

## Pensare la mente del padre.

### Psicoterapia Cognitiva orientata dalla Teoria dell'Attaccamento e approccio EMDR: un caso clinico di Disturbo Ossessivo Compulsivo.

#### Antonio Onofri

Medico Psichiatra. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura Ospedale S. Spirito in Sassia, Roma. Didatta della Società Italiana di Terapia Cognitiva e Comportamentale (SITCC).

Supervisore EMDR e Vicepresidente della Associazione EMDR Italia.

Socio Fondatore della Società Italiana per lo Studio dello Stress Traumatico.

Centro Clinico de Sanctis di Psichiatria e Psicoterapia, via F. de Sanctis 9, Roma – tel. 06.97614021  
[www.antonioonofri.it](http://www.antonioonofri.it)

La Teoria dell'Attaccamento continua a suscitare un grande interesse sia tra gli psichiatri sia tra gli psicoterapeuti, probabilmente a causa della sua particolare capacità di integrare i diversi livelli di approccio alla psicopatologia. Affondando le proprie radici nell'evoluzionismo, la Teoria dell'Attaccamento appare infatti integrabile con ipotesi cliniche di matrice biologica. L'ottica della cosiddetta *Developmental Psychopathology*, strettamente collegata alla Teoria dell'Attaccamento, è proprio quella di ricostruire e ricercare i *diversi* anelli che compongono una catena di fattori – sia “di rischio” sia protettivi – in altre parole le *diverse* variabili che possono condurre allo sviluppo di un disturbo psichiatrico (Bowlby, 1988).

Anche se ancora non si conoscono del tutto i nessi causali che legano l'attaccamento alla psicopatologia e soprattutto a *quali* psicopatologie esso sia *sicuramente* correlabile, la sua rilevanza clinica appare in ogni caso un dato ormai acquisito e a tale proposito vogliamo qui ricordare *anche* le ipotesi per così dire “minimali” (ma non per questo di importanza trascurabile) avanzate da Mary Main (1999), *la quale* ipotizza che i Modelli Operativi dell'attaccamento solo in pochi casi *costituiscono una “causa” diretta di psicopatologia, mentre potrebbero essere in grado senz'altro di influenzare comunque la prognosi dei disturbi, condizionando la capacità di richiedere cure, la* modalità della richiesta di aiuto da parte del paziente e pertanto la relazione terapeutica.

Lo stesso Liotti (2001), del resto, ha sempre ribadito – insieme alla tradizione inaugurata da John Bowlby con il concetto dei “percorsi di sviluppo” - una visione non deterministica dell'attaccamento, cercando di legare insieme le osservazioni che ci provengono dagli ormai sempre più numerosi studi *riguardanti* le neuroscienze, *la* psicofarmacologia e *la* psichiatria biologica con quelli riguardanti il mondo della psicologia *clinica* e della psicoterapia.

Tornando al tema della relazione terapeutica, sicuramente la Teoria dell'Attaccamento ha offerto un grande aiuto per *comprenderne i processi*, mediante la duplice ottica sia dell'attenzione alla *relazione “reale”* che viene instaurata dai clinici con i pazienti e le loro famiglie (e applicabile al rapporto medico- paziente in generale), sia ai più classici *fenomeni “di transfert”* che avvengono nella psicoterapia e quindi alla “possibilità di modificare in senso positivo le operazioni del sistema di attaccamento e le rappresentazioni ad esso collegate, all'interno della relazione terapeutica”, come scrive Liotti in questo stesso volume.

La Teoria dell'Attaccamento offre inoltre un modello in grado di “tenere insieme” - oltre a biologia e psicologia - anche *normalità e patologia lungo un continuum*, , innanzitutto ponendo attenzione a precisi fenomeni (come i lutti e le separazioni) *comuni, diffusi*, e al tempo stesso decisamente correlabili ad alcuni disturbi (e quindi influenzando in tale senso la raccolta anamnestica), poi – soprattutto con la Adult Attachment Interview (AAI)<sup>1</sup> (Hesse, 1999; Tombolini, 1995) - descrivendo fenomeni mentali e *linguistici* che sono in effetti stati riconosciuti come assolutamente rilevanti in ogni processo psicoterapeutico, (cfr. Muscetta, in questo stesso volume): il rapporto tra la memoria semantica e la memoria episodica, la *dimensione organizzazione* versus

<sup>1</sup> La Adult Attachment Interview è una intervista semistrutturata messa a punto da Mary Main e Ruth Goldwin (1989), che indaga i ricordi di un individuo relativi al rapporto avuto da bambino con le proprie figure genitoriali. La classificazione avviene sulla base della coerenza di quanto narrato, della forma più che dei contenuti.

*disorganizzazione* (Liotti, 2000b), la coerenza della narrazione, la metacognizione (Onofri e Tombolini, 2000), sono tutti concetti divenuti sempre più centrali in ogni indagine clinica di tipo cognitivista e ad ognuno di essi potrebbe esser dedicata una lunga ed autonoma riflessione. La Teoria dell'Attaccamento tiene quindi insieme anche i due grandi temi della psicoterapia, l'elaborazione delle informazioni disponibili (e la loro continua riorganizzazione) e la relazione terapeutica (quindi l'ingresso di nuove informazioni).

### **Attaccamento e metacognizione.**

Nell'ambito della ricerca sull'attaccamento, una delle maggiori novità è stata rappresentata, negli ultimi anni, dalla centralità del concetto di *metacognizione* per la pratica clinica (Main, 1991; Onofri e Tombolini, 2004; Tombolini e Onofri, 2004).

L'interesse attuale di teorici dell'attaccamento come Main (1991; 1995), Fonagy (1999), Liotti (1999; 2000; 2001; 2004) per il concetto di *metacognizione* appare del resto il naturale sviluppo delle intuizioni di Bowlby (1980) circa l'esistenza di Modelli Operativi Interni multipli, cioè di rappresentazioni di sé, della figura di attaccamento e della relazione, contraddittorie e incompatibili. La possibilità di sistemi interni molteplici e disconnessi tra di loro appare molto rilevante per la psicopatologia. Tale molteplicità riguarda direttamente la costruzione di modelli contraddittori delle esperienze di attaccamento con i genitori.

Come sappiamo, la *capacità metacognitiva* fa riferimento alla capacità di riflettere esplicitamente su come ci rappresentiamo il mondo e i nostri pensieri (Semerari, 1999; **Fonagy et al., 2002; Liotti & Monticelli, 2008**). Si differenzia inoltre dalla introspezione perché non è solo consapevolezza di un certo stato mentale e delle sue origini, ma capacità di regolarlo proprio *mentre* si affaccia alla coscienza.

In questo senso la abilità di un individuo, misurata tra gli altri strumenti anche dalla AAI, di essere consapevole delle proprie modalità di pensiero e di accesso ai ricordi viene definita *monitoraggio metacognitivo* (Main, 1991).

Spetta a Mary Main il merito di aver avanzato l'ipotesi – e di averla **verificata empiricamente** – che nei soggetti **con una** diversa organizzazione dell'attaccamento i processi metacognitivi possono differire in maniera tanto evidente quanto le rappresentazioni stesse dell'attaccamento.

