



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

**Corso di laurea in scienze psicologiche dello sviluppo della personalità e delle
relazioni interpersonali**

Tesi di laurea triennale

**Stili di attaccamento come predittori di ansia e
depressione in età adulta**

Attachment styles as predictors of anxiety and depression in adulthood

Relatrice/Relatore
Prof.ssa/Prof. Mario Liotti

Laureanda/o: Barbisan Gaia
Matricola: 2010739

Anno Accademico 2022/2023

Indice:

| | |
|---|-----------|
| ABSTRACT | 1 |
| 1. INTRODUZIONE | 2 |
| 1.1 L'ATTACCAMENTO INFANTILE | 2 |
| 1.2 L'ATTACCAMENTO IN ETÀ ADULTA..... | 3 |
| 2. STRUMENTI DI MISURA | 8 |
| 2.1 ADULT ATTACHMENT INTERVIEW | 8 |
| 2.2 QUESTIONARI SELF-REPORT | 10 |
| 3. RASSEGNA DELLA LETTERATURA | 15 |
| 4. DISCUSSIONE | 21 |
| 5. CONCLUSIONI E SUGGERIMENTI PER LA RICERCA | 29 |
| BIBLIOGRAFIA | 32 |

Abstract

In questa tesi verrà affrontato il tema dell'attaccamento adulto, argomento su cui la letteratura si è soffermata solo negli ultimi anni. L'attaccamento è un legame fondamentale per la sopravvivenza e la protezione dell'individuo e consiste in un pattern comportamentale volto a favorire la vicinanza del caregiver. Il bambino nasce con la predisposizione a mettere in atto questo tipo di comportamento creando uno schema comportamentale che si svilupperà e si consoliderà nel corso della vita. Esso poi genererà dei modelli operativi interni che permetteranno al bambino e successivamente all'adulto di adattarsi e comprendere la realtà e le relazioni della propria vita. Verranno, di seguito, descritti due filoni di ricerca che in questi ultimi anni hanno suscitato un grande dibattito e verrà proposto un modello che potrebbe conciliare le differenze epistemologiche e valutative delle due prospettive. Successivamente saranno descritti alcuni strumenti di misurazione come l'AAI e l'ASI per comprendere meglio le differenti modalità di misurazione del costrutto teorico. L'elaborato, in particolare, si soffermerà anche sull'analisi della relazione fra stili di attaccamento insicuri, di conseguenza meno funzionali, disturbi d'ansia e disturbi depressivi. Si ipotizza, infatti, che i meccanismi sottostanti ai pattern comportamentali e ai disturbi sopra citati possano essere simili. Questo permetterebbe di testimoniare una correlazione fra questi elementi. Sono stati presi in considerazione diversi articoli ricercati su svariati motori di ricerca riguardanti sia gli stili di attaccamento in generale sia il legame con la psicopatologia. La letteratura sostiene l'ipotesi sopra citata seppure non sia concorde sulla relazione di uno specifico stile con un particolare disturbo. Infine, verranno esposti alcuni suggerimenti per la ricerca futura.

1. Introduzione

1.1 L'attaccamento infantile

La teoria dell'attaccamento si sviluppa a partire dalla seconda metà del 19° secolo con John Bowlby, il quale, per primo, comincia ad interessarsi del legame che i bambini stabiliscono con il loro caregiver primario, ovvero la madre. Il bambino nasce con la predisposizione a mettere in atto comportamenti che favoriscono la vicinanza fisica con il caregiver per garantire la propria sopravvivenza e protezione. Questi comportamenti generano il legame di attaccamento, il quale però non ha solo queste due funzioni ma, nel corso della vita, ne assume molte altre.

Bowlby riteneva che il legame fosse basato su 4 tipi di comportamenti (Perrotta, 2020): il sistema esplorativo, il sistema della paura, il sistema della socialità e il sistema di cura. Il primo sistema riguarda l'esplorazione che il bambino fa dell'ambiente quando il caregiver si pone come base sicura. Il sistema esplorativo e quello di attaccamento non possono essere contemporaneamente attivati ma si alternano. Il secondo riguarda la capacità del caregiver di proteggere e salvaguardare il bambino quando si sente impaurito, ovvero quando il sistema di attaccamento si attiva. Il terzo riguarda la ricerca, del bambino, di socialità nel momento in cui il comportamento di attaccamento non viene attivato. Infine, il quarto sistema riguarda le attenzioni e i comportamenti del caregiver finalizzati alla difesa del bambino.

La costruzione di un buon legame di attaccamento dipende dal caregiver, dalla sua capacità di sintonizzazione e dalle sue esperienze passate. I momenti che grazie a questo legame si vengono a creare permettono al bambino di costruire dei modelli operativi interni. Queste strutture mentali si consolidano nell'infanzia e, nel corso della vita, diventano sempre più automatiche e difficili da modificare. Esse permettono al bambino di crearsi degli schemi mentali su sé stesso, sulle altre persone (in particolare il caregiver nei primi anni di vita) e sulle relazioni. Per esempio, un bambino con un attaccamento sicuro si vede come una persona amabile, che può chiedere per soddisfare i propri bisogni, gli altri sono percepiti come responsivi e la relazione è percepita come sicura e duratura nel tempo. Tali schemi guideranno il bambino nell'interpretazione dei segnali provenienti dal mondo esterno e di conseguenza guideranno anche il suo comportamento nel mondo (Perrotta, 2020).

Proprio per l'importanza che l'attaccamento riveste, Bowlby ha convalidato insieme a Mary Ainsworth il paradigma della Strana Situazione "*Strange Situation*", in base al quale valutare l'attaccamento infantile nella relazione con il caregiver. La prova prevede otto fasi in cui verranno osservati e studiati i pattern comportamentali del bambino e del genitore. Infatti, le fasi cominciano con l'ingresso della figura genitoriale e del bambino nella stanza; si susseguono varie fasi dove il bambino conosce un estraneo, sta da solo o con l'estraneo, per terminare con il ricongiungimento con la madre. L'alternarsi di situazioni stressanti e ricongiungimenti con la figura materna permette allo sperimentatore di comprendere che tipo di stile di attaccamento ha il bambino. La "*Strange Situation*" identifica 4 categorie di attaccamento: sicuro, insicuro-evitante, insicuro-ambivalente e disorganizzato. L'attaccamento sicuro prevede che i bambini esplorino l'ambiente tranquillamente, sappiano esprimere i propri bisogni di vicinanza e al ritorno della madre riescano ad essere consolati. L'attaccamento insicuro-evitante è tipico di bambini che hanno estinto i comportamenti di attaccamento, per cui, mantengono iper-attivato il sistema esplorativo e disattivano il sistema di attaccamento. Essi non mostrano segni apparenti di disagio quando la madre se ne va, anche se manifestano una grande attivazione fisiologica, e nel momento in cui il genitore torna rimangono impassibili. L'attaccamento insicuro-ambivalente caratterizza bambini molto attivati che esprimono in maniera quasi eccessiva i loro bisogni di attaccamento. Sono bambini difficilmente consolabili, anche nel momento in cui il genitore ritorna nella stanza e ricercano continuamente la vicinanza fisica con il caregiver, comportamento che mina la loro capacità di esplorare. Infine l'attaccamento disorganizzato è tipico di quei bambini che mostrano comportamenti contraddittori, disorganizzati, stereotipati, afinalistici. Questi bambini hanno perso la loro capacità di manifestare i loro bisogni di attaccamento in maniera adeguata. Al ritorno della madre, inoltre, essi non sembrano rassicurati ma al contrario manifestano paura e disorientamento.

1.2 L'attaccamento in età adulta

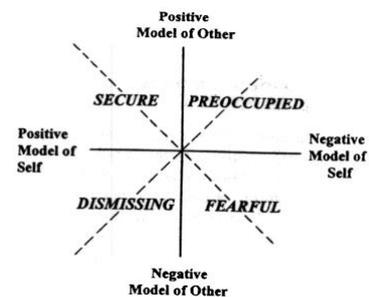
Come già sostenuto da Bowlby l'attaccamento perdura lungo tutta la durata della vita di un individuo e non è vincolato solo al periodo dell'infanzia. Infatti, durante l'arco della vita una persona può stabilire legami di attaccamento anche con altre figure come amici

stretti o partner. Proprio per questo motivo, dagli anni 80', la ricerca si è soffermata anche sullo studio dell'attaccamento in età adulta. Nello specifico, si sono venute a creare due linee di ricerca indipendenti, una basata sulle rappresentazioni interne dell'adulto delle proprie esperienze di attaccamento infantile e sulle difese, l'altra, invece, basata sull'amore romantico e sul rapporto con i pari significativi (Bartholomew, 1990). Queste prospettive riflettono concezioni dell'attaccamento differenti, infatti, gli stili identificati sono diversi. Per quanto riguarda la prima prospettiva, essa, si basa sulla *Adult Attachment Interview*, strumento che è predittore della *Strange Situation*, costruito da Mary Main, che identifica 3 pattern di attaccamento: sicuro, "dismissing" (rifiutante), preoccupato. Questo primo filone di ricerca è prevalentemente supportato da psicologi clinici e dello sviluppo (Simpson e Rholes, 1998). L'attaccamento sicuro identifica persone che sanno descrivere le proprie relazioni di attaccamento in maniera fluida, oggettiva e coerente. L'attaccamento preoccupato, che corrisponde all'attaccamento ambivalente della "Strange Situation", è caratterizzato da persone che descrivono un rapporto ambivalente con i genitori. Esse nel parlare delle relazioni di attaccamento infantili formulano un discorso non coerente, arrabbiato, passivo o impaurito; inoltre, sembrano preoccupate rispetto alle relazioni passate come se fossero ancora presenti. L'attaccamento "dismissing" (rifiutante), che corrisponde all'insicuro-evitante della "Strange Situation", è tipico di persone che minimizzano l'attaccamento e l'influenza delle loro esperienze infantili sul loro presente. Tendono a fare descrizioni molto brevi dei loro caregiver non riuscendo a supportare bene le loro rappresentazioni con particolari eventi; proprio per questo motivo, i genitori appaiono idealizzati.

