare, la teoria dell'attaccamento si è rivelata un paradigma valido per lo sviluppo di nuove tecniche utilizzate in psicotere-

rapia individuale dell'adulto (Endres, Hauser, 2001; Holmes, 2001; Wallin, 2007; Jurist, Slade, Bergner, 2008; Slade, 2008; Heard, Lake, McCluskey, 2009; Milch, Sahhar, 2010), in terapie di coppia, di gruppo e familiari (Doane, Diamond, 1994; Byng-Hall, 1995, 1999; Fearon et al., 2006; Johnson, 2008), nel trattamento dei bambini e nell'assistenza alla genitorialità (avvalendosi anche di metodiche di *videofeedback* e *parent training*) (Cicchetti, Toth, Rogosch, 1999; Cassibba, van IJzendoorn, 2005; Juffer, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, 2007; Berlin, Zeanah, Lieberman, 2008; Slade, 2010).

Nell'ultimo decennio, inoltre, gli studi sulla mentalizzazione (Fonagy et al., 2002; Fonagy, Target, 2001; Bateman, Fonagy, 2004; Allen, Fonagy, 2006; Fonagy, Gergely, Target, 2008), sviluppati integrando ricerche sull'attaccamento con altre di matrice psicoanalitica, cognitivista e neuroscientifica, sono risultati particolarmente utili per la comprensione del processo clinico e per la tecnica psicoterapeutica dinamica nella cura dei pazienti più gravi (alterazioni del comportamento di malattia, pazienti alessitimici, disturbi di personalità, sindromi dissociative, pazienti traumatizzati o abusati, patologie pre-psicotiche) (Baldoni, 2010a). Recentemente sono stati proposti specifici protocolli terapeutici integrati che favoriscono la mentalizzazione utilizzando come paradigma la teoria dell'attaccamento e che combinano tecniche psicoanalitiche, cognitivo-comportamentali e sistemiche con un'eventuale farmacoterapia (Jurist, Slade, Bergner, 2008; Slade, 2008). Esempi di questo tipo di trattamenti sono: il *Brief Attachment-Based Intervention* (BABI) di Jeremy Holmes (Holmes, 2001), la *Mentalization Based Therapy* (MBT) di Peter Fonagy and Antony Bateman (Bateman, Fonagy, 1999, 2004, 2006, 2008; Allen, Fonagy, 2006; Allen, Fonagy, Bateman, 2008), utilizzata per la cura dei disturbi di personalità, e, in una prospettiva familiare sistemica, la *Short-term Mentalization And Relational Therapy* (SMART) o *Mentalization-Based Family Therapy* (MBFT) di Pasco Fearon (Fearon et al., 2006).

La maggior parte di questi protocolli terapeutici, pur partendo dalle idee di Bowlby, sono basati, per quanto riguarda i bambini, sui modelli teorici e sulle categorie dell'attaccamento sviluppate da Mary Ainsworth: *sicuro* (B), *insicuro evitante* (A) e *insicuro ambivalente/resistente* (C) (Ainsworth, Witting, 1969), con l'aggiunta del pattern *disorganizzato* (D) descritto originariamente da Main e Solomon (Main, Solomon, 1986; Solomon, George, 1999). Queste categorie sono state individuate utilizzando la *Strange Situation* (SS), una metodologia standardizzata per la valutazione degli stili di attacca-

mento nei bambini da 10 a 18 mesi di vita. Si tratta di una procedura videoregistrata della durata di una ventina di minuti in cui un bambino e la propria madre vengono introdotti in un ambiente sconosciuto ed esposti a momenti di separazione e riunione alla presenza di un estraneo (solitamente di sesso femminile).

I trattamenti per l'adolescenza e l'età adulta fanno per la maggior parte riferimento alle categorie dell'attaccamento descritte da Mary Main assieme a Ruth Goldwyn e Eric Hesse: *sicuro/autonomo* (o *libero*) (*free/autonomous*, F) (corrispondente al pattern infantile sicuro); *distanziante* (*dismissing*, Ds) (corrispondente al pattern infantile evitante); *preoccupato* (*entangled*, E) (corrispondente al pattern infantile ambivalente/resistente) e *irrisolto* (*unresolved*, U) (corrispondente al pattern infantile disorganizzato) (Main, Goldwyn, Hesse, 1982-2008). In questo caso la metodologia utilizzata più frequentemente per l'assessment è l'*Adult Attachment Interview* (AAI), ideata nel 1984 da Carol George, Nancy Kaplan e Mary Main (1984, 1986, 1996). Si tratta un'intervista semistrutturata composta da una serie di domande aperte che riguardano il rapporto con le figure d'attaccamento a partire dall'infanzia. La procedura, la cui durata può variare dai 45 ai 90 minuti, è molto simile a un colloquio clinico ed è stata definita dai suoi ideatori "un tentativo di sorprendere l'inconscio", in quanto pone il soggetto di fronte a richieste impreviste e al rischio di contraddizioni. L'intera intervista viene audioregistrata e successivamente trascritta in modo preciso, segnalando con accuratezza anche aspetti non verbali come silenzi, pause, balbettii e incertezze nell'eloquio.

LA PSICOTERAPIA DINAMICA NELLA PROSPETTIVA DEL MODELLO DINAMICO-MATURATIVO

Il *Modello Dinamico-Maturativo dell'attaccamento e dell'adattamento* (*Dynamic-Maturational Model*, DMM), è stato sviluppato grazie al contributo di Patricia Crittenden (Crittenden, Ainsworth, 1989; Crittenden, 2000, 2006, 2008a, 2008b), una ricercatrice americana allieva di John Bowlby e di Mary Ainsworth che ha approfondito lo studio dell'attaccamento in varie parti del mondo, considerando differenti contesti etnici e socio-culturali, in particolare le famiglie in condizioni di rischio psicosociale, come quelle al cui interno si verificano episodi di maltrattamento e di abuso oppure in cui sono presenti pazienti psichiatrici (Crittenden, 1994, 1997). Il

DMM tiene in considerazione il contributo della psicoanalisi, della psicologia evolutiva, della psicologia cognitiva, delle neuroscienze e delle teorie evoluzionistiche e sistemiche e offre una visione dello sviluppo dell'individuo e delle sue capacità di adattamento nel ciclo vitale che costituisce una guida preziosa per l'organizzazione di un intervento psicoterapeutico.

Il DMM presenta alcune caratteristiche fondamentali.

a) Segue una *prospettiva evoluzionistica*, cioè i comportamenti umani sono interpretati in termini di selezione naturale e di adattamento all'ambiente, inserendoli all'interno del ciclo vitale dell'individuo e della sua famiglia (un strada tracciata originariamente da Bowlby e Ainsworth). I diversi pattern di attaccamento (e le strategie comportamentali che li caratterizzano) si sviluppano in specifiche condizioni relazionali e ambientali del passato, rappresentano un tentativo di adattamento e vanno valutati nel loro contesto attuale sulle base della loro efficacia a proteggere dal pericolo. Come indicato da Bowlby (1988), infatti, i pattern e i comportamenti del paziente non possono essere considerati di per sé sani o patologici, ma adeguati o inadeguati rispetto allo specifico contesto a cui sono applicati. Questo riconoscimento della funzione adattiva delle strategie di attaccamento si rivela di notevole importanza clinica, in quanto permette di spiegare lo sviluppo e il mantenimento di disturbi psicopatologici, evitando di assumere nei confronti dei pazienti posizioni moralistiche o socialmente discriminanti.

b) L'enfasi è posta sulla *necessità di proteggersi dai pericoli* e di garantire la sicurezza, piuttosto che sulla nozione di base sicura (anche se questi due aspetti possono essere considerati i lati di una stessa medaglia). Molte persone vissute in condizioni di pericolo, infatti, hanno sviluppato nell'infanzia relazioni di attaccamento con caregiver che non erano in grado di fornire una base sicura che alimentasse un senso di fiducia e incoraggiasse l'esplorazione (a volte un genitore può essere di per sé spaventoso o spaventante).

