

Collana diretta da Paolo Moderato

Susan M. Johnson

La teoria dell'attaccamento in pratica

La terapia focalizzata sulle emozioni (EFT)
nel setting individuale,
di coppia e familiare

Edizione italiana a cura di

Rosario Capo, Marco Cacioppo e Ilario Mammone

FrancoAngeli

PRATICHE COMPORTAMENTALI E COGNITIVE



Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con **Adobe Acrobat Reader**



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile **con Adobe Digital Editions**.

Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.

PRATICHE COMPORTAMENTALI E COGNITIVE

Direzione: Paolo Moderato

Comitato Scientifico:

Roberto Anchisi (*Università degli Studi di Parma*),
Maurizio Cardaci (*Università degli Studi di Palermo*),
Roberto Cavagnola (*ANFFAS di Brescia*),
Rosalba Larcán (*Università degli Studi di Messina*),
Fabio Celi (*Università degli Studi di Parma*),
Giovambattista Presti (*Libera Università di Lingue e Comunicazione – IULM*),
Vincenzo Russo (*Libera Università di Lingue e Comunicazione – IULM*),
Gabriella Pravettoni (*Università degli Studi di Milano*),
Francesco Rovetto (*Università degli Studi di Pavia*).

La necessità e la richiesta sempre maggiore di psicoterapie brevi basate su evidenze (EBI) ha contribuito alla crescente diffusione delle terapie cognitive comportamentali (CBT). Tali terapie sono presenti nel mondo scientifico e professionale da 50 anni e hanno conosciuto importanti evoluzioni, pur mantenendo il forte radicamento nella visione scientifica della terapia.

La Collana si propone di presentare un panorama di queste buone “pratiche”, prima di tutto in ambito clinico; ma non solo in quello, data la versatilità dimostrata dal modello cognitivo comportamentale anche in ambito evolutivo, organizzativo e nella prevenzione.

Stanti con date, i volumi della Collana si rivolgono principalmente ai professionisti del settore, ma si ritengono utili anche a studenti in formazione e specializzandi.

Tutti i volumi della Collana vengono sottoposti a referaggio tra pari.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella homepage al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Susan M. Johnson

La teoria dell'attaccamento in pratica

La terapia focalizzata sulle emozioni (EFT)
nel setting individuale,
di coppia e familiare

Edizione italiana a cura di

Rosario Capo, Marco Cacioppo e Ilario Mammone

FrancoAngeli

PRATICHE COMPORTAMENTALI
E COGNITIVE

Original Edition: *Attachment Theory in Practice:
Emotionally Focused Therapy (EFT) with Individuals, Couples, and Families*
by Susan M. Johnson

Copyright © 2019 by The Guilford Press
A Division of Guilford Publications, Inc.

Published by arrangement with The Guilford Press

Traduzione di Antonio Calamonicì, Simone Borreca, Luigi Piliègo, Roberta Petrellese, Carmen Piazzolla,
Nadia Regalbutò, Flavia Russotto, Manuela Foglia, Elisa Casadio, Valentina Colonnello,
Anna Chiara Franquillo e Giulia Melis

In copertina: Wassily Kandinsky, *Stars*, 1866

Isbn: 9788835122562

Copyright © 2021 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.
Ristampa 1, Anno 2025

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore.
Sono riservati i diritti per Text and Data Mining (TDM), AI training e tutte le tecnologie simili.
L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso
dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Introduzione all'edizione italiana di Rosario Capo e Marco Cacioppo	pag. 11
Prefazione	» 15
1. Attaccamento. Una guida essenziale per la pratica clinica evidence-based	» 17
1. Quattro itinerari fuori dal caos	» 17
2. Teoria dell'attaccamento: chi siamo e come viviamo	» 21
3. Principi della teoria dell'attaccamento	» 22
4. L'impatto dell'attaccamento sicuro sulla salute mentale	» 26
5. Malintesi comuni sull'attaccamento	» 29
5.1. Dipendenza: costruttiva o distruttiva?	» 29
5.2. Modelli: fissi o flessibili?	» 31
5.3. Sessualità: separata o antitetica rispetto all'attaccamento sicuro?	» 32
5.4. Attaccamento: sostanzialmente analitico o sistemico?	» 34
6. Lo sviluppo di una base di ricerca	» 35
7. Il cambiamento dell'attaccamento in psicoterapia	» 37
2. Teoria e scienza dell'attaccamento come modello per il cambiamento terapeutico	» 41
1. EFT: psicoterapia guidata dall'attaccamento	» 43
2. Le caratteristiche specifiche del cambiamento: gli eventi di cambiamento	» 50

3. La natura delle emozioni	pag. 52
4. Modificare i livelli emotivi	» 55
5. La dimensione interpersonale: l'enacted negli eventi di cambiamento	» 57
3. Intervento. Lavorare con le emozioni e usarle per costruire esperienze e interazioni correttive	» 63
1. Emozioni e cambiamento nella terapia esperienziale	» 65
1.1. Regolare le emozioni	» 67
2. Il ruolo dell'attaccamento nella regolazione affettiva	» 69
3. Il processo di cambiamento esperienziale nella EFT	» 70
4. La ricerca sul coinvolgimento emotivo in terapia	» 74
5. Il cuore dell'intervento EFT: il Tango	» 76
5.1. Movimento 1 del Tango EFT: Riflettere il processo presente	» 78
5.2. Movimento 2 del Tango EFT: Integrazione delle emozioni e approfondimento	» 80
5.3. Movimento 3 del Tango EFT: Coreografare incontri emotivamente connessi	» 84
5.4. Movimento 4 del Tango EFT: Processare l'incontro	» 86
5.5. Movimento 5 del Tango EFT: Integrazione e validazione	» 87
5.6. L'atteggiamento del terapeuta nel Tango EFT	» 89
6. Tecniche esperienziali generali	» 90
6.1. Interventi individuali	» 91
6.2. Interventi sulle interazioni	» 93
6.3. Il Tono: il "come" della Tecnica	» 95
4. La Terapia Individuale Focalizzata sulle Emozioni nella cornice dell'attaccamento. Espandere il senso di sé	» 98
1. L'individuo all'interno delle relazioni intime	» 99
1.1. L'attaccamento nella terapia individuale	» 99
2. La depressione e l'ansia secondo la prospettiva dell'attaccamento	» 100
3. La formulazione del caso nei disturbi emotivi	» 104

4.	Fasi di intervento	pag. 108
4.1.	Fase 1: Stabilizzazione	» 109
4.2.	Fase 2: Ristrutturazione	» 112
4.3.	Fase 3: Consolidamento	» 116
5.	I Movimenti del Tango nella EFT	» 118
5.1.	Movimento 1 del Tango EFT: Riflettere il processo presente	» 118
5.2.	Movimento 2 del Tango EFT: Integrazione delle emozioni e approfondimento	» 120
5.3.	Movimento 3 del Tango EFT: Coreografare incontri emotivamente connessi	» 121
5.4.	Movimento 4 del Tango EFT: Processare l'incontro	» 122
5.5.	Movimento 5 del Tango EFT: Integrazione e validazione	» 122
5.	La Terapia Individuale Focalizzata sulle Emozioni in azione	» 126
1.	Fern: la storia pregressa	» 126
2.	Sessione 1	» 128
3.	Sessioni 2 e 3	» 131
4.	Sessione 4	» 135
4.1.	Movimento 1 del Tango EFT: Riflettere il processo presente	» 136
4.2.	Movimento 2 del Tango ETF: Integrazione delle emozioni e approfondimento	» 136
4.3.	Movimento 3 del Tango ETF: Coreografare incontri emotivamente connessi	» 137
5.	Sessione 5	» 138
6.	Sessione 6	» 140
7.	Sessione 7 (abbreviata)	» 144
8.	Sessione 8 (finale)	» 146
6.	Raggiungere la sicurezza nella Terapia di Coppia Focalizzata sulle Emozioni	» 150
1.	Ricerca sull'EFT di coppia basata sull'attaccamento	» 151
1.1.	Ricerca sui processi di cambiamento	» 152

