

USO CLINICO DELL'ADULT ATTACHMENT INTERVIEW: UN APPROFONDIMENTO

Giovanbattista Di Carlo, Adriano Schimmenti, Vincenzo Caretti

1. Adult Attachment Interview

L'Adult Attachment Interview (AAI, George, Kaplan e Main 1985; Main, Goldwin e Hesse 2002) è un'intervista semistrutturata della durata di circa un'ora. L'intervista esplora le esperienze vissute con i *caregiver* (ovvero le figure di accudimento primarie) durante l'infanzia, e consente di classificare gli stati della mente relativi all'attaccamento attraverso un'analisi qualitativa delle narrazioni che riguardano tali esperienze (Steele e Steele 2008). L'AAI è stata sviluppata nei primi anni ottanta del secolo scorso (Main, Kaplan e Cassidy 1985) per studiare le rappresentazioni di attaccamento in madri di bambini che venivano osservati durante la Strange Situation (una procedura sperimentale volta a rilevare gli stili di attaccamento nei bambini dai 12 ai 18 mesi, Ainsworth et al. 1978). Inizialmente, l'applicazione dell'AAI ha permesso di dimostrare la connessione tra le modalità con cui i genitori narrano le proprie esperienze di accudimento durante l'infanzia e lo stile di attaccamento dei figli (Main, Kaplan e Cassidy 1985); tale dato è ormai stato ampiamente confermato da numerosi studi. Tuttavia, il consolidamento di questo strumento nella letteratura scientifica ha condotto all'estensione del suo utilizzo in ulteriori contesti di ricerca clinica ed empirica quali, ad esempio, l'anamnesi psicopatologica, la costruzione dei legami di coppia in età adulta, l'adattamento sociorelazionale, il trattamento psicoterapeutico (per una rassegna completa sull'argomento, vedi Cassidy e Shaver 2008).

Sinteticamente, l'intervista è composta da venti domande che approfondiscono le esperienze vissute con le figure di accudimento durante l'infanzia: a tale scopo, all'intervistato vengono chiesti cinque aggettivi che descrivono la qualità della relazione con ciascun genitore; poi si chiede all'intervistato stesso di supportare tali aggettivi con specifici ricordi ed esperienze che hanno condotto alla selezione del termine prescelto; vengono quindi esplorate le esperienze di separazione con le figure di accudimento, i lutti e i traumi vissuti nel corso della vita; la parte finale dell'intervista indaga la relazione attuale dell'intervistato con i propri figli o, in caso di un individuo senza figli, come quest'ultimo immagina che si delineerebbe tale relazione.

La descrizione delle esperienze infantili viene analizzata in modo approfondito rispetto allo stile narrativo del soggetto, alle sue reazioni agli episodi descritti, al cambiamento nel corso del tempo dei sentimenti che riguardano gli eventi raccontati, agli effetti percepiti delle esperienze di accudimento e di altre eventuali esperienze significative rispetto allo sviluppo della personalità adulta.

Per consentire l'analisi dell'intervista secondo i criteri prestabiliti dagli autori (Main 1991), la somministrazione dell'AAI viene audioregistrata e trascritta integralmente. Il processo di codifica viene effettuato attraverso l'uso di due insiemi di scale a nove punti: il primo insieme di scale, definite *scale dell'esperienza*, esplora le esperienze vissute dall'intervistato nella relazione con le figure di accudimento primarie durante l'infanzia; la seconda serie di scale, definite *scale della mente*, valuta lo stato della mente del soggetto rispetto all'attaccamento.

La classificazione finale dell'AAI si basa sull'interpretazione dei contenuti narrativi e della forma in cui sono espressi, in termini di organizzazione e coerenza delle rappresentazioni mentali

SOTTOMESSO MAGGIO 2011, ACCETTATO GIUGNO 2011

concernenti l'attaccamento. Gli autori (Hesse 2008; Hesse e Main 2000; Main 1991; Main e Hesse 1992; Main, Hesse e Kaplan 2005) hanno individuato quattro categorie principali di rappresentazioni di attaccamento nell'adulto (corrispondenti ad altrettanti stili narrativi), in qualche modo paralleli agli stili di attaccamento nei bambini. Infatti, similmente a quanto avviene per l'infanzia, dove i comportamenti dei bambini durante la Strange Situation vengono classificati all'interno delle categorie Evitante (A, *anxious-avoidant insecure attachment*), Sicuro (B, *secure attachment*), Ambivalente (C, *anxious-resistant insecure attachment*), e Disorientato/Disorganizzato (D, *disorganized/disoriented attachment*), anche gli stati della mente relativi all'attaccamento individuati negli adulti per mezzo dell'AAI vengono classificati attraverso quattro categorie, definite attraverso altrettante sigle: Sicuro (F, *free*), Distanziante (Ds, *dismissing*), Preoccupato (E, *entangled*), Irrisolto (U, *unresolved*). A queste quattro categorie principali, si aggiunge una quinta definita Non Classificabile (CC, *Cannot Classify*), in cui si osserva la copresenza di stati mentali relativi all'attaccamento multipli e competitivi, come quelli Ds ed E (vedi Liotti 1992, 1999a, Main 1991).

Di seguito vengono brevemente descritte le principali caratteristiche delle categorie precedentemente elencate:

- Sicuro (F): i soggetti che vengono classificati all'interno di questa categoria appaiono liberi, autonomi e coerenti nell'esplorazione dei propri pensieri e stati interni relativi alle aree indagate, mostrando un buon grado di consapevolezza rispetto ai dati di realtà e ai significati a questi attribuiti. Essi mostrano inoltre una visione coerente delle proprie esperienze con le figure di attaccamento e degli effetti che tali esperienze hanno sul proprio stato mentale attuale.
- Distanziante (Ds): questa categoria fa riferimento a soggetti che tentano attivamente di limitare l'influenza delle esperienze di attaccamento sulla vita attuale. Essi presentano una particolare organizzazione di pensiero che permette loro di mantenere il sistema di attaccamento relativamente non attivato nei diversi contesti dell'esperienza. Durante l'intervista si può osservare come questi individui mettano in atto un processo di idealizzazione delle figure di attaccamento e delle esperienze del passato o, al contrario, svalutino in modo deciso e sprezzante le figure genitoriali e le relazioni di attaccamento *tout court*. I protocolli dei soggetti distanzianti possono anche essere caratterizzati da una descrizione stereotipata delle relazioni d'attaccamento, da una marcata assenza di ricordi (che non sostanzia quindi l'eventuale estrema idealizzazione delle figure genitoriali) e da un'eccessiva brevità delle risposte (i trascritti dei protocolli Ds constano spesso di poche pagine).
- Preoccupato (E): questa classificazione si applica quando il soggetto presenta uno stato mentale confuso e non obiettivo rispetto alla propria esperienza passata di attaccamento. Durante l'intervista i soggetti preoccupati mostrano un forte invischiamento relativo a dinamiche familiari passate e presenti, che si riflette in modo rilevante sul loro stato della mente. I soggetti preoccupati possono mostrare una condizione di rabbia coinvolta verso i genitori, possono risultare incapaci di discutere in maniera qualitativamente appropriata e articolata le relazioni d'attaccamento, risultando passivi rispetto a queste, o ancora la paura vissuta nella relazione con *caregiver* imprevedibili e fortemente spaventanti può incidere in maniera estrema sul loro stato della mente. I trascritti dei soggetti preoccupati sono spesso eccessivamente lunghi, caratterizzati da frasi grammaticalmente scorrette e confuse.
- Irrisolto (U): Questa categoria viene assegnata quando dall'intervista si evince una mancanza di risoluzione di specifici eventi traumatici nella storia del soggetto, quali ad esempio gravi lutti, abusi o traumi di altro genere. I soggetti irrisolti presentano fallimenti del monitoraggio del pensiero e del discorso durante la discussione relativa alle perdite o ai traumi. I lapsus suggeriscono delle temporanee alterazioni della coscienza e della memoria,

che rappresentano di fatto delle interferenze sullo stato mentale attuale derivanti da ricordi traumatici: tali ricordi vengono di solito dissociati dalla coscienza ordinaria, continuando tuttavia ad influenzare lo stato mentale (Liotti e Farina 2011). Nella classificazione AAI, alla categoria Irrisolto viene accostata sempre una delle categorie principali, per una definizione più esaustiva dell'intervista nel suo complesso (ad esempio, U/Ds, ovvero Irrisolto/distanziante).