I processi mentali dei soggetti con attaccamento sicuro possono allora essere distinti da quelli dei soggetti insicuri non solo in base al loro contenuto, ma anche per la differente flessibilità e per la facilità con cui è possibile esaminarli. Questa ultima affermazione diviene particolarmente evidente durante l'analisi dei resoconti offerti dalla AAI, così come è stato ulteriormente descritto da Fonagy (1999). Soprattutto, soggetti con esperienze negative di attaccamento possono comunque essere in grado di raccontare queste stesse esperienze in maniera sicura, fluida e coerente e di riconoscere gli effetti che queste hanno prodotto su di sé (Onofri, 2002).

Per quanto riguarda lo sviluppo di tali abilità metacognitive, esse appaiono direttamente correlate, come sappiamo, non solo alla *sensibilità* della madre, o alla sua capacità di stabilire con il bambino una relazione sicura, quanto alla *libertà esistente nella comunicazione* (Bretherton, 1991) e alle capacità di *mentalizzazione* della madre stessa, alla sua capacità di pensarsi pensante e pensare pensante il suo bambino (Fonagy, 1999; **Fonagy et al., 2002; Meins, 1997**). Le esperienze con i genitori, quindi, possono non solo influire sul tipo di Modelli Operativi Interni del bambino, ma anche sulla sua capacità di operare su tali contenuti.

Emerge così una stretta correlazione tra sicurezza dell'attaccamento e capacità metacognitive. La metacognizione non appare pertanto una variabile isolata o indipendente, ma costantemente connessa alla relazione, costituendone anzi una delle proprietà fondanti (**Liotti & Monticelli, 2008**). Dalla Teoria dell'Attaccamento, quindi, e nel caso particolare dalla AAI, ancora una volta ci viene offerto un esempio concreto di "sicurezza", utile anche per le sue precise ricadute operative, una norma ideale verso la quale tendere anche in psicoterapia e una confortante evidenza per il lavoro dello psicoterapeuta, proprio a partire dallo studio dei trascritti della AAI e della metacognizione. Se è vero infatti che il passato non si cambia, abbiamo però la prova, con la AAI, che il poterlo

raccontare coerentemente a qualcuno, e l'imparare a farlo, rappresenta una opportunità se non sempre e direttamente terapeutica sulle condizioni sintomatiche, sicuramente però con una ricaduta ecologico – preventiva sulla generazione successiva. I genitori più coerenti, infatti, forse anche a prescindere dalle proprie condizioni strettamente psicopatologiche, hanno bambini più sicuri. Infine, come scrive Liotti (2001; 2004), è molto probabile che la metacognizione sia una dimensione strettamente legata alla psicopatologia, attraverso la capacità di regolazione delle emozioni disfunzionali e di una riflessione consapevole su di esse.

L'obiettivo della pratica psicoterapeutica cognitivista è quindi divenuto sempre più l'aumento di tali capacità metacognitive (Onofri e Tombolini, 2004; Tombolini e Onofri, 2004).

E se gli studi sull'attaccamento nel bambino e nell'adulto – da Mary Main a Fonagy – hanno dimostrato, come abbiamo appena detto, la relazione diretta tra sicurezza dell'attaccamento e metacognizione, questo concetto appare uno di quelli in grado di influenzare e incidere profondamente sulla pratica clinica: solo se sapremo aumentare le condizioni di sicurezza del nostro paziente potremo aspirare ad un lavoro più prettamente metacognitivo, quindi tale aumento di sicurezza viene ad essere il primo obiettivo della psicoterapia cognitiva e non solo di essa, ma della relazione medico – paziente in generale: “aiutare il paziente a recuperare e a potenziare le proprie capacità metacognitive vuol dire lavorare innanzitutto sui ricordi, sulle sue varie componenti, attentamente e in dettaglio, contestualizzando e storicizzando l'esperienza, poi sull'osservazione dei propri processi mentali e sulle emozioni, riconoscerle, trovare loro un nome, capirne la funzione (secondo una prospettiva evoluzionista), quindi trovare modalità comportamentali nuove e più adeguate per gestire la sofferenza” (Onofri e Tombolini, 2004).

### **Il caso di Ignazio**

In questo breve capitolo viene proposto un caso clinico, al fine di esemplificare come la pratica psicoterapeutica, nel caso specifico ad orientamento cognitivo-evoluzionista, possa essere guidata e influenzata dalla Teoria dell'Attaccamento. Non verranno descritte le basi della Teoria stessa, né le sue implicazioni teoriche per la psicoterapia in generale, rimandando per questo e per la descrizione degli ulteriori Sistemi Motivazionali Interpersonali a base innata rilevanti per il processo psicoterapeutico, ad altri capitoli del presente volume (cfr. Liotti; cfr. Pallini).

*Ignazio è un giovane di 21 anni, inviato per una psicoterapia da un collega psichiatra, che qualche anno fa ha seguito farmacologicamente il padre per un breve – e modesto – episodio depressivo. E' il padre stesso che lo accompagna al primo incontro e più volte parla al suo posto. Anche perché Ignazio sembra avere davvero poche parole per parlare di sé. Ignazio convive da vari anni con quelle che entrambi chiamano “delle fissazioni”, ma ultimamente – soprattutto con l'inizio dell'attività lavorativa e con il Servizio Militare – si sono assolutamente intensificate, fino a “bloccare” molte delle attività usuali del paziente, che vive quindi ormai una sorta di paralisi sempre più estesa: Ignazio si descrive come una persona che non riesce a controllarsi, impotente di fronte ad ogni emergere della sintomatologia e con una bassissima autostima.*

*Le fissazioni consistono in continue e forti paure irrazionali. Le principali sono:*

- ⌚ *di danneggiare irrimediabilmente oggetti costosi, in particolare apparecchi elettronici, come il computer o l'impianto hi-fi;*
- ⌚ *di provocare la reazione dei suoi superiori sul lavoro (il paziente - interrotta l'università - è impiegato presso un grande studio legale) rivolgendo loro - inavvertitamente - gesti osceni;*
- ⌚ *di ferire o uccidere qualcuno, senza volerlo, con l'automobile.*

*Queste ossessioni costringono il paziente a ripetuti ed estenuanti controlli per verificare che non sia avvenuta l'evenienza temuta e quindi per neutralizzare, almeno per un po', l'idea ossessiva. Tale sintomatologia si sarebbe acuita di fronte ad ogni distacco dalla famiglia o di fronte all'assunzione di nuove responsabilità.*

*Ignazio si ritrova a chiedere continue rassicurazioni ai genitori che gli eventi temuti non si siano verificati, ma il conforto che ricava da questo appare assolutamente breve, piuttosto inefficace e transitorio. Il ripresentarsi del bisogno di rassicurazione e conforto finisce spesso per produrre irritazione e impotenza nei genitori e un senso di colpa misto a vergogna in Ignazio. Va comunque precisato che queste emozioni vengono colte e ipotizzate dal terapeuta ma non esplicitamente nominate dal paziente, che si presenta anzi al primo colloquio piuttosto alessitimico.*

*Nell'anamnesi del paziente non risultano grandi situazioni traumatiche - che ovviamente lo psicoterapeuta ricerca fin dall'inizio come possibile causa del disturbo - legate all'attaccamento o anche ad altro: il paziente è stato un figlio desiderato, amato, è sempre cresciuto in famiglia. Non emergono abusi o maltrattamenti fisici. La morte del nonno materno, avvenuta quando il paziente aveva 18 anni, rappresenta l'unico evento di perdita importante.*

