



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di **Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata (FISPPA)**

Corso di laurea in

Scienze Psicologiche Sociali e del Lavoro

Elaborato finale

L'attaccamento sicuro guadagnato

(The earned secure attachment)

Relatore:

Prof. Vincenzo Calvo

Laureanda:

Sarah Shaker

Matricola:

2046738

Anno accademico 2023-2024

INDICE

INTRODUZIONE	5
CAPITOLO I: L'ATTACCAMENTO DALL'INFANZIA ALL'ETÀ ADULTA E I PROCESSI DI MANTENIMENTO	6
1.1 Definizione di attaccamento.....	6
1.2 Classificazione dell'attaccamento nell'infanzia	6
1.3 I Modelli Operativi Interni come processi di mantenimento degli stili di attaccamento in età adulta	7
1.4 L'attaccamento in età adulta	8
CAPITOLO II: PROCESSI DI TRASFORMAZIONE NEGLI STILI DI ATTACCAMENTO	10
CAPITOLO III: META-CONDIZIONI PER UNO STILE DI ATTACCAMENTO SICURO GUADAGNATO.....	11
3.1 Gli eventi della vita come determinanti del cambiamento.....	11
3.2 Il ruolo delle figure di supporto alternative	12
3.3 Considerazioni finali	13
CAPITOLO IV: CAMBIAMENTI INTRAPSICHICI NELLA PSICOTERAPIA PSICODINAMICA PER L'ATTACCAMENTO SICURO GUADAGNATO	14
4.1 Il setting terapeutico.....	14
4.2 La Relazione Terapeutica come Base Sicura.	14
4.3 Modulazione delle principali tecniche terapeutiche per un attaccamento sicuro guadagnato.....	16
CAPITOLO V: LA PSICOTERAPIA BASATA SULLA TEORIA DELL'ATTACCAMENTO	18
5.1 Dalla teoria dell'attaccamento alla pratica clinica.	18
5.2 Differenze fondamentali tra Psicoterapia basata sull'attaccamento e Terapia dell'attaccamento.	18
5.3 Tecniche per la Psicoterapia basata sull'attaccamento con pazienti pediatrici.....	19
5.4 Tecniche per la Psicoterapia basata sulla teoria dell'attaccamento con pazienti adulti.	19
5.5 L'efficacia della Psicoterapia basata sulla teoria dell'attaccamento basata sul modello TOTE..	21
CAPITOLO VI: CAMBIAMENTI INTERPERSONALI NELLA PSICOTERAPIA SISTEMICA-RELAZIONALE PER L'ATTACCAMENTO SICURO GUADAGNATO.	22
6.1 Il setting terapeutico.....	22
6.2 La famiglia come una nuova base sicura.....	22
6.3 L'importanza del linguaggio.....	23
CAPITOLO VII: LA TERAPIA FAMILIARE FOCALIZZATA SULLE EMOZIONI.....	24
7.1 Obiettivi terapeutici.....	24
7.2 Il ruolo delle emozioni.	25
7.3 utilizzate.....	25
CONCLUSIONI	27
BIBLIOGRAFIA	29

INTRODUZIONE

Questo elaborato presenta una disamina sul concetto di “*earned secure attachment*”, in italiano noto come “attaccamento sicuro guadagnato” e sui processi impiegati per tale acquisizione.

Per “attaccamento sicuro guadagnato” la letteratura fa riferimento ad uno stile di attaccamento raggiunto dagli individui che, nonostante abbiano avuto esperienze infantili di attaccamento insicuro, sono riusciti in un’epoca successiva della vita ad acquisire un nuovo senso di sicurezza (Hesse, 2008; Main et al., 2008; Saunders et al., 2011). Affonda, quindi, le sue radici nella teoria bowlbiana dell’attaccamento poiché riguarda la relazione tra l’individuo e le persone significative nei suoi legami interpersonali. L’attenzione, infatti, viene posta sugli stili di attaccamento sviluppati a partire dall’infanzia, sui processi di mantenimento di tali stili, a quelli caratteristici dell’età adulta e ai fattori che ne determinano il cambiamento. Il termine italiano “guadagnato”, inoltre, potrebbe risultare ambiguo poiché non coglie appieno il significato del termine originale che, invece, descrive un processo di maturazione e raggiungimento implicando una trasformazione profonda e significativa nell’individuo.

I processi volti all’acquisizione dell’attaccamento sicuro riguardano sia le esperienze di vita, sia attraverso psicoterapie individuali o familiari. Nel contesto terapeutico è apparso difficile collocare la teoria dell’attaccamento all’interno di un unico approccio psicologico: Bowlby, seppur sia stato uno psicoanalista, ha presentato un eclettismo singolare nel conciliare tecniche osservative e procedurali comportamentiste, sistemiche e psicoanalitiche all’interno di un’unica teoria. Per questo motivo, i setting terapeutici discussi in questo elaborato non rispecchieranno un unico orientamento psicoterapeutico, ma saranno il prodotto di più contributi provenienti dalla storia della psicologia.

È dunque una finestra attraverso cui è possibile migliorare la qualità dei legami con le persone significative della vita, dimostrando che l’esperienza di uno stile di attaccamento disfunzionale non costituisce un vincolo definitivo, ma offre l’opportunità di trasformare e arricchire le proprie relazioni passate, presenti e future.

CAPITOLO I

L'ATTACCAMENTO DALL'INFANZIA ALL'ETÀ ADULTA E I PROCESSI DI MANTENIMENTO

1.1 Definizione di attaccamento

La teoria dell'attaccamento, definita dallo psicoanalista britannico John Bowlby nel XX secolo, ha permesso di comprendere l'importanza delle relazioni primarie tra bambino e *caregiver*. Nell'opera "*Attachment and loss*" Bowlby definisce l'attaccamento come "qualsiasi forma di comportamento che porta una persona al raggiungimento o al mantenimento della vicinanza con un altro individuo differenziato e preferito, considerato in genere come più forte e/o più esperto". In altre parole, l'attaccamento rappresenta il legame che si forma originariamente tra il bambino e la figura che si prende cura di lui, ha come scopo la protezione del piccolo ed è un sistema comportamentale motivato dallo spirito di sopravvivenza. Il concetto di sopravvivenza non deve essere inteso solo in termini corporei, bensì in termini somatopsichici: citando L. Barone e F. Del Corno "si sopravvive realmente se la vitalità è sia del corpo che della psiche, sia delle sensazioni propriocettive che delle emozioni e degli affetti. È proprio questa sopravvivenza psichica che rende gli stili di attaccamento duraturi per tutta la vita, poiché essi incarnano non solo un bisogno di protezione fisica, ma anche di continuità e stabilità emotiva e affettiva, fondamentali per il benessere complessivo dell'individuo.