- Non classificabile (CC): Il protocollo AAI viene considerato non classificabile quando gli elementi del discorso del soggetto non sono classificabili esclusivamente in una delle categorie precedentemente descritte. L'individuo manifesta una combinazione di stati mentali incompatibili fra loro, con elementi in forte contraddizione reciproca. Le esperienze che i soggetti non classificabili riportano nell'intervista sono spesso altamente confuse, bizzarre o estremamente sconvolgenti, tali da impedire una loro elaborazione all'interno di un'organizzazione di pensiero – e conseguentemente narrativa - coerente e coesa. In questi individui si attivano dunque contemporaneamente stati della mente contraddittori e incompatibili tra di loro (come quelli E e Ds).

In linea generale, l'AAI si propone come uno strumento di misurazione dell'attaccamento che, differentemente da altri metodi, si basa sull'analisi delle rappresentazioni mentali dell'attaccamento, per come esse emergono nelle narrative degli individui, piuttosto che su approcci che tentano di valutare i correlati o le ricadute (consapevoli e inconsapevoli) di tali rappresentazioni nel soggetto adulto. Questa considerazione permette di effettuare una distinzione fondamentale tra misure delle rappresentazioni di attaccamento e misure degli stili di attaccamento: le rappresentazioni di attaccamento e gli stati mentali relativi all'attaccamento costituiscono un sistema implicito di conoscenza che si è sviluppato all'interno del contesto di accudimento primario e che guida il comportamento e le relazioni di un individuo (Slade 2008), mentre gli stili di attaccamento descrivono le disposizioni relazionali nei diversi contesti dell'attaccamento. Dunque, esistono certamente un ampio numero di indicatori utili per la valutazione degli stili di attaccamento, tra cui l'ansia di separazione (Ainsworth 1978, Klagsbrun e Bowlby 1976), la fiducia interpersonale (Bifulco et al. 2002; Feeney, Noller e Hanrahan 1994; Hazan e Shaver 1987) e, in età adulta, la reciprocità nelle relazioni romantiche (Crowell e Owens 1996); queste variabili possono essere valutate proficuamente attraverso procedure sperimentali, questionari, tecniche proiettive o interviste, ma esse sono sostanzialmente correlati evolutivi dei modelli di rappresentazione della realtà che emergono dalla relazione primaria di attaccamento e che si manifestano attraverso gli stili comportamentali dell'individuo.

Pertanto, l'obiettivo applicativo di un'intervista come l'AAI, soprattutto nel contesto del lavoro clinico, non è primariamente quello di individuare i correlati psicologici e comportamentali dell'attaccamento, ma quello di identificare le dinamiche costitutive dei modelli operativi interni e il loro modo di organizzarsi e declinarsi nella costruzione della rappresentazione del mondo.

2. Uso clinico dell'Adult Attachment Interview

L'Adult Attachment Interview nasce e si sviluppa come uno strumento la cui applicazione riguarda prevalentemente ambiti di ricerca. Da qualche tempo, comunque, diversi autori hanno cominciato a utilizzarla anche in contesti diagnostici e clinici, con risultati incoraggianti (Steele e Steele 2008). L'AAI, infatti, può risultare un utile strumento per la rilevazione di informazioni relative al contesto evolutivo e alle modalità di accudimento che hanno caratterizzato i processi di sviluppo di un individuo; inoltre, l'intervista affronta in modo sistematico alcune aree di gran-

de interesse clinico, come la presenza di lutti, abusi e altri tipi di trauma, che richiedono spesso molti colloqui prima di emergere nei resoconti dei pazienti.

Oltre alla raccolta di informazioni, attraverso l'analisi dei resoconti delle esperienze infantili e della modalità attraverso cui queste vengono narrate, l'AAI consente di valutare il modo in cui i modelli operativi interni (MOI, gli schemi cognitivo-affettivi che guidano l'approccio dell'individuo alle relazioni, Bowlby 1973) e gli affetti a essi collegati si sono organizzati contribuendo a determinare il funzionamento psichico e comportamentale del paziente. Nella valutazione di un trascritto AAI, l'analisi del linguaggio e dello stile conversazionale è di grande importanza, poiché la coerenza della narrazione ci fornisce un indice di quanto e come i pazienti hanno elaborato la propria storia di attaccamento. La somministrazione del protocollo AAI, dunque, non solo favorisce la comprensione del contesto evolutivo in cui il paziente è cresciuto, ma permette anche di analizzare il modo in cui le esperienze di accudimento sono state vissute e sono state organizzate *soggettivamente*, facendo luce sul mondo interno del paziente e sulle rappresentazioni mentali che lo caratterizzano.

All'interno della relazione diagnostica o terapeutica le domande del protocollo AAI possono perciò aiutare il paziente a sentirsi coinvolto in uno scambio relazionale in cui è permesso condividere le proprie esperienze evolutive con qualcuno fortemente interessato ad ascoltarle e comprenderle, cosa che potrebbe risultare già di per sé capace di produrre un certo sollievo alla sofferenza di alcuni individui. Inoltre, la somministrazione del protocollo è in grado di stimolare il paziente a riflettere sin dall'inizio della terapia sul fatto che i propri problemi attuali possano essere collegati alle esperienze infantili, e che il proprio modo di pensare, sentire e comportarsi possa essere stato significativamente influenzato proprio da tali esperienze.

Ancora, attraverso l'AAI, il clinico può identificare il clima emotivo in cui il paziente è cresciuto, il tipo di accudimento da lui ricevuto (se si è potuto contare o meno su un genitore, se ci sono state esperienze di cura e di contatto fisico, se ci sono stati momenti di sconforto e quale è stata la risposta del genitore), e l'eventuale presenza di esperienze affettive passate che sono state escluse difensivamente poiché intollerabili (Bowlby 1980). Possedere utili informazioni su queste esperienze evolutive aiuta molto il clinico a conoscere il mondo interno del paziente e i suoi schemi di rappresentazioni di sé in relazione all'altro, fornendo così un quadro delle dinamiche relazionali che il paziente potrà mettere in atto durante la psicoterapia (Muscetta et al. 1999).