*Ignazio viene descritto come un bambino piuttosto taciturno, tranquillo, meticoloso e preciso fin dall'infanzia, con improvvise e intense paure, apparse sempre poco comprensibili agli stessi genitori.*

*Lo psicoterapeuta cognitivista appare interessato, soprattutto in un contesto di consultazione psichiatrica che quasi per definizione attiva la ricerca di aiuto e quindi il sistema di attaccamento nei pazienti, a cercare le "teorie causali" offerte dai pazienti stessi o dai familiari per i loro disturbi. In tale contesto, il padre del paziente non esita, con parole attraversate da un sottile disprezzo, ad affermare che probabilmente il problema è nato perché Ignazio - a differenza di lui - "ha avuto ed ha tutto e quindi, non dovendosi preoccupare di nulla ed essendo stato viziato anche dai nonni materni, trova il tempo di occuparsi di queste sciocchezze".*

### **Un primo intervento di psicoeducazione.**

Lo psicoterapeuta decide quindi di spendere del tempo per un immediato intervento psicoeducazionale, descrivendo nel dettaglio a Ignazio e a suo padre, fin dal primo incontro, la diagnosi e la natura del disturbo ossessivo compulsivo. Il paziente e suo padre, infatti, non sembrano al momento pronti per una indagine psicologica più approfondita, ma sembrano al tempo stesso aver bisogno di poter attribuire un qualche significato alla sintomatologia apparentemente incomprensibile di Ignazio, per cui il terapeuta ritiene che la metafora medica per eccellenza, cioè la concettualizzazione del disturbo di Ignazio in termini di malattia, possa essere almeno in questa prima fase rassicurante.

Caratteristico dell'approccio psicoeducazionale è infatti l'accettazione del modello cosiddetto "diatesi-stress" e quindi del concetto di "vulnerabilità biologica" che unita alla storia individuale affettiva e di apprendimento e ai fattori stressanti (eventi di vita, ambiente familiare e interpersonale) condurrebbe al disturbo conclamato (Falloon, 2000).

Solo in seguito, il terapeuta verrà messo a conoscenza del grande effetto empatico di questo semplice primo intervento: ridefinendo inizialmente il problema di Ignazio in termini medici, e quindi togliendo al paziente ogni responsabilità rispetto all'insorgere del disturbo (ma poi restituendogliela in certa misura per quel che riguarda la gestione dello stesso e la collaborazione alla cura), e quindi decolpevolizzando anche i genitori (per esempio il terapeuta parla esplicitamente di "disturbo che richiede probabilmente una predisposizione individuale cerebrale", secondo le linee proposte dal terapeuta cognitivista Schwartz, 1997), il padre di Ignazio recupererà una certa sicurezza nella relazione con il figlio e cambierà atteggiamento nei suoi confronti, offrendogli aiuto più volentieri nei momenti di difficoltà ed ammettendo la presenza di idee ossessive e compulsioni anche nella propria storia di vita.

Il paziente, inoltre, comincerà ad attribuire più correttamente alla malattia e non alla propria presunta negatività, la causa del blocco negli studi che lo condusse all'interruzione definitiva del corso di laurea in **M**atematica.

## La prima fase della terapia

Sempre allo scopo di aumentare quanto prima il senso di sicurezza e padronanza del paziente, l'intervento psicoeducazionale proseguirà senza più la presenza paterna, ma solo con il paziente, - inizialmente quasi del tutto privo di capacità metacognitive e riflessive rispetto al proprio disturbo - grazie a quelle che possiamo chiamare le spiegazioni sul disturbo, (il paziente verrà guidato dal terapeuta anche a ricercarle su Internet, sua grande passione), che includono ovviamente informazioni soprattutto sull'ipertrofico senso di responsabilità del paziente ossessivo, ma anche sul pensiero dicotomico o sulla cosiddetta "fusione pensiero-azione", descritti da autorevoli cognitivisti clinici, come Salkovskis (1996a; 1996b; **ma cfr. anche Didonna, 2006 ; Melli, 2003**).

Ignazio comincerà così a fidarsi sempre più del terapeuta, a dare un senso a quegli strani sintomi di cui soffre. E inoltre questo avverrà in un'ottica "positivizzante": comincerà per esempio a pensare a se stesso in termini di qualcuno che ha *troppo* senso di responsabilità e non come qualcuno a cui *manca* qualcosa.

Sarà anche l'inizio del lavoro, immediatamente successivo, sulla conoscenza delle emozioni e soprattutto sulla possibilità di *accostarsi alla percezione della propria vulnerabilità personale* (cfr. Liotti, in questo stesso volume); questo lavoro sarà parallelamente orientato dalla conoscenza del disturbo e di quella che gli psicoterapeuti cognitivisti chiamano "l'organizzazione cognitiva del paziente" (Guidano e Liotti, 1983): in particolare, terapeuta e paziente cercheranno insieme, attraverso le autoosservazioni guidate, l'utile distinzione cognitivista tra le idee intrusive e le neutralizzazioni, per tornare ancora a Salkovskis (1996a; 1996b), al fine di provare a limitare le seconde, le neutralizzazioni appunto.

Grazie a questa appena maggiore capacità di collaborazione metacognitiva del paziente, terapeuta e paziente riusciranno quindi ad identificare – anche attraverso un lavoro **ispirato alla cosiddetta immaginazione attiva**<sup>2</sup> (Tibaldi, 2006) - quelle che autori cognitivisti come Lorenzini (Lorenzini e Sassaroli, 2000) chiamano le "immagini intrusive omega", cioè quelle che si possono trovare alla fine della catena associativa ossessiva (e il lavoro terapeutico in questa fase sarà proprio sull'immaginazione): la paura di rompere il computer, di investire un passante, di insultare un'autorità conduce sempre, in Ignazio, a delle immagini di *totale rovina economica di sé e della propria famiglia*, di cui il paziente avverte la totale responsabilità: il paziente si vede in tale immagine aggirarsi per la città come un barbone, rovistando tra i rifiuti, completamente solo e ai margini della società, reo della distruzione della propria famiglia.

In linea con la Teoria dell'Attaccamento e con le riflessioni sulla psicoterapia del gruppo californiano di Weiss (1993), il terapeuta cerca così, fin da subito, ogni possibile intervento in grado di aumentare il senso di sicurezza del paziente, convinto che questo possa generare in lui un aumento delle sue capacità metacognitive, in linea con quanto mostrato dalla ricerca nel campo dell'attaccamento. E infatti è proprio la disattivazione temporanea del Sistema dell'Attaccamento, raggiunta *grazie* ad una maggiore sicurezza nella possibilità di ricevere aiuto e conforto, a permettere una più ampia esplorazione collaborativa verso una meta congiunta.

Fin dall'inizio viene prescritta anche una terapia farmacologica a base di un SSRI, in accordo con le principali Linee Guida Internazionali per il trattamento del Disturbo Ossessivo Compulsivo e che appare assolutamente compatibile sia con il più semplice modello cognitivista di tipo psicoeducazionale, sia con i modelli centrati sull'attaccamento e i diversi sistemi motivazionali, per le note capacità dei farmaci serotonergici di aumentare la possibilità di regolare l'aggressività, auto ed etero rivolta (Liotti, 2000a). Il terapeuta fornisce ovviamente al paziente tutte le informazioni disponibili sul farmaco e sul suo funzionamento.