1.2 Classificazione dell'attaccamento nell'infanzia

A partire dagli studi di J. Bowlby, M. Ainsworth ha reso possibile la classificazione di tre principali stili di attaccamento in età infantile sulla base della *Strange Situation Procedure* (SSP) (successivamente ne è stato aggiunto un quarto da M.Main):

1. *Secure (B)*: alla separazione con la madre, il bambino manifesta ansia e disagio e cerca immediata rassicurazione al suo ritorno usando il genitore come "base sicura". Le emozioni del bambino vengono esplicitate in maniera diretta alla madre, e, in sua presenza, torna all'esplorazione dell'ambiente.

2. *Avoidant (A)*: alla separazione con la madre, il bambino mostra meno segni di disagio o sofferenza, e al momento di ricongiungimento sembrano ignorare o dare poca importanza all'arrivo del genitore. Le emozioni del bambino vengono mascherate dal focus verso l'attività di gioco enfatizzando il senso di indipendenza e autonomia e non considerando il genitore come base sicura in situazioni di disagio o paura.
3. *Resistant or ambivalent (C)*: alla separazione con la madre, il bambino mostra un notevole disagio che manifesta con un pianto spesso implacabile. Al ricongiungimento con il genitore non riesce ad essere calmato o confortato, come se il suo ritorno non fosse sufficiente a sanare il senso di rabbia dovuta all'abbandono.
4. *Disorganized/disoriented (D)*: alla separazione con la madre, il bambino mostra comportamenti contraddittori, perdita dell'orientamento e movimenti ed espressioni *freezing* o *stilling*, ovvero congelati o rallentati. (M. Main, J. Solomon)

Questi stili di attaccamento sono il risultato dei diversi tipi di responsività del *caregiver* ai bisogni del bambino, e vanno a definire i cosiddetti Modelli Operativi interni, ovvero rappresentazioni mentali relativi al sé e all'altro che guidano e modulano il comportamento nelle relazioni interpersonali.

1.3 I Modelli Operativi Interni come processi di mantenimento degli stili di attaccamento in età adulta

Dopo aver esplorato gli stili di attaccamento sviluppati nell'infanzia, è fondamentale comprendere il ruolo dei Modelli Operativi Interni (MOI) nel definire le esperienze delle relazionali future. Questi schemi mentali, costruiti nelle prime fasi della vita attraverso le interazioni con i caregiver, vengono poi mantenuti stabili per il resto della vita influenzando aspettative, percezioni e comportamenti nelle relazioni successive (Bowlby, 1958). I MOI regolano i legami interpersonali, modellando la percezione di sé e degli altri. Il modello del sé può essere positivo, quando il bambino si sente degno di amore e cura, o negativo, se si percepisce inadeguato e non meritevole di affetto. Allo stesso modo,

il modello dell'altro, che influenza il modello del sé, riguarda la percezione della figura di accudimento e può anch'esso essere positivo, se l'altro è considerato affidabile, o negativo, se ritenuto inaffidabile. Questi modelli tendono a persistere nel tempo, protraendosi dall'infanzia per tutta la vita anche quando non corrispondono più alla realtà attuale. Questo può portare allo sviluppo di stili di attaccamento disfunzionali e all'attivazione di meccanismi di difesa che generano dinamiche interpersonali percepite come problematiche dalle persone coinvolte. Chi vive queste interazioni, infatti, spesso sperimenta difficoltà a costruire relazioni soddisfacenti e stabili, sentendo un malessere emotivo che nasce dal conflitto tra le aspettative, radicate nei modelli dell'infanzia, e le realtà delle relazioni presenti. A prova di ciò, la *Adult Attachment Interview* (AAI) ideata da M. Main ha permesso di definire gli stili di attaccamento in età adulta sulla base della sicurezza del sé in relazione all'attaccamento nella sua generalità, ovvero in relazione alla percezione dell'altro nelle relazioni significative.

1.4 L'attaccamento in età adulta

La classificazione degli stili di attaccamento in età adulta è stata resa possibile grazie all'introduzione dell'*Adult Attachment Interview* ideata da M. Main. L'AAI è stata applicata alle madri dei bambini osservati nella *Strange Situation Procedure* (SSP) alle quali veniva chiesto di descrivere le loro relazioni precoci e di dire in che modo queste avessero influito sulla loro personalità attuale. Come risultato, si è arrivati alla classificazione di cinque stili di attaccamento:

1. *Secure/autonomous (F)*: l'adulto è in grado di fornire delle descrizioni coerenti e dettagliate delle esperienze con le proprie figure di attaccamento, sia che queste siano state piacevoli che spiacevoli.
2. *Dismissing (DS)*: l'adulto tende a fornire una descrizione generalizzata delle proprie esperienze di attaccamento, si tiene a distanza e non è coerente con la realtà oggettuale.
3. *Preoccupied or entangled (E)*: l'adulto fornisce una descrizione confusa, accompagnata da un atteggiamento passivo o arrabbiato nei confronti delle figure di attaccamento.

4. *Unresolved for loss or trauma (U)*: l'adulto fornisce una descrizione disorientata o disorganizzata dovuta alla perdita traumatica della figura di attaccamento.
5. *Cannot classify (CC)*: l'adulto manifesta una mescolanza di stati mentali incompatibili tra loro e gli elementi del discorso si presentano in una modalità talmente confusa da non essere collocabili in nessuna delle categorie precedenti.

I Modelli Operativi Interni, tuttavia, anche se tendono a rimanere stabili nel tempo possono essere soggetti a modifiche. A partire dalle formulazioni teoriche e dalle osservazioni dirette, numerosi studi si sono proposti di indagare quali siano i fattori principali che possano determinare un cambiamento negli stili di attaccamento portando la persona ad un senso di sicurezza maggiore.