2. L'attaccamento come guida al problema e alla soluzione nella terapia di coppia	pag. 153
3. La formulazione del caso e la valutazione	» 157
4. L'inizio della terapia: il processo delle prime sessioni	» 157
5. Fase 1: Stabilizzazione – Processi e interventi	» 162
5.1. Il Tango nella Fase 1 della EFT	» 163
6. Fase 2: Ristrutturare l'attaccamento – Il sé e il sistema	» 170
6.1. Fase 2 del processo nella modalità di coppia	» 173
7. Fase 3: Consolidamento	» 175
8. Nuove direzioni per gli interventi di coppia orientati all'attaccamento	» 177
8.1. Programmi educativi	» 177
8.2. Interventi indirizzati alla salute fisica	» 178
8.3. Gestire efficacemente il caregiving e la sessualità	» 179
9. Conclusione	» 181
7. La Terapia di Coppia Focalizzata sulle Emozioni in azione	» 186
1. Sarah e Galen: la storia passata	» 186
2. Seduta di consulenza	» 187
3. Commento sulla sessione	» 199
8. Ripristinare i legami affettivi nella Terapia Familiare Focalizzata sulle Emozioni	» 204
1. Differenze tra EFFT ed EFT	» 206
2. Differenze tra EFFT e altri modelli attuali di terapia familiare	» 207
3. Modelli di terapia familiare orientati all'attaccamento	» 208
4. Terapia Familiare Focalizzata sulle Emozioni	» 209
5. La valutazione nella EFFT	» 211
5.1. Considerare l'alleanza genitoriale durante la valutazione nella EFFT	» 215
6. Fasi della EFFT	» 216
7. Efficacia della EFFT	» 221
8. Il Tango EFFT con un padre e un figlio: Tim e James	» 221
9. Le Tecniche Esperienziali nella EFFT	» 225
10. Conclusioni	» 228

9. La Terapia Familiare Focalizzata sulle Emozioni in azione	pag. 232
1. Josh e la sua famiglia: la storia passata	» 232
2. Lavorare con Josh e Sam	» 234
3. Lavorare con Sam ed Emma	» 241
10. Post scriptum. La promessa di una Scienza dell'Attaccamento	» 248
1. Unire la Scienza alla Pratica	» 249
1.1. Il Professionista: presente e focalizzato	» 250
2. Avere particolare riguardo per le emozioni	» 251
3. Il valore delle relazioni	» 254
Appendici	
1. Misurare l'attaccamento	» 257
2. Fattori e principi generali in terapia	» 263
3. La Terapia Individuale Focalizzata sulle Emozioni e altri modelli empiricamente testati che includono la prospettiva dell'attaccamento	» 269
Risorse	» 275
Bibliografia	» 277

Introduzione all'edizione italiana

di *Rosario Capo e Marco Cacioppo*

È stato un piacere leggere e poi tradurre il libro di Sue Johnson, pensando soprattutto ai futuri lettori italiani: allievi delle Scuole di Specializzazione in Psicoterapia e colleghi più o meno giovani. Finalmente un manuale incentrato sulla Teoria dell'Attaccamento come cornice principale per la concettualizzazione e il trattamento di un'ampia quota di sofferenza psicopatologica ma, forse per la prima volta, veramente operativo e fortemente incarnato nella pratica clinica.

Questo libro traduce la più recente letteratura sull'Attaccamento, sistematicamente messa in relazione con quella neuro-scientifica, in operazioni cliniche con un chiaro rationale e una sequenzialità strategica intrisa di sapere teorico ma, soprattutto, di esperienza clinica decennale che l'autrice riversa in queste pagine.

I fenomeni clinici (emozioni in eccesso o in difetto, condotte sintomatiche interpersonali o auto-dirette, risposte fisiologiche problematiche, attività mentali disturbanti) sono chiaramente compresi e spiegati nella EFT in quanto *espressione di atteggiamenti difensivi o di iper-perseguimento di scopi*¹ (seppur in maniera, generalmente, non intesa e non scientemente intenzionale), sui quali la persona ha focalizzato in modo particolare l'attenzione selettiva in seguito ad esperienze evolutive ed esistenziali fortemente emotigene e, generalmente, disfunzionali (se non palesemente traumatiche) sul piano evolutivo: trascuratezza, abbandono, maltrattamento, abuso, scarsa attenzione o validazione della propria soggettività, sottomissione inappropriata, ecc. Tali esperienze, dal punto di vista della Johnson, hanno generalmente a che vedere con i *legami affettivi* e, in particolare, con quelli di attaccamento-accudimento. La sicurezza, la preve-

¹ Ogni e qualunque condizione del sé e/o del mondo, dotata di potere attrattivo o, in altri termini, di coefficiente di valore soggettivo, innato o appreso che sia.

dibilità, la responsabilità genitoriale, il rispetto dei confini sé-altro, l'uso appropriato delle gerarchie sociali, la validazione della propria soggettività nel rapporto con le figure di riferimento, ecc. ecc., costituiscono per l'autrice elementi centrali di salutogenesi o, all'opposto, di innesco di percorsi psicopatogeni.

Gli esseri umani sono animali sociali a prole inetta e, dunque, hanno bisogno di costituire e stabilizzare, fin dall'inizio della propria esistenza, legami solidi, affidabili e coesivi, anche al fine di affrontare più efficacemente i compiti che l'esistenza pone di fronte a tutti noi nel corso della vita e per sentirsi sufficientemente sicuri e "di valore" (amabili). Difficoltà significative o, perfino, fallimenti precoci nel tentativo di stabilizzare efficacemente tali legami affettivi, possono lasciare ferite profonde nel Sistema Limbico di un bambino, ossia nel suo "cervello dei mammiferi" (MacLean, 1970; 1990), innescando *atteggiamenti iper-reattivi* (ad esempio: costante timore dell'abbandono, ansia di separazione, eccessivo senso di colpa altruistico, acquiescenza compulsiva, dipendenza, intolleranza per l'ignoto/non familiare, controllo delle figure affettive, aggressività reattiva, ecc.) e/o di *trinceramento difensivo* (es.: evitamento sociale, iper-competitività, ritiro "territoriale", dominanza, intolleranza per l'eteronomia e l'incertezza previsionale, autonomia compulsiva, rinuncia precoce al legame e all'affiliazione, egocentrismo, ostilità *covert* o atteggiamenti passivo-aggressivi, ecc.).

Come la Johnson sottolinea e illustra accuratamente ed in modo operativo, è necessario aiutare tali individui, da adolescenti e da adulti, a *comprendere il senso e la funzione dei propri atteggiamenti e comportamenti sintomatici*, cristallizzati nel corso del tempo, come espressione di tali ferite e del tentativo di conquistare, stabilizzare e proteggere, spesso in modo soverchio (ossia "con le unghie e con i denti") e, conseguentemente, in maniera sintomatica, i propri bisogni emotivi di base, in quanto realizzati con difficoltà (in modo "fragile" e/o troppo intermittente) nel corso della propria storia evolutiva e relazionale.

La via maestra per l'autrice, ma anche per i due curatori dell'edizione italiana di questo prezioso manoscritto, è la *focalizzazione delle emozioni* che il soggetto esprime, in modo più o meno esplicito, nella relazione terapeutica, nei suoi rapporti affettivi e nella narrazione degli episodi problematici ricorrenti, e poi l'approfondimento dei significati e delle funzioni (intrapsichici ed interpersonali) di tali risposte emozionali, espressive e fisiologiche.

A partire dal corpo, dalla fisiologia, dalle espressioni del viso, dalle posture, dai movimenti interpersonali e dagli atteggiamenti relazionali, il terapeuta può aiutare il paziente a mettere a fuoco i propri vissuti (favorire il contatto e la consapevolezza), ad approfondirne il significato storico e relazionale, a risalire ai ricordi sensibilizzanti o addirittura traumatici, a comprendere insieme da cosa egli/ella si difenda ancora oggi (eventualità percepite come catastrofiche in virtù delle esperienze precoci, spesso traumatiche) e che cosa cerchi

di realizzare a tutti i costi, con le unghie e con i denti, a vedere quali cicli interpersonali e circoli viziosi intrapsichici innesca e stabilizza con il proprio comportamento disfunzionale (se non nell'immediato, almeno a medio e/o a lungo termine).