## Un'ipotesi sulla storia di attaccamento del paziente.

Durante gli incontri con il paziente e di fronte alla sua richiesta di aiuto, il terapeuta si ritrova più volte a pensare ad alcune video registrazioni del *Manchester Child Attachment Story Task* (il

---

<sup>2</sup> Per Immaginazione Attiva si intende un metodo junghiano con caratteristiche specifiche (dialogo tra lo e figure del Sé) spesso usato dagli analisti del profondo

MCAST è uno strumento messo a punto dal gruppo inglese di Green e Goldwin; Green et al., 2000), in cui viene chiesto a dei bambini di 6-8 anni di inventare una storia, sulla base di alcuni suggerimenti iniziali che prevedono delle situazioni di attivazione dell'attaccamento, con l'aiuto di una casetta delle bambole e di alcuni pupazzetti): in particolare, durante l'esecuzione di questo compito alcuni bambini con attaccamento insicuro alla madre, durante l'invenzione di una storia in cui il protagonista ha un terribile incubo notturno, possono immaginare risposte materne aggressive o impotenti, per esempio: "ma io che ti posso fare, figlio mio?".

E' molto probabile che esperienze simili, caratterizzate da un grande senso di incompetenza e impotenza genitoriale, possano far parte del bagaglio mnemonico di pazienti con un disturbo ossessivo come Ignazio e sicuramente fanno parte delle loro esperienze attuali, ogni volta che costringono i propri genitori a confrontarsi con questo tipo di sintomi.

Il terapeuta è orientato quindi a ricercare lo "stato mentale" relativo all'attaccamento nel paziente e per questo utilizza – nel contesto clinico – le domande della AAI per la loro capacità di "andare "dirette" alle situazioni di attivazione dell'attaccamento" (*che cosa succedeva quando ti ammalavi? Quando ti facevi male? Quando avevi un problema o eri turbato emotivamente?*).

Inizialmente Ignazio non trova ricordi, anzi nega proprio di averne, descrive in maniera esclusivamente semantica (cioè con affermazioni generali) i genitori come affettuosi e "straordinari" senza trovare episodi a conferma di queste generiche affermazioni idealizzanti, oppure sembra cercare a tutti i costi una "normalizzazione" della propria infanzia volta ad evitare ogni possibile e implicita "colpevolizzazione" dei propri genitori.

**Solo in un momento successivo il terapeuta assisterà ad una diversa capacità di risposta da parte del paziente.**

### **La seconda fase della terapia**

Guidato quindi dalla Teoria dell'Attaccamento e dalla sua metafora fondamentale di "base sicura per l'esplorazione" e dal bagaglio di tecniche proprie dei più pragmatici interventi cognitivo-comportamentali, il terapeuta incoraggia il paziente verso una esposizione - graduale e in condizioni di sicurezza - a quanto temuto: per esempio attraverso una attiva ricerca del sintomo in seduta e un conseguente blocco dei rituali (il paziente è stato cioè invitato a portare il suo pc portatile in seduta e a maneggiarlo insieme al terapeuta, descrivendo nel dettaglio le emozioni provate, i pensieri e le **immagini** mentali: danneggiamento dello stesso e degli acquisti successivi, danno economico, tracollo economico della famiglia, etc.) senza neutralizzarle con gli usuali ripetuti controlli, facendo quindi uscire il paziente dall'usuale isolamento affettivo che caratterizza il ripresentarsi quotidiano dei suoi sintomi e anzi immettendoli attivamente in un contesto - come quello terapeutico - empatico e di condivisione (Liotti, 2001).

Sempre guidato dal principio, applicabile in pazienti caratterizzati da un basso grado di capacità metacognitive dell' *aiutare ancor prima che capire*, il terapeuta ricorre quindi a tecniche come quella proposta da Salkovskis (ascolto ripetuto più volte, sia in seduta sia al di fuori di essa, della catena associativa mentale individuata con il paziente e registrata su cassetta) (1996a, 1996b) e/o all' EMDR (Eye Movements Desensitization and Reprocessing), **per realizzare inanzitutto una sorta di desensibilizzazione utilizzando i movimenti oculari (Shapiro, 2001; 2004).**

La terapia con EMDR è rivolta a produrre una elaborazione accelerata di materiale disturbante attraverso alcuni esercizi di cosiddetta *dual attention*. Vengono utilizzate stimolazioni alternate bilaterali destra/sinistra, che secondo alcuni teorici faciliterebbero il passaggio di informazioni tra i due emisferi cerebrali (Siegel, 1999; Fernandez, 2006). Il paziente viene invitato a concentrarsi sulla scena che lo disturba (per esempio le immagini ossessive) e intanto a seguire lo stimolo percettivo somministrato dal terapeuta. Ad esempio, mentre il paziente si concentra mentalmente sulle scene da elaborare, allo stesso tempo viene invitato a seguire visivamente le dita del terapeuta che si muovono davanti a lui da destra a sinistra, oppure riceve stimolazioni tattili alternate sulle due mani o ancora stimoli uditivi bilaterali alternati. Tali esercizi conducono spesso dapprima ad una sorta di desensibilizzazione e poi ad un cambiamento della prospettiva con cui il soggetto stesso

guarda all'evento sul quale si è lavorato, delle valutazioni cognitive su di sé, delle reazioni fisiche collegate: l'immagine tende a cambiare nei contenuti, nel modo in cui si presenta, pensieri intrusivi in genere si attutiscono o spariscono, le cognizioni del paziente diventano più adattative e le emozioni e le sensazioni fisiche disturbanti si attutiscono. Soprattutto sembrano crescere le capacità metacognitive del paziente (Onofri e Tombolini, 2006).

In altre parole il terapeuta cerca di proporsi, anche esplicitamente, di fronte all'iniziale scarsa fiducia del paziente, con un competente *Io ti posso aiutare ad affrontare ciò di cui hai paura*. Il modello della base sicura guiderà il terapeuta a prestare particolare attenzione a tutte le situazioni in cui il paziente mostra di vedere il terapeuta come una figura di attaccamento attraverso i suoi Modelli Operativi Interni. Vanno a questo punto ricordati nella loro importanza i fenomeni comparsi nel rapporto con Ignazio: il paziente torna un giorno angosciato in seduta, perché teme di aver offeso inavvertitamente il terapeuta, con una parola o un gesto, che ovviamente non ricorda di aver pronunciato o commesso **davvero**. Tale situazione permetterà - mediante l'utilizzo di una tecnica di focalizzazione sull'emozione e di ricerca di pregresse esperienze attraverso il cosiddetto *affetto ponte* - di cominciare a riflettere e a dirigere la attenzione congiunta del paziente e del terapeuta sul rapporto di Ignazio con i suoi genitori: la paura di *ferire il padre sofferente* ma anche l'impossibilità di "comprendere" ed esprimere la propria *rabbia di fronte al disprezzo* del genitore o il timore di una terribile ritorsione: Ignazio ha infatti sempre temuto molto fortemente le critiche paterne. I ricordi dolorosi di queste interazioni cominceranno così ad emergere e il terapeuta sarà ancora una volta guidato dalla indicazione dello stesso Bowlby (Hunter, 1991) di aiutare il paziente "a scoprire che cosa è veramente accaduto, a distinguere ciò che è reale e ciò che era o è fantasia, attraverso l'esame, la verifica, l'osservazione, la riconsiderazione di tutti i ricordi disponibili". La base sicura serve al paziente per esplorare nel dettaglio gli episodi delle sue relazioni infantili, a inserirli in un contesto preciso con coordinate spaziotemporali, a ricostruire i vissuti emotivi e i significati ad esso connessi (Tombolini e Onofri, 2004; Onofri e Tombolini, 2004). E, come abbiamo già affermato, sarà proprio la sicurezza dell'attaccamento nella relazione terapeutica a permettere quella temporanea disattivazione del comportamento di richiesta di cura necessario per promuovere l'esplorazione dei contenuti dolorosi e l'introspezione (Holmes, 1993).