La seconda prospettiva che considera le relazioni romantiche identifica tre o più stili di attaccamento paralleli a quelli infantili ma non sovrapponibili a quelli del filone di ricerca precedente. Questa corrente portata avanti prevalentemente da psicologi clinici, della personalità e sociali (Simpson e Rholes, 1998) utilizza misure self-report come quella costruita da Hazan e Shaver (1987). Nello specifico di questo questionario l'attaccamento sicuro si riferisce a persone che si fidano e si avvicinano facilmente agli altri. L'attaccamento ambivalente è caratteristico di persone che hanno il desiderio di fondersi con l'altro unito alla paura di non essere amati abbastanza. Infine, l'attaccamento evitante caratterizza persone che provano disagio nello stare con gli altri

e nel creare un legame intimo poiché non vogliono dipendere da loro. Le due prospettive sono rimaste per molto tempo separate a causa delle diverse motivazioni che guidano la ricerca, il tipo di relazioni considerate, il metodo e il focus di analisi usato nei metodi di valutazione. In particolare, le critiche che venivano rivolte all'una o all'altra prospettiva riguardavano: la capacità di valutare i correlati inconsci; le strategie di processamento dell'informazione per gli attaccamenti distanziante e preoccupato; l'individuazione di difese, ricordi, esperienze che hanno portato allo stile di attaccamento adulto; la capacità di cogliere il reale comportamento delle persone; la validità discriminante e le radici evolutive delle differenze di attaccamento (Simpson e Rholes, 1998). Una successiva rassegna di questi autori mette in luce quanto queste critiche, volte principalmente ai questionari self-report, siano, in verità, non propriamente corrette poiché questi questionari valutativi costituiscono un valido strumento di misurazione dell'attaccamento e di esplorazione delle dinamiche psichiche e interpersonali considerate nella teoria (Rholes e Simpson, 2007).

La psicologa canadese Kim Bartholomew nel 1990 ha esaminato entrambe le prospettive ed è giunta alla conclusione che esse differivano nella concettualizzazione della misura di attaccamento evitante. Ella infatti, riteneva che l'attaccamento sicuro e ambivalente fossero sovrapponibili nelle due prospettive,



ma lo stile evitante fosse diverso semanticamente, motivo per cui i due modelli non convergevano. Il modello dell'autrice considerava quattro stili di attaccamento: sicuro, preoccupato, pauroso, "dismissing" (rifiutante). Questi stili prototipici sarebbero definiti in termini di due dimensioni: il modello di sé e il modello degli altri. Il modello di sé risulta essere associato al grado di ansia e dipendenza dall'approvazione altrui nelle relazioni strette; il modello dell'altro è associato alla tendenza a cercare o evitare la vicinanza nei rapporti stretti (Simpson e Rholes, 1998). Come è possibile vedere dalla figura lo stile di attaccamento sicuro è caratterizzato da un modello di sé e dell'altro positivo; la persona presenta un'autostima interiorizzata, non mostra timore della vicinanza nelle relazioni strette e non ha problemi interpersonali. L'attaccamento preoccupato è caratterizzato da un modello di sé negativo e un modello dell'altro positivo; la persona cerca costantemente di ottenere l'approvazione degli altri, a causa

di un forte sentimento di inadeguatezza, convinta che possa essere sicura solo se l'altro le risponde correttamente. L'attaccamento pauroso è caratterizzato da un modello di sé e dell'altro negativo; la persona dipende molto dagli altri ma evita i rapporti stretti convinta di non essere amabile e convinta che gli altri non siano disponibili. Questo stile di attaccamento corrisponde all'attaccamento evitante del modello di Hazan e Shaver (1987). L'attaccamento “*dismissing*” (rifiutante) sarebbe caratterizzato da un ideale positivo di sé e un ideale negativo degli altri; la persona mantiene un senso di autostima negando i suoi bisogni di attaccamento e il valore delle relazioni strette, inoltre, dà molta importanza alla propria indipendenza. Questo pattern di attaccamento corrisponde allo stile evitante del primo filone di ricerca. L'autrice sottolinea come entrambi questi due stili di evitamento portino le persone ad evitare i rapporti stretti differenziandosi, però, nell'importanza attribuita agli altri. Il gruppo pauroso, inoltre, condivide con l'attaccamento preoccupato il forte bisogno e dipendenza nei confronti dell'altro, la scarsa fiducia in sé stessi e il desiderio di un forte coinvolgimento che rende entrambi i gruppi suscettibili alla depressione e alla paura del rifiuto (Bartholomew, 1990).

Continuando nell'analisi dei due stili di attaccamento evitante, identificati dall'autrice, ella nota come entrambi tendano a scegliere ambienti e persone che gli permettano di mettere in atto stili interattivi che confermano il loro disinteresse o il loro timore degli attaccamenti stretti. Evitare l'intimità, infatti, permette a queste persone di non trovare esperienze appropriate, che disconfermerebbero le loro aspettative, portandoli a rimanere nel loro circolo vizioso (Bartholomew, 1990).

Sono stati condotti degli studi per verificare se il modello di Kim Bartholomew fosse correlato ai modelli dei due filoni di ricerca precedenti, fra questi è interessante osservare quello proposto da Simpson e Rholes (1998). Lo studio prevedeva l'uso di due campioni: il primo composto da 69 studenti universitari e il secondo composto da 134 giovani adulti coinvolti in relazioni romantiche consolidate. I partecipanti sono stati sottoposti a tre misure di valutazione: la prima era una misura di auto-segnalazione volta a comprendere il grado di adattamento a ciascuno dei quattro stili; la seconda era un'intervista volta ad indagare le amicizie strette e le relazioni romantiche presenti e passate; la terza era un'intervista che aveva lo scopo di valutare le rappresentazioni delle esperienze infantili in famiglia. Due valutatori hanno codificato le interviste per

analizzare il grado di adattamento dell'intervistato al prototipo che aveva indicato. Successivamente si è ottenuta una valutazione finale basata sulla media delle valutazioni dei due programmatori, portando così ogni singolo soggetto ad avere una sola attribuzione ad uno stile di attaccamento. I risultati dimostrano come le tre misure di valutazione hanno una convergenza sostanziale, questo testimonia come il modello proposto da Bartholomew unisca le due differenti concettualizzazioni dell'attaccamento delle due correnti teoriche.

Molti studiosi appartenenti ad uno o l'altro filone di ricerca per anni hanno sostenuto come le due prospettive fossero inconciliabili portando anche a sostegno di questa tesi numerose ricerche basate su analisi statiche dei risultati prodotti. L'analisi di Bartholomew, invece, dimostra quanto se vengono differenziate bene le metodologie valutative si trovano molte prove di convergenza delle differenti misurazioni dell'attaccamento. La convergenza degli strumenti risulta essere maggiore se si confrontano in uno stesso dominio (relazioni fra i pari o relazioni infantili) o se vengono usati metodi di valutazione paralleli come quello che propone la ricercatrice (Simpson e Rholes, 1998). La convergenza risulta essere più bassa proprio nella situazione misurata e studiata generalmente dai ricercatori, ovvero dove misure differenti, sia per dominio che per semantica, vengono confrontate.

L'attaccamento è un ambito ancora oggi molto dibattuto e all'interno del quale la ricerca deve fare ancora dei progressi. La sua attualità e importanza nello spiegare il funzionamento sociale di un individuo lo rende un ramo molto attuale nel panorama psicologico e sociale all'interno del quale si sono sviluppati diversi metodi di indagine come quelli citati sopra.

2. Strumenti di misura

Come già accennato nel capitolo precedente i due filoni di ricerca sull'attaccamento hanno sviluppato strumenti di misura differenti. In generale gli strumenti di misura degli adulti differiscono in termini di dominio (famiglia, pari o relazioni romantiche), metodo (intervista, Q-sort, self report), dimensionalità (categorie, valutazioni prototipo o dimensioni) e sistemi di categorizzazione (Simpson e Rholes, 1998). Altra differenza negli strumenti di ricerca sta nel tipo di “sottocultura” di appartenenza degli autori che le concepiscono. Con “sottocultura” si fa riferimento ai due filoni di ricerca che si sono sviluppati nella ricerca sull'attaccamento adulto.

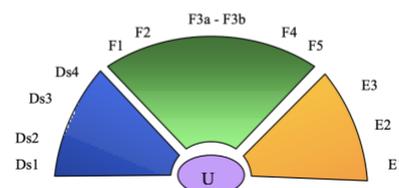
2.1 *Adult Attachment Interview*

Il primo filone di ricerca è composto da autori che abbracciano la teoria psicodinamica. Inizialmente erano studenti di Mary Ainsworth e come lei erano psicologi clinici e dello sviluppo. Proprio per il loro bagaglio culturale, i ricercatori di questo filone di ricerca sono maggiormente interessati a problemi clinici e preferiscono come metodi di indagine le interviste o le osservazioni comportamentali. I gruppi sperimentali analizzati, di solito, sono composti da pochi soggetti e il focus di indagine è la relazione genitore-bambino. Proprio per questo motivo, questo filone di ricerca è fondamentalmente basato sulla *Adult Attachment Interview* (AAI) realizzata da Main, George, Kaplan nel 1985. Per due decenni, infatti, questo è stato lo strumento “*gold standard*” per la definizione dell'attaccamento adulto. L'AAI è un'intervista semi-strutturata della durata di circa un'ora in cui viene chiesto al soggetto di rispondere ad una serie di domande che guidano i pensieri sull'infanzia e sulle esperienze presenti con le figure di attaccamento (Salcuni, 2016-2017). L'ordine e la struttura delle domande sono definiti una “sorpresa dell'inconscio” poiché provocano un'esplorazione fra la memoria semantica ed episodica del passato.