Con l'uso di esperienze relazionali correttive, significative e fortemente emotigene, orchestrate dal clinico e realizzate sia nella relazione terapeutica che in modo immaginativo o, altresì, convocando in seduta le persone affettivamente più rilevanti per il paziente (marito, moglie, figli, genitori, ecc.), è possibile superare atteggiamenti difensivi cristallizzati, apprendere esperienzialmente nuove modalità di perseguimento dei propri bisogni emotivi e sociali, percepire in modo più profondo le emozioni proprie e altrui, darsi il diritto di esprimere la propria soggettività e la propria vulnerabilità, acquisire maggiore compassione ed empatia per se stessi e per gli altri, accettare i propri e gli altrui fallimenti e difettosità.

L'ampio uso di procedure cliniche gestaltiche ed esperienziali in genere, rende la EFT un approccio incisivo e fattivo, poco propenso ad esitare esclusivamente in discussioni raziocinanti o "teoriche" sul funzionamento del paziente, sperando che questi, "raggiunta l'illuminazione", sia in grado da solo di imporsi un cambiamento significativo nelle risposte emotive e comportamentali. Piuttosto, il contatto con i marcatori somatici (percezione della propria soggettività più "viscerale"), con le proprie emozioni e con i propri significati (funzione dei propri atteggiamenti cristallizzati verso se stessi, gli altri e il mondo), la consapevolezza/mentalizzazione e il cambiamento (sia cognitivo che emotivo e comportamentale), sono innescati all'interno della EFT attraverso esperienze nel qui ed ora tra terapeuta e paziente, tra la persona e gli altri individui significativi della sua esistenza, ma anche immergendosi in immaginazioni di interazioni emotigene passate o, persino, solo ipotetiche tra il paziente e le proprie figure di attaccamento-accudimento (precedenti e attuali).

La visione funzionalista e darwinista delle emozioni e della psicopatologia e l'uso delle procedure esperienziali come strada maestra per il cambiamento, pongono la EFT in dialogo diretto e proficuo (integrazione) con la Schema Therapy (Young *et al.*, 2018), con i moderni approcci CBT di stampo Scopistico-Funzionalista (Capo, 2017), con le Terapie Sistemico-Relazionali (si veda il concetto di "funzionalità" del sintomo all'interno del Sistema Familiare) (Cacioppo *et al.*, 2017), con la Terapia Senso-Motoria (Ogden, 2016), con l'Analisi Transazionale (Erskine, 2018), ecc.

Tale esito fa ben sperare in un possibile futuro nel quale la Psicoterapia potrà finalmente arrivare ad essere "senza etichette" e veramente integrata in quanto dominio scientifico-culturale e clinico, così come oggi è la Medicina moderna. Un futuro nel quale l'obiettivo principale dei diversi teorici, ricercatori e terapeuti non sia più quello di evidenziare la propria "specialità", superiorità ed

originalità rispetto a tutti gli altri ma, piuttosto, sia quello di mettere insieme i dati, le esperienze, le conoscenze e le procedure cliniche più assodate, al fine di migliorare l'efficacia e l'efficienza della Psicoterapia a vantaggio dei pazienti e della collettività nel suo complesso.

Riferimenti bibliografici

- Cacioppo M., Gori A. e Guccione C. (2017). *Sistemi familiari e mentalizzazione. Verso una prospettiva integrata*. Milano: FrancoAngeli.
- Capo R. (2017), *La prospettiva Scopistico-Funzionalista*. Relazione all'interno del Congresso "Mindfulness, Acceptance, Compassion: Nuove Dimensioni di Relazione", 22-24 marzo 2017. Milano: Università IULM.
- Erskine R.G. (2018) (a cura di). *L'analisi transazionale nella psicoterapia contemporanea*. Roma: LAS.
- MacLean P.D. (1970). The triune brain, emotion, and scientific bias. In: Schmitt F.O. (ed.), *The neurosciences: Second study program* (pp. 336-349). New York: Rockefeller University Press.
- MacLean P.D. (1990). *The Triune Brain in Evolution. Role in Paleocerebral Functions*. New York: Plenum Publishing Corporation.
- Ogden P. e Fisher J. (2016). *Psicoterapia Sensomotoria. Interventi per il trauma e l'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Young J.E., Klosko J.S. e Weishaar M.E. (2018). *Schema Therapy: La terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi della personalità*. Trento: Erickson.

Prefazione

O corpo abbandonato alla musica, o fulgida visione,
come possiamo conoscere la danzatrice dalla danza
stessa?

William Butler Yeats

Devo scrivere. Devo scrivere per incatenare il caos della vita che si muove come un caleidoscopio e per trattenerlo ancora per un momento. Scrivo appunti mentre lavoro in terapia. Scrivo quando sono incerta su come dare un senso a un'esperienza o quando trovo qualcosa di particolarmente significativo o bello. Devo scrivere ciò che i miei pazienti mi insegnano durante le sedute – perché loro mi insegnano sempre qualcosa. Sorprendentemente, trovo che ogni seduta e ogni riflessione scritta è ancora un'avventura, un'opportunità di arrampicarmi dentro questo territorio chiamato essere umano. Cosa troverò lì? Sempre qualcosa che ancora non capisco veramente.

Come psicologa, ho sempre l'opportunità di rimanere un'eterna studentessa, mentre ascolto tutti i grandi nomi della psicologia e psicoterapia che condividono le loro intuizioni e offrono i loro suggerimenti su come si dovrebbe procedere nel nostro ambito nel XXI secolo. Insegno a terapeuti in tutto il mondo e ascolto i loro desideri, le loro frustrazioni e i loro dilemmi. È normale che durante l'ultima decade mi sia costruita la mia personale visione sul grande impegno chiamato psicoterapia, su quali siano i nostri problemi e su quale sia il modo migliore di procedere, ed è naturale che io ora debba scrivere riguardo a questa visione.

Sono piena di speranza per la nostra professione; impariamo così tanto, e così velocemente, specialmente sulle relazioni intime e sul ruolo che giocano rispetto a chi siamo e come le nostre vite si svolgono – nel bene e nel male. Sono anche piena di sgomento, e sono sicura che alcune delle ragioni verranno chiarite nel Capitolo 1.

Il mondo ha bisogno di buoni terapeuti più che mai. E buoni terapeuti hanno bisogno di un modo chiaro di vedere gli esseri umani, di una panoramica sulle loro battaglie, e di un percorso sicuro per guidare i loro pazienti verso la pienezza e la salute.

Quando siamo sani e salvi, sicuri e chiari, allora possiamo aiutare i nostri pazienti a tornare a casa nello stesso luogo.

Questo libro offre una sinossi sulla teoria dell'attaccamento e una completa prospettiva dello sviluppo della personalità e della regolazione affettiva, e presenta le implicazioni di questa teoria sulla pratica generale della psicoterapia. Esso delinea chiari collegamenti tra la teoria dell'attaccamento e il modello umanistico esperienziale di intervento (usando la EFT – la Terapia Focalizzata sulle Emozioni – come guida per realizzare questi collegamenti). Offre anche un approccio integrato per la valutazione e un profilo di come le conoscenze dell'attaccamento si traducono in un intervento efficace per la terapia individuale, di coppia e familiare. I singoli capitoli relativi a ogni modalità ampliano questa discussione, che è sostanziata da capitoli clinici che mostrano specifici interventi sul campo. Nel primo e, più brevemente nell'ultimo capitolo, riassumo la promessa della teoria e della scienza dell'attaccamento per la pratica psicoterapeutica. In questo libro, il focus dell'intervento è sulla depressione e l'ansia – anche indicati come “disturbi emotivi”.

Chi di voi conosce il mio lavoro non rimarrà sorpreso dalle mie argomentazioni o conclusioni. La strada da seguire consiste nell'avere particolare riguardo sia per il cuore relazionale della pratica della psicoterapia sia per la saggezza delle nostre emozioni e nel sintonizzarsi sulla scienza dell'attaccamento come guida per il nostro mestiere. La scienza dell'attaccamento riguarda la biologia, ma anche il senso comune – ciò che le nostre intuizioni più profonde ci hanno sempre comunicato. Essa riguarda soprattutto ciò che ci rende umani – le nostre relazioni. Avere un senso positivo di connessione con gli altri è il migliore, e forse l'unico valido modo di aiutare gli esseri umani a trovare un posto connotato come sano e salvo.