CAPITOLO II

PROCESSI DI TRASFORMAZIONE NEGLI STILI DI ATTACCAMENTO

Uno studio che ha contribuito alla definizione di processi attraverso i quali gli adulti con una storia di attaccamento insicuro possono sviluppare un attaccamento sicuro guadagnato è quello di Dansby Olufowote e colleghi (Rachael A. Dansby Olufowote e colleghi (2019). Questo rappresenta un contributo significativo per la comprensione dei processi attraverso i quali gli adulti con una storia di attaccamento insicuro possono sviluppare un attaccamento sicuro guadagnato. Lo studio ha coinvolto 20 partecipanti che avevano sperimentato un cambiamento positivo nel loro stile di attaccamento, passando da insicuro a sicuro e, attraverso interviste semi-strutturate, i ricercatori hanno identificato tre processi di cambiamento:

1. meta-condizioni: ovvero quegli elementi che possono creare un terreno fertile per il cambiamento verso un attaccamento più sicuro. Queste condizioni agiscono come fattori facilitanti o come fili conduttori che attraversano l'intero processo di cambiamento. Nello studio, i ricercatori identificano: l'intenzione al cambiamento e la presenza di figure di attaccamento surrogate e positive
2. cambiamenti intrapsichici: ovvero quelle trasformazioni interne che gli individui devono attraversare per maturare un attaccamento sicuro. Questi cambiamenti avvengono a livello psicologico ed emotivo e sono fondamentali per il processo di sicurezza dell'attaccamento. I principali sono: la ridefinizione del proprio sé e la capacità di riscrivere e comprendere propedeuticamente le vicende del passato
3. cambiamenti interpersonali: ovvero modifiche che le persone apportano nel modo in cui interagiscono con gli altri. Questi cambiamenti sono necessari per consolidare la sicurezza dell'attaccamento e per trasformare le relazioni con gli altri in modo positivo. Nello studio, questi cambiamenti possono avvenire attraverso un lavoro sulla famiglia di origine o sulle relazioni interpersonali significative, dando spazio, ad esempio, a terapie di coppia o familiari.

CAPITOLO III

META-CONDIZIONI PER UNO STILE DI ATTACCAMENTO SICURO GUADAGNATO

3.1 Gli eventi della vita come determinanti del cambiamento

Uno dei fattori ritenuto responsabile di un cambiamento degli stili di attaccamento è quello degli eventi della vita, ovvero il vivere determinate situazioni o relazioni interpersonali positive e significative. Tuttavia, un limite rilevante della ricerca di Olufowote e collaboratori (2019) risiede nel fatto che le conclusioni si basino unicamente su interviste semi-strutturate, senza l'integrazione di dati empirici quantitativi che potrebbero rafforzare i risultati ottenuti. Per questo motivo, Fraley, Gillath e Deboeck (2020) hanno condotto uno studio volto a esplorare in che misura tali eventi possano influenzare stabilmente gli stili di attaccamento negli adulti. L'ipotesi di partenza degli autori era che, nonostante una relativa stabilità degli stili di attaccamento, determinate esperienze di vita potessero indurre modifiche significative. Un altro obiettivo è stato quello di verificare se tali cambiamenti fossero temporanei o se, al contrario, potessero rappresentare un mutamento permanente nel modo in cui gli individui percepiscono se stessi e le loro relazioni.

Per testare questa ipotesi, è stato adottato un approccio longitudinale naturalistico, seguendo un campione di oltre 4.000 individui per un periodo variabile da 6 a 40 mesi. Durante questo arco di tempo, i partecipanti hanno documentato sia i loro stili di attaccamento, sia gli eventi significativi che avevano vissuto, includendo una vasta gamma di esperienze come l'inizio o la fine di relazioni, cambiamenti lavorativi, malattie e altre circostanze rilevanti. Gli autori hanno analizzato le traiettorie di attaccamento dei partecipanti sia prima che dopo questi eventi, utilizzando un modello previsionale per determinare la natura e la durata dei cambiamenti osservati.

I risultati hanno mostrato che circa la metà degli eventi esaminati era associata a variazioni immediate negli stili di attaccamento: i partecipanti tendevano a tornare, però, ai livelli di sicurezza precedenti suggerendo la transitorietà di tali cambiamenti. Nonostante ciò, un quarto degli eventi ha indotto trasformazioni durature, evidenziando che alcune esperienze potevano avere un impatto profondo e

persistente. Lo studio ha evidenziato come innanzi tutto, gli eventi della vita potessero condurre ad un aumento ma anche ad un decremento del senso di sicurezza, e successivamente che non fossero gli eventi in sé a determinare dei cambiamenti più o meno duraturi (sia positivi che negativi) ma le valutazioni soggettive di tali eventi.

3.2 Il ruolo delle figure di supporto alternative

Un'ulteriore ipotesi sulle modalità con cui si rende possibile l'acquisizione di un attaccamento sicuro è stata indagata dallo studio condotto da Saunders et al. (2011) il quale ha esplorato in dettaglio il ruolo cruciale che le figure di supporto alternative potevano svolgere nel facilitare il passaggio da un attaccamento insicuro a uno sicuro, soprattutto per coloro che avevano avuto esperienze infantili negative con i loro caregiver primari. L'ipotesi centrale dello studio era che la qualità del supporto emotivo ricevuto da queste figure alternative fosse determinante nel permettere agli individui di sviluppare modelli di attaccamento più sicuri in età adulta, nonostante le difficoltà iniziali.

Per verificare questa ipotesi, i ricercatori hanno coinvolto 113 madri in attesa del primo figlio. Durante il terzo trimestre di gravidanza, le partecipanti hanno completato *l'Adult Attachment Interview (AAI)*, che ha permesso di raccogliere informazioni dettagliate sulle loro esperienze infantili e sulle figure di supporto alternative che avevano influenzato il loro sviluppo. Successivamente, quando i loro figli avevano tra 12 e 15 mesi, è stata valutata la qualità dell'attaccamento tra madre e bambino attraverso la *Strange Situation Procedure*. L'analisi dei dati raccolti ha evidenziato che le donne classificate come "*earned-secure*", ossia coloro che avevano sviluppato un attaccamento sicuro nonostante un'infanzia caratterizzata da relazioni genitoriali negative, avevano ricevuto un significativo supporto emotivo da una figura alternativa rivelatosi essenziale per la trasformazione del loro stile di attaccamento.

Le figure di supporto alternative identificate nello studio includevano nonni, fratelli maggiori, insegnanti, parenti non immediati, genitori di amici, vicini di casa e mentori della comunità. Queste figure fornivano un supporto emotivo caratterizzato dalla capacità di essere presenti emotivamente,

ascoltare, confortare e rassicurare l'individuo nei momenti di difficoltà. Questo sostegno ha permesso agli individui di sviluppare un senso di sicurezza e di fiducia, anche quando le esperienze con i loro caregiver primari erano state negative. Il supporto strumentale, invece, non ha mostrato differenze significative tra i gruppi, suggerendo che il supporto emotivo era il fattore chiave per la trasformazione dell'attaccamento.