L'intervista è completamente registrata e successivamente trascritta parola per parola. L'assegnazione ad uno stile di attaccamento avviene solo dopo una meticolosa analisi della trascrizione, dove particolare enfasi viene data alla coerenza mentale, alle distorsioni sui fatti riportati e alla preoccupazione sull'attaccamento. L'intervista prevede una prima fase in cui vengono chieste informazioni generali sull'ambiente

famigliare e sulle abitudini dell'infanzia, successivamente, all'intervistato viene chiesto di parlare della relazione con i propri genitori. In seguito viene richiesto di definire con cinque aggettivi la relazione con la madre quando il soggetto aveva tra i cinque e i quattordici anni e giustificare ogni aggettivo con un episodio realmente accaduto. Questa parte viene, poi, ripetuta indagando il rapporto con il padre. Dopo questa fase, vengono rivolte all'intervistato una serie di domande sulle sue malattie, paure, separazioni dai genitori, traumi, esperienze abusive e perdite. Vengono, poi, poste alcune domande sul periodo di cambiamento dall'infanzia all'adolescenza e dall'adolescenza all'età adulta, ponendo particolare attenzione ai cambiamenti avvenuti nelle relazioni con le figure di attaccamento. Infine, l'ultima fase prevede che il soggetto immagini di avere un figlio e supponga la relazione con lui a uno e vent'anni. Per classificare il soggetto in uno degli stili di attaccamento identificati dell'AAI, lo psicologo deve valutare due differenti scale: la scala delle esperienze e la scala dello stato mentale. La prima scala è composta da altre cinque differenti sotto-scale ordinali, da uno a nove, che misurano il comportamento dedotto nell'infanzia separatamente per madre e padre. Questa scala, inoltre, riflette l'amore paterno e materno, il rifiuto, l'abbandono, la pressione per ottenere risultati e l'inversione di ruolo. La seconda serie di valutazioni fatte su questa dimensione riguarda la coerenza del soggetto nel parlare delle sue esperienze di attaccamento infantile. L'analisi del discorso avviene in base a delle scale a nove punti che valutano: l'idealizzazione del padre e della madre, la "lack of memory", quanto i caregiver derogavano, la paura della perdita, il risentimento nei confronti dei genitori, la confusione fra passato e presente e fra sé e gli altri, e, infine, la passività. La coerenza è una qualità del pensiero e della parola che riguarda quanto il discorso è connesso logicamente, consistente, articolato chiaramente e comprensibile. Nell'AAI viene misurata in base al grado con cui l'individuo segue l'intervistatore e le massime di Gricce. La scala della coerenza della mente è a cinque punti ed è una correlazione fra la coerenza logica del discorso e la capacità di essere collaborativi e sinceri con lo sperimentatore. Questa scala è correlata positivamente con l'attaccamento sicuro. La classificazione dell'attaccamento prevede cinque categorie ciascuna delle quali suddivisa a sua volta in altre categorie più piccole caratterizzate da uno specifico pattern di

- F- Free, secure autonomous
- Ds- Dismissing
- E- Preoccupied
- U/d – Unresolved with respect to loss and trauma
- CC – Cannot Classify



comportamento, emozioni e memorie delle figure di attaccamento. Proprio per questo motivo le scale dello stato mentale aiutano il codificatore a classificare il partecipante in uno dei gruppi insicuri.

Sono state condotte varie ricerche per comprendere le proprietà psicometriche dell'AAI. Si è dimostrato che l'intervista è indipendente dalla desiderabilità sociale e dal quoziente intellettivo. Solo uno studio preso in esame dall'articolo di Silvia Salcuni, docente presso l'università degli studi di Padova, metteva in luce un legame fra lo stile di attaccamento e il test per le abilità mentali. È possibile, però, sostenere che in generale questo collegamento non è presente. Come dimostra lo studio di Bakermans-Kranenburg e van IJzendoorn (1993), l'AAI non è legato alla memoria autobiografica o alle abilità cognitive, infatti, i risultati testimoniano come non siano presenti differenze mnemoniche o cognitive significative fra le persone appartenenti ai vari stili di attaccamento. Le differenze emergevano solo in relazione ai ricordi autobiografici ma questo aspetto è letto dall'intervista come una forma di difesa.

Alcuni studi svolti prima della nascita del bambino hanno dimostrato come l'AAI sia uno strumento predittivo della qualità della relazione di attaccamento genitore-figlio (Fonagy, Steele e Steele, 1991; Radojevic, 1992).

E' stato anche condotto uno studio per testare la validità test-retest e i risultati mostrano un'alta affidabilità tra giudici e test retest indipendentemente dagli intervistatori. L'accordo fra intervistatori per le tre categorie di attaccamento variava da 0.82 a 1.0., inoltre, anche le tre categorie mostravano rispettivamente un'alta stabilità. Il test per cui è indipendente dall'intervistatore, dalla memoria autobiografica e dalle capacità cognitive e mostra un'alta stabilità su un periodo di tre mesi (Sagi-Schwartz, Van IJzendoorn, Scharf, Koren-Karie, Joels e Maysel, 1994).

2.2 Questionari self-report

Il secondo filone di ricerca sugli stili di Attaccamento adulto include psicologi clinici, della personalità, sociali e del lavoro; è stata inizialmente portata avanti da Hazan e Shaver (1987). Per il loro background culturale si sono maggiormente concentrati sui tratti della personalità, sulle interazioni e relazioni sociali degli adulti. I gruppi sperimentali indagati di solito sono popolazioni di soggetti normali e, data la grandezza del campione, i ricercatori preferiscono questionari semplici. Alcuni esempi di questi

questionari sono: l'ASI, l'ECR-R e l'AQ. In questa trattazione mi limiterò ad analizzare questi tre strumenti ma nella letteratura scientifica ne sono presenti molti altri.

L'Attachment Style Interview (ASI) è un'intervista semi strutturata audio-registrata creata nel 1990 nella ricerca del rischio per disturbi psicologici nelle donne, la quale dura circa un'ora e mezza. L'ASI è uno strumento di valutazione dell'attaccamento basato sul supporto e può essere somministrato da assistenti sociali e psicologi. Generalmente viene usato nell'ambito delle adozioni, dell'affidamento e dei contesti di cura del bambino (Bifulco, Jacobs, Bunn, Thomas & Irving, 2014). Essa presenta delle soglie per identificare cos'è un supporto sufficientemente buono e un sondaggio semi-strutturato utile all'intervistatore per evitare bias durante la valutazione. L'ASI misura la capacità di creare e mantenere relazioni strette, il supporto che viene fornito dai genitori e dalla rete, le difese messe in atto dall'individuo e, infine, misura la qualità delle relazioni strette. In particolare da evidenza dell'attuale: supporto continuo da parte del partner e di un confidente, abilità di creare e mantenere relazioni, blocchi che impediscono alla persona di ottenere sostegno da parte degli altri, stile di attaccamento, linea di base per misurare il cambiamento futuro. L'intervista valuta cinque stili di attaccamento ("*Enmeshed*", "*Fearful*", "*Angry-Dismissive*", "*Withdrawn*" and "*Secure*") e per i primi quattro valuta anche il grado di insicurezza, il quale va da marcato, a moderato, a lieve. Il livello di insicurezza è valutato in base alla scarsa qualità delle relazioni e l'intensità degli atteggiamenti negativi di attaccamento. Andando nello specifico lo stile "*Enmeshed*", sia di moderato che marcato livello di insicurezza, descrive persone con uno scarso supporto e con una grande dipendenza dagli altri. Questi soggetti sono incapaci di funzionare bene da soli, motivo per cui hanno un grande desiderio di stare con gli altri e una grande paura della separazione. Il secondo stile "*Fearful*", con marcato o moderato livello di insicurezza, descrive persone che hanno uno scarso supporto, grande paura del rifiuto e sfiducia nelle relazioni. Il terzo stile "*Angry-Dismissive*" riguarda individui, con un marcato o moderato livello di insicurezza, che possiedono uno scarso supporto sociale, un grande senso di sfiducia nelle relazioni, ma allo stesso tempo ricercano molto la vicinanza. Proprio per queste caratteristiche questi soggetti sono molto autosufficienti ma con una profonda rabbia. Infine, l'ultimo stile di attaccamento "*Withdrawn*", con un alto o marcato livello di insicurezza, descrive soggetti che fanno fatica ad avvicinarsi alle altre persone e sono

troppo autosufficienti ma senza la paura o la rabbia di altri stili di attaccamento. L'attendibilità dello strumento si è dimostrata buona sia a Londra sia in altri sette paesi europei e statunitensi sia in Giappone (Bifulco et. al, 2014). L'ASI è stato validato per uomini, donne e adolescenti di diverse culture e classi sociali, il range di età entro cui può essere usato è da sedici a ottantacinque anni.