1. Attaccamento. Una guida essenziale per la pratica clinica evidence-based

Le scoperte più emozionanti del XXI secolo non avverranno grazie alla tecnologia ma tramite una concezione in espansione rispetto a ciò che significa essere umani.

John Naisbitt

La vicinanza alle risorse sociali riduce il costo della scalata sulle colline reali e figurative che affrontiamo quotidianamente, perché il cervello costruisce le risorse sociali come risorse bioenergetiche, proprio come l'ossigeno o il glucosio.

Coan e Sbarra (2015, p. 87)

Attualmente si contano più di mille definizioni per indicare i vari approcci alla psicoterapia e circa 400 diverse metodologie di intervento (Garfield, 2006; Corsini e Wedding, 2008). Esistono numerose “parrocchie” terapeutiche, ognuna con la propria visione della realtà. Gli approcci e i metodi variano ampiamente per la loro specificità, per la solidità delle teorie su cui si basano e per il livello di supporto empirico che hanno accumulato. Inoltre, ci sono centinaia di interventi specifici per qualsiasi problema un individuo possa presentare. Tali interventi sono spesso presentati come “rimedi” rapidi per disturbi complessi e si focalizzano sulla riduzione dei sintomi piuttosto che sulla persona e sul contesto in cui una sintomatologia si manifesta. Il fatto di avere tanti metodi e tecniche disponibili, tutti presumibilmente con almeno una certa affidabilità, mi sembra la ricetta perfetta per il caos esistente nel nostro campo.

1. Quattro itinerari fuori dal caos

Di fronte al proliferare di “disturbi” (che aumentano a ogni nuova versione dei sistemi di classificazione, come il DSM, oltre che di modelli e approcci clinici), è ovvio che occorrono proposte per la formazione e per l'intervento che siano chiare, generalizzabili ed economiche. Quattro vie sembrano offrire buone prospettive. La prima è il percorso del cosiddetto “empirismo dedica-

to”. Il terapeuta coscienzioso sarà attento a seguire il cammino tracciato dalla scienza, a esaminare attentamente tutta la ricerca empirica disponibile e poi a selezionare l’approccio, il modello e l’intervento più adeguati per affrontare il problema specifico presentato da ogni cliente in un dato momento. Anche per i terapeuti più scrupolosi, questa potrebbe apparire come una sfida ardua, se non addirittura impraticabile, soprattutto considerando che i protocolli di trattamento standardizzati sono in costante aumento, diventano sempre più complessi e difficili da assimilare. Con una dedizione radicale all’empirismo, la pratica terapeutica si riduce a quella di applicare un approccio schematico ben definito, e il terapeuta si trasforma in un operatore tecnico qualificato.

La seconda via enfatizza i processi di cambiamento in terapia. Prevede che i terapeuti si occupino principalmente dei fattori comuni presenti nel processo di cambiamento terapeutico, a prescindere dall’oggetto o dal soggetto del cambiamento. Questa prospettiva si giustifica con l’osservazione che tutti i trattamenti esaminati nei tanti studi sugli esiti dimostrano che i vari approcci sembrano avere la stessa efficacia, suggerendo quindi che i modelli e gli interventi specifici possano essere considerati equivalenti. Tuttavia, tale generalizzazione si rivela spesso priva di fondamento e deriva dall’aggregazione di studi di diversa qualità in analisi complessive dette meta-analisi, la cui media dei risultati spesso non è significativa. In realtà, l’idea che gli effetti terapeutici siano interscambiabili appare più che altro un prodotto dei metodi di valutazione utilizzati (Budd e Hughes, 2009) in quanto diverse terapie manualizzate condividono molti principi attivi. Esistono, inoltre, casi in cui trattamenti specifici hanno dimostrato di essere più adatti ed efficaci per particolari disturbi (Chambless e Ollendick, 2001; Johnson e Greenberg, 1985), anche se permane l’incertezza sulla persistenza di queste differenze nel tempo (Marcus, O’Connell, Norris e Sawaqdeh, 2014).

Forse le variabili più considerate nello studio dei fattori di cambiamento generale sono la qualità dell’alleanza terapeutica e il coinvolgimento del cliente nel processo terapeutico. In questo caso, l’aspettativa è che, manipolando correttamente questi fattori generali, allora il compito della terapia – creare cambiamento – diventerà semplice e gestibile. Va considerato che una buona alleanza terapeutica e l’attenzione alla qualità del coinvolgimento del cliente sono probabilmente presupposti di qualsiasi tipo di cambiamento. Si tratta sicuramente di variabili chiave che potenziano i processi di cambiamento, e tuttavia non sono in grado di “raccontare tutta la storia” quando si tratta di intervento. Infatti, è stata calcolato che la varianza attribuibile all’alleanza con il terapeuta rispetto agli *outcomes* ammonta a circa il 10% (Horvath e Symonds, 1991; Horvath e Bedi, 2002).

Inoltre, i fattori aspecifici sembrano diventare un po’ meno aspecifici nella stanza della terapia. L’alleanza operazionalizzata da un terapeuta umanistico

esperienziale è la stessa che viene plasmata da un terapeuta cognitivo-comportamentale? Il concetto di coinvolgimento del cliente sembra più promettente. Nello studio del National Institute of Mental Health (NIMH) sulla depressione, Castonguay e colleghi hanno scoperto che maggiore coinvolgimento/esperienza emotiva da parte dei clienti ha predetto un cambiamento positivo a prescindere dal modello di terapia adottato (Castonguay *et al.*, 1996), mentre un focus su pensieri distorti collegati a emozioni negative (come esemplificato dalla CBT classica) ha effettivamente predetto più sintomi depressivi dopo la terapia. Naturalmente, il livello di coinvolgimento che viene considerato sufficiente per il cambiamento varierà sicuramente in base agli obiettivi di un particolare modello di terapia.

Una terza strategia disponibile per migliorare chiarezza ed efficienza della terapia consiste nel concentrarsi sulle variabili comuni a diversi problemi presentati dai clienti. Questo approccio suggerisce l'integrazione di interventi mirati alla struttura latente di disturbi emotivi quali il disturbo di panico, l'ansia generalizzata e la depressione, trattandoli come manifestazioni di una più ampia sindrome da "affettività negativa". Ciò implica che i terapeuti possano focalizzarsi sulla modifica di un numero limitato di sintomi chiave, empiricamente definiti, di questo malessere generale. La sindrome da affettività negativa si caratterizzerebbe per una marcata sensibilità alle minacce, un sistematico evitamento di situazioni ansiogene e una tendenza a emettere risposte e condotte negative automatiche innescate da specifici "trigger" (Barlow, Allen e Choate, 2004). Il processo di cambiamento in questo caso mira a supportare i clienti nella rielaborazione della percezione di tali minacce e nella diminuzione della tendenza alla catastrofizzazione, facilitando così una modifica dell'abitudine all'evitamento delle situazioni temute. Questo evitamento, infatti, impedisce l'apprendimento di nuove strategie e, paradossalmente, perpetua l'ansia. L'obiettivo è quindi quello di persuadere il cliente ad adottare modalità di risposta diverse di fronte a stimoli negativi. Restano da definire, tuttavia, le strategie più efficaci per "persuadere" e "rivalutare" tali situazioni.

Una possibile quarta via si propone di concentrare l'attenzione sui processi sottostanti, non solo nell'emergere di un disturbo, ma anche nel funzionamento degli individui sia in condizioni di benessere che di disfunzionamento. Ciò implica una vasta comprensione di come gli esseri umani costruiscono costantemente un senso di sé, prendono decisioni e interagiscono con gli altri. Da questa prospettiva, si comprende l'evoluzione della psicoterapia non solo verso l'applicazione di interventi specifici supportati da evidenze, l'individuazione di elementi comuni nelle terapie e la categorizzazione dei problemi dei clienti – tutti approcci validi – ma anche verso lo sviluppo di modelli comprensivi del funzionamento umano. Questi tentativi di rappresentare e comprendere la natura umana forniscono ai terapeuti una definizione generale di salute e funzio-

namento positivo, così come di disfunzioni e angosce, andando oltre i disturbi descritti nei manuali di classificazione formale come il DSM o l'ICD.