c) La valutazione dell'attaccamento è basata sull'utilizzo di *strumenti specifici per ogni fascia di età* (per una rassegna vedi Farnfield et al., 2010) come il *Child-Adult Relationship Experimental Index (CARE-Index*, nelle versioni *Infant*, 0-15 mesi e *Toddler*, 16-72 mesi) (Crittenden, 1979-2007), la *Strange Situation (SS)* codificata secondo il DMM (Crittenden, 2003), il *Preschool Assessment of Attachment (PAA)* (Crittenden 1988-2004), lo *School-age Assessment of Attachment (SAA)* (Crittenden, 1997-2007; Crittenden, Landini,

1999-2005) la *Transition to Adulthood Attachment Interview* (TAAI) (Crittenden, 2005) e la *Adult Attachment Interview* (AAI) (Crittenden, 1999; Crittenden, Landini, 2011). Questi strumenti di assessment, in quanto esperienze relazionali, oltre a fornire informazioni fondamentali sulla configurazione di attaccamento del paziente possono costituire una prima occasione di trattamento e di sviluppo di un'alleanza terapeutica.

d) Viene proposto un nuovo *sistema di classificazione dell'attaccamento* che deriva direttamente da quello sviluppato da Mary Ainsworth (Ainsworth et al., 1978; Ainsworth, 2006), ma presenta numerose integrazioni ed espansioni, in particolare la possibilità di stili di *attaccamento distanziante o preoccupato ad alto indice* (A3-8 e C3-8) che si sviluppano in contesti in cui l'individuo è esposto costantemente a pericoli di tipo psicologico o fisico². Tutte le configurazioni di Ainsworth e Main sono comunque mantenute (tranne le categorie disorganizzate, che in questo modello non vengono contemplate), ma si considera la possibilità che l'espressione del pattern di attaccamento sia alterata dalla presenza di *modificatori* (come la mancata risoluzione di traumi o lutti, la depressione e l'intrusione improvvisa di affetti negativi proibiti), che sono un indice dello stato globale di adattamento della strategia di attaccamento al contesto attuale. I pattern di attaccamento, inoltre, secondo il DMM possono evolvere, in quanto nel corso della vita possono subire delle modificazioni (*riorganizzazioni*), sia in funzione dello sviluppo, che in seguito a eventi esistenziali importanti.

² Secondo il Modello Dinamico-Maturativo (DMM), i soggetti equilibrati (tipo B) esprimono in modo diretto e autentico le loro emozioni e rivelano con chiarezza le proprie intenzioni integrando in modo flessibile l'affettività con la cognitività. Questo atteggiamento si rivela il più efficace nei confronti di situazioni di minaccia lieve che non deriva dalle proprie figure di attaccamento. Diversamente, i soggetti insicuri distanzianti (tipo A) inibiscono o falsificano le proprie reazioni affettive (in particolare la rabbia, la paura e la vulnerabilità) e distorcono la cognitività (idealizzando o esonerando le figure di attaccamento dalle loro responsabilità) per concentrarsi su un pensiero razionale che permetta di controllare meglio gli eventi. Le persone insicure preoccupate (tipo C), al contrario, esagerano o esprimono in modo scisso e alternato la loro affettività (esprimendo solo rabbia o solo paura e vulnerabilità) e falsificano la cognitività (arrivando a non riconoscere le contraddizioni o a mentire) al fine di costringere l'altro a prestare loro attenzione e ad assumere il proprio punto di vista. Mentre le strategie di attaccamento equilibrate (tipo B) e quelle insicure a basso indice (tipi A1-2 e C1-2) sono più comuni nei soggetti che hanno vissuto la propria infanzia in condizioni relativamente sicure, quelle insicure ad alto indice (tipo A3-8 e C3-8) si manifestano in coloro che sono cresciuti in situazioni di pericolo costante nelle quali si sono rivelate utili a minimizzare le minacce e favorire l'adattamento. Ognuno di questi stili di attaccamento presenta dei vantaggi e dei limiti, ma nessuno è il migliore in ogni condizione (Baldoni, 2013).

e) I diversi pattern di attaccamento (e le rappresentazioni disposizionali che li caratterizzano) si differenziano sulla base della capacità individuale di elaborare le *informazioni cognitive* (logico-razionali, basate su contingenze temporali e valutazioni di causa ed effetto) e le *informazioni affettive* (emozionali, basate sull'intensità della stimolazione): i pattern A (distanzianti) privilegiano le informazioni cognitive e inibiscono o falsificano quelle affettive, quelli C (preoccupati) si fanno guidare dalle informazioni affettive e falsificano quelle cognitive, quelli B (equilibrati) integrano la cognitivtà con l'affettività senza alterarle.

f) Viene seguita una *prospettiva biopsicosociale* inserendo le persone all'interno dei propri *sistemi e sottosistemi* e considerando *livelli differenti di sistemi* (genetico, evolutivo, neuropsicologico, medico, psico-logico, individuale, familiare, sociale, culturale). I problemi vengono sempre affrontati studiando le funzioni difensive del comportamento nei diversi contesti di pericolo, tenendo conto in particolare delle relazioni familiari passate e presenti, comprese quelle con la famiglia di origine, con il partner e gli eventuali figli.

Le innovazioni introdotte dal DMM riguardo all'attaccamento e ai processi di adattamento all'ambiente risultano straordinariamente utili e compatibili con trattamento psicoanalitico individuale, di coppia o familiare, per cui oggi si può parlare di una "Psicoterapia Dinamica basata sul DMM" (*DMM based Dynamic Psychotherapy* o DMM-DP) (Baldoni, 2011a, 2012b, 2012c).

A questo proposito il DMM considera tre livelli distinti del funzionamento umano, ognuno dei quali può essere oggetto specifico di trattamenti anche diversi (Crittenden, 2008a): le distorsioni di pensieri e affetti, che possono comportare inadeguatezze del comportamento, gli aspetti relazionali (in particolare quelli familiari) e le strategie utilizzate per proteggersi dal pericolo.

Come si è detto i problemi clinici vengono valutati *in termini di strategie di attaccamento e di rapporto con l'ambiente*. Quali sono le modalità del paziente di rapportarsi con gli altri (in particolare con il clinico)? Cosa lo fa sentire sicuro e cosa lo rende insicuro (attivando le sue strategie di protezione)? Quali pericoli ha vissuto in passato e quali sono le situazioni attuali in cui si pone in pericolo?

Bisogna considerare che l'espressione dei comportamenti di attaccamento del paziente potrebbe essere alterata dalla presenza di "modificatori". Il DMM, infatti, si rivela particolarmente prezioso per il trattamento dei disturbi psicologici conseguenti a *traumi e lutti irrisolti*, esperienze traumatiche che possono comportare intense reazioni pre-

occupate di angoscia e allarme, oppure essere distanziate attraverso l'inibizione degli affetti penosi che li accompagnano (rabbia, paura, vulnerabilità), fino a essere bloccate nei casi in cui il paziente non riesce neppure a pensare alla propria esperienza. Nei casi di traumi o lutti irrisolti di tipo preoccupato, caratterizzati da iperattivazione, possono risultare utili strategie terapeutiche mentalizzanti volte a regolare il controllo e la regolazione delle emozioni (Baldoni, 2010b). Di fronte al distanziamento (che è tipicamente accompagnato da ipoattivazione), o quando il ricordo dell'esperienza è bloccato, le tecniche cognitivo-comportamentali dovrebbero essere evitate ed è meglio aiutare con cautela il paziente a parlare della propria esperienza traumatica e a esprimere gli affetti negativi inibiti (Purnell, 2010). Il DMM considera la possibilità di un'*integrazione tra diversi trattamenti*, contemplando interventi psicoanalitici, cognitivisti, cognitivo-comportamentali e sistemici. All'interno di questi trattamenti lo psicoterapeuta tende ad assumere un ruolo più attivo rispetto a quello della psicoanalisi classica. Le diverse tecniche, inoltre, possono essere utilizzate dallo stesso terapeuta o da terapeuti differenti all'interno di un protocollo di trattamento integrato con l'obiettivo di offrire un trattamento personalizzato (*tailored treatment*) in funzione delle caratteristiche del paziente: età, storia passata e presente, pattern di attaccamento e presenza di eventuali modificatori, strategie difensive (cosa lo fa sentire sicuro o insicuro), attuali condizioni di pericolo, capacità di adattamento, contesto relazionale familiare e socio-culturale (lavoro, condizioni economiche, livello di istruzione, appartenenza a specifici gruppi etnici, eventuale emarginazione).