Esplorare e cogliere nel dettaglio le interazioni del paziente con le figure d'accudimento nell'infanzia, gli affetti più intimi che hanno caratterizzato la sua storia, può infine permettere al clinico di conoscere le modalità di risposta alle separazioni e "prevedere" il tipo di transfert (e gli affetti a esso collegati) che il paziente probabilmente stabilirà con il terapeuta nel corso del lavoro clinico (Steele e Steele 2008). Gli stati affettivi che sono stati maggiormente presenti nella relazione del bambino con i suoi *caregiver* sono infatti anche quelli che più frequentemente si ripetono nel transfert, e che più facilmente sono in grado di suscitare reazioni controtransferali sulle quali il terapeuta si orienta nel lavoro di ricostruzione e interpretazione (Slade 2008, Wallin 2007).

3. Esemplicazioni cliniche

La breve sintesi sull'AAI proposta nella parte introduttiva di questo lavoro è utile a rendere più chiara e fruibile la questione centrale che ci proponiamo di affrontare nel contributo, ovvero la rilevanza per la pratica clinica dell'utilizzo di questo strumento. A tale scopo, proporremo alcuni passaggi di trascritti tratti dal lavoro clinico, in cui l'uso di particolari scale dello strumen-

to si è rivelato particolarmente utile per la comprensione di specifiche aree di sofferenza dei pazienti, fornendo decisive indicazioni per il successivo lavoro terapeutico¹.

Involving/Role Reversing (Coinvolgimento/Inversione di Ruolo)

Il primo esempio riguarda una scala dell'esperienza, ovvero una delle scale che misurano la qualità delle esperienze relazionali vissute con le figure genitoriali durante l'infanzia. La scala dell'*Involving/Role Reversing* è una scala composita che valuta il grado di ipercoinvolgimento dei genitori nelle attività del figlio, misurando quindi sul piano psicologico il livello di intrusività genitoriale rispetto alle esperienze di sviluppo psicologico e comportamentale del bambino. Punteggi elevati a questa scala indicano che si è verificata una significativa inversione di ruolo, ovvero che si è realizzato un processo di parentificazione in cui il bambino è stato chiamato a occuparsi, direttamente o indirettamente, dei problemi dei genitori. Nelle sue forme più estreme, il *role reversal* implica che il bambino è stato trattato dal genitore come uno "sposo sostituto", ricevendo richieste di cura e confidenze totalmente inappropriate all'età, che possono giungere fino all'aspettativa di soddisfazione dei bisogni fisici e psicologici del genitore. Sul piano clinico, una simile situazione comporta un assoggettamento del bambino ai desideri, alle paure e alle proiezioni genitoriali (Craparo e Schimmenti 2008, Schimmenti e Craparo in press), che ha gravi conseguenze sulla strutturazione del Sé e dell'identità adulta. In termini di modelli operativi interni, infatti, tale condizione può determinare nel bambino lo sviluppo di uno schema di compiacenza e adesione rispetto ai bisogni dell'altro, e una contemporanea disattenzione verso le esigenze del Sé, che si riverberano nell'idea che l'adeguarsi ai bisogni dell'altro è l'unica modalità per legarlo a sé e tenerlo vicino. È forse in quest'ottica che può essere letta la strategia del *compulsive caretaking*, cioè del bisogno compulsivo di prendersi cura delle altre persone anche a discapito del proprio benessere fisico e psicologico. Tale strategia è descritta da Bowlby (1979) come una forma di controllo della relazione con l'altro e di autocura rispetto a un'immagine di sé deficitaria e percepita come priva di valore. In un circolo vizioso, tuttavia, la cura compulsiva dell'altro può condurre allo sviluppo di modalità autoregulatorie patologiche, come l'autolesionismo (Van der Kolk, Perry e Herman 1991) o l'abuso di sostanze (Flores 2004): infatti, nei casi di estremo *role reversal* il bambino non può accedere in alcun modo alla funzione di conforto svolto dalla figura di attaccamento, e deve anzi svolgere egli stesso questa funzione nei confronti del genitore pur non possedendo le risorse emotive e cognitive per farlo. Ciò può comportare l'emergere di una rappresentazione di sé nella relazione con l'altro come inefficace e indegna, che alimenta sentimenti di inadeguatezza e vergogna. A loro volta, questi sentimenti minacciano il senso del valore personale e la libertà d'azione dell'individuo; gli stati mentali e affettivi dolorosi derivanti dalla relazione con il caregiver verrebbero perciò mantenuti distanti dalla consapevolezza attraverso il rifugio compulsivo in stati di coscienza dissociati (Caretti, Craparo e Schimmenti 2010, Schimmenti 2008).

Il caso di L illustra chiaramente questa dinamica. L ha 52 anni, ed è un ex-alcolista. L'infanzia di L è stata particolarmente difficile in quanto il padre, fisicamente abusante sia nei suoi confronti che in quelli della madre, mostrava una preferenza per gli altri figli. Ciò che colpisce però particolarmente l'attenzione del clinico nell'intervista è l'intensa inversione di ruolo che L

¹ Giovanbattista Di Carlo ha effettuato il training ufficiale AAI nel 2008 (Roma); Adriano Schimmenti ha effettuato lo stesso training nel 2006 (Roma). Gli autori ringraziano il Dott. Sergio Muscetta per aver fornito una parte del materiale clinico discusso in questo paragrafo.

ha vissuto con la madre, di cui peraltro egli non sembra essere consapevole, dato che definisce questo rapporto “bellissimo”.

Clinico: Lei ha detto anche che sua madre faceva molte raccomandazioni. Mi può raccontare un episodio in cui questo è successo?

L: Ma sempre, anche oggi è così. Quando bevevo, diceva che gli amici si approfittavano di me, della mia debolezza e dei miei soldi.

C: E quando era bambino? Ricorda esempi di quando era bambino?

L: Quando ero piccolo mi diceva di stare attento, di non dare confidenza alle persone. Quarant'anni fa qui sequestravano i bambini, e io ho perso un anno di scuola per questo.

C: In che senso?

L: Mia madre aveva paura di questi rapimenti, che io accettassi doni da estranei, così per un anno non mi ha mandato a scuola.

C: Quindi per un anno non è andato a scuola per questo timore di sua madre? Quanti anni aveva?

L: Otto-nove anni. Ho fatto il primo anno delle elementari un anno dopo, perché diceva che era presto per me andare a scuola prima, e dagli otto ai nove anni non sono andato perché era scomparso un bambino e non voleva che corressi questo rischio.

In un punto successivo dell'intervista, L afferma che si prendeva cura della madre e stava accanto a lei quando quest'ultima viveva “momenti negativi” (sembra che L descriva un caso di depressione cronica materna); non era però vero il contrario, ovvero la madre non si prendeva cura di lui nel momento del disagio.

Clinico: Cosa succedeva quando stava male, o aveva qualche problema, o era triste?

L: Niente. Cercavo di curarmi da solo.

C: Anche da bambino?

L: Sempre.

Più avanti nell'intervista, quando L parla di ciò che aveva appreso dalla relazione con i suoi genitori, racconta del momento in cui si è sposato, a ventotto anni.

L: Mia madre non voleva che mi sposassi, diceva che non ero pronto, che ero immaturo.

C: E lei cosa pensa a questo proposito?