Il più attuale e solido di questi modelli propone che la terapia si concentri sull'individuo nel suo contesto, spingendo l'agenda terapeutica verso la promozione della crescita e dello sviluppo ottimale della personalità, piuttosto che limitarsi all'eliminazione o al sollievo di uno o più sintomi specifici. Un'ampia cornice concettuale ci permette di inquadrare le descrizioni dei disturbi e gli elementi chiave del cambiamento in un modello esplicativo integrato, a partire dal quale possiamo valutare le forze e le vulnerabilità dei clienti per stabilire l'approccio più adeguato per relazionarci a loro. Ciò ci consente di formulare valutazioni su quali cambiamenti siano effettivamente significativi e presumibilmente durevoli. Anche se ogni modello terapeutico si basa su una certa concezione del funzionamento umano, spesso questi restano impliciti o poco esplorati. Per esempio, il modello cognitivo-comportamentale nella terapia di coppia si appoggia a una visione economico-razionale delle relazioni intime, dove una negoziazione efficace conduce alla soddisfazione nella relazione. La terapia di coppia focalizzata sulle emozioni, invece, privilegia un modello di relazioni che enfatizza i processi emotivi e la coesione, ritenendo la responsività emotiva come l'elemento cruciale per la soddisfazione e la stabilità di coppia.

Nessuna prospettiva o modello unico è in grado di abbracciare pienamente la complessità e la varietà dell'esistenza umana; come sottolineava Einstein: "Ahimè, la nostra teoria è troppo povera per avvolgere l'intera gamma dell'esperienza umana". Ciò nonostante, per garantire che i clinici possano operare con la massima efficienza ed efficacia, è imprescindibile disporre di un approccio teorico unitario degli aspetti fondamentali del funzionamento umano, che sia radicato nella scienza, e che sia in grado di dare conto delle disfunzioni emotive, cognitive, comportamentali e interpersonali. Un tale modello dovrebbe essere applicabile a varie forme di terapia, individuale, di coppia, familiare, e soddisfare i tre pilastri fondamentali di qualsiasi impresa scientifica: una descrizione sistematica basata sull'osservazione e definizione dei fenomeni; previsioni sulle relazioni causa-effetto; e un quadro esplicativo comprensivo, supportato da un vasto corpus di ricerche corroboranti. Deve presentarsi come un modello affidabile e suscettibile di confutazione, che delinea i criteri del funzionamento ottimale e della resilienza, le dinamiche di sviluppo e crescita personale nel tempo, i meccanismi della disfunzione e le sue modalità di mantenimento, oltre alle condizioni indispensabili e sufficienti per un cambiamento profondo e significativo. In particolare, la psicoterapia richiede una teoria (o una mappa) che ci guidi nell'aiutare le persone a cambiare a livello di variabili organizzative di base, quali, ad esempio: la regolazione abituale delle emozioni; la strutturazione ed elaborazione delle cognizioni nucleari relative a sé e

agli altri; e l'organizzazione dei comportamenti e delle relazioni interpersonali fondamentali. Questa cornice teorica deve estendersi oltre l'ambito intrapsichico, integrando in maniera perspicace e sistematica il sé e il sistema, le realtà soggettive individuali e i modelli di interazione. Deve essere in armonia con gli ultimi progressi della ricerca neuroscientifica, riconoscendo che, più di tutto, siamo esseri sociali, profondamente impegnati nelle nostre relazioni con gli altri.

2. Teoria dell'attaccamento: chi siamo e come viviamo

Esiste, e lo affermo con convinzione, una sola teoria che si avvicina significativamente al soddisfacimento di tali criteri: la teoria dello sviluppo della personalità nota come "Teoria dell'attaccamento" (Bowlby, 1969; 1988). Originariamente formulata per descrivere lo sviluppo nella prima infanzia, la teoria dell'attaccamento è stata successivamente ampliata per includere anche le relazioni tra adulti. Rholes e Simpson (2015, p. 1) sottolineano come, nell'ultimo decennio, il campo di studi sull'attaccamento sia stato particolarmente prolifico, generando una vasta quantità di ricerche che supportano i principi cardine della teoria, segnando uno dei progressi più rilevanti nelle scienze psicologiche contemporanee.

Inoltre, gli studi sull'attaccamento trovano ampio riscontro e conferme nelle ricerche attuali nel campo delle neuroscienze, della psicologia sociale, della psicologia della salute e clinica, sottolineando come la nostra natura sia essenzialmente sociale e relazionale, orientata verso i legami affettivi. Lungo l'arco della vita, il bisogno di connessione con gli altri plasma la nostra architettura neurale, le nostre reazioni allo stress, la nostra vita emotiva quotidiana e i dilemmi interpersonali che ne costituiscono il fulcro.

Recentemente, Magnavita e Anchin (2014) hanno proposto la teoria dell'attaccamento come fondamento per un approccio unificato alla psicoterapia, descrivendola come il "Santo Graal" per l'interpretazione unitaria di una vasta gamma di disturbi psicologici e per spiegare i cambiamenti caratteriali duraturi e il sollievo sintomatico permanente. Altri ricercatori hanno evidenziato come la teoria dell'attaccamento fornisca una solida base per interventi terapeutici specifici, come la psicoterapia individuale (Costello, 2013; Fosha, 2000; Wallin, 2007), la terapia di coppia (Johnson e Whiffen, 2003; Johnson, 2002; 2004) e la terapia familiare (Johnson, 2004; Furrow *et al.*, 2019; Hughes, 2007). Questi autori enfatizzano il carattere intrinsecamente integrativo della scienza e della teoria dell'attaccamento, sottolineando come questa prospettiva ci permetta di superare la compartimentazione e la frammentazione, avvicinandoci a quella che E.O. Wilson ha definito "consilienza" (1998), concetto che si fonda su con-

vinzioni provenienti dal mondo ellenico di un ordine cosmico comprensibile e definibile attraverso regole e processi interagenti, che emergono dalla convergenza di evidenze derivanti da diversi ambiti fenomenici, offrendoci modelli applicabili al mondo e a noi stessi.

3. Principi della teoria dell'attaccamento

Quali sono dunque i principi cardine dell'odierna teoria dell'attaccamento, sviluppati a partire dalle fondamenta gettate da John Bowlby (1969; 1973; 1980; 1988) e ulteriormente esplorati dagli studi in campo psicologico sociale negli ultimi anni (Cassidy e Shaver, 2008; Mikulincer e Shaver, 2016)? Qui presenterò dieci principi essenziali. Prima, tuttavia, è opportuno delineare tre considerazioni generali su questa teoria.

Innanzitutto, l'attaccamento si configura come una teoria interpersonale che colloca l'individuo nel contesto delle sue relazioni più strette, promuovendo una visione dell'essere umano come intrinsecamente sociale e come *Homo vinculum*, ovvero un essere che instaura legami. Il legame con gli altri può essere considerato una strategia di sopravvivenza fondamentale per l'uomo. In secondo luogo, la teoria si concentra sulle emozioni e sulla loro regolazione, enfatizzando in modo particolare il ruolo della paura. La paura è vista non solo in termini di ansie quotidiane, ma anche a livello esistenziale, come riflesso dei temi fondamentali di impotenza e vulnerabilità; cioè, come riflesso delle preoccupazioni di sopravvivenza rispetto alla morte, all'isolamento, alla solitudine e alla perdita. Un fattore cruciale per la salute e il benessere mentale risiede quindi nella capacità di gestire queste dinamiche affinché si possano migliorare la resilienza e il benessere stesso. Terzo, l'attaccamento è una teoria dello sviluppo, che si occupa della crescita e dell'adattamento flessibile dell'individuo, considerando i fattori che possono ostacolare o facilitare tale adattamento. La teoria presuppone che il legame stretto con altri ritenuti affidabili costituisca la nicchia ecologica in cui si sono evoluti il sistema nervoso in generale e il cervello umano, e i principali modelli comportamentali, nonché il contesto in cui l'individuo può realizzare la miglior espressione della sua identità.