3.3 Considerazioni finali

Entrambi gli studi sulle meta-condizioni per l'acquisizione di un attaccamento sicuro guadagnato hanno evidenziato come esperienze di vita significative e la presenza di figure di supporto alternative possano favorire un miglioramento nel senso di sicurezza relazionale. Tuttavia, è emersa anche la precarietà di tali cambiamenti: essendo un sistema influenzato da variabili non sempre controllabili, determinati eventi possono condurre a una regressione verso una minore sicurezza. Un ulteriore limite risiede nel fatto che non è sempre possibile identificare o accedere a figure di supporto sostitutive, il che sottolinea l'importanza di considerare ulteriori strategie, come la psicoterapia, per facilitare i cambiamenti intrapsichici necessari per stabilizzare e consolidare un attaccamento sicuro.

CAPITOLO IV

CAMBIAMENTI INTRAPSICHICI NELLA PSICOTERAPIA PSICODINAMICA PER L'ATTACCAMENTO SICURO GUADAGNATO

4.1 Il setting terapeutico

L'*American Psychology Association* nel "*Resolution on the recognition of psychotherapy effectiveness*" afferma che l'efficacia della psicoterapia dipende non tanto dalle specifiche tecniche impiegate per il trattamento, bensì da tutto ciò che concerne la relazione terapeutica. Il setting terapeutico, dunque, offre la possibilità di creare un tipo di legame tra paziente e terapeuta che possa essere inteso come una vera e propria base sicura. A costituire la *secure base* ci sono diversi fattori:

A. Semi ricorda oltre all'importanza del terapeuta anche quella della funzione psicologica del luogo della seduta, la quale delimita lo spazio esterno da quello interno con l'obiettivo di creare un ambiente privato e sicuro al fine di facilitare l'esplicitazione dei propri pensieri e delle proprie emozioni più inibiti. L'atteggiamento del terapeuta, tuttavia, non passa in secondo piano: è la potenziale chiave di svolta per cui un paziente possa trovare una vera e propria base sicura. Il terapeuta è volto a comprendere la realtà psichica del paziente e a fornirgli i giusti strumenti per l'esplorazione di pensieri e sentimenti o di momenti di vita che prima non era in grado di fare e ultimo ma non per importanza: il terapeuta adotta un atteggiamento non giudicante, che consente al paziente di sviluppare il proprio sé, liberandosi dalle aspettative presunte degli altri.

4.2 La Relazione Terapeutica come Base Sicura.

Diversi studi hanno inteso l'attaccamento come moderatore del processo di psicoterapie psicodinamiche ma anche come esito. La *Client Attachment to Therapist Scale (CATS)*, sviluppata di Mallinckrodt e collaboratori ha dimostrato come nel contesto terapeutico si instauri un vero e proprio legame di attaccamento tra terapeuta e paziente. La CATS è stata messa a punto su un campione eterogeneo di partecipanti adulti, in trattamento psicoterapeutico, a cui è stato chiesto, durante il corso

della terapia, di rispondere a specifici items (elaborati sulla base della letteratura sull'attaccamento) con un punteggio a sei punti su scala Likert. Sulla base dei risultati ottenuti sono stati definiti tre stili di attaccamento tra terapeuta e paziente che corrispondono ai tre principali stili di attaccamento in età adulta. La presenza degli stessi pattern di attaccamento, dunque, permette di confermare l'ipotesi di partenza. In particolare:

1. I pazienti con uno stile di attaccamento sicuro vedevano il terapeuta come una figura capace di supportarli nell'esplorazione di pensieri o sentimenti particolarmente difficili o spaventosi, ritenevano di ricevere un supporto in linea con quanto si aspettavano e ritenevano che il terapeuta fosse in grado di riconoscere da sé i fattori o argomenti particolarmente fastidiosi.
2. I pazienti con uno stile di attaccamento insicuro-evitante ritenevano che il proprio terapeuta assumesse delle posizioni di giudizio disprezzante davanti a situazioni o pensieri conseguenti ad una certa apertura nei suoi confronti, che non fosse onesto nei loro confronti, che li trattasse più da bambini che da adulti e che probabilmente non fosse in grado di comprenderli fino in fondo.
3. I pazienti con uno stile di attaccamento ansioso-ambivalente fantasticavano frequentemente sui rapporti tra terapeuta ed altri pazienti, desideravano poterlo contattare al di fuori delle sedute, di sapere di più circa la sua vita privata ed eventualmente di poter anche loro essere d'aiuto al terapeuta in caso di necessità.

In modo complementare allo studio sopracitato, Dozier, Cue e Barnett (1994) hanno esplorato il ruolo dello stile di attaccamento del terapeuta nel trattamento, evidenziando come i terapeuti con un attaccamento sicuro siano più efficaci nel rispondere ai bisogni dei pazienti, in particolare quelli con stili di attaccamento preoccupato o evitante. La capacità del terapeuta di fungere da figura di attaccamento sicuro permette ai pazienti di esplorare aspetti dolorosi o spaventosi del proprio vissuto, facilitando il processo di acquisizione di un nuovo senso di sicurezza. A partire da quanto osservato, White (2004) ha evidenziato l'importanza di insegnare ai futuri psicoterapeuti la relazione tra teoria

dell'attaccamento e pratica clinica, sottolineando come la creazione di una base sicura in questo contesto sia fondamentale per lo sviluppo consenta al paziente di cambiare positivamente l'idea del sé e dell'altro. Questa classificazione si è mostrata utile per guidare il terapeuta nel plasmare i diversi interventi sui singoli pazienti sulla base dei loro stili di attaccamento. In particolare, il lavoro terapeutico si basa su delle tecniche chiave come l'interpretazione, l'insight e la diade transfert-controtransfert.

4.3 Modulazione delle principali tecniche terapeutiche per un attaccamento sicuro guadagnato.

L'interpretazione è uno strumento terapeutico che, come insegna A. Semi, non si può fornire in un qualunque momento, ma solo nelle condizioni in cui il paziente è in grado di poterla accogliere. Infatti, citando lo stesso Semi, l'interpretazione “spesso viene rivolta in forma di domanda [...] tende a rifondare il significato delle parole, [...] a consentire al linguaggio di oggi di esprimere ciò che non aveva potuto essere verbalizzato un tempo”. Questo passaggio fondamentale di presa di consapevolezza è un processo che necessita della massima attenzione poiché porta al rifiuto o alla conferma dell'ipotesi: se l'interpretazione viene proposta nelle giuste condizioni il rifiuto potrebbe continuare a svolgere un ruolo chiarificatore ma, nel caso in cui non ci siano i giusti presupposti, questa potrebbe venire rifiutata come meccanismo di difesa in quanto non si è ancora nelle condizioni di poterla accogliere. Nel caso in cui l'interpretazione venga confermata, invece, si manifesta il cosiddetto *insight*.