**Ognuno di questi significativi ricordi verrà quindi elaborato facendo ricorso all'EMDR.**

Per il terapeuta i ricordi rievocati da Ignazio appariranno come una possibile conferma dell'ipotesi di una storia di disorganizzazione dell'attaccamento e proprio questo lo porterà ad accettare una maggiore flessibilità del *setting*: permetterà a Ignazio di decidere a volte di interrompere le sedute prima della loro usuale conclusione accettando i suoi "per oggi non ho più niente da dire" o di saltare le sedute, senza particolari interpretazioni, consapevole della difficoltà da parte del paziente a tollerare l'inevitabile "disorientamento" generato da un rapporto in cui troppo frequentemente si attivi il sistema di attaccamento del paziente e quindi i suoi Modelli Operativi multipli, incompatibili e simultanei, descritti da Liotti come *il triangolo drammatico* (Liotti, 2001).

Queste discontinuità, infatti, appariranno sempre più, al terapeuta, dei tentativi inconsapevoli, da parte del paziente di regolare e frenare l'attaccamento nei suoi confronti, limitando così il riattivarsi di penose e angoscienti emozioni di confusione. Tale flessibilità del *setting*, inoltre, potrebbe anche aver rappresentato per il paziente una importante confutazione di una implicita teoria di cui era portatore - anch'essa frutto probabilmente delle sue esperienze infantili di attaccamento- e cioè che l'aiuto da ricevere non potesse mai essere modulato sui *propri* bisogni emotivi del momento e seguisse invece solo regole rigide, astratte e stereotipate di funzionamento.

**La terza fase della terapia.**

Anche con Ignazio, come avviene generalmente con tanti altri pazienti di questo tipo, non è stato possibile per un tempo più o meno lungo lavorare direttamente sulle descrizioni di sé e degli altri, che anche in questo caso sembravano effettivamente rimandare a quello che Liotti ha sapientemente descritto come il "triangolo drammatico" dell'attaccamento disorganizzato: un sé onnipotente, che si trasforma da salvatore dei propri familiari in loro persecutore o vittima (Liotti, 2001).

Solo in un secondo momento, quando finalmente le capacità metacognitive del paziente sono apparse un po' aumentate, grazie anche alla sua aumentata sicurezza nel terapeuta stesso e alla aumentata padronanza dei suoi sintomi, conquistata grazie alle tecniche impiegate oltre all'utilizzo dei farmaci, è stato possibile cominciare a lavorare più direttamente sui contenuti e sulle rappresentazioni di sé, a volte anche guidati dai sogni del paziente, che sembravano quasi descrivere la sua stessa esperienza mentale: sogni che descrivevano scenari in cui apparentemente all'improvviso sembravano irrompere immagini terrorizzanti e non conosciute riguardanti possibili danni di difficile risoluzione, provocati a se stesso o ai suoi familiari.

### ***Le Adult Attachment Interview del paziente e dei suoi genitori.***

Dall'emergere di questi contenuti nel dialogo terapeutico, il terapeuta ricerca pertanto la ulteriore conferma di un già sospettato attaccamento D, disorganizzato (Hesse, 1999). Sappiamo dalla ricerca sulla Adult Attachment Interview (AAI), che la disorganizzazione dell'attaccamento (descritta nei bambini di 12-18 mesi di età in un contesto sperimentale come la Strange Situation; Ainsworth et al., 1978) correla con lutti o traumi non risolti nel genitore (Hesse, 1999): proprio studiando la cosiddetta "coerenza narrativa" nelle AAI è stato possibile trovare il collegamento tra la mancata risoluzione di un grave lutto o di un evento traumatico nell'autobiografia raccontata dal genitore e la disorganizzazione dell'attaccamento nel bambino.

Già nella raccolta dell'anamnesi, il paziente aveva riferito di non aver mai conosciuto i nonni paterni perché morti entrambi quando il padre era ancora un bambino. Ignazio non disponeva praticamente di alcuna informazione su di loro, in quanto il padre non aveva mai detto nulla a questo riguardo, non aveva mai narrato in famiglia i particolari della propria storia, Aveva solo detto di essere cresciuto in collegio in seguito alla loro morte e **accennato ad** una infanzia caratterizzata dalla povertà.

Il terapeuta invia quindi il paziente e i suoi genitori ad un collega per l'effettuazione delle AAI. Da esse emergerà sostanzialmente una conferma di quanto ipotizzato: è il padre del paziente a risultare un **Unresolved** (Irrisolto), cioè a mostrare nel trascritto lutti non ancora risolti. Parlando della morte dei genitori, avvenuta quando lui era un bambino, si confonde più volte rispetto alle date, agli accaduti e alle conseguenze di queste tragiche morti (pur dichiarando di essersi recato anche molto recentemente al cimitero dove furono seppelliti) e riuscendo a trovare una qualche organizzazione solo in una visione distanziante e "materialista" della vita, centrata sull'importanza degli aspetti economici. Parlando della perdita del proprio fratello, avvenuta solo undici anni prima rispetto all'intervista, descrive le proprie preoccupazioni tutte legate alla possibilità di un tracollo economico della famiglia di lui, temendo disastrose conseguenze finanziarie per i propri nipoti, ancora giovani senza mai nominare gli aspetti affettivi ed emozionali della perdita.

### ***L'Adult Attachment del padre del paziente: all'inizio dell'intervista:***

*"io ero un bambino...non ricordo l'età precisa che c'avrò avuto...6 o 7 anni...dopo 5 giorni che stavamo a Roma morì mia madre...Non credevo di riuscirne a venire fuori...Mio fratello invece, purtroppo, 11 anni fa morì di infarto..."*

*"ottimo...il rapporto era ottimo...ma....non c'ho nessun ricordo...mia madre era affettuosa e dolce...altre cose non le ricordo...non c'ho ricordi..."*

***più avanti:***

*"dopo la quarta elementare ci siamo trasferiti a Roma e appunto..dopo un po' di tempo... morì mamma e dopo due anni anche papà...le date di morte dei miei genitori non le so, non le so, né il giorno, né il mese, né l'anno, non le so...non me le ricordo proprio..."*

***più avanti ancora:***

*"c'avevo 10 anni, 9 anni, sì, c'avevo 9 anni...quando è morta mia madre avevo 7 anni..."*

***commentando un incidente stradale cui assistette e dove morirono due genitori:***

*"era meglio se moriva pure il figlio...venire su senza genitori..."*

***commentando la morte del fratello:***

*"a me mi facevano pena la moglie e i figli...per fortuna che economicamente sono stati autosufficienti, che non siamo dovuti intervenire per la loro sopravvivenza...ma se non avessero avuto una certa situazione economica che facevano?...grazie a dio io sono un materiale..un materialista..."*

Così come Ignazio all'inizio del lavoro terapeutico descriveva semanticamente come *ottimo* il proprio rapporto con la madre, il padre a sua volta usa lo stesso aggettivo per illustrare i propri rapporti infantili con i genitori, genitori che per altro lo avevano mandato a frequentare le scuole elementari in un collegio lontano da casa diverse centinaia di chilometri, già un paio di anni prima della loro improvvisa e del tutto impreveduta scomparsa.