L'*Experiences in Close Relationships-Revised* (ECR-R) è un questionario a trentasei voci usato per valutare l'ansia e l'evitamento dell'attaccamento. È stato sviluppato da Fraley, Waller e Brennan nel 2000. La misura è composta da due sotto-scale: ansia ed evitamento e le risposte sono valutate su una scala a sette punti che vanno da 1= fortemente in disaccordo e 7= molto d'accordo. Lo strumento nasce con l'obiettivo di avere un test con migliori proprietà psicometriche e con una migliore capacità di discriminare la variabilità negli attaccamenti sicuri. Infatti, i questionari che esistevano precedentemente riuscivano a mostrare la variabilità per quanto riguarda i quadri più insicuri ma nel momento in cui queste caratteristiche rientravano in un quadro sicuro o erano basse la capacità discriminatoria si riduceva. Proprio per questo motivo, i ricercatori hanno esaminato gli item dell'ECR e hanno individuato quelli che mostravano migliori proprietà psicometriche e maggiore precisione nella misurazione. L'analisi fattoriale ha fatto emergere due fattori indipendenti: il primo è riferito alla dimensione dell'ansia e comprende quaranta item il secondo è riferito alla dimensione dell'evitamento e comprende cinquanta item. Successivamente sono stati selezionati quelli con migliore capacità discriminativa; questo ha permesso di migliorare la precisione della misurazione dal 50% al 100% senza aumentare il numero totale di item. Nonostante ciò le misurazioni sicure rimangono meno precise rispetto a quelle insicure; gli autori giustificano questo aspetto come un difetto già presente nel questionario precedente. Altro aspetto critico che permane in questa revisione è la ridondanza concettuale degli item. La coerenza interna di questo strumento risulta essere molto elevata sia dagli studi dell'autore sia da studi condotti in altri paesi con la traduzione del questionario. I tentativi condotti da Calvo (2008), nel creare una traduzione italiana, mettono in luce come i due fattori nel test italiano non siano ortogonali come supposto da Fraley, Waller e Brennan (2000). Inoltre, le analisi fattoriali confermate, condotte su questi studi, non confermano il modello bifattoriale posto alla base del questionario

degli autori. È stato condotto un altro studio con un campione di numerosità maggiore e testando sia la struttura fattoriale, sia quella esplorativa sia quella confermativa. L'obiettivo era, inoltre, di indagare l'affidabilità dello strumento, la validità convergente e nomologica rispetto ad altri self-report. Da questa analisi è emerso che i fattori estratti corrispondevano e si distribuivano coerentemente alle dimensioni dell'ansia e dell'evitamento individuati dagli sviluppatori del questionario (Busonera, 2011).

L'ECR-R mostra una buona stabilità nel tempo e convergenza con altri strumenti per la misurazione dell'attaccamento romantico soprattutto quelli dimensionali piuttosto che prototipici. Alcuni indici della seconda versione del questionario nello studio preso in esame sono: RMSEA=0,78 il quale non rientra nella soglia (<0.6) ma migliora rispetto al primo studio; CFI=0,98 che appare buono poiché rientra nella soglia (0,90-0,99); AIC=206,37 il quale risulta essere più basso rispetto al primo studio e di conseguenza migliore. La rete nomologica di associazioni empiriche appare conforme alle aspettative. Questo studio ha portato a rimpiazzare la vecchia versione dell'ECR-R con questa rivisitata e maggiormente valida nel contesto linguistico culturale italiano.

Il questionario sulle relazioni (RQ) è stato creato da Bartholomew e Horowitz (1991) come adattamento al primo questionario di Hazan e Shaver ("*single item measure*"). Il "*single item measure*" faceva parte di uno strumento più ampio concepito dai ricercatori all'interno di uno studio che aveva l'obiettivo di mettere in pratica gli studi di Bowlby e della Ainsworth nelle relazioni adulte con i partner. Nella sua forma originale consisteva in un'autocategorizzazione in cui al soggetto rispondente veniva chiesto di scegliere quale descrizione degli stili di attaccamento lo descriveva meglio nella relazione con il partner.

L'RQ si basa sul presupposto che le categorie di attaccamento infantile e adulto corrispondano proprio come nel questionario di Hazan e Shaver. La grande innovazione che porta questo strumento è data dalla classificazione quadripartita dell'attaccamento basata sul modello di Kim Bartholomew descritto nel capitolo precedente. Il questionario consente di valutare l'orientamento generale dell'individuo verso le relazioni intime. L'RQ è composto da due parti: nella prima il soggetto deve leggere le descrizioni dei quattro prototipi dell'attaccamento e scegliere quello che meglio lo

descrive nelle relazioni presenti e passate. Nella seconda parte il soggetto deve segnare un punteggio su una scala likert a sette punti (1= per niente simile 7= del tutto simile a me) che indica il grado in cui i quattro prototipi rispecchiano il suo stile generale nelle relazioni intime. Il questionario, di conseguenza, non fornisce solo informazioni sullo stile di attaccamento del soggetto, calcolato dai profili della seconda parte, ma anche come egli ritiene di assomigliare agli stili restanti. La struttura dell'RQ, inoltre, permette di usare sia indicatori continui sia categoriali fornendo innumerevoli vantaggi dal punto di vista statistico. Lo strumento presenta una moderata attendibilità in termini di stabilità temporale (otto mesi tra il test e retest) come dimostra lo studio condotto da Scharfe e Bartholomew (1994).

Esistono vari questionari che misurano l'attaccamento adulto, ognuno con i propri pro e i propri contro, quelli qui presi in esame sono stati molto usati nel panorama della ricerca su questo importante legame in età adulta. Nello specifico sono stati usati anche nella ricerca che si è soffermata sul possibile legame fra attaccamento e psicopatologia.

3. Rassegna della letteratura

All'interno del panorama di ricerca della psicologia dell'attaccamento sono stati condotti degli studi per comprendere quanto questo importante legame sia legato ed influenzi lo sviluppo di alcune psicopatologie. In questo capitolo mi soffermerò su alcuni articoli che hanno indagato proprio questa connessione.

Ansia e depressione sono due disturbi ad eziologia multifattoriale, motivo per cui non possiamo dire che un determinato fattore come per esempio il tipo di attaccamento porti certamente allo sviluppo di una certa psicopatologia. È possibile, però, affermare che vi sia un legame fra attaccamento e salute mentale.

Uno dei più famosi studi in questo campo è lo studio Minnesota di Sroufe, Egeland, Carlson e Collins (2005). Uno degli aspetti indagati in questo studio longitudinale, durato trent'anni, è l'attaccamento e come questo si lega allo sviluppo normale e patologico dell'individuo. L'articolo di Sroufe (2005), da me esaminato, si concentra proprio su questi particolari esiti del Minnesota. La ricerca condotta a metà degli anni '70 ha esaminato un campione di oltre 200 madri a rischio moderato di difficoltà genitoriali a causa della loro condizione di povertà. Questo rischio è stato testimoniato proprio dall'alto tasso di casi di attaccamento ansioso, evitante e disorganizzato rispetto alla norma. Lo studio oltre alla valutazione dell'attaccamento prevedeva la somministrazione e valutazione di alcune misure globali come QI, livello di istruzione, personalità materna, ecc necessarie per escludere tutti i fattori interferenti nello studio dell'attaccamento. Le valutazioni sono state condotte a varie età partendo dalla nascita. Le prove che generalmente venivano somministrate erano: l'intervista con il caregiver, compilazione di un questionario, esecuzione di test formali, informazioni dei registri e osservazioni a casa e in laboratorio.

Tale studio mette in luce come l'attaccamento sicuro sia un fattore protettivo per lo sviluppo. Esso, infatti, porta ad avere un miglior adattamento al contesto e una normale acquisizione delle abilità tipiche di ogni età; questo non era altrettanto vero per gli stili insicuri. I risultati dello studio, inoltre, mettono in evidenza come modelli evitanti e ansiosi dell'attaccamento infantile hanno solo un rischio moderato di sviluppare un disturbo in età adulta ma questo aumenta se unito ad altri fattori di rischio.

L'attaccamento disorganizzato, infine, sembra essere un fattore di rischio abbastanza elevato. Nello specifico è emerso come modelli evitanti sono più collegati a disturbi della condotta e quelli ansiosi sono maggiormente collegati a disturbi d'ansia. Infatti, lo stato di preoccupazione dell'AAI è legato solo ai disturbi d'ansia. Entrambi i modelli insicuri sono legati moderatamente alla depressione ma per caratteristiche differenti. Lo stile evitante, infatti, si legava al disturbo depressivo per l'alienazione e la disperazione che caratterizza questo modello; lo stile ansioso, invece, basa il suo legame sull'ansia e sull'impotenza. Tutti questi elementi sono cardinali nella sintomatologia depressiva (Sroufe, 2005).

Questi risultati sono in parte confermati da un altro studio condotto da Bifulco, Kwon, Jacobs, Moran, Bunn e Beer (2006). I ricercatori hanno studiato un campione di 154 donne della comunità ad alto rischio nel 1990- 1995 e poi dal 1995 al 1999 per testare il ruolo dell'attaccamento nel predire nuovi episodi di ansia e del disturbo depressivo maggiore. Questa vulnerabilità contestuale individuata dagli autori si riflette nell'attaccamento, infatti, il 48% delle donne aveva un attaccamento marcatamente o moderatamente insicuro. I questionari utilizzati nel primo colloquio sono stati: CECA (*Childhood Experience of care and abuse*), ASI (*Attachment Style Interview*), la SCID (intervista clinica strutturata per il DSM-IV) e questionari per valutare la depressione e i disturbi d'ansia a livello clinico. Successivamente, nel follow-up sono stati somministrati solo la SCID e i questionari valutativi per la psicopatologia.

La ricerca ha dimostrato come solo gli stili di attaccamento insicuro moderatamente o marcatamente hanno predetto sia episodi d'ansia che di depressione maggiore nel follow-up. Nello specifico lo stile "*Fearful*" era significativamente associato sia alla depressione che alla fobia sociale, lo stile "*Angry-Dismissive*" solo con il DAG. È stato, inoltre, dimostrato che gli stili di attaccamento non sono correlati al disturbo di panico e all'agorafobia. I casi di comorbidità nello studio non sono associati ad aumenti del livello di insicurezza (Bifulco et al, 2006).