Sinteticamente, i dieci principi fondamentali della teoria e della scienza dell'attaccamento sono:

- 1) Dalla nascita alla morte, gli esseri umani sono naturalmente inclini a ricercare, oltre al contatto sociale, anche la vicinanza fisica ed emotiva con individui considerati insostituibili. Il desiderio di un significativo senso di connessione con gli altri rappresenta l'elemento prioritario nella gerarchia degli obiettivi e dei bisogni umani. Gli esseri umani sono particolarmente consapevoli di que-

sto innato bisogno di connessione soprattutto nei momenti di minaccia, rischio, dolore o incertezza. Le minacce che attivano il sistema di attaccamento possono provenire dall'esterno e dall'interno, come, ad esempio, angoscianti percezioni di rifiuto da parte dei propri cari o anche immagini negative o evidenze concrete che ricordano la propria mortalità (Mikulincer, Birnbaum, Woddis e Nachmias, 2000; Mikulincer e Florian, 2000). Nel contesto delle relazioni, la vulnerabilità condivisa rafforza i legami, poiché mette in luce i bisogni di attaccamento volti a costruire un senso di vicinanza e conforto, incoraggiando così la connessione con gli altri.

- 2) Un contatto fisico e/o emotivo prevedibile con una figura di attaccamento, che può essere un genitore, un fratello, un amico intimo di lunga data, un partner o una figura spirituale, ha l'effetto di calmare il sistema nervoso, creando un senso corporeo e mentale di "posto sicuro". In questo ideale spazio, conforto e rassicurazione sono ottenibili in maniera sufficientemente certa, e l'equilibrio emotivo ha modo di essere ripristinato o potenziato. Le cure emotive ricevute, specialmente durante l'infanzia, modulano il funzionamento del sistema nervoso rendendolo meno vulnerabile alle minacce, e instaurando l'aspettativa di un mondo percepito come relativamente sicuro e gestibile.
- 3) Questo stato di equilibrio emozionale favorisce lo sviluppo di un senso di sé solido, positivo e integrato, nonché la capacità di organizzare al meglio l'esperienza interiore. Tale autopercezione agevola inoltre l'espressione autentica dei bisogni verso le figure di attaccamento, incrementando la probabilità che tali manifestazioni generino segnali di connessione efficaci, contribuendo così a costruire rappresentazioni positive degli altri come fonti di supporto accessibili.
- 4) La certezza di poter contare su una persona amata crea una "base sicura" da cui esplorare il mondo, intraprendere rischi, esperire e sviluppare un senso di competenza e autonomia. Tale dipendenza emotiva rappresenta una fonte di forza e resilienza, contrariamente alla negazione dei bisogni di attaccamento e alla falsa autosufficienza, che invece determinano una serie di svantaggi. La capacità di affidarsi e di internalizzare un senso di sicurezza nel legame con gli altri costituisce la risorsa principale che permette alla nostra specie di sopravvivere e prosperare in un ambiente incerto.
- 5) I fattori determinanti per la qualità e la sicurezza di un legame di attaccamento sono la percezione di accessibilità, responsività e impegno emotivo delle figure di attaccamento. Questi elementi possono essere sintetizzati nell'acronimo ARE (*accessibility, responsiveness, and emotional engagement*) che utilizzo nel contesto clinico come metafora della domanda fondamentale – inerente all'attaccamento – che emerge durante i conflitti di coppia: "Ci sei per me?".

- 6) L'angoscia di separazione emerge con forza quando un legame di attaccamento sicuro è minacciato o perso. Esistono anche altri tipi di legami emotivi, basati sul rispetto reciproco o sulla condivisione di interessi, la cui interruzione può causare sofferenza. Tuttavia, in questi casi l'angoscia non raggiunge l'intensità o la profondità emotiva che si verifica quando è in gioco un legame di attaccamento. L'isolamento emotivo e fisico dalle figure di attaccamento è universalmente esperito come traumatico, accrescendo il senso di vulnerabilità e pericolo, nonché di impotenza (Mikulincer, Shaver e Pereg, 2003).
- 7) Un legame sicuro si manifesta attraverso interazioni chiave nelle relazioni affettive intime e nel modo in cui gli individui interpretano le abituali dinamiche di interazione, traducendole in modelli o schemi di risposta. La sensazione generale di sicurezza nell'attaccamento non è una caratteristica immutabile; piuttosto, evolve in risposta a nuove esperienze che permettono di rielaborare i modelli operativi dell'attaccamento e le strategie di regolazione emotiva correlate a essi (Davila, Karney e Bradbury, 1999). Di conseguenza, è possibile sentirsi insicuri in una relazione e sicuri in un'altra. I modelli operativi interni (MOI) si focalizzano principalmente sull'affidabilità altrui e sul diritto di ricevere cura e protezione, cioè l'autoaccettazione. Basandosi sulle domande fondamentali "Posso contare su di te?" e "Sono degno del tuo amore?", questi modelli generano aspettative, distorsioni percettive automatiche che poi innescano emozioni, memorie episodiche specifiche, credenze e atteggiamenti, nonché conoscenze procedurali implicite su come navigare le relazioni strette (Collins e Read, 1994). Nella loro espressione più rigida e automatica, possono distorcere la percezione durante le interazioni, influenzando così le risposte e venendo vissuti come realtà inconfutabili, piuttosto che come costrutti mentali.
- 8) Coloro che godono di un attaccamento sicuro si sentono a proprio agio con la vicinanza e la dipendenza dagli altri. In questo contesto, la strategia di attaccamento primaria diventa quella di riconoscere i propri bisogni di attaccamento e di esprimerli in modo congruente (ad esempio, allineando segnali verbali e non verbali in un messaggio chiaro) per ottenere o mantenere il contatto con una figura di attaccamento. Quando questa figura risponde positivamente, viene percepita come affidabile e, di conseguenza, accolta, calmando il sistema nervoso del richiedente. Tale strategia, propria della sicurezza nell'attaccamento, è efficace per attenuare lo stress e rafforza la capacità di affrontare positivamente la vita in tutte le sue fasi.
- 9) Nel caso in cui le figure significative siano percepite come inaccessibili, non responsive o addirittura minacciose di fronte alla propria vulnerabilità, si adottano modelli e strategie di attaccamento secondari. Questi possono manifestarsi attraverso modalità di allerta, iperattività e ansia nelle interazioni

con gli altri e nella regolazione delle emozioni legate all'attaccamento, oppure attraverso strategie di evitamento, distanziamento e disattivazione. Il primo modello secondario, caratterizzato da attaccamento ansioso, si distingue per una sensibilità accentuata verso qualsiasi segnale negativo proveniente da figure significative e per reazioni di "lotta" o "protesta" volte a contestare la distanza e a richiamare l'attenzione per ottenere maggiore sostegno e rassicurazione. Al contrario, il secondo modello, ovvero le risposte evitanti disattivate, costituiscono strategie di "fuga" o "distacco" per minimizzare frustrazione e angoscia, allontanandosi dai propri cari percepiti come ostili o indifferenti. In questo modo, i bisogni di attaccamento vengono ridotti al minimo e l'autosufficienza compulsiva diventa la norma. La percezione di vulnerabilità, sia propria sia altrui, dunque, innesca comportamenti di distanziamento. Benché l'adozione occasionale di strategie di lotta o fuga nelle relazioni non sia necessariamente disfunzionale, queste possono diventare abitudini generalizzate e rigidamente stereotipate, limitando la consapevolezza e le scelte personali, nonché la capacità di interagire in modo costruttivo con gli altri. Un ulteriore modello secondario emerge in presenza di traumi causati da una figura di attaccamento. In questa situazione paradossale, i propri cari rappresentano simultaneamente la fonte e il sollievo della paura. Di conseguenza, l'individuo oscilla costantemente tra il desiderio di vicinanza e la paura di essa, cercando contatto per poi ritrarsi o addirittura reagire negativamente quando questo gli viene offerto. Nei bambini, tale dinamica è identificata come attaccamento disorganizzato, mentre negli adulti assume la forma di attaccamento ansioso-evitante (Bartholomew e Horowitz, 1991), caratterizzato da un livello di ansia particolarmente alto nelle relazioni adulte. I concetti psicodinamici di ambivalenza interiore, conflitto e blocco difensivo giocano un ruolo cruciale nella comprensione dei modelli secondari e delle strategie di attaccamento insicure sopra descritte. Negli studi sull'attaccamento infantile, i bambini classificati come evitanti possono apparire esteriormente calmi e composti, ma in realtà vivono un'intensa agitazione dovuta alla separazione dalle loro madri. Analogamente, gli adulti con uno stile di attaccamento evitante possono non mostrare apertamente disagio emotivo o necessità di connessione, tuttavia le ricerche indicano che, a un livello più profondo o meno consapevole, essi sperimentano elevati livelli di ansia legata all'attaccamento (Shaver e Mikulincer, 2002). Le persone con uno stile di attaccamento evitante incontrano maggiori difficoltà nel fidarsi e nel trarre beneficio da un legame sicuro con figure significative, risorsa fondamentale per gestire la vulnerabilità allo stress e alle minacce (Selchuk, Zayas, Gunaydin, Hazan e Kross, 2012).