Nel DMM, infine, viene data molta importanza alla formazione del terapeuta e alla necessità di sottoporre costantemente il proprio lavoro clinico a una regolare attività di *follow-up* conducendo studi empirici randomizzati e controllati (*Randomized Controlled Trials*, RCT) che confermino l'efficacia del trattamento secondo una prospettiva *evidence-based*. In particolare sono necessarie sia ricerche sull'*efficacy* (per dimostrare che un trattamento specifico agisce su un disturbo specifico escludendo l'influenza di altri fattori) che sull'*effectiveness* (per valutare l'*outcome* dei metodi psicoterapeutici così come vengono utilizzati nella realtà dei contesti clinici) (Leichsenring, Rabung, Leibing 2004; Leichsenring, Rabung 2008; Gabbard, 2010; Shedler, 2010).

Nella Tab. 3 sono espresse le principali differenze tra la psicoterapia psicoanalitica contemporanea, quella che si ispira alla teoria dell'attaccamento adottando il modello di Mary Main (ABC+D) e quella basata sul DMM (ABC).

TAB. 3 - MODELLI DI PSICOTERAPIA DINAMICA A CONFRONTO (MODIFICATA DA: BALDONI 2012_a)

	Psicoanalisi contemporanea	Attaccamento ABC+D	Attaccamento DMM
Concetti chiave	Relazione, inconscio, transfert, controtransfert, conflitti, difese, resistenze (minore importanza delle pulsioni)	Relazione di attaccamento, modelli operativi interni, base sicura, mentalizzazione	Periodo, adattamento, cognitivtà, affettività, sistemi di memoria, pattern, strategie di autoprotezione, rappresentazioni disposizionali
Motivazioni	Soddisfare i bisogni, limitare la sofferenza	Ricerca di sicurezza	Protezione dal pericolo
Modelli	Conflitto, simbolo, struttura di personalità.	Attaccamento sicuro e insicuro. Pattern: A-B-C+D/Ds-F-E-U	Pattern: A-B-C, a basso e alto indice, Pattern misti, modificatori
Difese	Nevrotiche o primitive	Comportamenti di attaccamento, esclusione difensiva, ambivalenza	Strategie di protezione dal pericolo
Patologia	Psiconevrosi, perversione, disturbi di personalità, psicosi	Attaccamento disfunzionale, perdita, trauma, disorganizzazione	Adattamento disfunzionale, modificatori (Utr, UI, Dp, DO, ina)
Valutazione	Colloquio, test proiettivi, manuali (PDM, OPD)	Colloquio, SS, AAI, questionari self-report	Colloquio, CARE-Index, SS, PAA, SAA, TAAI, AAI
Tecnica	<ul style="list-style-type: none"> - Analisi di: libere associazioni, sogni, atti mancati, resistenze e transfert - Elaborazione del controtransfert - Focalizzazione sul non verbale e sul setting - Atteggiamento empatico - Interpretazione (minore importanza nei pazienti gravi) 	<ul style="list-style-type: none"> - Promuovere una base sicura - Favorire l'esplorazione - Identificare i modelli operativi interni - Analisi dei comportamenti di attaccamento e del transfert - Valutazione del non conscio - Interpretazione - Mentalizzazione 	<p><i>Teorie differenti</i> (psicoanalisi, sistemica, cognitivismo, comportamentismo, neuroscienze)</p> <p><i>Tecniche differenti</i> (libere associazioni, interpretazioni, riformulazioni, domande, CBT) <i>Studio delle strategie difensive</i> in base al contesto familiare e alle specifiche condizioni di pericolo</p> <p><i>Terapia personalizzata</i> in funzione di età, pattern e strategie di autoprotezione</p>
Terapeuta	Meno attivo	Più attivo	Più attivo

Note: PDM: Manuale Diagnostico Psicodinamico; OPD: Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata; CBT: Cognitive-Behavioral Therapy; CARE-Index: Child-Adult Relationship Experimental Index; SS: Strange Situation; PAA: Preschool Assessment of Attachment; SAA: School-age Assessment of Attachment; TAAI: Transition to Adulthood Attachment Interview; AAI: Adult Attachment Interview.

ASPETTI TERAPEUTICI DELLA VALUTAZIONE DELL'ATTACCAMENTO

I metodi per la valutazione dell'attaccamento nelle diverse fasce di età si presentano come esperienze relazionali complesse che comportano di per sé aspetti terapeutici.

Per quanto riguarda l'intervento su un bambino e sulla sua famiglia risultano particolarmente utili le procedure basate sulla registrazione audiovisiva dell'interazione tra genitori e bambino che possono essere utilizzate come tecniche di *video-feedback*. La visione dei filmati, accompagnata dai commenti, suggerimenti e incoraggiamenti del terapeuta, promuove le capacità riflessive e la sensibilità dei genitori, aiutandoli ad assumere atteggiamenti più adeguati nei confronti del bambino e del proprio partner. Questo favorisce il benessere mentale e relazionale della coppia e lo sviluppo di legami di attaccamento più efficaci, comportando effetti positivi sullo sviluppo del figlio. Vengono utilizzati in questo modo il *CARE-Index* (Crittenden, 1979-2007), basato sulla videoregistrazione della relazione spontanea tra bambino e genitore e particolarmente utile nelle terapie di famiglie ad alto rischio (bambini con patologie somatiche o nati pretermine, madri adolescenti, genitori tossicodipendenti o con disturbi psichiatrici, famiglie abusanti, adozioni problematiche) (Blows, 2009; Crittenden, 2008a, 2008b, 2010; Karlsen, 2010; Kurtz, Jungmann, 2010; Pillhofer, Ziegenhain, 2010; Svanberg, Mennet, Spieker, 2010), il *Lausanne Trilogue Play* (LTP), l'unica tecnica videoregistrata che valuta la relazione madre-padre-bambino in una prospettiva triadica (Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery, 1999; Simonelli, Bighin, De Palo, 2012), il *Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting* (VIPP) e la sua variante (VIPP-R) associata a riflessione sulle rappresentazioni relative all'attaccamento (Cassibba, van IJzendoorn, 2005; Juffer, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, 2007; Berlin, Zeanah, Lieberman, 2008). Queste procedure sono molto utili nei protocolli di *Parent Training* basati sulla teoria dell'attaccamento, che integrano interventi psicodinamici con altri di tipo psicoeducativo.