Altra ricerca con un campione di donne è quella di Pianta, Egeland e Adam (1996) i quali hanno analizzato un campione di 110 donne reclutate attraverso cliniche ostetriche supportate dal servizio pubblico durante il secondo semestre di gravidanza. Il gruppo

sperimentale era sia ad alto rischio che multi problema. Alle madri è stato somministrato l'MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2) e l'AAI. Il campione ha mostrato alti livelli di sintomatologia psichiatrica prima dell'intervento, nonostante ciò la maggior parte delle donne è stata classificata come sicura. La sicurezza dell'attaccamento, infatti, non implicava necessariamente l'assenza di sintomi poiché molte donne sicure se ne sono riconosciuti. Il gruppo "dismissing" mostrava tendenza a sopprimere l'ansia mostrando una visione di sé stessi forte ed emotivamente indipendente dall'altro. Questo ha portato ad avere per questo gruppo bassi sintomi psichiatrici autoriferiti. Il gruppo preoccupato, invece, si mostrava come estremamente vulnerabile, angosciato, indifeso, arrabbiato e mentalmente confuso. Questo è risultato essere legato ad alti livelli di sintomi psicopatologici autoriferiti (Pianta et al., 1996).

Soffermandoci su altri articoli che testimoniano il legame fra attaccamento e psicopatologia possiamo citare lo studio di Cole-Detke e Kobak (1996) il quale ha analizzato il legame fra le strategie difensive dell'AAI e due disturbi molto presenti fra le giovani donne e in tarda adolescenza: disturbi alimentari e depressione. Lo studio ha diviso un campione di sessantuno giovani studentesse universitarie in quattro gruppi: il primo era composto da donne con solo sintomi di un disturbo alimentare, il secondo con solo sintomi depressivi, il terzo con sia sintomi di un disturbo alimentare sia depressivo e il quarto era il gruppo di controllo non sintomatico. Dopo numerose analisi e selezioni i gruppi erano distribuiti come segue: il primo gruppo era composto da dodici donne il secondo da quattordici il terzo da diciannove e il quarto da sedici. Le partecipanti sono state sottoposte a varie misure: intervista sulle relazioni familiari, AAI e Q-sort il quale è stato usato per valutare le interviste dell'AAI, BDI (*Beck Depression Inventory*, valuta la presenza e gravità dell'affetto e della sintomatologia depressiva), EDI (questionario self-report progettato per misurare i tratti psicologici e comportamentali associati all'anoressia nervosa e alla bulimia), BCQ (*Bulimia Criteria Questionnaire*, misura l'aderenza del soggetto ai criteri del DSM-IV).

Lo studio ha messo in luce come persone che riportavano sintomi depressivi tendenzialmente avevano uno stile di attaccamento preoccupato (43%), persone con disturbi alimentari avevano prevalentemente uno stile evitante (67%) e soggetti che avevano entrambi i sintomi presentavano uno stile prevalentemente preoccupato (53%).

I soggetti che presentavano sintomi depressivi, inoltre erano associati ad una maggiore espressione di rabbia nei confronti dei genitori, eccessiva elaborazione sulle esperienze di attaccamento e presentazione di sé come ferito. Soggetti, invece, che presentavano disturbi alimentari mostravano una manifestazione opposta. Altro aspetto messo in luce dalla ricerca è che i sintomi depressivi erano associati a strategie iperattivanti nel pensare alle relazioni. I sintomi dei disturbi alimentari, invece, erano associati all'evitamento degli argomenti riguardanti l'attaccamento portando così il soggetto a non collaborare all'intervista (Cole-Detke e Kobak, 1996).

Altro studio svolto con una popolazione universitaria è quello di E., Davis, Green, Worthington e Bradfield (2009) che aveva l'obiettivo di integrare la teoria dell'attaccamento con quella del perdono. Lo studio ha coinvolto un campione di 221 studenti universitari (141 femmine e 80 maschi) coinvolti in una relazione sentimentale da almeno due mesi. Il perdono viene inteso come la tendenza disposizionale ad essere più o meno indulgente nel tempo, con le persone e nelle situazioni. Il perdono, risulta per cui essere, una trasformazione da sentimenti ostili e distruttivi nei confronti della relazione a comportamenti, pensieri positivi nei confronti dell'offensore. Gli autori sostengono che questo processo trasformativo possa essere influenzato dal tipo di attaccamento che una persona ha. Il gruppo sperimentale è stato sottoposto a vari test e questionari quali: ECR-R, TFS (*Trait Forgiveness Scale*, il quale da una misura del perdono), RRQ (*Rumination Reflection Questionnaire*, che valuta la ruminazione), CES-D (scala della depressione del *Center for Epidemiologic Studies*).

I risultati di questa ricerca mettono in luce quanto vi sia un legame fra attaccamento insicuro e riduzione del perdono mediato per la maggior parte da un'eccessiva ruminazione per gli individui con attaccamento ansioso e dall'incapacità di entrare in empatia con l'altro per l'attaccamento evitante. I ricercatori spiegano questo risultato sostenendo che gli individui con attaccamento ansioso hanno difficoltà nel regolare le proprie emozioni, amplificano le conseguenze negative e rimuginano eccessivamente; questo li porta tendenzialmente a perdonare meno. Gli individui con attaccamento evitante, invece, cercano la distanza fisica e psicologica dall'altro minimizzando e svalutando la relazione e derogandogli tutto. Questo porta tali individui ad impedire i comportamenti d'aiuto e di identificazione messi in atto dall'altro, riducendo così il

perdono. Entrambe queste strategie insicure, di conseguenza, hanno difficoltà a sfruttare il supporto sociale e ciò porta ad esiti negativi per la salute psicologica. La teoria di MC Cullough sostiene che il perdono viene maggiormente dato a persone che sono ritenute degne di cura e affetto e quando la persona aggredita si sente al sicuro. Soggetti con uno stile evitante percepiscono l'altro come meno degno di cure e quelli con uno stile ansioso percepiscono la relazione non sicura; non stupisce che l'attaccamento insicuro comporti una riduzione del perdono. La ricerca ha, inoltre, evidenziato come la mancanza di perdono mediasse parzialmente la relazione fra attaccamento insicuro e sintomi depressivi mentre mediava completamente quella tra attaccamento evitante e sintomi depressivi (Burnette, Davis, Green, Worthington, & Bradfield, 2009).

Cambiando leggermente popolazione possiamo notare come il legame tra attaccamento e psicopatologia persista anche in età adolescenziale. Un esempio è lo studio di Allen, Hauser e Borman-Spurrell (1996) i quali hanno indagato proprio la connessione fra attaccamento e psicopatologia adolescenziale. Lo studio utilizza come campione 66 adolescenti della classe medio alta ricoverati psichiatricamente all'età di quattordici anni. Il ricovero non era per problemi legati a disturbi organici o del pensiero. Il gruppo di controllo, invece, era formato da 76 studenti delle scuole superiori socio-demograficamente simili. Gli adolescenti con diagnosi psichiatrica sono stati successivamente intervistati all'età di venticinque anni. I ragazzi sono stati sottoposti a dei test quali: AAI, SCL-90 (misura l'indice di disagio globale ed è una lista del controllo dei sintomi di Hopkins), scala *Global Self-Worth* della *Adult Self Perception Scale*, inoltre è stato valutato il comportamento criminale, antisociale e l'uso di droghe. I risultati della ricerca testimoniano come la psicopatologia grave, da portare ad un ricovero a quattordici anni, era predittiva di un attaccamento insicuro undici anni dopo. Vediamo, infatti, come il campione di controllo è stato categorizzato prevalentemente come sicuro mentre solo l'8% di pazienti psichiatrici è stato categorizzato come sicuro. Lo studio, inoltre, ha trovato delle relazioni fra il precedente ricovero ospedaliero, l'attaccamento insicuro, il comportamento criminale e l'uso di droghe. La ricerca, infine, testimonia come la mancanza di supporti familiari e sociali è associata ad un'organizzazione di attaccamento insicura e questo aumenta la vulnerabilità della persona alla psicopatologia (Allen et al., 1996).

Altro studio che si è concentrato nel legame tra attaccamento e psicopatologia con un campione di adolescenti è quello di Rosenstein e Horowitz (1996). Gli autori hanno preso in considerazione un campione di 60 adolescenti (32 maschi e 28 femmine) ospedalizzati e 27 coppie madre-adolescente. I ragazzi sono stati sottoposti a varie misure come: test di personalità oggettivi proiettivi, screening per la compromissione organica, WISCH-R e WAIS-R, SCID-P (intervista clinica per la diagnosi versione paziente), MILLON (che valuta i sintomi psichiatrici e le dimensioni della personalità), SCL-90, AAI. La valutazione dell'attaccamento ha fatto emergere tassi molto alti di attaccamento insicuro come era atteso dalla letteratura, proprio per questo motivo il gruppo autonomo non è stato considerato nelle analisi a causa della sua dimensionalità.

La ricerca ha fatto, inoltre, emergere la relazione fra l'attaccamento preoccupato, irrisolto e i disturbi affettivi (depressione maggiore, disturbo distimico e il disturbo schizzoaffettivo). Il disturbo della condotta era associato allo stile "*dismissing*".

Per quanto riguarda l'attaccamento materno possiamo dire che la maggior parte aveva un attaccamento preoccupato o irrisolto. La ricerca ha messo in luce come vi sia una somiglianza fra l'attaccamento materno e quello adolescenziale.