Dal racconto del padre del paziente traspare implicitamente un Sé che è rimasto orfano, ferito e umiliato (sappiamo che un senso di vergogna accompagna spesso la perdita di un genitore) e perciò tuttora vulnerabile e "perdente" e quindi ulteriormente inadeguato come figura di attaccamento in grado di fornire sicurezza e protezione ad Ignazio.

Ancora una volta, sembriamo trovare nella AAI una conferma della trasmissione intergenerazionale dei Modelli Operativi dell'attaccamento.

Possiamo quindi ora ripensare alla "paura" del paziente di "ferire" gli altri, i contenuti dei suoi sintomi possono ora apparirci ora anche come una metafora della paura di poter danneggiare un padre sofferente perché ancora in lutto.

Come sappiamo, la presenza di lutti o traumi non elaborati nella figura di attaccamento determina una esperienza intersoggettiva di profonda disconnessione durante le interazioni di attaccamento. E' probabile che dall'attaccamento disorganizzato derivi una rappresentazione di sé che è molteplice, dissociata, mutevole in modo drammatico ed emotivamente assai carica, proprio come sembra avvenire nell'esperienza di Ignazio.

***La Adult Attachment Interview della madre della paziente.***

La madre di Ignazio alla AAI appare invece ben organizzata come *Dismissing* (Distanziante), presentando una enfasi idealizzante sulle proprie esperienze infantili familiari, non suffragate da una visione coerente, accompagnata da una quota importante di quella che la AAI chiama la "passività" dei processi di pensiero (una sostanziale difficoltà a prendere una chiara posizione nei confronti della tematica dell'attaccamento: ad esempio oscillazioni e contraddizioni non riconosciute). Ne emerge una personalità Distanziante e piuttosto passiva, debole, poco definita. Da queste descrizioni, il nonno materno emerge in realtà come una persona autoritaria, limitante l'autonomia personale e decisamente ipocondriaca, senza che questo sia stato sufficientemente commentato da un punto di vista più metacognitivo dalla stessa madre di Ignazio durante il suo racconto.

***La Adult Attachment Interview del paziente.***

Chi pur rimanendo in una organizzazione di tipo *Dismissing*, Distanziante, comincia a presentare maggiori note di metacognizione è invece proprio la AAI del paziente. Pur presentando delle importanti contraddizioni temporali quando parla della morte del nonno materno, avvenuta durante gli anni del liceo, Ignazio non soddisfa comunque, in questo caso, i criteri per un lutto non risolto.

Inoltre, rispetto alle iniziali descrizioni offerte in psicoterapia, può cominciare a permettersi delle parziali critiche al rapporto con il padre, alternando **tra il riconoscere positivamente il** cambiamento notato nel comportamento del genitore (avvenuto dopo la comunicazione fattagli riguardante la diagnosi di Ignazio) e una visione dello stesso caratterizzata da impotenza e ostilità generalizzate. Così come avvenuto nel campo della ricerca con lo studio delle AAI, anche a questo punto del lavoro clinico si assiste al cosiddetto “spostamento verso il livello della rappresentazione”: l’attenzione del terapeuta si sposta così sempre più verso lo *stato mentale*, verso lo stile e la coerenza narrativa. Compito del terapeuta, attento ora ai diversi parametri della narrazione, diventa aiutare Ignazio a “narrare e rinarrare la propria storia” in modo sempre più coerente e contestualizzato (Onofri e Tombolini, 2004).

### **L’ultima fase della terapia: una teoria della mente del padre**

Proprio l’atteggiamento del genitore sarà oggetto di riflessione dell’ultima fase del lavoro terapeutico, a partire dai lutti di cui sopra e dei possibili effetti di questi sul padre del paziente, al fine di costruire in Ignazio una più appropriata “teoria della mente” (Baron-Cohen, 1995) del padre. *Quanto mi piacerebbe riuscire a saperne di più di quale è stata la vita di mio padre!* dirà un giorno Ignazio in seduta, **venendo subito** incoraggiato dal terapeuta a ricercare più attivamente un contatto emotivo con il padre.

Come ricorda Arietta Slade (1999; 2010), il lavoro con i pazienti *Dismissing* (Distanzianti), mira sostanzialmente al recupero del punto di vista del bambino, al riconoscimento delle emozioni dell’attaccamento che sono sempre state misconosciute. Nella storia di Ignazio sembra in effetti mancare un Modello Operativo Interno di conforto di fronte a possibili sconfitte agonistiche (Gilbert, 1989; 2000; Iannucci e La Rosa, 2000).

Anzi, è stato probabilmente sempre questo tema, la possibile “sconfitta sociale” (lo deduciamo raccogliendo ulteriori ricordi dell’infanzia del paziente) a suscitare le paure irrisolte del padre e il suo sottile disprezzo verso le emozioni di vulnerabilità.

Cercare i diversi punti di vista, anche il punto di vista e lo *stato mentale* “dell’altro” vorrà dire a questo punto aumentare la consapevolezza metacognitiva di Ignazio, lavorare in altre parole metacognitivamente sulle immagini del *triangolo drammatico* (salvatore/vittima/persecutore) descritto da Karman e ripreso da Liotti come tipico delle situazioni di attaccamento disorganizzato; vorrà dire favorire in Ignazio la possibilità di una migliore “teoria della mente” del padre che ne mitighi a questo punto la assoluta totale negatività recuperando anche un accesso ai ricordi positivi secondo una progressiva integrazione delle immagini contraddittorie.

**Anche in questa ultima fase della terapia sarà di fondamentale importanza il lavoro effettuato con l’EMDR, sui ricordi sia negativi sia positivi.**

Proprio la contestualizzazione e la degeneralizzazione – ottenuti grazie al lavoro con l’EMDR - saranno infatti un passo fondamentale per questo lavoro di integrazione delle diverse immagini e quindi per la possibilità – di nuovo metacognitiva – di tenere insieme senza assolutizzarle, ma considerandole solo delle possibili e transitorie, seppur a volte inevitabili, rappresentazioni della realtà, le immagini legate all’attaccamento (Onofri e Tombolini, 2004).

### **Alcuni interrogativi finali.**

Il caso illustrato evidenzia come tra i principali problemi aperti rimanga quello del rapporto tra l’attaccamento e altri sistemi motivazionali, *in primis* il sistema interpersonale che regola la competizione sociale (il sistema agonistico, cfr. Gilbert, 1989; Iannucci e La Rosa, 2000) e la rilevanza di questo rapporto per la psicopatologia.