Uno strumento prezioso per la psicoterapia dinamica dell'adulto è l'*Adult Attachment Interview* (AAI) (Steele, Steele 2008; Heller, 2008; Kozłowska, 2010a, 2010b; Sahhar, 2010, 2011; Wilkinson, 2010; Dazzi, Zavattini, 2011; Baldoni, 2010d, 2011b, 2012b, 2012c, 2013). In questa intervista si affrontano sistematicamente argomenti importanti come la vita familiare, la relazione con i genitori, le

esperienze pericolose, i traumi e i lutti. Il soggetto racconta, esprime emozioni, riflette sul passato e sul presente, sui propri stati mentali, sul proprio comportamento e può cogliere eventuali incongruenze e discrepanze del pensiero. L'intervista favorisce la consapevolezza e la mentalizzazione, offrendo l'occasione al paziente di riportare la propria esperienza passata al "qui ed ora" della relazione clinica. Oltre a questi aspetti terapeutici aspecifici intrinseci della procedura (essere in relazione, raccontarsi, riconoscimento delle discrepanze, comunicare le emozioni, ascolto empatico da parte dell'intervistatore), la restituzione della codifica dell'AAI può permettere al clinico di ridefinire i problemi del paziente e motivarlo a intraprendere un percorso terapeutico (vedi Tab. 4). L'AAI, inoltre, individuando la configurazione di attaccamento del paziente e le strategie utilizzate per proteggersi dal pericolo, guida il clinico nella scelta degli atteggiamenti e delle parole più efficaci per essere compresi senza risultare traumatici per il paziente.

Un *setting di assessment clinico* che si avvale dell'AAI può essere organizzato in questo modo: 1) un primo colloquio clinico, alla fine del quale si propone al paziente di sottoporsi alla AAI; 2) un secondo incontro in cui si somministra l'AAI; 3) un terzo colloquio di restituzione ed eventuale indicazione di trattamento. Un setting simile può essere utilizzato anche nella prospettiva di un trattamento di coppia o di un intervento su genitori. In questo caso si proporranno quattro incontri, due dei quali riservati alla somministrazione individuale dell'AAI a ciascuno membro della coppia (Baldoni, 2012b).

TAB. 4 - IMPLICAZIONI CLINICHE DELL'ADULT ATTACHMENT INTERVIEW (AAI) (DA BALDONI 2012a)

Intrinseche alla procedura

- Metacognizioni, insight, riconoscimento delle proprie contraddizioni e discrepanze di pensiero (monitoraggio metacognitivo)
- Fattori aspecifici (raccontarsi, essere in relazione, comunicare le emozioni, ascolto empatico)

Specifiche

- Restituzione sulla codifica
- Indicazioni per il trattamento

Esempio di assessment clinico

1. Colloquio clinico
2. Somministrazione AAI
3. Colloquio di restituzione ed eventuale indicazione di trattamento

L'INFLUENZA DEL CLINICO SULLA RELAZIONE TERAPEUTICA

In psicoterapia, la comprensione da parte del clinico dello stile di attaccamento del paziente (o meglio, dei suoi modelli operativi interni e delle sue rappresentazioni disposizionali) permette di acquisire informazioni sulle dinamiche relazionali del suo passato (in particolare quelle riguardanti le relazioni con i genitori), sui particolari pericoli ai quali è stato esposto, sulla specifica capacità di elaborare le informazioni cognitive e affettive e sulle strategie difensive che ha sviluppato al fine di cercare sicurezza o proteggersi. In questo modo lo psicoterapeuta può scegliere le modalità relazionali e gli interventi più appropriati (comprese le eventuali interpretazioni) per la terapia di quello specifico paziente. Nel caso di un paziente distanziante, ad esempio, bisognerà rispettare la sua necessità di ricevere informazioni chiare e organizzare il pensiero in modo relativamente razionale, ma anche aiutarlo nell'espressione delle emozioni, particolarmente quelle negative. Nella terapia di un paziente preoccupato, al contrario, sarà necessario, almeno in un primo momento, cercare di non colludere con i suoi stati mentali, pur mantenendo un atteggiamento fermo e costante di contenimento psicologico volto a migliorare la regolazione delle emozioni e dei loro correlati somatici (Meyer et al., 2001; Purnell, 2010; Baldoni, 2010a). Le ricerche hanno dimostrato che questo *atteggiamento terapeutico complementare* allo stile di attaccamento del paziente (cioè che si adatta alle caratteristiche di quest'ultimo), risulta particolarmente utile soprattutto all'inizio della terapia, in quanto evita di esporre troppo precocemente l'altro a condizioni eccessivamente ansiogene o confusive, ma è positivo solo se assume il significato di una gratificazione iniziale e consapevole dei bisogni trasferiali del paziente, favorendo una valida alleanza terapeutica (*Working Alliance*, WA) (Daly, Mallinckrodt, 2009). Con il tempo, però, può diventare una modalità relazionale collusiva che porta all'evitamento delle aree problematiche interferendo negativamente con il processo terapeutico (Mohr, Gelso, Hill, 2005; Baldoni, 2008a, 2010a).

Dagli studi in questo ambito è emerso come un clinico con attaccamento *sicuro/equilibrato* (B) sia maggiormente in grado di modificare il proprio atteggiamento in funzione delle caratteristiche e dei bisogni del paziente, in quanto sa integrare gli aspetti razionali con quelli affettivi, manifesta una capacità di mentalizzazione, una buona competenza comunicativa e una capacità di analisi dei problemi.

Queste caratteristiche gli permetteranno di affrontare

la relazione con il paziente in modo più consapevole, adattandosi al meglio allo stile di attaccamento dell'altro e alle sue specifiche caratteristiche e necessità (Dozier, Cue, Barnett, 1994; Shorey, Snyder, 2005; Romano, Fitzpatrick, Janzen, 2008).

Non tutti i clinici però, manifestano un equilibrio nel rapporto con i propri pazienti e sanno modificare con duttilità il proprio atteggiamento in funzione della terapia (Baldoni, 2012b, 2012c). In particolare, gli stili di attaccamento degli psicoterapeuti tendono a differenziarsi da quelli della popolazione generale, configurandosi più frequentemente come stili insicuri caratterizzati, soprattutto, da traumi o lutti non risolti (come una grave malattia o la morte di un familiare) (Dozier, Cue, Barnett, 1994; Wilkinson, 2003; Lambruschi, 2008; Dinger et al., 2009; Holmes, 2009). Queste caratteristiche, che probabilmente sono alla base della loro motivazione a scegliere una professione di aiuto, influenzeranno inevitabilmente la relazione clinica (Baldoni, 2008a, 2010a). I clinici che manifestano modelli operativi interni insicuri distanzianti (A) o preoccupati (C), infatti, risultano relativamente adeguati solo nel trattamento di pazienti con stili di attaccamento opposto, in quanto si verifica una parziale compensazione delle rispettive capacità di trattare le informazioni cognitive e affettive (vedi Fig. 2). Nel caso di una relazione tra uno *psicoterapeuta distanziante (A)* e un paziente con le stesse caratteristiche, i loro stili di attaccamento, con ogni probabilità, colluderanno e la relazione tenderà a essere caratterizzata da: 1) interventi più direttivi e spostati sugli aspetti razionali (approccio rigidamente tecnico, prescrizioni cognitivo-comportamentali, spiegazioni intellettuali dei disturbi, focalizzazione sulla dimensione somatica, prescrizione di farmaci); 2) evitamento di aree problematiche che rimarranno poco esplorate (difficoltà relazionali, depressione, fantasie di morte o suicidarie, traumi o lutti non risolti); 3) distanziamento sistematico delle emozioni negative con la tendenza da parte di entrambi a falsificare gli affetti pericolosi per il Sé (ad esempio sorridere o scherzare quando si affrontano argomenti dolorosi o spaventosi) (Romano, Janzen, Fitzpatrick, 2009; Baldoni, 2008a, 2010a, 2012b).