Disturbi psichiatrici basati sulla minimizzazione del distress o la sua palese negazione insieme ad azioni che mostrano gli affetti angoscianti sono maggiormente associati ad un attaccamento evitante. Invece, psicopatologie in cui l'affetto negativo è riconosciuto ed esagerato sono maggiormente associate ad un attaccamento preoccupato. Gli autori sostengono che ciò che rende saliente l'attaccamento nell'espressione di un disturbo psichiatrico è il fatto che stili insicuri implicano una deviazione dal normale percorso di sviluppo aumentando così i fattori di rischio a cui il soggetto è esposto (Rosenstein e Horowitz, 1996).

Questi sono alcuni degli articoli presenti nella letteratura psicologica che si è occupata della relazione fra l'attaccamento e la psicopatologia. Nel prossimo capitolo analizzerò più nello specifico questo materiale sostenendo l'importanza e l'esistenza del legame che vi è fra questi due elementi.

4. Discussione

L'attaccamento è una predisposizione biologica e innata fondamentale per la sopravvivenza che si manifesta mediante lo sviluppo di stili o relazioni di attaccamento. Questa breve descrizione insieme a ciò che è emerso nei capitoli precedenti testimonia quanto questo importante legame sia adattivo nella maggior parte dei casi e per tutti i tipi di attaccamento organizzati ovvero quelli sicuri e insicuri. Va, però, specificato come, anche se adattivi, gli attaccamenti organizzati non siano tutti funzionali. Se, infatti, un attaccamento sicuro risulta essere sia adattivo, poiché mantiene la vicinanza con il caregiver, che funzionale, poiché il soggetto adotta strategie funzionali e adattive per mantenere tale vicinanza e per adattarsi nel mondo, non si può dire lo stesso per gli attaccamenti insicuri. Questa tipologia, infatti, mette in atto delle strategie che mantengono vicine le figure di riferimento ma con comportamenti non funzionali per il benessere e lo sviluppo dell'individuo, motivo per cui un attaccamento insicuro o disorganizzato può essere un fattore legato alla patologia (Allen et al., 1996). La psicopatologia, infatti, emerge da caratteristiche proprie dell'individuo che nel tempo si sclerotizzano diventando disadattive. Possiamo, per cui, vedere la psicopatologia non solo con una connotazione completamente negativa ma, anzi, positiva per l'individuo poiché gli permette di adattarsi, in modo non funzionale e non sempre completamente adattivo, alla realtà. L'attaccamento può, date queste considerazioni, essere considerato un fattore rischio per la psicopatologia: pattern comportamentali funzionali e necessari se rigidi e sclerotizzati diventano disadattivi. Tale considerazione risulta evidente proprio osservando gli stili insicuri di attaccamento.

Andiamo innanzitutto a definire cosa intendiamo con disturbi d'ansia e disturbi depressivi. Secondo il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* quinta edizione (DSM-V, 2013) i disturbi d'ansia includono disturbi che condividono caratteristiche di eccessiva paura e ansia e disturbi comportamentali correlati. La paura è la risposta emotiva a una minaccia imminente reale o percepita, ben identificata, mentre l'ansia è l'anticipazione della minaccia futura, non ben definita. Ovviamente, questi due stati si sovrappongono ma differiscono, infatti, la paura è più spesso associata a picchi di eccitazione autonoma necessari per combattere o fuggire, pensieri di pericolo immediato e comportamenti di fuga. Lo stato d'ansia, invece, è più spesso

associato a tensione muscolare e vigilanza in preparazione di pericoli futuri e comportamenti cauti o evitanti.

In risposta a grandi livelli di ansia o paura l'individuo può mettere in atto comportamenti di evitamento pervasivi. Per quanto riguarda la paura, un altro tipo particolare di risposta comportamentale può essere l'attacco di panico che è presente in modo prominente all'interno dei disturbi d'ansia. Esso non è limitato a questa categoria sindromica, ma può essere visto anche in altri disturbi mentali.

I disturbi d'ansia differiscono l'uno dall'altro nei tipi di oggetti o situazioni che inducono paura, ansia o comportamento di evitamento e l'ideazione cognitiva associata. Pertanto, tendono ad essere altamente comorbidi tra loro, possono essere differenziati solo da un attento esame dei tipi di situazioni temute o evitate e dal contenuto dei pensieri o delle credenze associate. I disturbi d'ansia differiscono dalla paura o dall'ansia normativa dello sviluppo per essere eccessivi o persistenti oltre i periodi appropriati per lo sviluppo. Differiscono dalla paura transitoria o dall'ansia, spesso indotta dallo stress, essendo persistenti (ad esempio, in genere durano 6 mesi o più), sebbene il criterio per la durata sia inteso come una guida generale, con tolleranza per un certo grado di flessibilità e talvolta sia di durata più breve nei bambini (come nel disturbo d'ansia da separazione e nel mutismo selettivo). Poiché gli individui con disturbi d'ansia in genere sovrastimano il pericolo in situazioni che temono o evitano, la determinazione primaria se la paura o l'ansia siano eccessive o sproporzionate è fatta dal clinico, tenendo conto dei fattori contestuali e culturali. Molti dei disturbi d'ansia si sviluppano durante l'infanzia e tendono a persistere se non trattati. La maggior parte si verifica più frequentemente nelle femmine che nei maschi (rapporto circa 2: 1). Ogni disturbo d'ansia viene diagnosticato solo quando i sintomi non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza/farmaco o ad un'altra condizione medica o non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale.

Per quanto riguarda i disturbi depressivi, invece, il DSM-V (2013) include in questa categoria il disturbo dirompente della disregolazione dell'umore, il disturbo depressivo maggiore (incluso episodio depressivo maggiore), il disturbo depressivo persistente (distimia), il disturbo disforico premestruale, il disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci, il disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica, altro

disturbo depressivo specifico e disturbo depressivo non specificato. A differenza del DSM-IV (1994), il capitolo "Disturbi depressivi" è stato separato dal capitolo "Disturbi bipolari e correlati". La caratteristica comune di tutti questi disturbi è la presenza di umore triste, vuoto o irritabile, accompagnato da cambiamenti somatici e cognitivi che influenzano significativamente la capacità dell'individuo di funzionare. Ciò che differisce questi disturbi tra loro sono questioni di durata, tempistica o presunta eziologia. Al fine di affrontare le preoccupazioni circa la sovradiagnosi e il trattamento del disturbo bipolare nei bambini, gli autori hanno creato una nuova diagnosi ovvero il disturbo dirompente della disregolazione dell'umore. Questa diagnosi riguarda bambini con irritabilità persistente e frequenti episodi di discontrollo comportamentale estremo e viene aggiunta ai disturbi depressivi per i bambini fino a 12 anni di età. La sua collocazione in nel capitolo riguardante questi disturbi riflette la scoperta che i bambini con questo modello di sintomi sviluppano tipicamente disturbi depressivi unipolari o disturbi d'ansia, piuttosto che disturbi bipolari, mentre maturano nell'adolescenza e nell'età adulta.

Dopo aver definito cosa si intende con disturbi d'ansia e disturbi depressivi andiamo ad analizzare la relazione che intercorre fra essi e l'attaccamento. Lo studio Minnesota (Sroufe et al., 2005) dimostra quanto l'attaccamento sicuro sia un legame che favorisce lo sviluppo. Si può per cui sostenere che un fattore, il quale media un buon adattamento e sviluppo all'ambiente, sia l'attaccamento sicuro e che, invece, gli stili insicuri siano dei fattori che contrastano questo processo sano di crescita. Essi, infatti, se uniti ad altri fattori di rischio come il livello socio economico, lo stile genitoriale, ... possono rappresentare un moderato fattore che favorisce l'insorgere di una qualche psicopatologia. Se consideriamo anche lo stile disorganizzato esso costituisce un fattore di rischio ancora più elevato. Come abbiamo già sostenuto prima, però, l'attaccamento è solo uno dei fattori che possono portare alla patologia e uno dei fattori che la possono prevenire. La ricerca infatti, ha messo in luce come soggetti ad alto rischio possano comunque manifestare e riferire sintomi legati ad un disagio psichico, dato un attaccamento sicuro (Pianta et al., 1996).

Per quanto riguarda gli stili insicuri essi rappresentano una deviazione dal normale percorso di sviluppo, per cui rappresentano degli elementi che aumentano i fattori di

rischio a cui il soggetto è esposto e, di conseguenza, le probabilità che sviluppi una psicopatologia in età adulta (Rosenstein e Horowitz, 1996). Possiamo, inoltre, notare come questi pattern relazionali siano molto più presenti in contesti ad alto rischio come sostengono altre ricerche (Rosenstein e Horowitz, 1996; Bifulco et al., 2006; Sroufe et al., 2005).

Un fattore che media il legame fra l'attaccamento e la psicopatologia e, per cui, anche con il disadattamento del soggetto è il perdono (Burnette et al, 2009). Nello specifico il legame fra l'attaccamento evitante e il perdono è mediato dall'empatia ed entrambi questi ultimi due fattori mediano il legame con la depressione. Per quanto riguarda l'attaccamento ansioso esso è legato al perdono grazie alla mediazione della ruminazione, e questi ultimi due elementi mediano la relazione con la depressione. I due stili insicuri saranno, secondo questo studio, portati a perdonare meno e non saranno in grado di sfruttare, come persone con un attaccamento sicuro, il supporto dell'altro. Questo mina alla capacità dei soggetti di avere delle buone relazioni durature, altro fattore di rischio per la psicopatologia.

Tali ricerche testimoniano come vi sia un legame fra attaccamento e psicopatologia, andiamo ora più nello specifico a osservare se e come gli stili insicuri possano legarsi a specifici quadri sindromici. La letteratura non è univoca su questo tema, infatti, alcuni studi testimoniano un legame fra l'attaccamento ansioso e i disturbi d'ansia (Sroufe et al., 2005; Bifulco et al., 2006) mentre altri vedono un collegamento fra l'attaccamento evitante e i disturbi d'ansia (Pianta et al., 1996; Bifulco et al., 2006). La situazione risulta essere simile per i disturbi depressivi, vediamo, infatti, alcune ricerche che sostengono il legame fra attaccamento ansioso e depressione (Rosenstein e Horowitz, 1996; Cole-Detke e Kobak, 1996; Bifulco et al., 2006) e altre che vedono il collegamento fra questa patologia con entrambi gli stili (Burnette et al., 2009; Sroufe et al., 2005).