L'insight è definito come una presa di consapevolezza improvvisa della natura “reale” di una situazione, di sentimenti, emozioni o di processi psichici propri. Può consistere in una rivalutazione di esperienze passate, della presa di consapevolezza dei propri meccanismi di difesa e, se non si verifica con una buona alleanza terapeutica, il rischio a cui si può incorrere consisterebbe nel vedere il terapeuta come minaccioso e portare ad una frattura nel legame instaurato o nei casi peggiori all'interruzione del trattamento.

La relazione transfert-controtransfert, infine, è stata soggetta a numerose rivisitazioni. Il primo ad averla osservata e descritta fu Sigmund Freud, padre della psicoanalisi, che seppur inizialmente la considerava come un ostacolo al processo terapeutico, successivamente ne riconosce le potenzialità se opportunamente riconosciuta e tradotta propedeuticamente al paziente. Tra i principali rivisitori della psicoanalisi classica fu Franz Alexander, attraverso la teorizzazione e la messa in pratica dell'esperienza emotiva correttiva, a porre come fattore centrale del processo terapeutico la relazione terapeuta-paziente. L'esperienza emotiva correttiva si basa su dei presupposti che presenta notevoli somiglianze con quella che sarà la teoria dell'attaccamento: Alexander riteneva che, se durante la prima infanzia un soggetto fosse vissuto in un ambiente familiare particolarmente oppressivo questo non gli avrebbe permesso nella vita adulta di sviluppare la giusta assertività nei rapporti interpersonali. Dato che il terapeuta si pone come una figura non giudicante, senza il contraltare inibitorio il paziente per la prima volta può sperimentare quella assertività mancata e, dal momento in cui tende ad applicare alla relazione terapeutica le aspettative basate sulle sue esperienze passate, la risposta del terapeuta non conforme alle aspettative del paziente rende i suoi comportamenti difensivi disfunzionali.

Il buon esito delle psicoterapie psicodinamiche, infine, è legato a diversi criteri di valutazione che non si limitano unicamente alla diminuzione dei sintomi caratteristici delle varie psicopatologie. Nello specifico, questo approccio si concentra sull'esplorazione e sulla risoluzione dei conflitti interiori, dei processi inconsci e delle dinamiche relazionali. A tal proposito, lo sviluppo di un attaccamento sicuro può essere inteso come risultato di un lavoro terapeutico che, come precedentemente illustrato, promuove una più profonda integrazione del sé e favorisce relazioni più equilibrate e soddisfacenti riflettendo l'efficacia e la complessità del trattamento psicodinamico.

CAPITOLO V

LA PSICOTERAPIA BASATA SULLA TEORIA DELL'ATTACCAMENTO

5.1 Dalla teoria dell'attaccamento alla pratica clinica.

Nella prefazione di “*A secure base: Clinical implications of attachment theory*” Bowlby pone le basi per quella che sarà l'applicazione pratica della sua teoria dell'attaccamento. A tal proposito definisce il rapporto terapeutico come una riproduzione della relazione di attaccamento primaria tra madre e bambino. Questo è argomentato tenendo in considerazione che l'ambiente terapeutico sia un luogo intimo e sicuro. Per questo motivo ritiene che quanto stabilito dalla psicoanalisi classica, che vede il ruolo dell'analista come specchio, sia una limitazione per lo svolgimento della terapia. Abbandona anche l'idea che l'attenzione debba essere centrata unicamente sul paziente, introducendo il ruolo centrale all'interazione. Il processo terapeutico, dunque, è guidato dalla diade transfert-controtransfert ma anche dai comportamenti messi in atto da ciascuna delle due parti. Per questo motivo descrive delle linee guida focalizzate sul terapeuta e sulla sua relazione con il paziente, consentendo così alla sua teoria di essere applicata anche nella pratica. L'obiettivo della terapia consiste, dunque, nell'acquisizione del paziente di un attaccamento sicuro grazie alla relazione con il terapeuta. Rimane ancora poco chiaro se l'esperienza terapeutica possa essere traslata anche nella realtà quotidiana del paziente, ma ciò che risulta essere inconfutabile riguarda il fatto che tale relazione di attaccamento rientra a far parte del repertorio esperienziale del paziente. A partire da quanto offerto da Bowlby nasce così l'*Attachment-Based Psychotherapy*, che può essere applicata a soggetti di tutte le fasce d'età (con i giusti accorgimenti nella tecnica).

5.2 Differenze fondamentali tra Psicoterapia basata sull'attaccamento e Terapia dell'attaccamento.

Prima di approfondire l'*Attachment based psychotherapy*, è importante distinguerla nettamente dalla cosiddetta Terapia dell'attaccamento (*Attachment therapy*) la quale si pone agli antipodi di ciò che è

stato teorizzato da Bowlby. Ad oggi non è più permesso metterla in pratica grazie alle segnalazioni dell'*American Professional Society on the Abuse of Children* (APSAC) in quanto le pratiche terapeutiche consistevano nel forzare bambini (ma anche adulti), con esperienze di abbandono traumatiche, ad avere interazioni fisiche ed emotive costringendoli contro la loro volontà. Le reazioni osservate includevano pianti, urla, agitazione con conseguenti lesioni fisiche finché, esausti, cedevano alle richieste dei supervisori.

5.3 Tecniche per la Psicoterapia basata sull'attaccamento con pazienti pediatrici

Tornando alla psicoterapia basata sulla teoria dell'attaccamento, con pazienti pediatrici il terapeuta:

1. deve mostrarsi come una figura fisicamente ed emotivamente disponibile
2. deve comprendere lo stile di attaccamento del bambino con dei giochi simbolici volti all'esplicitazione delle sue esperienze con le figure di attaccamento
3. deve fornire al bambino un'interpretazione, verbale o simbolica, sulla loro relazione di attaccamento, anche attraverso il gioco simbolico
4. deve promuovere lo sviluppo di un attaccamento sicuro rendendo il bambino autonomo nell'esplorazione fisica ed emotiva all'interno del setting terapeutico
5. deve consentire che sia il bambino (o i suoi genitori) a stabilire la fine del trattamento, così che non venga vissuto come un rifiuto. Inoltre, la separazione deve essere lenta e graduale così da permettere al piccolo di adattarsi alla fine del trattamento.