- 10) Diversamente dall'attaccamento genitore-bambino, i legami di attaccamento tra adulti sono caratterizzati da maggiore reciprocità e non neces-

sitano strettamente della vicinanza fisica; le rappresentazioni cognitive di una figura di attaccamento possono essere efficacemente evocate al fine di creare una sensazione di vicinanza simbolica. Bowlby ha identificato, oltre all'attaccamento, altri due sistemi comportamentali attivi nelle relazioni intime, in particolare nelle relazioni adulte: l'accudimento (cura) e la sessualità. Questi sistemi, benché distinti, operano in sinergia con l'attaccamento, che si configura come il sistema primario, preparando il terreno e organizzando le caratteristiche salienti degli altri sistemi. Un attaccamento sicuro e l'equilibrio emotivo che ne deriva sono associati a un'attenzione più sintonizzata verso l'altro e a una cura più responsiva. Tale sicurezza, naturalmente, non è uno stato permanente, ma fluttua lungo un continuum e varia a seconda degli specifici contesti relazionali e delle situazioni. La sicurezza nell'attaccamento è inoltre correlata a livelli più elevati di eccitazione, intimità e piacere, e inoltre conduce a una maggiore soddisfazione sessuale (Birnbaum, 2007). Il sesso, inteso come un'attività che implica il legame e la connessione con l'altro, porta con sé un'impronta emotiva che differisce a seconda degli stili di attaccamento e delle strategie adottate per gestire le emozioni e coinvolgere i partner che condividono simili modalità. Gli individui con uno stile di attaccamento più evitante tendono a scindere il sesso dall'amore, focalizzandosi sulle sensazioni fisiche e sulle performance sessuali, mentre coloro che presentano uno stile di attaccamento più ansioso enfatizzano la dimensione affettiva e tendono a considerare il sesso come una prova o espressione di amore, piuttosto che come un'esperienza erotica in sé (Mikulincer e Shaver, 2016; Johnson, 2017).

4. L'impatto dell'attaccamento sicuro sulla salute mentale

L'attaccamento sicuro, concepito come stile o strategia abituale di connessione, è stato associato, attraverso indagini sistematiche, a un'ampia gamma di indicatori positivi relativi alla salute mentale e al benessere complessivo, come evidenziato dagli studi nel campo delle scienze sociali (Mikulincer e Shaver, 2016). A livello individuale, tali indicatori includono la resilienza allo stress, un sano ottimismo, elevata autostima, fiducia e curiosità, una tolleranza verso le divergenze individuali, un pronunciato senso di appartenenza, e la capacità di aprirsi e di essere assertivi, di gestire l'ambiguità, regolare le emozioni complesse, possedere abilità di metacognizione e riflessive e saper adottare prospettive multiple (Jurist e Meehan, 2009). Tra gli aspetti fondamentali emerge la capacità di regolare efficacemente l'affettività, al fine di preservare l'equilibrio emotivo, di processare le informazioni in modo congruo e di mantenere una solida fiducia in sé, promuovendo così l'autodeterminazione. Persino di fronte

a traumi, come gli eventi dell'11 settembre, l'attaccamento sicuro sembra mitigare gli effetti di tali esperienze, oltre che favorire la crescita post-traumatica (Fraley, Fazzari, Bonanno e Dekel, 2006).

A livello interpersonale, gli indicatori comprendono aspetti quali: la capacità di connettersi sensibilmente agli altri, la responsività empatica, la compassione, l'apertura verso individui percepiti come diversi da sé e una predisposizione all'altruismo. Le ricerche dimostrano che, mantenendo un equilibrio emotivo, siamo più abili nel percepire i segnali emotivi altrui e i loro bisogni di sostegno, rispondendo così in modo premuroso, facilmente accettato dagli altri. Un attaccamento sicuro intensifica la nostra attenzione e arricchisce le risorse che possiamo offrire. Al contrario, individui con un attaccamento più ansioso si concentrano su come gestire il proprio disagio, o forniscono cure che non corrispondono ai bisogni altrui, mentre gli individui evitanti trascurano sia i propri bisogni sia quelli altrui, mostrando minor empatia e supporto reciproco, e tendono a distanziarsi dalla vulnerabilità, propria e altrui.

Sentire di avere un rifugio (un "posto sicuro") e una base sicura nelle persone care migliora anche la nostra capacità di gestire divergenze e conflitti. Un attaccamento sicuro forma individui equilibrati e ben adattati, che di conseguenza hanno relazioni più soddisfacenti con familiari e amici, promuovendo a loro volta una salute stabile e una maggiore capacità relazionale.

In questo libro viene sottolineata l'importanza cruciale dell'attaccamento sicuro nella regolazione delle emozioni, nell'adattamento sociale e nella salute mentale, tematiche al centro degli interessi di Bowlby. Nel contesto della salute mentale, è evidente come l'insicurezza nell'attaccamento aumenti la vulnerabilità ai due disturbi più frequentemente affrontati in terapia: depressione e ansia. Il processo specifico varia da individuo a individuo, ma per gli scienziati dell'attaccamento, inizia con la regolazione delle emozioni. Le persone con un attaccamento sicuro tendono a saper gestire e rimanere connesse con le emozioni angoscianti senza temere di perdere il controllo o di essere sopraffatte. Non necessitano di modificare, reprimere o negare queste emozioni, potendole invece utilizzare in modo adattivo per esplorare il proprio mondo e perseguire i propri bisogni e obiettivi. Sono in grado di recuperare più rapidamente da emozioni negative quali tristezza e rabbia (Sbarra, 2006). Mi piace pensare alla regolazione efficace degli affetti come a un processo di attraversamento e integrazione dell'emozione, piuttosto che alla sua intensificazione o soppressione reattiva, permettendo così di utilizzarla per orientare la propria vita.

D'altra parte, l'insicurezza rappresenta un significativo fattore di rischio per un adattamento fallito e disfunzionale. L'attaccamento evitante ansioso e pauroso è particolarmente legato alla vulnerabilità verso la depressione e varie forme di stress e disturbi d'ansia, inclusi il disturbo post-traumatico da stress (DPTS), il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) e il disturbo d'ansia genera-

lizzato (DAG) (Ein-Dor e Doron, 2015). La severità dei sintomi depressivi è stata correlata all'attaccamento insicuro in oltre cento studi. Esaminando diverse forme di depressione, l'attaccamento ansioso appare correlato a manifestazioni più interpersonali, caratterizzate da sensazioni di perdita, solitudine, abbandono e impotenza, mentre l'attaccamento evitante è associato a depressioni orientate al successo, segnate da perfezionismo, auto-critica e autosufficienza compulsiva (Mikulincer e Shaver, 2016). L'insicurezza nell'attaccamento è inoltre collegata a numerosi disturbi di personalità: il disturbo borderline di personalità è fortemente associato a un attaccamento ansioso estremo, mentre i disturbi di personalità schizoide ed evitante sono legati a un attaccamento evitante-rassegnato. L'insicurezza è stata anche associata a disturbi esternalizzanti, come i disturbi della condotta negli adolescenti, le tendenze antisociali e la dipendenza da sostanze negli adulti (Krueger e Markon, 2011; Landau-North, Johnson e Dalgleish, 2011).