L: Niente. Lei diceva che questa donna non era adatta a me, che non avevo un lavoro sicuro e che era meglio se restavo a casa, che non sarei stato in grado di gestire il matrimonio e che sicuramente mia moglie mi avrebbe fatto soffrire. Mi diceva anche che loro mi avrebbero sempre aiutato se ce ne fosse stato bisogno, ma che certo non potevo rovinarmi così la vita, e che quindi era meglio se ci ripensavo perché non voleva che suo figlio si rovinasse da solo. Era proprio sicura che sarebbe accaduto. All'inizio è stato molto difficile per me, non potevo andarla a trovare con mia moglie perché mia madre la trattava sempre troppo male, le diceva cose veramente brutte, su come si vestiva e cose del genere. F [la moglie] piangeva sempre per come la trattava mia madre.

Si osserva sin da subito come la madre di L faccia di tutto per scoraggiare i comportamenti di esplorazione del figlio. Fin da bambino, a L era stata trasmessa la sensazione che il mondo è pericoloso e che l'unico modo per essere al sicuro era quello di stare il più vicino possibile alla madre. L'atteggiamento, che potremmo definire ansioso-controllante, della madre di L ha fatto sì

che la naturale spinta esplorativa e il sentimento di libertà personale venissero messi da parte per la paura di perdere il legame; inoltre, l'inversione di ruolo ha spinto il paziente sin dall'infanzia a inibire difensivamente l'espressione diretta dei propri bisogni, cioè "Io sono un bambino e ho bisogno di aiuto, cura e amore", per confermare la drammatica identificazione opposta, ovvero "Io sono un ragazzo grande che deve prendersi cura e amare il suo genitore perché questi ha bisogno di me" (Bowlby 1980).

Quando una simile modalità disfunzionale di sottomissione e di negazione difensiva dei propri bisogni si è consolidata precocemente nell'infanzia ed è durata per tutta la vita, si può spesso riscontrare nel paziente l'assenza di un senso di sé forte e unitario; tutto ciò di frequente si connette con una forte rabbia, conscia o inconscia, nei confronti del genitore (attaccamenti preoccupati), oltre che con una disregolazione degli impulsi.

Un bisogno fondamentale del bambino è infatti quello di ritrovare i propri pensieri e le proprie intenzioni nella mente del genitore, condizione che viene descritta da Winnicott come "restituire al bambino il proprio Sé" (Winnicott 1971). Per il bambino, l'internalizzazione di questa rappresentazione relazionale esercita una funzione di contenimento e favorisce la maturazione psicobiologica delle strutture mentali. Il fallimento della funzione di contenimento porta invece a una disperata ricerca di modalità alternative di gestione degli affetti dolorosi, che può arrivare a generare soluzioni patologiche.

Ad esempio, il senso di identità del bambino potrebbe forgiarsi sulla base dell'immagine distorta o maligna che il genitore ha di lui (Shengold 1989). Quest'immagine diviene il germe di un oggetto interiorizzato potenzialmente persecutorio, che ha sede nel Sé ma che è esperito come estraneo e non assimilabile (Ferenczi 1932a, Borgogno 1999), il quale viene poi portato all'esterno attraverso i meccanismi di proiezione e d'identificazione proiettiva. Si potrà manifestare inoltre un disperato desiderio inconscio di separazione dalla figura di attaccamento, nella speranza di stabilire un'identità autonoma; tuttavia, la costruzione di questa identità è resa tragicamente impossibile dalla presenza nel Sé di un oggetto alieno, primitivo, intrusivo e violento, che minaccia costantemente il paziente di crollo psichico, per cui quando la ricerca di rispecchiamento e contenimento del bambino non ha avuto esiti positivi, paradossalmente la successiva spinta verso la separazione rischia solamente di attivare un ulteriore movimento di fusione del Sé con l'oggetto. Sinteticamente, più l'individuo cerca di essere se stesso, più diventa simile al suo oggetto persecutore poiché questo è ormai parte della struttura del Sé (Fonagy e Target 1997). Ciò ha importanti ricadute anche sulla dimensione del corpo che, desimbolizzato e disincarnato, diviene una sorta di sostituto dell'apparato psichico in cui idee, emozioni e sentimenti vengono scaricati piuttosto che pensati. Gli stati corporei appaiono così investiti della sofferenza intollerabile degli stati mentali; il passaggio all'utilizzo dell'alcol come strumento di autoregolazione appare a questo punto fin troppo ovvio: il corpo deve essere anestetizzato per essere mantenuto silente rispetto alle spinte distruttive rivolte all'oggetto interiorizzato.

Svalutazione distanziante (Dismissing Derogation)

Nell'AAI, una scala della mente i cui indicatori sono talvolta difficili da identificare ma che ha una grande rilevanza per l'individuazione delle rappresentazioni di attaccamento distanzianti è quella della svalutazione (*derogation*). La scala della *derogation* valuta infatti il grado di distanziamento dalle figure e dalle esperienze d'attaccamento per mezzo di una svalutazione sprezzante e fredda (Main, Kaplan e Cassidy 1985). Attraverso un'ulteriore esemplificazione di un caso, proveremo a illustrare la rilevanza clinica di questa scala. Utilizziamo alcuni stralci del trascritto di G, una paziente che all'epoca della somministrazione aveva diciassette anni.

Clinico: Potrebbe aiutarmi a comprendere la sua situazione familiare. Dove è nata? Dove viveva, e con chi? Vi siete spostati molto durante la sua infanzia? Che cosa facevano i suoi genitori per vivere?

G: Allora, da che cosa inizio? Dove sono nata?

C: Ok.

G: Sono nata a L., in provincia di S., poi i miei genitori si sono trasferiti a M. e io avevo all'incirca, penso, un anno e mezzo-due. Ehm... il mio papà, no, prima il mio papà era dipendente di un grosso ingrosso, sempre per idraulica e tutto quello che riguarda l'elettrico: era idraulico ed elettricista. Poi dopo un po' di anni ha aperto un'attività da solo, insomma aveva delle persone che lavoravano per lui e la ditta... comunque poi, insomma, poi ha sempre lavorato, è sempre stato un artigiano. E poi dopo un po' di anni con l'avvento del metano, della caldaia, così, si è occupato anche di queste cose.

C: Ho capito.

G: Mamma invece è una casalinga, frustrata.

È interessante notare come sin da subito la paziente prenda una chiara posizione negativa nei confronti della madre, in modo diretto ed esplicito. G definisce la madre "frustrata". La scelta della parola "frustrata" fornisce un'indicazione decisa su come la paziente consideri la madre; emerge così immediatamente, in modo improvviso e netto, un tentativo da parte di G di distanziarsi in modo estremo da lei.

Tuttavia, limitandoci all'uso classico della scala, si potrebbe soltanto dire che la paziente svaluta la figura materna; un uso clinico di questa scala, ci permette invece di inferire che, probabilmente, la parola "frustrata" nasconda degli elementi di forte rabbia nei confronti della madre, che G potrebbe escludere dalla consapevolezza, poiché se i correlati emotivi connessi a questa rabbia giungessero alla coscienza minaccerebbero l'integrazione mentale. Il clinico, attraverso questo passaggio dell'intervista potrebbe già individuare uno degli obiettivi del futuro lavoro, ovvero l'esplicitazione e l'elaborazione dei sentimenti di G verso la madre.

Continuiamo con un altro stralcio in cui G parla ancora dei genitori.

Clinico: Da piccola, tra i due genitori a quale si sentiva più vicina, e perché? E perchè non provava gli stessi sentimenti nei confronti dell'altro?

G: A mio papà.

C: Perché?