5.4 Tecniche per la Psicoterapia basata sulla teoria dell'attaccamento con pazienti adulti.

La stessa terapia svolta con pazienti in età adolescenziale o adulta permette al terapeuta di poter indagare verbalmente sulla storia del paziente. In queste condizioni, dunque, oltre a prestare attenzione sul contenuto è importante che il terapeuta faccia caso anche ad altri aspetti quali il linguaggio (il repertorio linguistico del paziente, la sintassi, i significati attribuiti a determinate espressioni) e il comportamento non verbale (i silenzi, la postura, le disdette relative alle sedute

prossime). Nel corso della terapia è bene attribuire il significato appropriato alle diverse dinamiche che si possono verificare: ad esempio, se un paziente che inizialmente presenta uno stile di attaccamento insicuro ansioso nel corso della terapia decide di interrompere per un certo periodo le sedute per andare in vacanza, questo è bene che venga interpretato come una possibilità di apertura nell'esplorazione autonoma. Nel caso di un paziente con uno stile di attaccamento insicuro evitante, l'espressione dei suoi bisogni di vicinanza può essere interpretata come un terreno fertile in cui, con la giusta responsività, è possibile restituire un'esperienza positiva che permette di abbassare delle strategie difensive disfunzionali implicando un maggior benessere nell'individuo. Più nel dettaglio, nell'*Attachment based psychotherapy* il terapeuta:

1. deve accogliere lo stile di attaccamento del paziente, qualunque esso sia, e rendersi emotivamente disponibile nei suoi confronti
2. deve essere consapevole di dover funzionare come una base affidabile e sicura trasmettendo al paziente la sicurezza necessaria permettendogli di affrontare i suoi problemi in un ambiente controllato
3. tenendo conto dello stile di attaccamento del paziente deve rendersi flessibile in termini di vicinanza e lontananza con lui (le distanze fanno riferimento al mondo psichico)
4. deve condurre il paziente all'esplorazione delle sue strategie di attaccamento che mette in atto nelle relazioni presenti
5. deve condurre il paziente ad esaminare la relazione terapeutica mettendola a confronto con le sue prime esperienze di attaccamento vissute nell'infanzia
6. deve rendere il paziente consapevole che le rappresentazioni dell'altro sviluppate nell'infanzia possano essere distorte o obsolete quando applicate nelle relazioni presenti

7. deve lasciare che sia il paziente a prendere iniziativa sulla separazione con il terapeuta così da permettergli di comprendere che la separazione fisica non sia da associare alla perdita di una base sicura.

5.5 L'efficacia della Psicoterapia basata sulla teoria dell'attaccamento basata sul modello TOTE.

L'efficacia di questa psicoterapia si basa sulla formulazione bowlbiana del modello TOTE (*Test-Operate-Test-Exit*), nonché un processo iterativo con cui un soggetto (che può essere un bambino, un adolescente o un adulto) cerca il raggiungimento di un obiettivo, come ad esempio il bisogno di essere rassicurati. Nella terapia basata sulla teoria dell'attaccamento durante il primo *Test* il paziente mette a confronto lo stato attuale con quello desiderato. Se l'obiettivo non è ancora stato raggiunto si passa alla seconda fase: *Operate*, nella quale il paziente mette in atto comportamenti ritenuti utili al raggiungimento dell'obiettivo. Successivamente si ripete il *Test* per valutare l'efficacia dei comportamenti messi in atto per cui, se la valutazione è positiva si va nella fase di *Exit*, altrimenti si ritorna ad effettuare una serie di *Test* e *Operations* fino a trovare il comportamento più adattivo. Con il supporto di un terapeuta, dunque, questo processo è estremamente controllato e studiato in modo tale da far comprendere al paziente che determinati comportamenti prima inibiti ora possono diventare adattivi e, viceversa, che alcuni comportamenti messi in atto diventano ora disfunzionali. Sotto questo punto di vista, la psicoterapia basata sulla teoria dell'attaccamento rende possibile un nuovo inizio o un'esperienza, come definita da F. Alexander, "emotiva correttiva".

CAPITOLO VI

CAMBIAMENTI INTERPERSONALI NELLA PSICOTERAPIA SISTEMICA- RELAZIONALE PER L'ATTACCAMENTO SICURO GUADAGNATO.

6.1 Il setting terapeutico.

La psicoterapia sistemica-relazionale, detta anche sistemica-familiare, considera l'individuo come immerso nel contesto relazionale, sociale e culturale, per cui gli interventi terapeutici sono pensati non per la persona presa singolarmente ma per l'intero sistema in cui è immerso che, in primo luogo, consiste nella famiglia. Allo stesso modo, lo psicoterapeuta sistemico-relazionale intende il sintomo non come un problema individuale, bensì come la manifestazione di un disagio dell'intero contesto in cui esso stesso si esprime. Il paziente che intende avviare un percorso terapeutico viene considerato il portavoce di un disagio più articolato e complesso che può essere compreso al meglio coinvolgendo tutti gli attori in gioco poiché ognuno può contribuire al mantenimento o al cambiamento del disagio. A tal proposito, il luogo della seduta è volto a facilitare l'interazione e l'equilibrio tra i partecipanti, per cui è preferibile uno spazio circolare o semicircolare che, a livello psicologico, rende l'idea di equità tra i partecipanti, incluso il terapeuta che riveste il ruolo di facilitatore del processo. Il terapeuta, quindi, mantiene una posizione di neutralità esentandosi dal giudizio o dalla presa di posizione nei confronti di alcuni membri della famiglia.

6.2 La famiglia come una nuova base sicura.

Al contrario dell'approccio psicodinamico, più incentrato sulle terapie individuali in cui è il terapeuta a fungere da nuova base sicura per la messa in atto di un'esperienza emotiva correttiva, quello sistemico mira al cambiamento direttamente sulla famiglia, ritenuta essere il contesto principale, a livello di microsistema, che come affermato da Bowlby è responsabile della formazione dei Modelli Operativi Interni e dei diversi stili di attaccamento le cui basi poggiano sui gradi di responsabilità del *caregiver*. Attraverso la mediazione e la riformulazione delle interazioni familiari, il terapeuta

restituisce agli attori coinvolti una chiave di lettura differente che permette l'esplorazione delle emozioni più profonde. Questa presa di consapevolezza rende possibile abbattere i "blocchi emotivi" genitoriali, renderli consapevoli di poter svolgere un ruolo importante per la formazione del benessere e dell'autonomia del figlio. Tuttavia, possono insorgere importanti limiti nella terapia familiare e questi possono essere dovuti a diversi fattori: la persona intenzionata ad avviare un percorso terapeutico potrebbe non avere più una famiglia, la stessa famiglia potrebbe rifiutare l'idea di intraprendere tale percorso o le principali figure di attaccamento non erano i genitori ma differenti caregiver, per cui il sistema famiglia comunemente inteso non è più analizzabile. Per questo motivo nel corso degli anni si è sviluppato un modello di terapia sistemico familiare che non necessariamente coinvolge i membri della famiglia ma, in un setting individuale, pone al centro delle sedute le relazioni che l'individuo ha e ha avuto con le principali figure di attaccamento.