Anche quando uno *psicoterapeuta preoccupato (C)* si relaziona con un paziente con lo stesso pattern di attaccamento potrà manifestarsi una relativa "collusione" tra i due atteggiamenti, con la tendenza da parte di entrambi a enfatizzare gli aspetti emozionali e affettivi, alimentando aspettative di cura eccessive e irrealistiche. Le sedute tenderanno a prolungarsi oltre l'orario stabilito e la relazione difficilmente si manterrà all'interno di limiti corretti. All'inizio terapeuta e

paziente potranno provare interesse l'uno per l'altro e avere l'impressione di capirsi con facilità (come se fossero amici), ma con il tempo potranno manifestarsi da parte di entrambi intense nevrosi di transfert (conseguenti alla delusione delle reciproche aspettative relative ai propri modelli operativi interni), con reazioni polemiche, provocazioni, conflitti relazionali ed eventuale interruzione della terapia.

Nel caso specifico di una relazione tra uno psicoterapeuta insicuro e un paziente con *uno stile di attaccamento opposto*, invece, può manifestarsi, come si è detto, una parziale compensazione. Le ricerche sull'attaccamento in psicoterapia hanno evidenziato che questa combinazione di stili tende a essere correlata a una relazione terapeutica soddisfacente, soprattutto quando lo psicoterapeuta è distanziante. Anche in questi casi, però, per la minore capacità di adattamento di entrambi, potranno manifestarsi agiti controtransferali da parte del clinico, mancanze e incomprensioni riguardanti le aree trascurate o problematiche dei rispettivi stili di attaccamento (come l'affettività per i soggetti distanzianti e la cognitività per quelli preoccupati) e difficoltà di comprensione reciproca e di condivisione dei risultati (Mohr, Gelso, Hill, 2005). Una delle conseguenze potrà essere la scarsa compliance terapeutica o, anche in questo caso, l'interruzione improvvisa della cura.

Bisogna considerare, infine, la possibilità non infrequente di un *paziente con attaccamento sicuro* che si rivolge a un clinico con attaccamento insicuro (distanziante o preoccupato). In questi casi il paziente cercherà di favorire il compito del proprio terapeuta, compensandone i limiti e valorizzandone le competenze. Gli studi metanalitici sulle ricerche in questo campo, infatti, hanno evidenziato che la sicurezza del paziente è correlata positivamente allo sviluppo di una valida alleanza terapeutica (Diener, Hilsenroth, Weinberger, 2009; Diener Monroe, 2011). Nel caso in cui la relazione terapeutica non risulti soddisfacente, però, il paziente sicuro non avrà difficoltà a rivolgersi a un altro psicoterapeuta.

ALCUNE CONSIDERAZIONI SULLA TECNICA TERAPEUTICA

Come abbiamo visto, la teoria dell'attaccamento (o, meglio, i diversi modelli esistenti relativi all'attaccamento) possono risultare una valida guida per gli interventi da utilizzarsi nei trattamenti dinamici a breve o a lungo termine.

Clinico	Paziente	Risultati
A (distanziante)	A	Approccio rigidamente tecnico-cognitivo Aree inesplorate ed evitate Distanziamento emozioni negative Affettività falsa
C (preoccupato)	C	Enfasi emotiva Eccesso di aspettative Prolungarsi delle consultazioni Conflitti relazionali
A	C	} Parziale compensazione Difficoltà di comprensione Interruzione terapia
C	A	
B (sicuro/equilibrato)	A, B, C	Mentalizzazione Integrazione affettiva e cognitiva Strategie adattate al paziente

Figura 2 - L'influenza dell'attaccamento sulla relazione clinica (da: Baldoni, 2008a, modificato).

Per quanto riguarda gli *interventi di natura verbale* (domande, osservazioni, riformulazioni, interpretazioni, *self-disclosure*), come già evidenziato da Bowlby (1988), sono possibili *interpretazioni* specifiche che aiutino il paziente a riconoscere come i propri modelli operativi interni influenzino il modo di rapportarsi con gli altri, e a cogliere il significato adattivo e difensivo di alcuni comportamenti, in particolare quelli che si attivano nelle situazioni di pericolo, sia nel passato (in particolare nella famiglia durante l'infanzia e l'adolescenza) che nella vita presente (compresa la relazione terapeutica). L'interpretazione, in una prospettiva psicodinamica, deve essere accompagnata da una validazione empatica delle risposte emotive del paziente. Gli affetti negativi e pericolosi (rabbia, paura, sensi di impotenza e vulnerabilità), ricondotti nel loro contesto, possono essere meglio compresi e tollerati dal paziente facendolo sentire meno malato e colpevole. Questo è particolarmente importante nel trattamento dei pazienti che manifestano una mancata elaborazione di traumi o di lutti o che in passato hanno subito deprivazioni e maltrattamenti (Baldoni, 2008b, 2010d, 2011b, 2013). Nel trattamento dei pazienti più gravi, però, l'interpretazione assume un'importanza minore

rispetto ad altri interventi quali l'*elaborazione del controtransfert* e l'*analisi delle dinamiche relazionali*, prestando maggiore attenzione ai *processi di mentalizzazione*, alla *costanza del setting* (che agisce da contenitore emotivo e se violato può turbare il paziente) e al *comportamento non verbale*. Gli interventi non verbali, però, per risultare efficaci, devono risultare spontanei e autentici, in quanto sono basati sulle capacità “procedurali” del clinico (cioè sono comportamenti conseguenti al recupero di informazioni prevalentemente inconsce dalla memoria procedurale) (Baldoni, 2012b). Assumere un'espressione del volto e un atteggiamento corporeo in sintonia con gli stati mentali del paziente, anche quando sono controllati, distorti o falsificati sul piano del comportamento (ad esempio sorride quando parla di un argomento doloroso o spaventoso), svolge una funzione fondamentale sul piano terapeutico, perché fa sentire l'altro capito e lo aiuta a capirsi. Lo stesso vale quando si rispettano i turni nella comunicazione lasciando spazio anche all'altro o quando si esprime con un gesto (un movimento della mano, un contatto corporeo, uno sguardo) la comprensione di uno stato mentale dell'altro, anche quando non è stato comunicato in modo esplicito sul piano verbale (ad esempio di fronte a un silenzio). Questi aspetti non verbali inerenti la relazione clinica, fondamentali per la tecnica terapeutica dinamica contemporanea, sono basati sulla mentalizzazione implicita e possono essere paragonati all'intesa tra i musicisti durante l'improvvisazione jazzistica.

PSICOTERAPIA ATTACHMENT INFORMED O ATTACHMENT BASED?

Un problema aperto, attualmente oggetto di un dibattito internazionale (Obegi, Berant, 2009; Dazzi, Zavattini, 2011), riguarda il modo con cui la teoria dell'attaccamento può essere considerata all'interno del campo psicoterapeutico. In particolare dovremmo capire quanto la tecnica psicoterapeutica possa essere influenzata dalla teoria dell'attaccamento oppure basarsi su di essa.

Alcuni autori ritengono che sia possibile solo una psicoterapia *attachment-informed* (o *attachment-oriented*), in quanto le ricerche e i concetti relativi all'attaccamento (relazione terapeutica come relazione di attaccamento, base sicura, modelli operativi interni, pattern di attaccamento, sintomi come strategie di protezione dal pericolo), possono solo “informare” i diversi modelli esistenti di

psicoterapia, ognuno dei quali ha una propria specificità e identità (psicoanalisi, trattamento cognitivo-comportamentali, terapia familiare sistemica, ecc). Di questo parere sono, tra gli altri, Arietta Slade (2008, 2010), David Wallin (2007), Glen Gabbard (2009, 2010) e Gianni Liotti (2011).

Altri autori, invece, pensano che sia possibile concepire nuovi modelli di trattamento “basati” sulla teoria dell’attaccamento (*attachment-based*) e caratterizzati da tecniche di valutazione dei problemi e di intervento originali e specifiche. Alcuni esempi di questi trattamenti potrebbero essere i già citati *Brief Attachment-Based Intervention* (BABI), la *Mentalization Based Therapy* (MBT) e la *Short-term Mentalization And Relational Therapy* (SMART) o *Mentalization-Based Family Therapy* (MBFT). Un ulteriore esempio potrebbe essere quello descritto da Chris Baim e Tony Morrison (2011) nel loro manuale (che include esempi, esercizi e file audio) su come sviluppare un intervento terapeutico nell’adulto basandosi sul Modello Dinamico-Maturativo.