G: Benché lui avesse le sue vie di fuga, perché lo vedevo un po' succube... cioè, non lo era, però comunque subiva la presenza di questa mamma che era insoddisfatta, che era sempre nervosa, che comunque veramente la dovevi prendere con le pinze... cioè... che tutto era immagine, non era sostanza, io non credo che la mia mamma... ma nemmeno ora, se le vai a dire: "Ma a G che piace? Il rosso o il bianco, il blu o il viola?", lei non lo sa, cioè... è una donna così, superficiale.

C: Senta, quando era turbata da bambina, lei che faceva?

G: Mi chiudevo nello stanzino e giocavo a fare la maestra con le mie bambole.

Ancora una volta, G svaluta seccamente la madre definendola "superficiale" e "insoddisfatta"; è facile intuire invece come siano stati i bisogni di questa paziente, quando era bambina, a non essere soddisfatti – cioè, è lei a essere insoddisfatta della madre. Probabilmente, la mancata soddisfazione dei bisogni ha contribuito al formarsi di un modello operativo interno nella paziente secondo cui l'altro non è capace di sintonizzarsi con i propri stati interni: G, infatti, dichiara che tendeva a isolarsi nei momenti di stress, anziché chiedere aiuto; forse questo accadeva poiché, già

nella prima infanzia, la madre di G non era disponibile emotivamente, e lei aveva imparato a dirigere la sua attenzione su oggetti inanimati e rifugiarsi in un mondo fantastico, in linea con quanto si può osservare nei bambini evitanti durante la Strange Situation (Ainsworth et al. 1978).

D'altro canto, l'uso di meccanismi di svalutazione in pazienti adolescenti o giovani adulti potrebbe essere interpretato anche come un tentativo inconscio di distanziarsi dai genitori, in una fase dello sviluppo in cui la ricerca di autonomia è uno dei compiti evolutivi più importanti. Durante questo periodo, i modelli operativi interni vengono sottoposti a una profonda revisione, proprio perché sono identificati con un modo infantile di vedere le cose, fortemente mutuato dalle concezioni genitoriali; si avverte così, nell'adolescente, un'urgenza di trasformare il proprio mondo interno (e in particolare le sue rappresentazioni infantili) per sfuggire all'influenza dei genitori (Ammaniti e Speranza 1991).

A prescindere dall'età, comunque, la psicoterapia con pazienti che mostrano uno stile distanziante caratterizzato da un approccio particolarmente sprezzante rispetto alle figure di attaccamento può risultare particolarmente difficile poiché, spesso, le sedute possono rivelarsi lente e faticose; lo stile conversazionale caratterizzato da risposte brevi, secche e poco articolate, è spesso l'unico elemento su cui il clinico può appigliarsi per lavorare. Inoltre, questi pazienti sembrano inizialmente non valorizzare l'intervento del terapeuta, o svalutandolo attivamente o non mostrando alcuna reazione che possa far pensare che l'intervento stia avendo un effetto sul paziente. Il controtransfert in queste situazioni può essere molto intenso, caratterizzato di frequente dalla noia oltre che da un sentimento di fallimento; potrebbe essere utile, in questi momenti, lavorare proprio sulle reazioni controtransferali connesse alla svalutazione e al ruolo difensivo che essa svolge nel mondo psichico del paziente distanziante, per cercare di sbloccare l'*impasse* e costruire un'alleanza di lavoro finalizzata alla consapevolezza dei modelli relazionali inconsci e alla possibilità di condividerli in una relazione umana.

Abuso Irrisolto (Unresolved Abuse)

Vengono presentati di seguito alcuni brani del protocollo AAI di una paziente, R, che all'epoca della somministrazione aveva quarantasei anni. Si è scelto di presentare alcuni stralci di questo trascritto poiché illustra quanto un uso clinico dell'Adult Attachment Interview possa essere d'aiuto nel comprendere le dinamiche psichiche dei pazienti abusati e nello stabilire gli obiettivi terapeutici.

Clinico: Secondo lei che tipo di disciplina le imponevano i suoi genitori? Lei ha mai pensato che fosse troppo dura, o abusante?

R: No, no.

C: Pensa che comunque il modo in cui i suoi genitori la disciplinavano abbia avuto effetti su di lei?

R: Sì. Io poi sono stata violentata, da uno zio.

C: Da uno zio? Quale?

R: Da uno zio dalla parte della mia mamma. Era zio a lei, uno zio acquisito, sì.

C: E quanti anni aveva?

R: Ma io sono stata molestata da diversi uomini, insomma, ero piccola.

C: La prima volta quanti anni aveva?

R: Avevo cinque anni, cinque anni, mi ricordo benissimo. Ho, diciamo, deciso di salvare mia sorella, perché papà, insomma... noi andavamo, insomma, in questa casa... poi era grande, bella, c'era la legnaia, c'erano un sacco di annessi a questa fattoria, e quindi quel giorno papà andava a

vedere la partita della sua squadra, me lo ricordo sempre. Io gli dissi: “No, papà, ti prego, ti prego, non mi ci mandare, non mi ci mandare. Guarda non ci vogliamo andare”. E lui: “Vi do cinquanta lire per uno”, poi dice: “Subito dopo la partita torno a riprendervi”. Ovviamente non avevo alcun coraggio comunque di dire certe cose, ecco. E, niente, insomma, quindi... mi faceva pena l’idea che potesse tornare da mia sorella, cioè mi sentivo più forte... non lo so, non lo so. Insomma è stato questo un episodio che...

C: Ma come avvenne questo episodio?

R: L’episodio fu, va beh ... lui mi dava noia già da un bel po’ di tempo, io non capivo come mai, mi si rivolgeva in una forma diversa da, insomma, da quello che è uno zio, che è un uomo insomma grande, adulto... potesse, ehm... allora io sentii... c’era questo corridoio lunghissimo che finiva in una terrazza con una tettoia altrettanto riparata e lunga con, mi ricordo, tre panchine: il tavolo all’inizio e tre panchine. E lui praticamente... io scappavo, scappavo, e sono finita invece in un punto della casa senza vie di uscita, e allora io mi ricordo, mi tirò giù le mutandine, si tirò giù lui le mutande e praticamente io ebbi... mi mise proprio sulla panchina, io avevo proprio... e fece insomma una sorta di penetrazione, non riuscita benissimo, però, insomma, sì... e io facevo: “Che fai, che fai?” Questo, e poi anche a T. [luogo], ma fin da... anche lì mi succedevano altre cose. Ha visto che le ho raccontato di quella famiglia del piano di sopra... e io ancora alla fine anche lì ho dovuto in qualche maniera... andavo quando c’era la signora perché questo signore anziano si tirava giù la cerniera e mi faceva introdurre la mano dentro, e poi altre piccole situazioni, insomma, l’imbianchino che faceva... e infatti io mi chiedevo: “Ma che ho io? Perché gli uomini adulti si comportano così nei miei confronti?” E questa cosa l’ho confessata alla mia mamma quando sono andata in comunità... dopo nove mesi, sette mesi. Ci siamo incontrate, e lei mi disse: “Madonna, ma lo sai che anche a me il giorno del matrimonio con papà mi ha dato noia, ha cercato di darmi un bacio?”. Io le dissi: “E tu hai permesso di lasciare le tue figlie con un uomo così? Io non avrei mai permesso, mamma”.

C: Quale, il primo? Lo zio?