6.3 L'importanza del linguaggio

Il focus principale del terapeuta sistemico non risiede esclusivamente nel contenuto di ciò che viene detto, bensì nella comunicazione nel suo complesso. A tal proposito è bene ricordare che questa presenta diversi presupposti: l'esistenza di un mittente, l'esistenza di un ricevente, il mezzo di comunicazione e il messaggio, inteso come ciò che il mittente mette in comune con il ricevente con o senza intenzionalità. È proprio qui che spesso si verificano fraintendimenti e una comunicazione efficace diventa particolarmente difficile da realizzare. Il terapeuta presterà attenzione all'espressione del volto, alla gestualità, lo sguardo e la postura, ritenuti come indici importanti per un'analisi più dettagliata di ciò che si sta comunicando. Sulla base di questi indici diviene possibile effettuare una corretta riformulazione, nonché tecnica chiave di una terapia sistemico relazionale. Nel prossimo capitolo verrà presa in considerazione la EFFT (*Emotionally Focused Family Therapy*) che presente un'applicazione pratica di quanto teorizzato.

CAPITOLO VII

LA TERAPIA FAMILIARE FOCALIZZATA SULLE EMOZIONI

La EFFT (*Emotionally Focused Family Therapy*) è strettamente legata alla teoria dell'attaccamento in quanto è focalizzata sul processo che mira a ripristinare i legami di attaccamento nelle relazioni tra genitori e figli andando a incrementare la sicurezza percepita all'interno del sistema familiare. L'EFFT presenta il concetto di "distress familiare" inteso come il risultato di esperienze emotive negative e persistenti che annullano la capacità dei genitori di rispondere efficacemente ai bisogni di attaccamento dei figli. Nell'EFFT, il terapeuta svolge il ruolo di consulente di processo, ovvero una figura che pone il focus nelle modalità di interazione tra i membri durante il processo di comunicazione. L'attenzione, dunque, non è centrata esclusivamente sul contenuto ma è volta ad individuare pattern comportamentali che non consentono alla famiglia di reagire efficacemente ai bisogni e alle preoccupazioni dei vari membri. Il problema portato in terapia dalla famiglia viene concettualizzato come pattern rigido di interazioni negative che sono alimentate da risposte rigide e reattive dovute all'attaccamento insicuro. Man mano che il terapeuta affronta questi blocchi emotivi, i genitori sono accompagnati verso nuove posizioni in cui si mostrano più disponibili, mentre i figli sono incoraggiati a condividere i bisogni di attaccamento con i genitori, che saranno in grado di mostrarsi emotivamente coinvolti.

7.1 Obiettivi terapeutici.

L'obiettivo principale dell'EFFT consiste nel ripristinare pattern più sicuri in cui le reazioni di attaccamento e accudimento sono efficaci. Il fine è quello di rendere i legami emotivi intrafamiliari nuovamente efficaci e giungere alla formazione di una base sicura fornita dai genitori nei confronti del figlio. In questo modo si apre una possibilità per alimentare l'esplorazione e promuovere lo sviluppo dell'unicità di quest'ultimo, fornendo al contempo un "rifugio sicuro" dalle incertezze e dalle difficoltà della vita. L'insieme di queste risorse consente di creare una rete di sicurezza che

garantisce la flessibilità e la coesione necessarie per la crescita individuale e per l'instaurazione di relazioni significative future.

7.2 Il ruolo delle emozioni.

Nell'articolo "*The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection*", Sue Johnson, fondatrice del modello di terapia di coppia EFT da cui la EFFT si sviluppa, sostiene che le emozioni sono i fattori che innescano le differenti risposte di attaccamento nelle interazioni della famiglia e sono da considerarsi una risorsa primordiale quando si parla di sicurezza percepita. L'elaborazione di un'esperienza emotiva è fondamentale per lavorare direttamente sulle reazioni maladattive: il terapeuta EFFT, quindi, opera una differenziazione tra le emozioni primarie e quelle secondarie, entrando attivamente in contatto con le emozioni più profonde legate ai bisogni di attaccamento in famiglia ed esplorandole. Si attua un'esperienza emotiva correttiva applicata ai diversi membri coinvolti rendendo i genitori più emotivamente disponibili e i figli capaci di esplorare i loro bisogni di attaccamento. Si apre, così, la possibilità di rispondere ai bisogni del figlio in modo nuovo e adattivo, e viceversa la possibilità da parte del figlio di rivalutare il modello dell'altro a partire dalle figure genitoriali.

7.3 Tecniche utilizzate.

Il processo di cambiamento prevede una ristrutturazione del processo di interazione che si articola nelle seguenti fasi:

1. la *de-escalation* del *pattern* di interazione negativo della famiglia: dipende dalla capacità del terapeuta di condurre la famiglia verso l'esplorazione approfondita del problema. In questo modo si rende possibile indagare le emozioni sottostanti a tale disagio e a contestualizzarle sotto una prospettiva differente. È proprio l'accesso e l'elaborazione delle emozioni primarie a consentire al terapeuta di riformulare i pattern problematici e di elicitare reazioni di accudimento più esplicite. È così che la famiglia può sviluppare una comprensione coerente

del proprio pattern e riconoscere più liberamente la responsabilità di ognuno nel conflitto divenuto prevedibile;

2. la ristrutturazione delle posizioni di genitori e figli: approfondendo e delineando le emozioni di attaccamento sottostanti dei figli, si distillano i bisogni non chiari o non espressi. Il terapeuta, in questa fase, è focalizzato nella riformulazione del contenuto affiancando poi ogni genitore nel processo di elaborazione diretta delle proprie reazioni alla nuova vulnerabilità espressa dai figli. In questo modo, le nuove reazioni della famiglia riflettono, tendenzialmente, definizioni più chiare del sé, maggiore assertività e aspettative più esplicite sulle relazioni desiderate dai membri della famiglia;
3. il consolidamento della sicurezza percepita associata a queste nuove posizioni: promuove il consolidamento dei nuovi pattern di sicurezza conseguiti dalla famiglia nelle fasi precedenti. La famiglia continua ad aumentare la sicurezza percepita dopo che ha lavorato, in maniera diretta, su quanto bloccava il coinvolgimento emotivo e l'accudimento efficace. Interazioni familiari più sicure sono la prova della maggiore flessibilità di risposta alle richieste evolutive e risultano più efficaci ai fini della risoluzione dei problemi.