La teoria dell’attaccamento si è rivelata un paradigma importante che ha “informato” differenti modelli psicoterapeutici (compreso quelli psicoanalitici), particolarmente nella valutazione dei problemi e nell’identificazione delle strategie difensive dei pazienti e delle loro famiglie. Nello stesso tempo, però, molti clinici esperti stanno lavorando per lo sviluppo di trattamenti “*attachment based*”. Il mio parere è che, considerando la molteplicità e complessità di questi trattamenti, la maggior parte dei quali integra modelli e tecniche di intervento differenti, il problema dell’influenza della teoria dell’attaccamento sulla psicoterapia, compresa quella dinamica, dovrebbe essere concepito non in modo dicotomico (*informed* o *based*), ma sulla base di un *continuum* che va dall’utilizzo di modelli e tecniche sviluppate al di fuori di quella teoria, a quello in cui i concetti e gli strumenti relativi all’attaccamento vengono utilizzati in modo specifico.

LA FORMAZIONE DELLO PSICOTERAPEUTA

Per un clinico che intenda utilizzare appropriatamente la teoria dell’attaccamento la formazione è fondamentale. La modalità più comune è quella di frequentare corsi sugli strumenti per la valutazione dell’attaccamento caratteristici dei diversi modelli (alcuni di questi presentano profonde differenze sul piano teorico e metodolo-

gico). Altrettanto importante, però, è avere l'opportunità di lavorare su di sé come paziente. Questo permette di acquisire una relativa consapevolezza sulle motivazioni che hanno spinto a scegliere una professione di cura e sulle proprie caratteristiche psicologiche, in particolare il proprio stile di attaccamento e le esperienze personali di trauma o di lutto (soprattutto quelle ancora fonte di sofferenza). Esperienze problematiche non riconosciute e non risolte, infatti, attiveranno nel clinico strategie difensive distanzianti (interventi direttivi, enfasi sugli aspetti tecnici o cognitivi, evitamento di quelli emotivi, prescrizioni inopportune di test o di farmaci) o preoccupate (argomentazioni confuse, ostilità, falsa incompetenza) che influenzeranno negativamente il processo di valutazione diagnostica e il trattamento (Baldoni, 2010a, 2012b). Per lo psicoterapeuta, quindi, questa consapevolezza è necessaria, e tale capacità può essere sviluppata adeguatamente solo attraverso un'esperienza di cura che permetta di riflettere su di sé come paziente.

Bibliografia

- Ainsworth MDS (1967), *Infancy in Uganda: infant care and the growth of attachment*. Johns Hopkins University Press, Baltimora.
- Ainsworth MDS (2006), *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità. Scritti scelti*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S (1978), *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Ainsworth MDS, Witting BA (1969), *Attachment and exploratory behavior of one-year olds in a Strange Situation*. In: Foss BM (Eds.), *Determinants of infant behavior*. Methuen, London, vol.4, pp. 11-136.
- Allen JA, Fonagy P (Eds.) (2006), *Mentalization-Based Treatment*. John Wiley & Sons, Chichester. [tr. it. *La mentalizzazione. Psicopatologia e trattamento*. il Mulino, Bologna, 2008].
- Allen JG, Fonagy P, Bateman AW (2008), *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Publishing, Washington-London [tr. it. *La mentalizzazione nella pratica clinica*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2010].
- Attili G (2007), *Attaccamento e costruzione evolucionistica della mente*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Baim C, Morrison T (2011), *Attachment-based practice with adults: understanding strategies and promoting positive change*. Pavilion Publishing, Brighton.

- Baldoni F (2005), *Funzione paterna e attaccamento di coppia: l'importanza di una base sicura*. In: Bertozzi N, Hamon C (a cura di), *Padri & paternità*, Edizioni Junior, Bergamo, pp. 79-102.
- Baldoni F (2007), *Modelli operativi interni e relazioni di attaccamento in preadolescenza*. In: Crocetti G, Agosta R (a cura di), *Preadolescenza. Il bambino caduto dalle fiabe. Teoria della clinica e prassi psicoterapeutica*. Pendragon, Bologna, pp. 54-77.
- Baldoni F (2008a), L'influenza dell'attaccamento sulla relazione clinica: collaborazione, collusione e fallimento riflessivo. *Maieutica*, 27-30 (Giugno 2007-Giugno 2008):57-72.
- Baldoni F (2008b), *Alle origini del trauma: confusione delle lingue e fallimento della funzione riflessiva*. In: Crocetti G, Zarri A (a cura di), *Gli dei della notte sulle sorgenti della vita. Il trauma precoce dalla coppia-madre al bambino*. Pendragon, Bologna, pp. 137-159.
- Baldoni F (2010a), *La prospettiva psicosomatica. Dalla teoria alla pratica clinica*. il Mulino, Bologna.
- Baldoni F. (2010b), Attachment, danger and role of the father in family life span. *Transilvanian Journal of Psychology (Erdélyi Pszichológiai Szemle, EPSZ)*, 4:375-402.
- Baldoni F. (2010c), *Attaccamento familiare, pericolo e adattamento*. In: Cena L, Imbasciati A, Baldoni F (a cura di), *La relazione genitore-bambino. Dalla psicoanalisi infantile alle nuove prospettive evoluzionistiche dell'attaccamento*. Springer Verlag, Milano, pp. 90-107.
- Baldoni F (2010d), *Scompenso psicosomatico e funzione adattiva della disperazione*. In: Crocetti G, Vianello C, Pallaoro G (a cura di), *Il benessere bambino*. Borla, Roma, pp. 54-79
- Baldoni F (2011a), DMM e psicoterapia dinamica. *Atti Ist Biennial Conference International Association for the Study of Attachment (IASA)*, (Bertinoro, 18 Giugno 2011)
- Baldoni F (2011b), The adaptive value of desperation in a case of psychosomatic breakdown following child sexual abuse. *DMM News*, 11(June):4-5
- Baldoni F. (2012a), Funzione di base sicura e disturbi affettivi paterni nel periodo perinatale. *Psicologia e Psicopatologia del Benessere Bambino*, 1(2):9-20.
- Baldoni F. (2012b), *La Psicoterapia Dinamica basata sul Modello Dinamico-Maturativo*. In: Cena L, Imbasciati A, Baldoni F (a cura di), *Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori. La ricerca clinica per l'intervento*. Springer-Verlag, Milano, pp. 209-228.
- Baldoni F (2012c), *Toward a DMM based Dynamic Psychotherapy (DMM-DP)*. In: Hautamäki A (Eds.), *Abstract book 3rd Biennial Conference of the International Association for the Study of Attachment (IASA)*, (University of Applied Sciences, Frankfurt am Main, Germany, September 14-16, 2012), p. 20.