R: Sì. Anche lui di M. [luogo], “Mamma ma io non avrei mai permesso”. “Ah”, dice, “io non avrei mai pensato a una cosa del genere, che lui potesse in qualche maniera esercitare queste, non so, queste situazioni anche con delle bambine”.

C: Perché lei non raccontò nulla a sua madre prima di allora?

R: No, no.

C: Non lo raccontò a nessuno?

R: A nessuno, a nessuno. Solo a mia sorella dissi: “Tutto bene, M.?” “Sì, sì”, e lì è morta, e lì è morta. E devo dire che questa è forse l’unica cosa che io non ho visto molto bene in comunità, non è stata una cosa, cioè... anche lì mi dicevano sempre: “Ma tu sei totalmente distaccata”. E in effetti io non sento niente, io non sento niente, cioè non provo nessun tipo di trasporto, di emozione, non mi viene una commozione... mi viene per altre cose, ma per questa no, questa no, l’ho vissuta veramente con distacco.

C: In questo episodio con lo zio, per esempio, si era distaccata emotivamente?

R: Sì.

C: Mentre succedeva?

R: Sì, sì, ma anche altre volte in cui lui mi metteva a sedere, comunque mi muoveva un po’, oppure mi toccava in una maniera... oppure anche lo sguardo, io proprio dicevo: “Ma perché, ma sono io, sono io?”.

C: Cioè, pensava che era colpa sua?

R: Sì, sì, cioè mi chiedevo “Perché io, perché io?”, c’era qualcosa forse di provocatorio in me, ma che ne so, e quindi non lo so, insomma... cioè, mi sembrava il punto, insomma, non dico importante, ma necessario, insomma, da dover dire.

C: Certo. Senta ma lei non ricorda paura, fastidio, mentre viveva queste cose?

R: No.

C: No, era come se succedesse a un altro?

R: Sì, sì, ma questo... guardi, lo sa che cosa penso? Che io questo modo di sentire... a me a volte mi sembra di non sentire l'affetto verso le persone, non lo sento, e poi quello che faccio o quello che mi viene fatto... quindi con delle situazioni oggettive io mi rendo conto che questa persona mi vuole bene...cioè, io non lo so come percepiscono gli altri l'affetto, ma io non lo so, cioè...

C: ... Non lo sente?

R: Non lo sento, non lo sento.

C: Secondo lei questa esperienza ha avuto effetti su di lei da adulta?

R: Sì, questo è un aspetto che le ho detto, l'essere così...io ho dei problemi anche a livello sessuale... (3 sec.) ma io penso anche soprattutto affettivo.

C: Problemi sessuali, cioè che cosa?

R: A parte che io a volte mi devo immaginare lui, lei pensi, io per potermi coinvolgere... a volte il mio pensiero... guardi, mi vergogno, è anche imbarazzante parlarne, cioè dire queste cose, ma ho deciso di venire da lei e di dire tutta la verità. Io per...ma nemmeno per eccitarmi... però il mio pensiero va lì.

C: Ah, a quel rapporto con questo zio?

R: No, proprio a lui.

C: A lui?

R: A lui proprio sì, comunque sia, questa sorta di violenza...e poi io non raggio mai, mai, mai l'orgasmo, mai, se non manuale, insomma. Io in un rapporto non l'ho mai raggiunto, mai, mai, non ce la faccio, allora fingo, fingo. Cioè penso che certe cose forse un po', sì, un pochino, lui abbia influito proprio, anche nella mia crescita, nel rapporto proprio... però ecco insomma nel rapporto forse con gli uomini, sì.

In questo passaggio, R racconta in dettaglio un abuso sessuale subito durante l'infanzia. È interessante notare come la paziente arrivi al ricordo traumatico attraverso un'associazione con la parola "abusante", anche se il terapeuta aveva posto la domanda riferendosi a un altro argomento. La mente della paziente sembra improvvisamente invasa dalle memorie traumatiche: si può osservare come rimembri molti dettagli (il lungo corridoio, il numero di panchine sulla terrazza) del contesto in cui avvenne l'abuso. L'eccessiva attenzione ai dettagli è uno degli indici che caratterizza la categoria Irrisolta dell'AAI, e potrebbe essere interpretato come un tentativo di prestare attenzione a fattori meno dolorosi per la psiche, allontanando dunque da sé i contenuti più traumatici e penosi. Probabilmente, l'aspetto più interessante di questo passaggio è l'identificazione di R con l'aggressore, rilevabile nel momento in cui la paziente ammette di dover pensare allo zio abusante per raggiungere l'eccitazione sessuale. R sembra in questo caso aver introiettato l'eccitazione dell'aggressore, dissociando completamente le proprie emozioni (dice di sentirsi completamente "distaccata"). Scrive a tal proposito Ferenczi in *"Confusione delle lingue tra adulti e bambini"* (1932b, p. 96): "Ma questa stessa paura, quando raggiunge il culmine, li costringe automaticamente a sottomettersi alla volontà dell'aggressore, a indovinarne tutti i desideri, obbedirgli ciecamente, identificandosi completamente con lui. Con l'identificazione, o meglio con l'introyezione dell'aggressore, quest'ultimo scompare come realtà esterna e diventa intrapsichico; ma tutto ciò che è intrapsichico soggiace, in uno stato simile al sogno, com'è appunto la trance traumatica, al processo primario, vale a dire ciò che è intrapsichico può essere, in base al principio del piacere, plasmato e trasformato in allucinatorio, positivo o negativo".

Sembra quindi che per R l'unico modo per sopravvivere psichicamente al trauma subito sia

proprio quello di trasformarlo in un elemento intrapsichico, avendo così l'illusione di annullarne l'intensità e l'impatto. Tuttavia, R racconta anche di non essere mai riuscita a raggiungere l'orgasmo in un rapporto di coppia. Questo passaggio dell'AAI mette in luce un altro aspetto clinicamente molto interessante: oltre ad aver fatta propria l'eccitazione dell'aggressore, la paziente introietta anche il suo senso di colpa. R, infatti, dice di aver cominciato a pensare, dopo aver subito abusi da altri uomini, di essere lei stessa a provocare questi eventi, con un conseguente incremento dei vissuti di confusione e dei sentimenti di vergogna e umiliazione; inoltre, R racconta di aver parlato dell'abuso con la madre soltanto dopo molti anni, e di aver scoperto che anche quest'ultima era stata molestata dalla stessa persona; questo provoca rabbia in R ("E tu hai permesso di lasciare le tue figlie con un uomo così? Io non avrei mai permesso, mamma") e, cosa ancor più importante, rafforza contemporaneamente la sua convinzione di non meritare aiuto e protezione da parte degli altri, alimentando così le aspettative di rifiuto. In R si assiste dunque a un *trapianto estraneo* (Ferenczi 1932a) delle parti colpevoli dell'aggressore, e all'estrazione, con la conseguente perdita, di una parte viva e autentica di se stessa (Borgogno 1999). L'incapacità di provare piacere corrisponde a un "assassinio dell'anima", per utilizzare una bella espressione di Leonard Shengold (1989): in R ciò si manifesta nel corpo disincarnato, spremuto fino all'osso attraverso uno stile di vita estremo, caratterizzato da un forte uso di droghe pesanti e frequenti rapporti dalle forti venature sadomasochistiche con partner occasionali, e si osserva anche nei forti tratti alessitimici che le impediscono di vivere in modo consapevole ed emotivamente ricco la propria vita affettiva e sessuale.