Nella EFFT, dunque, l'acquisizione di un attaccamento sicuro non viene più definita dalla relazione tra paziente e terapeuta ma viene ripristinata all'interno dello stesso ambiente familiare. Il ruolo del terapeuta non si basa più sulle dinamiche inconscie o sui processi di insight ma, in quanto facilitatore, aiuta i membri della famiglia attraverso le riformulazioni delle dinamiche comunicative, rendendoli gradualmente sempre più consapevoli dei meccanismi di difesa disfunzionali o i cosiddetti "blocchi emotivi". La fine della terapia coinciderà con dinamiche familiari più efficaci al fine di ristabilire il ruolo del genitore come base sicura e quella del figlio come individuo capace di comunicare bisogni e desideri positivi e negativi.

CONCLUSIONI

La presente tesi ha esplorato in maniera approfondita il concetto di attaccamento sicuro guadagnato, collocandolo all'interno della teoria dell'attaccamento sviluppata da John Bowlby e analizzandone le implicazioni sia nelle esperienze di vita, sia nei contesti terapeutici con l'obiettivo di apportare a cambiamenti intrapsichici (e dunque individuali) o cambiamenti nelle relazioni interpersonali (coinvolgendo la famiglia o le figure significative). L'attaccamento sicuro guadagnato, come evidenziato nei numerosi studi esaminati, rappresenta la possibilità concreta per gli individui di superare le difficoltà legate a esperienze caratterizzate da un attaccamento insicuro, dimostrando come le relazioni positive possano portare a una trasformazione profonda e duratura del sé.

Uno tra gli aspetti emersi è la precarietà del cambiamento negli stili di attaccamento, che può essere influenzato da variabili non sempre controllabili, come gli eventi di vita o la disponibilità di figure di supporto. Questo evidenzia la necessità di un intervento terapeutico mirato e costante, capace di offrire una continuità di sostegno e un ambiente sicuro in cui i pazienti possano esplorare e risolvere i loro conflitti interiori. La teoria dell'attaccamento di Bowlby, pur avendo origine nella psicoanalisi, si è dimostrata estremamente flessibile, integrando contributi comportamentali, sistemici e psicodinamici, e adattandosi a una varietà di approcci terapeutici. Questa capacità di adattamento è evidente nei diversi setting terapeutici descritti in questa tesi, i quali, pur provenendo da differenti tradizioni teoriche, condividono l'obiettivo comune di promuovere la sicurezza relazionale attraverso l'elaborazione e la risoluzione di esperienze di attaccamento problematiche.

Il concetto di attaccamento sicuro guadagnato è stato ulteriormente esplorato nel contesto della psicoterapia. Gli studi considerati mostrano come il processo terapeutico possa facilitare un cambiamento significativo nello stile di attaccamento, soprattutto quando il terapeuta riesce a fungere da base sicura per aiutare gli individui a rielaborare le proprie esperienze di attaccamento, portandoli a sviluppare un senso di sicurezza e stabilità emotiva che prima era loro mancato.

In conclusione, questa tesi ha evidenziato che, nonostante un attaccamento insicuro iniziale, è possibile raggiungere un attaccamento sicuro guadagnato grazie a interventi terapeutici mirati e relazioni positive. Questo sottolinea l'importanza di continuare a utilizzare la teoria dell'attaccamento per migliorare il benessere emotivo e relazionale delle persone. La teoria dell'attaccamento, quindi, offre strumenti utili per comprendere e affrontare le sfide nelle relazioni, permettendo uno sviluppo più armonioso e soddisfacente.

.

BIBLIOGRAFIA

- Andolfi, M. (2002). La Family System Theory di Murray Bowen. In *La Family System Theory di Murray Bowen* (pp. 1000-1012).
- Baldoni, F., & Campailla, A. (2017). Attaccamento, Working Alliance e relazione terapeutica: Cosa rende efficace una psicoterapia? *Giornale Italiano di Psicologia*, 44(4), 823-846.
- Barone, L., & Del Corno, F. (2008). *La valutazione dell'attaccamento adulto*. Cortina Editore.
- Brisch, K. H. (2012). *Treating attachment disorders: From theory to therapy*. Guilford press.
- Dansby Olufowote, R. A., et al. (2020). How can I become more secure?: A grounded theory of earning secure attachment. *Journal of Marital and Family Therapy*, 46(3), 489-506.
- Davila, J., & Sargent, E. (2003). The meaning of life (events) predicts changes in attachment security. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(11), 1383–1395.
- Dozier, M., Davis, K., & Barnett, L. (1994). Clinicians as caregivers: Role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(4), 793-800.
- Eagle, M. N. (2013). *Attachment and psychoanalysis: Theory, research, and clinical implications*. Guilford Press.
- Fraley, R. C., Gillath, O., & Deboeck, P. R. (2021). Do life events lead to enduring changes in adult attachment styles? A naturalistic longitudinal investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 120(6), 1567–1606.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524.
- Jacobsen, C. F., Falkenström, F., Castonguay, L., Nielsen, J., Lunn, S., Lauritzen, L., & Poulsen, S. (2024). The relationship between attachment needs, earned secure therapeutic attachment and outcome in adult psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 92(7), 410–421.
- Levy, A., Ablon, J. S., & Kächele, H. (2012). *La psicoterapia psicodinamica basata sulla ricerca*. Cortina Editore.
- Rocco, D., & Montorsi, A. (2011). *Evoluzione della tecnica nel colloquio psicodinamico*. Franco Angeli.

Saunders, R., Jacobvitz, D., Zaccagnino, M., Beverung, L. M., & Hazen, N. (2011). Pathways to earned-security: The role of alternative support figures. *Attachment & Human Development*, 13(4), 403–420.

Semi, A. A. (2003). *Tecnica del colloquio*. Cortina Editore.

Thompson, R. (2008). Early attachment and later development. In *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 348-365).

White, K. (2004). Developing a secure-enough base: Teaching psychotherapists in training the relationship between attachment theory and clinical work. *Attachment & Human Development*, 6(2), 117-130.

Wiebe, S. A., & Johnson, S. M. (2016). A review of the research in emotionally focused therapy for couples. *Family Process*, 55(3), 390-407.