- Baldoni F (2013), *La funzione adattiva della disperazione nel fallimento delle strategie di attaccamento: una prospettiva Dinamico-Maturativa*. In: Caretti V, Craparo G, Schimmenti A (a cura di), *Memorie traumatiche e mentalizzazione. Teoria, ricerca e clinica*. (Prefazione di PM Bromberg). Astrolabio, Roma, pp. 215-236.
- Bateman A, Fonagy P (1999), The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156:1563-1569.
- Bateman A, Fonagy P (2004), *Psychotherapy of borderline personality disorder: mentalization based treatment*. Oxford University Press, Oxford. [tr. it. *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2006].
- Bateman A, Fonagy P (2006), *Mentalization-based Treatment for Borderline Personality Disorder: a practical guide*. Oxford University Press, Oxford. [tr. it. *Guida pratica al trattamento basato sulla mentalizzazione. Per il disturbo borderline di personalità*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2010].
- Bateman A, Fonagy P (2008), 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165:631-638.
- Berlin LJ., Zeanah CH, Lieberman AF (2008), *Programmi di prevenzione e intervento per sostenere la sicurezza dell'attaccamento in infanzia*. In: Cassidy J, Shaver PR (a cura di), 2008, tr. it., 2010, pp. 858-876.
- Blows M (2009), Attachment in action. Using the DMM to foster a family. *DMM News*, 7(September):4
- Bowlby J (1951), *Maternal care and mental health*. World Health Organization, Genève. [tr. it. *Cure materne e igiene mentale del fanciullo*. Giunti-Barbera, Firenze, 1957].
- Bowlby J (1969), *Attachment and loss, vol. I: Attachment* (II Ed. 1982), Hogarth Press, London. [tr. it. *Attaccamento e perdita, vol. 1: L'attaccamento alla madre* (seconda edizione). Torino, Boringhieri, 1972/89].
- Bowlby J (1973), *Attachment and loss, vol. II: Separation: Anxiety and anger*. Hogarth Press, London. [tr. it. *Attaccamento e perdita, vol. 2: La separazione dalla madre*. Torino, Boringhieri, 1975].
- Bowlby J (1979), *The making and breaking of affectional bonds*. Tavistock, London. [tr. it. *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1982].
- Bowlby J (1980), *Attachment and loss, vol. III: Loss: Sadness and depression*. Hogarth Press, London [tr. it. *Attaccamento e perdita, vol. III: La perdita della madre*. Boringhieri, Torino, 1983].
- Bowlby J (1988), *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. Routledge, London. [tr. it. *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1989].
- Byng-Hall J (1995), *Rewriting family scripts: Improvisation and systems*

- change*. Guilford Press, New York. [tr. it. *Le trame della famiglia. Attaccamento sicuro e cambiamento sistemico*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1997].
- Byng-Hall J (1999), *Terapia Familiare e di coppia*. In: Cassidy J, Shaver PR (a cura di), 1999, Tr. it., 2002, pp. 707-731.
- Cassibba R, van IJzendoorn MH (a cura di) (2005), *L'intervento clinico basato sull'attaccamento*. il Mulino, Bologna.
- Cassidy J, Shaver PR (Eds.) (1999), *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (first edition). Guilford Press, New York. [tr. it. *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Giovanni Fioriti, Roma, 2002].
- Cassidy J, Shaver PR (Eds.) (2008), *Handbook of attachment theory research and clinical applications* (second edition). Guilford Press, New York. [tr. it. *Manuale dell'attaccamento: Teoria ricerca e applicazione clinica*. Giovanni Fioriti, Roma, 2010].
- Cicchetti D, Toth SL, Rogosch FA (1999), The efficacy of toddler-parent psychotherapy to increase attachment security in offspring of depressed mothers. *Attachment and Human Development*, 1:34-66
- Crittenden PM (1979-2007), *CARE-Index: Coding Manual*. Manoscritto non pubblicato, Miami, FL.
- Crittenden PM (1988-2004), *Preschool Assessment of Attachment (PAA), Manual*. Manoscritto non pubblicato, Miami, FL.
- Crittenden PM (1994), *Nuove prospettive sull'attaccamento. Teoria e pratica in famiglia ad alto rischio*. Guerini Studio, Milano.
- Crittenden PM (1997), *Pericolo, sviluppo e attaccamento*. Masson, Milano.
- Crittenden PM (1997-2007), *School-age Assessment of Attachment (SAA)*. Manoscritto non pubblicato, Miami, FL.
- Crittenden PM (1999), *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo all'Adult Attachment Interview*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Crittenden PM (2000), A Dynamic-Maturational Approach to continuity and change in pattern of attachment. In: Crittenden PM, Claussen AH (Eds.), *The Organization of attachment relationships. Maturation, culture and context*. Cambridge University Press, Cambridge, pp. 343-357.
- Crittenden PM (2003), *A guide to expansions and modifications of the Ainsworth Infant Strange Situation*. Manoscritto non pubblicato, Miami, FL.
- Crittenden PM (2005), *Transition to Adulthood Attachment Interview (TAAI)*. Manoscritto non pubblicato, Miami, FL.
- Crittenden PM (2006), A Dynamic-Maturational model of attachment. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 27:105-115.
- Crittenden PM (2008a), *Il Modello Dinamico-Maturativo dell'attaccamento*. Libreria Cortina, Milano.

- Crittenden PM (2008b), *Raising Parents: Attachment, Parenting and Child Safety*. William Publishing, Portland, OR.
- Crittenden PM (2010), Germany cares: the use of the CARE-Index as a national program evaluation tool. *DMM News*, 10 (June):2.
- Crittenden PM, Ainsworth MDS (1989), *Child maltreatment and attachment theory*. In: Cicchetti D, Carlson V (Eds.), *Handbook of child maltreatment*. Cambridge University Press, New York, pp. 432-463.
- Crittenden PM, Landini A (1999-2005), *Administering the school-age assessment of attachment*. Manoscritto non pubblicato, Miami, FL.
- Daly KD, Mallinckrodt B (2009), Experienced therapists' approach to psychotherapy for adults with attachment avoidance or attachment anxiety. *Journal of Counseling Psychology*, 56(4):549-563.
- Dazzi N, Zavattini C (2011), Il paradigma dell'attaccamento e la pratica clinica. *Giornale Italiano di Psicologia*, XXXVIII (4):729-756.
- Diener MJ, Hilsenroth MJ, Weinberger J (2009), A primer on metaanalysis of correlation coefficients: the relationship between patient report therapeutic alliance and adult attachment style as an illustration. *Psychotherapy Research*, 19(4-5):519-526.
- Diener MJ, Monroe JM (2011), The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy. A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 48(3):237-248.
- Dinger U, Strack M, Sachsse T, Schauenburg H (2009), Therapist's attachment, patient's interpersonal problems and alliance development over time in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46, 3:277-290.
- Doane JA, Diamond D (1994), *Affetti e attaccamento nella famiglia: trattamento familiare dei più gravi disturbi psichiatrici*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995.
- Dozier M, Cue KL, Barnett L (1994), Clinicians as caregivers: Role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62:793-800.
- Endres M, Hauser S (a cura di) (2001), *La teoria dell'attaccamento in psicoterapia*. Zephyro, Milano, 2006.
- Farnfield S, Hautamäki A, Nørbech P, Sahhar N (2010), DMM assessment of attachment and adaptation: procedures, validity and utility. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(3):313-328.
- Fearon P, Target M, Sargent J, Williams LL, McGregor J, Bleiberg E, Fonagy P (2006), *SMART: una terapia familiare integrativa per bambini e adolescenti*. In: Allen JA, Fonagy P (a cura di), 2006, tr. it., 2008, pp. 245-275.
- Fivaz-Depeursinge E, Corboz-Warnery A (1999), *Il triangolo primario*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000.
- Fonagy P (2001), *Attachment theory and psychoanalysis*. Other Press, New York [tr. it. *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2002].

- Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M (2002), *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press, New York. [tr. it. *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2005].
- Fonagy P, Gergely G, Target M (2008), *Costrutti psicoanalitici, teoria dell'attaccamento e ricerca*. In: Cassidy J, Shaver PR (a cura di), 2008, tr. it., 2010, pp. 902-931.
- Fonagy P, Target M (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Freud S (1895), Progetto di una psicologia. In: *Opere*, vol. 2, Boringhieri, Torino, 1968, pp. 193-284.
- Gabbard GO (2009), *Textbook of psychotherapeutic treatments*. American Psychiatric Publishing, Washington, D.C. [tr. it. *Le psicoterapie. Teorie e modelli d'intervento*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2010].
- Gabbard, GO (2010), *Long term psychodynamic psychotherapy* (Second edition). American Psychiatric Publishing, Washington. [tr. it. *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica* (seconda edizione). Raffaello Cortina Editore, Milano, 2011].
- George C, Kaplan N, Main M (1984, 1986, 1996), *Adult Attachment Interview Protocol*, manoscritto non pubblicato, Department of Psychology, University of California, Berkeley.
- Grossmann KE, Grossmann K, Zimmermann P (1999), *Una visione più ampia dell'attaccamento e dell'esplorazione. Stabilità e cambiamento durante l'età dello sviluppo*. In: Cassidy J, Shaver PR (a cura di), 1999, tr. it., 2002. pp.859-889.
- Heard D, Lake B, McCluskey U (2009), *Attachment therapy with adolescents and adults. Theory and practice post Bowlby*. Karnac, London.
- Heller MB (2008), I feel as if I am in a terrible nightmare that I can't wake up from. *DMM News*, 5(November):7.
- Holmes J (1993), *John Bowlby and the attachment theory*. Routledge, London. [tr. it. *La teoria dell'attaccamento*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1994].
- Holmes J (2001), *The search for the secure base. Attachment theory and psychotherapy*. Brunner-Routledge, London. [tr. it. *Psicoterapia per una base sicura*, tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2003].
- Holmes J (2009), Commentary on Dinger et al.: Therapist's attachment, patient's interpersonal problems and alliance development over time in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46, 3:291-294.
- Johnson SM (2008), *Terapia della coppia e della famiglia. Una prospettiva basata sull'attaccamento*. In: Cassidy J, Shaver PR (a cura di), 2008, tr. it., 2010, pp. 932-953.
- Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH (a cura di) (2007),

- Promoting positive parenting: an attachment-based intervention*. Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Jurist EL, Slade A, Bergner S (a cura di) (2008), *Mind to mind. Infant research, neuroscience, and psychoanalysis*. Other Press, New York, NY. [tr. it. *Da mente a mente: infant research, neuroscienze e psicoanalisi*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2010].
- Karlsen S (2010), Attachment in action. Keeping Kris at home. *DMM News*, 8(February):4.
- Kozłowska K (2010a), The bowl of terror: A case study of an adolescent perpetrator of sexual abuse. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 31, 43-59.
- Kozłowska K (2010b), Family-of-origin issues and the generation of childhood illness. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 31, 73-91.
- Kurtz V, Jungmann T (2010), How can we support socially disadvantaged young mothers? *DMM News*, 10 (June):5
- Lambruschi F (2008), Minds that heal: characteristics of therapists that promote successful therapy. *DMM News*, 6(December):10-11.
- Leichenring F, Rabung S, Leibing E (2004), The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. A meta-analysis. *Arch. Gen. Psychiatry*, 61:1208-1216.
- Leichenring F, Rabung S (2008), Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. A meta-analysis. *JAMA*, 300:1551-1565.
- Liotti G (2011), Note sulla psicoterapia ispirata dalla teoria dell'attaccamento. *Giornale Italiano di Psicologia*, XXXVIII (4):797-803.
- Main M, Goldwyn R, Hesse E (1982-2008) *Adult Attachment Scoring and Classification Systems*. Manoscritto non pubblicato, Berkeley, CA, University of California.
- Main M, Solomon J (1986), *Discovery of a new insecure-disorganized/disoriented attachment pattern*. TB Brazelton, M Yogman (a cura di), *Affective development in infancy*. Ablex, Norwood, pp. 95-124.
- Meyer B, Pilkonis PA, Proietti JM, Heape CL, Egan M (2001), Attachment styles and personality disorders as predictors of symptom course. *Journal of Personality Disorders*, 15(5):371-389.
- Milch W, Sahhar N (2010), Zur Bedeutung der Bildungstheorie für die Psychotherapie (Sul significato della teoria dell'attaccamento per la psicoterapia). *Psychotherapie*, 15, Vol. 15, N° 1, CIP-Medien, München.
- Mohr JJ, Gelso CJ, Hill CE (2005), Client and counselor trainee attachment as predictors of session evaluation and countertransference behavior in first counseling session. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3):298-209.
- Obegi JH, Berant E (2009), *Attachment theory and research in clinical work with adults*. Guilford Press, New York.
- Pillhofer M, Ziegenhain U (2010), A good start to life. *DMM News*, 10 (June):4.

- Popper K (1972), *Objective knowledge: an evolutionary approach*. Oxford, Clarendon, Press [tr. it. *Conoscenza oggettiva*. Roma, Armando, 1975].
- Purnell C (2010), Childhood trauma and adult attachment. *Healthcare Counselling and Psychotherapy Journal*, 10 (2).
- Romano V, Fitzpatrick M, Janzen J (2008), The secure-base hypothesis: Global attachment, attachment to counselor, and session exploration in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 55 (4):495-504.
- Romano V, Janzen J, Fitzpatrick M (2009), Volunteer client attachment moderates the relationship between trainee therapist attachment and therapist interventions. *Psychotherapy Research*, 19(6):666-676.
- Sahhar N (2010), Attachment in action. After the war: psychoanalytically oriented treatment can profit from DMM derived information. *DMM News*, 10(June):3.
- Sahhar N (2011), Alexithymia: lacking words for feelings or hiding dangerous information? *DMM News*, 11(June):3-4.
- Shedler J (2010), The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2):98-109.
- Shorey HS, Snyder CR (2005), The role of adult attachment styles in psychopathology and psychotherapy outcomes. *Review of General Psychology*, 10 (1):1-20.
- Simonelli A, Bighin M, De Palo F (2012), *Il Lausanne Trilogue Play. Modelli di ricerca e di intervento*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Slade A (2008), *Le implicazioni della teoria e della ricerca sull'attaccamento per la psicoterapia dell'adulto. Prospettive cliniche e di ricerca*. In: Cassidy J, Shaver PR (a cura di), 2008, tr. it., 2010, pp. 877-899.
- Slade A (2010), *Relazione genitoriale e funzione riflessiva*. Astrolabio, Roma.
- Solomon J, George C (1999): *Attachment disorganization*. Guilford Press, New York. [tr. it. *L'attaccamento disorganizzato*. il Mulino, Bologna, 2007].
- Steele H, Steele M (2008): *Clinical applications of the Adult Attachment Interview*. Guilford Press, New York. [tr. it. *Adult Attachment Interview. Applicazioni cliniche*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2010].
- Svanberg PO, Mennet L, Spieker S (2010), Promoting a secure attachment: a primary prevention practice model. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(3):363-378.
- Svartberg M, Stiles TC, Seltzer MH (2004), Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161:810-816.
- Van Der Horst FCP (2011), *John Bowlby. From psychoanalysis to ethology. Unraveling the roots of attachment theory*. John Wiley & Sons, Oxford, UK. [tr. it. *John Bowlby. Dalla psicoanalisi all'etologia*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2012].

- Wallin DJ (2007), *Attachment in psychotherapy*. Guilford Press, New York.
[tr. it. *Psicoterapia e teoria dell'attaccamento*. il Mulino, Bologna, 2009].
- Weiss RS (1982), *Attachment in adult life*. In: Parkes CM, Stevenson Hinde J (ed.): *The place of attachment in human behaviour*. Routledge, London.
- Weiss RS (1991), *Il legame di attaccamento nell'infanzia e nell'età adulta*. In: Parkes CM, Stevenson Hinde J, Marris P (a cura di) (1995), *L'attaccamento nel ciclo di vita*. Il Pensiero Scientifico, Roma, pp. 63-74.
- Wilkinson SR (2003), *Coping and complaining. Attachment and the language of dis-ease*. Brunner/Routledge, Hove-New York.
- Wilkinson SR (2010), Another day older and deeper in therapy: can the Dynamic-Maturational Model offer a way out? *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(3):423-432.