Una possibile ipotesi sulla natura non chiara del legame fra attaccamento e psicopatologia può essere la diversità degli studi considerati. Essi, infatti, non utilizzando gli stessi strumenti di misurazione motivo per cui potrebbero sottendere delle dimensioni, dei gradi di analisi o degli elementi indagati differenti portando così ad un'incongruenza nei risultati osservati. Per esempio, lo studio che usa lo strumento ASI per la misurazione (Bifulco et al., 2006) mette in luce come gli stili sicuri siano

entrambi legati ai disturbi d'ansia ma a differenza delle altre ricerche, questa va nello specifico del disturbo e identifica un legame più preciso. Infatti l'attaccamento "*Fearful*" era collegato con la fobia sociale mentre l'attaccamento "*Angry-Dismissive*" era collegato solo con il DAG. Per quanto riguarda il disturbo di panico e l'agorafobia non sembrano essere legati in modo particolare a nessuno stile di attaccamento. Questo risultato testimonia come non tutti i disturbi d'ansia siano ugualmente legati ad un unico pattern relazionale e questo potrebbe essere il motivo per cui non è possibile stabilire una chiara relazione fra una categoria così eterogenea di disturbi e uno stile di attaccamento.

Per quanto riguarda gli studi che hanno utilizzato lo strumento AAI, essi, in generale, mostrano un legame fra l'attaccamento ansioso e i sintomi depressivi. Questo può essere spiegato dal fatto che l'attaccamento preoccupato mostra strategie iperattivanti legate al pensare alle relazioni passate e tale aspetto è legato ai sintomi depressivi (Cole-Detke e Kobak, 1996). Questa iperattivazione può essere notata anche nel prototipo dell'AAI dello stile ansioso dove, infatti, la persona è ancora iper coinvolta nelle relazioni passate, eccessivamente preoccupata delle proprie carenze (nello specifico dello studio) e incapace di avere delle buone strategie di coping. Bisogna però considerare che non sempre i disturbi d'ansia vengono misurati, in queste ricerche, e a volte più che un legame specifico emerge la relazione fra l'attaccamento insicuro e la psicopatologia in generale (Pianta et al., 1996; Allen et al., 1996).

Provando a considerare altri elementi che possono influenzare i risultati degli studi presi in considerazione e spiegare così i diversi risultati ottenuti, è utile analizzare l'attaccamento ansioso. Le caratteristiche di questo pattern relazionale, infatti, possono portare ad avere una mancanza di fiducia nelle relazioni che comporta una sensazione di insicurezza relazionale (Burnette et al., 2009). Lo studio sopra citato mette in evidenza un altro aspetto che caratterizza questo stile, ovvero la ruminazione. Questo elemento però lo possiamo ritrovare anche nel disturbo d'ansia generalizzato come criterio definitorio del disturbo. Il rimuginio o *worry* è definito da Borkovec, Robinson, Pruzinski e De Pree (1983): "catena di pensieri o immagini, gravata da emozioni negative e relativamente incontrollabile [...] rappresenta un tentativo di impegnarsi in un problem-solving mentale su una questione dall'esito incerto dove esistono possibilità di esito negativo. Di conseguenza, il *worry* si connette strettamente al processo di

«paura»”. Il processo, di per sé adattivo, diviene disfunzionale nel momento in cui diventa un’esperienza incontrollabile autopertuantesi che il soggetto non tenta più di fermare. Questo comporta un’interferenza con le normali attività quotidiane e con un efficace fronteggiamento dei problemi causando una scarsa capacità di coping. Come abbiamo già visto precedentemente la scarsa capacità di coping è una caratteristica delle persone con attaccamento ansioso. Ecco, per cui, come un processo mentale funzionale se si irrigidisce e si sclerotizza diventa la base per una struttura di pensieri e azioni potenzialmente patologiche. Risulta per cui evidente come questa strategia tipica dello stile ansioso possa, se esagerata e rigida, diventare proprio un elemento tipico del GAD e per cui diventare patologica. Nonostante ciò non tutti gli studi sono concordi nel mostrare questo collegamento (Bifulco et al., 2006).

Per quanto riguarda lo stile evitante esso è associato alla depressione (Sroufe, 2005; Burnette et. al, 2009) ma anche ad altri disturbi come il disturbo alimentare (Cole-Detke e Kobak, 1996) e a disturbi della condotta (Rosenstein e Horowitz, 1996). Provando a fare un’analisi più generale della relazione che questo pattern di attaccamento ha con la psicopatologia mediante il MILLON Clinical Multiaxial Inventory è emerso che questo stile è caratterizzato dalla minimizzazione del distress o della sua palese negazione. In questo modo i soggetti ricercano la distanza fisica e psicologica dall’altro derogandogli tutto. Ma non solo queste persone cercavano di dare l’idea di essere forti ed emotivamente indipendenti. Queste strategie hanno comportato un basso numero di sintomi psichiatrici autoriferiti.

Uno studio recente (Gu, Jiang, Liu, et al., 2023), inoltre, dimostra come l’attaccamento evitante presenti una maggiore compromissione nell’elaborazione delle espressioni facciali. Nello specifico questi soggetti hanno manifestato delle alterazioni nell’elaborazione dei volti con espressioni di rabbia. Inoltre, nelle prime fasi del test le persone hanno mostrato delle strategie preventive per essere vigili e allo stesso tempo delle strategie per sopprimere l’elaborazione di volti arrabbiati o timorosi. La soppressione della rabbia testimoniata da questo articolo può anche essere vista anche dallo studio di Cole-Detke e Kobak (1996), nel quale soggetti con attaccamento evitante manifestavano una minore espressione di rabbia nei confronti dei genitori. Infatti, si suppone che se il soggetto è compromesso nell’elaborazione di questa emozione, avrà difficoltà anche a riconoscerla ed esprimerla.

Non risulta essere ben chiaro come lo stile di attaccamento evitante si leghi alle varie psicopatologie proprio a causa dei pattern relazionali e dei bias che lo caratterizzano. Nelle ricerche successive si potrebbe indagare meglio questo legame non usando questionari self report.

Altra ipotesi sul motivo per cui la ricerca non sia concorde su uno specifico legame fra attaccamento e psicopatologia depressiva e ansiosa può derivare dalla grande comorbidità fra questi disturbi, la quale ci può far supporre che le strategie alla base siano simili. Ma non solo, è stato osservato come entrambi i disagi psicologici siano associati ad esperienze di perdita nel bambino reale o percepita (Dozier, Stovall-McClough, e Albus, 2008), è per cui possibile sostenere che questi disturbi siano influenzati da esperienze relazionali simili infantili. Non si può, di conseguenza, parlare di una specifica relazione fra stile di attaccamento e quadro sindromico ma stili di attaccamento e questi due disturbi. Vediamo, infatti, come nello studio di Bifulco et al. (2006) lo stile “Fearfull” era correlato sia con la fobia sociale sia con la depressione. Questo testimonia come nonostante la precisione degli strumenti utilizzati non sia stato possibile identificare un legame specifico. Ma non solo questa relazione può anche essere vista sotto un altro punto di vista: lo stile di attaccamento non predice esclusivamente un disturbo d’ansia o un disturbo depressivo. Nella stessa ricerca citata sopra vediamo come lo stile “Angry-Dismissive” sia legato solo con il DAG e non vi siano legami fra un pattern relazionale e il disturbo di panico o agorafobia. È, per cui, possibile osservare come non tutti i disturbi d’ansia sono legati ad un solo stile di attaccamento. Ma non solo osservando lo studio Minnesota (Sroufe et. al, 2005) si può notare come l’AAI identifichi un moderato legame con entrambi gli stili di attaccamento e la depressione. Tale relazione conferma la grande comorbidità fra questi disturbi. Nonostante ciò le caratteristiche del disturbo interessate dal legame differiscono al cambiare dello stile di attaccamento. Infatti, lo stile evitante si legava per l’alienazione e disperazione che caratterizzano sia il disturbo che il pattern relazionale. Lo stile ansioso, invece, si legava per l’ansia e l’impotenza che caratterizzano entrambi gli elementi interessati.

Riassumendo non è possibile individuare un legame specifico fra un pattern relazionale e una specifica categoria diagnostica ma è possibile notare come questi fattori siano

legati. La ricerca conferma che l'attaccamento è un fattore di rischio che può portare allo sviluppo di psicopatologie in età adulta. Essendo un campo ancora "nuovo" nel panorama della letteratura psicologica non è ancora certa quale sia la causa di queste discordanze fra gli studi ma è un elemento che gli studiosi potrebbero indagare nei loro prossimi lavori. Nonostante ciò le scoperte testimoniano l'importanza di questo pattern relazionale e l'importanza di continuare ad indagarlo per il benessere dell'individuo.

5. Conclusioni e suggerimenti per la ricerca

L'attaccamento è forse il legame più importante che creiamo nell'infanzia, ci permette di sopravvivere, di comprendere la realtà, di autoregolarci, di creare e mantenere relazioni. Esso durante l'arco della vita può essere un importante fattore di protezione o un importante fattore di rischio per lo sviluppo e il benessere dell'individuo. Proprio per questo motivo, dovrebbe essere tenuto in particolare considerazione, in psicologia, sia nell'ambito della ricerca sia in quello della clinica. Nella ricerca solo dagli anni '80 si è cominciato a studiare ed approfondire il legame di attaccamento in età adulta e si è cercato di capire come questo pattern cambiasse con lo sviluppo. Questo ha permesso di comprendere l'importanza di questo legame anche al di fuori dell'infanzia. Nonostante ciò essendo un argomento di recente esplorazione, non esiste un ampio panorama di ricerca in merito.