La Teoria dell’Attaccamento non ha finora discriminato né ha offerto particolari teorizzazioni sulle specificità di rapporto con le madri e con i padri.

Dalla ricerca sappiamo che i Modelli Operativi molto probabilmente si organizzano secondo una modalità gerarchica, le osservazioni di ricerca dei coniugi Grossmann (1993) riportano la tendenza **del modello operativo con la madre** a prevalere **negli anni** sugli altri, data la assoluta predominanza

di accudimento generalmente offerto dalla madre al bambino. Come clinici sappiamo la frequente rilevanza dei padri nelle storie dei nostri pazienti, soprattutto - è una comune osservazione clinica - nei casi di Disturbo Ossessivo Compulsivo (Liotti, 1997).

Possiamo ipotizzare, come potremmo dedurre anche a partire dal caso proposto, una specificità "paterna" nell'attaccamento? Una diversa declinazione dell'attaccamento tra madri e padri? Una diversa "qualità", o una particolare attivazione dell'attaccamento materno o paterno anche a seconda dei contesti e delle diverse emozioni di paura attivate in diversi contesti? Forse il contesto sociale ed agonistico potrebbe più facilmente attivare l'attaccamento verso il padre?

Nel caso qui presentato, il padre del paziente sembra avere avuto forti difficoltà - a causa della propria storia infantile - nel assicurare il figlio ogni volta che si affacciava la possibilità di una sconfitta sociale, di una umiliazione, temi per lui sempre rimasti "caldi", non risolti e in grado di attivare in lui stesso delle intense emozioni di paura.

La psicoanalisi ha più volte parlato di specifiche *funzioni paterne*, lo psicologo analista Luigi Zoja (2000) parla di aspettative assolutamente diverse nei confronti dei padri e delle madri da parte dei figli: questi, secondo Zoja, si aspetterebbero - semplificando al massimo - "amore" dalla madre e "forza" dal padre. Pur non usando le teorie evoluzionistiche che parlano di diversi Sistemi Motivazionali Interpersonali, Zoja riflette sulle aspettative specifiche - innate? o più probabilmente culturali? - nei confronti dei padri che hanno a che fare con i modelli etici di comportamento, i contesti agonistici, la riuscita sociale, le sfide competitive. Questo caso sembra in effetti una implicita conferma dell'ipotesi qui accennata.

Pur essendo Ignazio sempre stato accudito da bambino con grande prevalenza dalla madre, la disorganizzazione legata all'attaccamento verso il padre - e i contenuti drammatici che la caratterizzano - sembra diventare prevalente, attivandosi proprio in un contesto che ha a che fare con il cosiddetto "svincolo", con l'ingresso nel mondo del lavoro, il servizio militare, una maggiore autonomia. Perché e quando questo avviene, rimane un interrogativo senza una chiara risposta, ma appare lecito ipotizzare che questo si verifichi ancor più facilmente in un contesto di identificazione e ricerca di un modello come avviene nel rapporto tra un padre e un figlio maschio (su questo argomento, cfr anche Onofri, 2010).

Sappiamo che l'attaccamento racchiude molteplici aspetti al suo interno, la ricerca di conforto si attiva in situazioni molto diverse tra loro e molto diverse, ma ugualmente efficaci e importanti possono essere le risposte protettive. Paure diverse potrebbero attivare la ricerca di rassicurazioni diverse e di risposte diverse dai padri e dalle madri, secondo forme dove ancora una volta vengono ad intrecciarsi disposizioni innate e fattori "sociali".

Inoltre non sappiamo, nel caso specifico di questo paziente, se all'epoca della morte del nonno materno, avvenuta durante l'infanzia di Ignazio, la madre abbia sofferto di un lutto non risolto (Onofri & Dantonio, 2009) che ora non appare più tale ma che allora potrebbe aver contribuito alla disorganizzazione dell'attaccamento del paziente.

Appare infine lecito ipotizzare che la presenza di un terapeuta di sesso maschile abbia giocato un qualche ruolo forse non secondario nella riattualizzazione, tutto sommato molto precoce, della disorganizzazione dell'attaccamento anche nel contesto della relazione terapeutica.

Proprio questi interrogativi appaiono del resto come nuove sfide e nuove piste di ricerca che la Teoria dell'Attaccamento saprà certamente raccogliere nel prossimo futuro.

## **Bibliografia**

AINSWORTH, M.D.S., BLEHAR, M.C., WATERS, E. & WALL S. (1978) *Patterns of attachment*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ.

BARON-COHEN, S. (1995) *Mindblindness: An essay on autism and the theory of mind*. The MIT Press, Cambridge, MA.

BOWLBY, J. (1980) *Attachment and Loss. Vol. 3: Loss*. Hogarth Press, London. (Trad.it. *Attaccamento e perdita, vol. 3*. Boringhieri, Torino, 1983).

BOWLBY, J. (1988) Dalla teoria dell'attaccamento alla psicopatologia dello sviluppo, *Rivista di Psichiatria*, 2.

- BRETHERTON, I. (1991) The roots and growing points of attachment theory. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle*. Routledge, London.
- DIDONNA, F. (2006) La formulazione del problema e le tecniche di intervento nella psicoterapia cognitiva del disturbo ossessivo-compulsivo, *Psicobiettivo*, 3.
- FALLOON, I.R.H. (2000) *Trattamento integrato per la salute mentale. Guida per operatori ed utenti*, Ecomind, Salerno.
- FERNANDEZ I. (2006): EMDR: un approccio integrato e integrante, In: Marina Balbo (a cura di), *EMDR. Uno strumento di dialogo tra le psicoterapie*, McGraw-Hill, Milano.
- FONAGY, P. (1999) Psychoanalytic theory from the perspective of attachment theory and research. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment*. Guilford Press, New York. (Trad. It. *Manuale dell'attaccamento*, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2003).
- FONAGY P., GERGELY G., JURIST E., TARGET M. (2002), *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of Self*, Other Press, New York; trad. It. *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2005.
- GILBERT, P. (1989) *Human nature and suffering*. Lawrence Erlbaum Associates, New York.
- GILBERT, P. (2000) Social mentalities: Internal "social" conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In: P. Gilbert & K. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy*. Brunner/Routledge, London.
- GREEN, M. STANLEY, C. SMITH, V. GOLDWYN, R. (2000) A new method of evaluating attachment representations in young school-age children: The Manchester Child Attachment Story Task, *Attachment & Human Development*, 2, 1, 48-70.
- GROSSMANN, K.E. GROSSMANN, K. (1993) Legame d'attaccamento infantile e sviluppo delle dinamiche psichiche individuali nel corso della vita, *Terapia Familiare*, 41, 5-18.
- GUIDANO, V.F. & LIOTTI, G. (1983) *Cognitive processes and the emotional disorders*. Guilford Press, New York.
- HESSE, E. (1999) The Adult Attachment Interview. In Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.), *Handbook of attachment*. New York: Guilford. (Trad. It. *Manuale dell'attaccamento*, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2003).
- HOLMES, J (1993) *John Bowlby and Attachment Theory*, Routledge, London. (Trad. It. *La Teoria dell'Attaccamento. John Bowlby e la sua scuola*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1994).
- HUNTER, V. (1991) *Psicoanalisti in azione. I modelli teorici e la loro applicazione clinica*, Astrolabio Ubaldini, Roma.
- IANNUCCI, C. LA ROSA, C. (2000) *Il sistema agonistico*, Associazione di Psicologia Cognitiva, Roma.
- LIOTTI, G. (1994/2005) *La dimensione interpersonale della coscienza*. NIS, Roma. (Nuova edizione: Carocci Editore, Roma, 2005).
- LIOTTI, G. (1997) *Comunicazione personale*, Roma.
- LIOTTI, G. (2000a): La memoria operativa e la regolazione dell'aggressività nei disturbi ossessivo-compulsivi. Ipotesi sull'interazione fra farmacoterapia e psicoterapia, *Psicoterapia*, 19, 28-37.
- LIOTTI, G. (2000b) Tipi e dimensioni dell'attaccamento nella terapia cognitiva. *Psicobiettivo*, 20 (3), 17-32.
- LIOTTI, G. (2001) *Le opere della coscienza: Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Raffaello Cortina Editore, Milano
- LIOTTI, G. (2004b) Conoscenza e regolazione delle emozioni. *Sistemi Intelligenti*, 16, 255-270.
- LIOTTI G., MONTICELLI F. (a cura di) (2008): *I Sistemi Motivazionali nel dialogo clinico*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2008
- LORENZINI, R. SASSAROLI, S. (2000) *La mente prigioniera: strategie di terapia cognitiva*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- MAIN, M. (1991) Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) versus multiple (incoherent) models of attachment. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle*. Routledge, London.
- MAIN, M. (1995) Recent studies in attachment: Overview, with selected implications for clinical work. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory: Social, developmental and clinical perspectives*. Analytic Press, Hillsdale, NJ. (pp. 407-474).