La letteratura che collega i processi di attaccamento al DPTS è particolarmente affascinante. La severità dei sintomi del DPTS è stata correlata ad alti livelli di attaccamento insicuro in contesti diversi, come nei clienti post-intervento cardiocirurgico (Parmigiani *et al.*, 2013), tra veterani militari israeliani e prigionieri di guerra (Dekel, Solomon, Ginzburg e Neria, 2004; Mikulincer, Ein-Dor, Solomon e Shaver, 2011) e in persone che hanno subito abusi sessuali o fisici in età infantile (Ortigo, Westen, DeFife e Bradley, 2013). Uno studio prospettico ha evidenziato un chiaro nesso causale tra i processi di attaccamento e lo sviluppo di DPTS (Mikulincer, Shaver e Horesh, 2006), scoprendo che la gravità dei sintomi legati a flashback, pensieri intrusivi e comportamenti di evitamento dopo la guerra USA-Iraq del 2003 era influenzata dai livelli di sicurezza dell'attaccamento misurati prima dell'inizio del conflitto. Persone con attaccamento ansioso mostravano sintomi più invasivi, mentre quelle con stile evitante manifestavano maggiori comportamenti di evitamento legati alla guerra. Ci sono inoltre prove che un approccio terapeutico di coppia focalizzato sull'attaccamento può aiutare i sopravvissuti al trauma a costruire relazioni più soddisfacenti, compresi quelli abusati da figure di attaccamento durante l'infanzia (Dalton, Greenman, Classen e Johnson, 2013) e che l'adozione di questo approccio tende a ridurre i sintomi del trauma (Naaman, 2008; MacIntosh e Johnson, 2008). Potremmo affermare che: "I draghi combattuti insieme sono altra cosa rispetto a quelli affrontati da soli!".

Sia John Bowlby (1969) che Carl Rogers (1961) credevano nell'innata aspirazione dell'individuo verso la crescita e la salute. L'immagine della salute mentale che emerge dalla scienza dell'attaccamento si allinea perfettamente a quello che Rogers, pioniere della psicoterapia e del modello umanistico di intervento, definiva come "vita esistenziale" (Rogers, 1961), ovvero un'apertura totale all'esperienza e all'abbracciare pienamente ogni momento. Per

Rogers, le qualità essenziali di un individuo pienamente funzionante, includono la *fiducia organistica*, che enfatizza la legittimazione e valorizzazione dell'esperienza interiore come guida per l'azione; la *libertà esperienziale*, che sottolinea la capacità di scegliere consapevolmente tra diverse opzioni di azione e di assumersi la responsabilità per tali scelte; e la *creatività*, che indica l'essere flessibili e aperti per accogliere il nuovo e favorire la crescita. Rogers concludeva che un "individuo pienamente funzionante" vive un'ampia gamma di esperienze esistenziali, ricche e variegate, essenzialmente perché "possiede questa profonda fiducia in se stesso come strumento affidabile per affrontare la vita" (ivi, p. 195). Questa fiducia è il dono che deriva da un legame sicuro con gli altri. Le prove degli effetti positivi ad ampio spettro, così come dei pericoli della disconnessione cronica, sono sostanziali.

Pertanto, non mi sorprese osservare un cambiamento significativo in Adam, un mio cliente in terapia familiare. Solo tre sedute prima, Adam appariva come il prototipo dell'adolescente ostile, evitante e problematico. Ma dopo un momento in cui suo padre, Steve, si aprì sinceramente e pianse per il suo senso di sconfitta e fallimento nei confronti del figlio, Adam rispose:

Beh, ero sempre arrabbiato. Mi sentivo inutile, un completo disastro, e credevo che anche tu mi vedessi così. Niente aveva senso. Allora perché preoccuparsi? Ma, mi rendo conto che possiamo essere così, ancora più vicini, e allora inizio a pensare che tu davvero mi voglia come figlio. Questo, in qualche modo, mi aiuta a gestire i miei sentimenti e a non esserne sopraffatto e arrabbiato tutto il tempo. Cambia tutto. Mi sento come se contassi qualcosa per te... L'ho detto anche a mamma l'altro giorno, ora forse posso cambiare le cose. Forse posso imparare ed essere la persona che desidero essere.

5. Malintesi comuni sull'attaccamento

Forse perché la teoria dell'attaccamento si è sviluppata e perfezionata nell'arco di diversi decenni, o forse perché le ricerche iniziali erano concentrate sui legami madre-bambino, sta di fatto che tuttora sussistono una serie di malintesi comuni che spesso affiorano quando i professionisti della salute mentale si occupano di attaccamento adulto. Queste idee sbagliate rientrano in quattro grandi aree tematiche.

5.1. Dipendenza: costruttiva o distruttiva?

Tradizionalmente, la psicologia dello sviluppo ha interpretato il passaggio all'età adulta come un processo di distacco dal bisogno dell'altro e di acquisizione di un'autonomia che definisce il sé. Tra i clinici, la dipendenza è stata,

puttroppo, associata a comportamenti disfunzionali, interpretati da vari teorici dell'attaccamento come manifestazioni di una forma piuttosto estrema di attaccamento ansioso, emergente in contesti dove le paure legate all'attaccamento sono costantemente attivate. Concetti quali co-dipendenza, mancanza di individuazione e invischamento sono stati e sono ancora impiegati per descrivere varie dinamiche osservate nella pratica clinica. Tuttavia, la teoria dell'attaccamento postula che l'individuo si definisca attraverso le relazioni con gli altri, piuttosto che in isolamento da essi, da cui discende che il rifiuto della necessità di legami di supporto rappresenti un impedimento alla crescita e all'adattamento, non una virtù. Un contributo fondamentale della teoria dell'attaccamento è il concetto che individuare una "base sicura" in persone specifiche favorisce un solido senso di sé, autostima e resilienza allo stress. Un attaccamento sicuro nutre una dipendenza funzionale e costruttiva, in cui gli altri diventano una risorsa vitale per alimentare un'immagine di sé positiva, ben integrata e coesa. Numerosi studi sul rapporto genitore-figlio e sulle relazioni adulte attestano una correlazione positiva tra il legame con figure di riferimento affidabili e la capacità di autodefinirsi in questi termini (ad es. Mikulincer, 1995). Le persone con attaccamento ansioso o evitante tendono a esercitare forme di controllo sulle relazioni: i primi possono faticare a essere apertamente assertivi, ma manifestano criticismo e lamentela; i secondi adottano spesso un approccio dominante più diretto (cfr. Mikulincer e Shaver, 2016, pp. 273-274, per una rassegna degli studi sugli adulti). Come affermano Mikulincer e Shaver (2016, p. 143) nel loro fondamentale testo sull'attaccamento adulto, cercare conforto negli altri quando si è sofferenti o preoccupati è utile; una volta alleviata la sofferenza, si è liberi di dedicarsi ad altre attività e priorità. Le relazioni di attaccamento efficaci insegnano che distanza e autonomia sono perfettamente compatibili con vicinanza e dipendenza.

Il punto cruciale è che autonomia e relazione non sono in contrasto. Un legame sicuro incoraggia la capacità di avventurarsi nell'ignoto con fiducia. La rappresentazione mentale di una base sicura funziona come uno schema che predispone aspettative specifiche, favorendo l'esplorazione (Feeney, 2007). Mi capita spesso di utilizzare un aneddoto personale per illustrare questo concetto: racconto di come il mio attaccamento sicuro con mio padre mi ha supportato nella decisione di lasciare l'Inghilterra a 22 anni per trasferirmi in Canada, dove non conoscevo nessuno e avevo solo un'idea piuttosto vaga su come sopravvivere. Sono state la disponibilità e responsabilità di mio padre a influenzare la mia percezione degli altri come affidabili, sostenendo la mia convinzione che il mondo fosse fundamentalmente sicuro. Il rapporto con lui, e la sua validazione nel corso degli anni, hanno ampliato il mio senso di fiducia e competenza. Ha saputo accettare i miei errori, rispondendo alle mie incertezze con comprensione e rassicurazione, insegnandomi a navigare le incertezze e i fallimenti. Inoltre, mi ha