Due filoni di ricerca si sono approcciati a questa area di studio osservando l'attaccamento da due prospettive diverse, una più psicodinamica l'altra più sociale e sviluppando strumenti di misura differenti. Per anni queste due prospettive sono sembrate inconciliabili ma le ricerche di Kim Bartholomew hanno dimostrato come vi sia un'importante differenza semantica nel costrutto teorico alla base. Questo era il motivo per cui i confronti svolti sugli studi e sugli strumenti delle due prospettive li rendevano inconciliabili. Il suo modello a quattro categorie ha permesso di confrontare gli studi e di osservare il fenomeno in un'ottica più complessa e completa. Il dibattito fra i ricercatori rimane però ancora aperto poiché lo sguardo delle due prospettive rimane differente.

La ricerca ha, inoltre, dimostrato quanto i modelli operativi interni e i pattern comportamentali dell'attaccamento possano essere un importante fattore di rischio e protezione per il soggetto. Essi sono legati alla psicopatologia e in particolare ai disturbi d'ansia e i disturbi depressivi da meccanismi sottostanti, di cui però non si conosce ancora l'entità specifica. Infatti, le ricerche odierne non sono concordi nel sostenere un particolare tipo di legame fra uno stile di attaccamento e una categoria diagnostica. È, però, possibile sostenere che l'attaccamento insicuro sia un fattore di rischio per queste psicopatologie. Per poter comprendere meglio la natura di questo legame si dovrebbe approfondire maggiormente lo studio del periodo dell'età adulta compresa l'adulthood emergente. Comprendere meglio le modificazioni di questo periodo permetterebbe di

conoscere quanto l'attaccamento influenzi lo sviluppo e il decorso della patologia. Inoltre, la ricerca attuale non definisce nello specifico il legame che l'attaccamento ha con gli specifici disturbi ma si limita a considerare una categoria variegata di sindromi. Sarebbe interessante comprendere, invece, il legame con ogni singola patologia poiché, al di là delle caratteristiche comuni, vi sono importanti differenze fra un disturbo e l'altro che potrebbero aver contribuito a una non completa chiarezza nei risultati delle ricerche precedenti. Lo si può notare nello studio di Bifulco et al. (2006) nel quale non tutti i disturbi facenti parte dei disturbi d'ansia erano legati a un solo tipo di attaccamento. Ma non solo, indagando meglio questa tematica si potrebbe comprendere meglio che tipo di rapporto intercorre fra la patologia e l'attaccamento: se uno causa l'altro o se, come è più probabile, siano due elementi che si influenzano a vicenda senza uno specifico legame causale. Nelle ricerche attuali, infatti, non si è indagato se l'insorgere e il decorso di una patologia possano influenzare l'attaccamento, per cui se la patologia influenza il pattern relazionale di un individuo e non viceversa.

Per quanto riguarda la psicologia clinica l'attaccamento è un costrutto fondamentale da considerare nella formazione dell'alleanza terapeutica. Prendere in considerazione questo legame nella pratica clinica aiuterebbe adulti in difficoltà a riconoscere ed usare meglio i supporti sociali disponibili nell'ambiente (Allen et al., 1996). Inoltre, creare una buona alleanza terapeutica che tenga in considerazione dell'attaccamento del soggetto contribuisce ad una buona riuscita della terapia stessa. Questo testimonia ancora di più l'importanza dell'attaccamento non solo nell'ambito personale di un individuo ma anche a livello del panorama scientifico.

Si suggerisce di compiere altri studi per verificare se il legame di attaccamento è legato ad altri costrutti psicologici come la personalità, le strategie di regolazione, la resilienza, ecc; o se questi possano mediare il legame con la psicopatologia. Si consiglia, inoltre, di indagare se vi possano essere delle basi fisiologiche alla base del legame fra attaccamento e psicopatologia.

In conclusione il pattern relazionale di un individuo può influire sulla probabilità con cui esso può sviluppare ansia e depressione in età adulta. Date le caratteristiche dei due disturbi che esibiscono elevata comorbidità per manifestazione sintomatologica e

esperienze pregresse simili (Dozier, et al., 2008) e date le caratteristiche degli studi non è stato possibile definire un legame specifico. È, però, indiscutibile che l'attaccamento rappresenti un fattore di rischio e per cui sia necessario continuare a studiarlo e prenderlo in considerazione nella pratica clinica. Comprendere il pattern relazionale di una persona e il suo modo di percepire sé stesso, gli altri e le relazioni potrebbe contribuire a comprendere meglio il funzionamento sano e patologico degli individui. Questo agevolerebbe il lavoro degli specialisti sia in ottica preventiva sia nell'intervento clinico svolto con il paziente.

Bibliografia

Allen, J.P., Hauser, S.T., & Borman-Spurrell, E. (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: an 11-year follow-up study. *J Consult Clin Psychol*. 1996 Apr;64(2):254-63. DOI: 10.1037//0022-006x.64.2.254.

American Psychiatric Association (2013) *Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (DSM-5)*.

Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(2), 147–178. doi.org/10.1177/0265407590072001

Bartholomew, K., Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model, *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.

Bifulco, A., Kwon, J., Jacobs, C., Moran, P.M., Bunn, A., & Beer, N. (2006). Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Soc Psychiat Epidemiol* 41, 796–805. doi.org/10.1007/s00127-006-0101-z

Bifulco, A., Jacobs, C., Bunn, A., Thomas, J. & Irving, K. (2014). The attachment style interview (ASI). *The Routledge Handbook of Attachment: Assessment*.

Burnette, J.L., Davis, D.E., Green, J.D., Worthington, E.L., & Bradfield, E. (2009). Insecure attachment and depressive symptoms: The mediating role of rumination, empathy, and forgiveness, *Personality and Individual Differences*, 46(3), 276-280. doi.org/10.1016/j.paid.2008.10.016.

Borkovec, Robinson, Pruzinsky, DePree (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes, *Behaviour Research and Therapy*. Volume 21, Issue 1, Pages 9-16. DOI: [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(83\)90121-3](https://doi.org/10.1016/0005-7967(83)90121-3).

Busonera, A. (2011). La valutazione dell'attaccamento adulto nell'ambito delle relazioni di coppia, Validazione italiana del questionario Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R), Università La Sapienza di Roma,
iris.uniroma1.it/retrieve/handle/11573/917086/326040/Tesi%20completa%20A.%20Busonera.pdf

Centre for Abuse and Trauma Studies, Middlesex University, The Attachment Style Interview (ASI): A Fact Sheet for professionals in Children's Services.
Consultato da: <https://lifespanttraining.org.uk/wp-content/uploads/The-Attachment-Style-Interview-Fact-Sheet-ASI.pdf>

Cole-Detke, H., & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *J Consult Clin Psychol*. 64(2):282-90. DOI: 10.1037//0022-006x.64.2.282.

Dozier, M., Stovall-McClough, C. & Albus, K. (2008). Attachment and psychopathology in adulthood. *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. Vol. 19.

Gu, S., Jiang, Y., Liu, M., Li, Y., Liang, Y., Feng, R., Xu, M., Wang, F. & Huang, J.H. (2023). Eye movements and ERP biomarkers for face processing problems in avoidant attachment-style individuals. *Front. Behav. Neurosci*. 17:1135909. DOI: 10.3389/fnbeh.2023.1135909

- Perrotta, G. (2020), Dysfunctional attachment and psychopathological outcomes in childhood and adulthood. *Open J Trauma* 4(1): 012-021. DOI: [dx.doi.org/10.17352/ojt.000025](https://doi.org/10.17352/ojt.000025)
- Pianta, R.C., Egeland, B., & Adam, E.K. (1996). Adult attachment classification and self-reported psychiatric symptomatology as assessed by the Minnesota Multiphasic Personality Inventory--2. *J Consult Clin Psychol.*; 64(2):273-81. DOI: 10.1037//0022-006x.64.2.273.
- Rholes, W.S., & Simpson, J.A. (2007). *Adult Attachment. Theory Research, and Clinical Implications*, Raffaello Cortina Editore.
- Rosenstein, D.S., & Horowitz, H.A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *J Consult Clin Psychol.* 64(2):244-53. DOI: 10.1037//0022-006x.64.2.244.
- Sagi-Schwartz, A., Van IJzendoorn, M.H., Scharf, M., Koren-Karie, N., Joels. T., & Mayseless, O. (1994). Stability and Discriminant Validity of the Adult Attachment Interview: A Psychometric Study in Young Israeli Adults. *Developmental Psychology* 30(5):771-777, DOI:[10.1037/0012-1649.30.5.771](https://doi.org/10.1037/0012-1649.30.5.771)
- Salcuni, S. 2016-2017, MPCs – Adult Attachment Interview Lab
- Scharfe, E., & Bartholomew, K. (1994). Reliability and stability of adult attachment patterns. *Personal Relationships*, 1(1), 23–43. <https://doi.org/10.1111/j.1475-2875.1994.tb00001.x>
- Simpson, J.A. & Rholes, W.S. (Eds.), 1998, *Attachment theory and close relationships* (pp. 25-45). New York: Guilford Press.
- Sroufe, A.L., (2005), Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood, *Attachment & Human Development*, 7:4, 349-367, DOI: 10.1080/14616730500365928

Sroufe, A.L., Egeland, B., Carlson, E., Collins, A. (2005). *The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood*. The Guilford Press : New York. 384p.