In termini di modelli operativi interni, questo passaggio mette in luce l'incoerenza e la reciproca incompatibilità dei MOI della paziente; infatti, nella mente di R si può osservare la presenza di rappresentazioni Sé-Altro disorganizzate, in cui è presente una rappresentazione dell'altro come malevolo e come responsabile della paura sperimentata, ma anche, e simultaneamente, una rappresentazione di sé come persecutore (quando la paziente si chiede "Sono io? sono io?", cioè "È colpa mia?") e dell'altro come vittima (Liotti 1995, 1999a, 1999b).

Ancora, in questo caso la natura incoerente e frammentata dei MOI derivante dal trauma è rafforzata dall'assenza di una figura di attaccamento capace di offrire conforto e protezione, il che conduce quasi inevitabilmente a una rappresentazione del proprio Sé come sgradito e indegno, e quindi di un me-in-relazione-all'altro come non meritevole di attenzione, e dell'altro come non affidabile.

E infatti R porta ancora oggi i segni di una relazione con una madre "non sufficientemente buona" (Winnicott 1965), come dimostra al termine dell'intervista.

C: Secondo lei ha imparato qualche cosa dalle sue esperienze infantili? Cosa spera che suo figlio impari da lei come madre?

R:... (3 sec.) Mah, che cosa ho imparato? Ho imparato che...che ho fatto tanto per farmi del male e... forse perché intimamente sento il bisogno di farmi del male, perché non sono stata una bambina, un'adolescente regolare, regolare... no, anche io sono stata forse un po' disturbata, e quindi poi certe situazioni mi hanno portato, poi, a... non voglio dare la responsabilità, cioè tutto quello che ho fatto l'ho fatto perché in quel momento l'ho scelto io, come quello di essere... comunque di drogarmi, quello di scegliere di buttarmi in relazioni già finite prima di iniziare e quindi tante cose... e se avessi un figlio, quello che farei? Mah, io penso che forse è un po' sempliciotta come risposta, ma è quello che sento e quello che dò al mio cane: attenzione, cioè proprio l'attenzione alla persona; io cerco con il cane di... forse ho una relazione malatissima con il cane, però io cerco di cogliere i segnali che mi può mandare un animale... ovviamente... quindi, spostandolo su un essere umano, è proprio l'attenzione all'essere, alla persona.

In questo passaggio, la paziente non sembra essere in grado di ricollegare i problemi psicologici che ha vissuto alla propria storia evolutiva e alle relazioni che l'hanno caratterizzata; i sentimenti connessi alle rappresentazioni interne della madre sono completamente dissociati ed è impossibile per R accedervi senza che questo comporti un'eccessiva sofferenza, suggerendo anche la presenza di una ridotta capacità di monitoraggio metacognitivo e di mentalizzazione (la capacità del Sé di riflettere su stati mentali, pensieri e emozioni propri e altrui, Fonagy e Target 1997). Questa informazione può essere utile al clinico per orientare, almeno inizialmente, la terapia in una direzione maggiormente supportiva piuttosto che espressiva, anche al fine di consolidare la capacità della paziente di riflettere sull'esperienza e apprendere da essa (Gabbard 2005). La richiesta di attenzioni di R segnala una sofferenza ancora viva rispetto alla relazione vissuta con la madre, oltre che rispetto all'abuso, e perciò può essere intesa come una richiesta implicita di attenzioni al terapeuta.

Da un punto di vista clinico, ancora, l'uso di droghe e l'essere coinvolta in numerose relazioni romantiche fallimentari possono essere intesi, come abbiamo già visto, nei termini di un tentativo disfunzionale di regolazione degli stati affettivi: R ha introiettato dei modelli di attaccamento che anziché svolgere una funzione autoregolatoria, sono essi stessi fonte di emozioni dolorose e intense che hanno minacciato e continuano a minacciare l'integrità del Sé della paziente. Si può osservare qui come il modello operativo interno si scinda, e le sue componenti vengano alternativamente dissociate dalle rappresentazioni coscienti della paziente, proponendo da un lato la rappresentazione di un sé come debole e impotente, bisognoso della droga per la regolazione affettiva e, dall'altro lato, una rappresentazione di sé come forte e onnipotente, in grado di modulare i propri stati affettivi attraverso l'utilizzo di strategie controllanti nella relazione col mondo esterno (i rapporti con gli uomini e lo stesso utilizzo della droga).

R mostra dunque un'incoerenza dei MOI, che appaiono scissi e disorganizzati; questa situazione si può riscontrare spesso in soggetti con una storia d'attaccamento traumatica (Albasi 2006). Bowlby (1969) suggerì che quando un bambino non riceve sufficienti attenzioni e cure da parte del caregiver, sviluppa un modello operativo scisso del Sé in relazione alla figura di attaccamento, con un modello che rimane accessibile alla consapevolezza e un altro che viene difensivamente escluso; il modello al quale l'individuo ha accesso valuta il sé come cattivo, giustificando la figura di attaccamento che lo rifiuta, mentre l'altro modello operativo che si trova escluso dalla coscienza rappresenta il caregiver come cattivo e il sé come fondamentalmente buono. Il motivo per cui il MOI che rimane accessibile alla coscienza è quello che "giustifica" il caregiver, è che se emergessero i sentimenti negativi collegati alla rappresentazione dissociata, verrebbe minacciata l'esistenza stessa del legame d'attaccamento.

Il fallimento della relazione d'attaccamento può perciò costituire un fattore evolutivo di grave vulnerabilità del Sé anche perché in assenza di una relazione interpersonale di attaccamento sicuro il soggetto non impara a trasformare le emozioni in un utile guida capace di orientare l'esperienza psichica, il comportamento e le relazioni interpersonali (Caretti e Craparo 2008). I contenuti emotivi non simbolizzati e non mentalizzati a causa di una relazione primaria insicura o emotivamente trascurante vengono perciò espulsi dalla consapevolezza e vissuti a livello somatico, come mostra il ricorso alle droghe e l'anorgasmia di R. Infatti, la mancata rappresentazione, elaborazione e modulazione degli affetti negativi costituisce una minaccia costante per il Sé, e ciò può rendere la persona particolarmente vulnerabile allo stress, oltre che incline a un uso disadattivo della dissociazione come risposta difensiva nei confronti delle stesse emozioni rimaste originariamente non simbolizzate a causa di relazioni primarie poco contenitive, quando non gravemente trascuranti e spaventanti. In tal senso, l'utilizzo di sostanze psicotrope può apparire come unica soluzione capace di allontanare dalla coscienza le memorie traumatiche e contemporaneamente regolare gli affetti (Caretti, Craparo e Schimmenti 2010): la droga costituirebbe dun-

que una risposta dissociativa, in cui la produzione di uno stato di coscienza alterato è utile a contenere quelle emozioni e quelle memorie connesse al fallimento della relazione primaria che minacciano il Sé di disgregazione.

Tali considerazioni, complessivamente, sembrano suggerire al clinico la necessità di lavorare con R su quelle condizioni di vulnerabilità che Balint (1968) definì in termini di *difetto fondamentale*, e di sostenere la paziente proponendosi come base sicura. In quanto base sicura, è probabile che con una paziente come R egli dovrà essere comunque pronto a tollerare gli attacchi violenti alla cura che potrebbero emergere nel transfert in seguito alla riattualizzazione dei MOI disorganizzati della paziente in relazione al trauma subito (Schimmenti 2011).