- MAIN, M. (1999): Recent studies in attachment. Overview, with selected implications for clinical work, . In Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.), *Handbook of attachment*. Guilford Press, New York. (Trad. It. *Manuale dell'attaccamento*, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2003).
- MAIN, M. GOLDWIN, R. (1989) *Adult Attachment Rating and Classification Systems*, Manoscritto non pubblicato, Berkeley, University of California.
- MEINS, E. (1997) *Security of attachment and the social development of cognition*. Psychology Press, Hove. (Trad. It. *Sicurezza e sviluppo sociale della conoscenza*, Cortina, Milano, 1999).
- MELLI, G. (2003): *Vincere le ossessioni. Capire e affrontare il Disturbo Ossessivo Compulsivo*, Ecomind, Salerno.
- ONOFRI, A. (2002) Teoria dell'attaccamento, metacognizione e psicoterapia cognitiva, *Congresso Nazionale SITCC*, Bologna.
- ONOFRI A. (2010): Prospettiva cognitivo-evoluzionista e approccio EMDR nel lavoro clinico con pazienti omosessuali, In: Cantelmi T. & Lambiase E. (a cura di), *Omosessualità e psicoterapie. Percorsi, problematiche e prospettive*. Franco Angeli, Milano, 195-217.
- ONOFRI A., DANTONIO T. (2009): La Terapia del lutto: interventi preventivi, Psicoeducazione, Prospettiva cognitivo-evoluzionista, approccio EMDR, *Psicobiattivo*, 3.
- ONOFRI, A. TOMBOLINI, L. (2000) Lo sviluppo della metacognizione e della teoria della mente, *Quaderni di Psicoterapia cognitiva*, 5.
- ONOFRI, A. TOMBOLINI, L. (2004) EMDR, attaccamento e metacognizione, *I Convegno Nazionale Associazione EMDR Italia*, Bologna, 26 –28 novembre 2004.
- ONOFRI A., TOMBOLINI L. (2006): Pensare la mente. EMDR e Psicoterapia Cognitivo-evoluzionista, In Marina Balbo (a cura di), *EMDR. Uno strumento di dialogo tra le psicoterapie*, McGraw-Hill, Milano.
- SALKOVSKIS, P.M. (1996a) The Cognitive approach to anxiety: threat beliefs, safety-seeking behavior, and the special case of health anxiety and obsession. In P.M. Salkovskis (Ed.) *Frontiers of Cognitive Therapy*, Guilford, New York/London, pp. 48-74.
- SALKOVSKIS, P.M. (1996b) Cognitive-behavioural approaches to the understanding of obsessional problems. In M.R. Rapee (Ed.) *Current Controversies in Anxiety Disorders*, Guilford, New York/London, pp. 103-133.
- SCHWARTZ, J.M. (1997) *Il cervello bloccato. Come liberarsi dal disturbo ossessivo-compulsivo*, Longanesi, Milano.
- SHAPIRO F. (2004): *EMDR: The Breakthrough "Eye Movement" Therapy for Overcoming Anxiety, Stress, and Trauma*, New Edition, Basic Books, New York. Tr. It.: *EMDR. Una terapia innovativa per il superamento dell'ansia, dello stress e dei disturbi di origine traumatica*, Astrolabio Ubaldini, Roma, 1994.
- SHAPIRO F. (2001): *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Basic Principles, Protocols, and Procedures, 2nd Edition*, Guilford Press, New York. Tr. It.: *EMDR. Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari*, McGraw-Hill, Milano 2000.
- SEMERARI, A. (1999) *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- SIEGEL D. (2001): *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. Tr. It.: *La mente Relazionale*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
- SLADE, A. (1999) Attachment theory and clinical research: Implications for the practice of individual psychotherapy with adults. In Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.), *Handbook of attachment*. Guilford Press, New York. (Trad. It. *Manuale dell'attaccamento*, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2003).
- SLADE A. (2008): The Implications of Attachment Theory and Research for Adult Psychotherapy Research and Clinical Perspectives, In: Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.), *Handbook of Attachment, Second Edition: Theory, Research, and Clinical Applications*, Guilford Press, New York. Tr. It.: *Le Implicazioni della Teoria e della Ricerca sull'Attaccamento per la Psicoterapia dell'Adulto. Prospettive Cliniche e di Ricerca*, In : *Manuale dell'attaccamento*, 2° Edizione, Teoria, Ricerca e Applicazioni cliniche, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2010).
- TIBALDI, M. (2006): Un processo creativo di nuove sintesi. EMDR e analisi junghiana, In Marina Balbo (a cura di), *EMDR. Uno strumento di dialogo tra le psicoterapie*, McGrawHill, Milano.
- TOMBOLINI, L. (1995) Lo studio dell'attaccamento nell'adulto, in R. Lorenzini e S. Sassaroli *Attaccamento, Conoscenza e disturbi di personalità*, Raffaello Cortina, Milano.
- TOMBOLINI, L. ONOFRI, A. (2004) Attaccamento e metacognizione: le tecniche terapeutiche, *Congresso Nazionale SITCC*, Verona, 22-24 ottobre 2004;

WEISS, J. (1993) *How psychotherapy works*. Guilford Press, New York. (Trad. It. *Come funziona la psicoterapia*. Bollati-Boringhieri, Torino, 1999).

~~Eliminata la citazione di WELLS!~~ ZOJA, L. (2000) *Il gesto di Ettore. Preistoria, storia, attualità e scomparsa del padre*, Bollati Boringhieri, Torino.