4. Conclusioni

L'Adult Attachment Interview è un'intervista dalle ricche potenzialità cliniche. Com'è stato osservato in questo contributo, essa consente un adeguato inquadramento delle dinamiche evolutive e dei processi rappresentazionali che i contesti relazionali con i caregiver hanno evocato. Le informazioni ricavate attraverso l'AAI, quando utilizzate con consapevolezza delle qualità e dei limiti dello strumento nonché con padronanza clinica, possono risultare cruciali in sede diagnostica e nella scelta delle migliori procedure di trattamento.

L'AAI, esplorando la relazione dell'individuo con le figure di attaccamento, dà forma nella narrazione alle rappresentazioni interne degli stati mentali connessi a queste figure; tali rappresentazioni non possono che riproporsi, in un modo o nell'altro, all'interno della relazione clinica, quando essa funziona (Wallin 2007). Inoltre, l'AAI mobilita il paziente verso la ricostruzione della propria storia, riattivando processi e rappresentazioni che possono essere stati segregati per anni all'interno di stati mentali isolati dalla percezione cosciente di sé. La capacità di offrire integrazione laddove dominano l'esclusione difensiva e la dissociazione è un'importante opportunità che si può dare al paziente affinché egli riscopra (e forse, in alcuni casi, scopra per la prima volta) alcuni aspetti centrali della sua esperienza psichica che lo hanno guidato nell'agire senza che a loro fosse mai veramente stata data voce.

Riassunto

L'articolo si propone di illustrare come la somministrazione dell'Adult Attachment Interview (AAI) possa agevolare la valutazione del paziente e il processo terapeutico: infatti, la somministrazione di questa intervista può aiutare lo sviluppo dell'alleanza terapeutica, consentendo altresì un'accurata esplorazione delle esperienze evolutive e delle rappresentazioni di attaccamento del paziente. I ricordi d'infanzia sono cruciali per l'approccio al mondo e alle relazioni, in quanto costituiscono il nucleo dei modelli operativi interni, e le domande dell'AAI permettono al paziente di rievocare le memorie delle interazioni con le figure di attaccamento durante l'infanzia, fornendo così un accesso privilegiato ai suoi stati della mente relativi all'attaccamento. Un approfondimento relativo a tre scale dell'AAI (coinvolgimento/ inversione di ruolo: una scala che riguarda le esperienze inferite nella relazione con i genitori durante l'infanzia; svalutazione distanziante: una scala che riguarda uno stato della mente organizzato di tipo insicuro; abuso irrisolto: una scala che riguarda gli stati della mente irrisolti/disorganizzati) e l'analisi di alcuni brani estrapolati da trascritti dell'intervista illustrano l'utilità di questo strumento nella pratica clinica.

THE CLINICAL USE OF THE ADULT ATTACHMENT INTERVIEW: A CLOSER LOOK

Abstract

Key Words: adult attachment interview, attachment, internal working model, role reversal, derogation, sexual abuse

This article aims at illustrating how the patient's assessment and the process of psychotherapy can be significantly improved by the administration of the Adult Attachment Interview (AAI). The AAI questions evoke the memories of the interactions with the caregiving figures during childhood, thus providing an access to the patient's states of mind regarding attachment; these childhood memories are crucial for the individual's approach to world and relationships, as they constitute the core of the Internal Working Models. Accordingly, the administration of the AAI can help the clinician and the patient in the development of the therapeutic alliance, also allowing an in-depth exploration of the patient's childhood experiences and attachment representations.

A close examination of three AAI scales (involving/role reversing: a scale concerning an inferred experience with parents; dismissing derogation: a scale concerning an organized, insecure, state of mind; unresolved abuse: a scale concerning an unresolved/disorganized state of mind) and the analysis of related excerpts from some AAI transcripts illustrate the potential usefulness of the AAI in the clinical frame.

Bibliografia

- Ainsworth MD, Blehar MC, Waters E, Wall S (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of strange situation*. Hillsdale, NJ, Earlbaum.
- Albasi C (2006). *Attaccamenti Traumatici. I Modelli Operativi Interni Dissociati*. UTET, Torino.
- Ammaniti M, Speranza AM (1991). Rappresentazioni mentali e modelli operativi interni nell'adolescenza. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza* 57, 4-5-6, 561-570.
- Balint M (1968). "Il difetto fondamentale". In Balint M e Balint E, *La regressione*, pp. 117-315. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1983.
- Bifulco A, Moran PM, Ball C, Bernazzani O (2002). Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 37, 50-59.
- Borgogno F (1999). "«Spoilt children». L'intrusione e l'estrazione parentale come fattore di distruttività". In Borgogno F, *Psicoanalisi come percorso*, pp. 90-115. Boringhieri, Torino.
- Bowlby J (1969). *Attaccamento e perdita*, Vol.1: *L'attaccamento alla madre*. Tr. it. Boringhieri, Torino 1972.
- Bowlby J (1973). *Attaccamento e perdita*, Vol.2: *La separazione dalla madre*. Tr. it. Boringhieri, Torino 1975.
- Bowlby J (1979). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2002.
- Bowlby J (1980). *Attaccamento e perdita*, Vol. 3: *La perdita della madre*. Tr. it. Boringhieri, Torino 1983.
- Caretti V, Craparo G (a cura di) (2008). *Trauma e psicopatologia*. Astrolabio, Roma.
- Caretti V, Craparo G, Schimmenti A (2010). "Fattori evolutivo-relazionali dell'addiction. Uno studio sulla dipendenza da eroina". In Caretti V, La Barbera D (a cura di) *Addiction. Aspetti Biologici e di Ricerca*, pp. 99-134. Raffaello Cortina, Milano.
- Craparo G, Schimmenti A (2008). La disregolazione affettiva in adolescenza: studi esplorativi sul ruolo del trauma e della dissociazione. In AA.VV. (a cura di) *Nuove frontiere della ricerca clinica in adolescenza*. Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Cassidy J, Shaver PR (a cura di) (2008). *Manuale dell'Attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni clini-*

- che. Seconda edizione. Tr. it. Giovanni Fioriti, Roma 2010.
- Crowell JA, Owens G (1996). *Current Relationship Interview and scoring sistem*. Manoscritto non pubblicato, State University of New York at Stony Brook.
- Feeney JA, Noller P, Hanrahan M (1994). Assessing adult attachment. In MB Sperling, WH Berman (a cura di) *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives*, pp. 128-152. The Guilford Press, New York, NY.
- Ferenczi S (1932a). *Diario clinico*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1998.
- Ferenczi S (1932b). La confusione delle lingue tra adulti e bambini. In *Opere*, Vol. 4, pp. 91-100. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2002.
- Flores PJ (2004). *Addiction as an attachment disorder*. Jason Aronson, New York, NY.
- Fonagy P, Target M (1997). *Attaccamento e funzione riflessiva: il loro ruolo nell'organizzazione del Sé*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2001.
- Gabbard GO (2005). *Psichiatria Psicodinamica. Quarta edizione*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2007.
- George C, Kaplan N, Main M (1985). *Adult Attachment Interview*. Manoscritto non pubblicato. Department of Psychology, University of California, Berkeley, CA.
- Hazan C, Shaver PR (1987). L'amore di coppia inteso come processo di attaccamento. In L Carli (a cura di), *Attaccamento e rapporto di coppia*, pp. 91-126. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1995.
- Hesse E (2008). L'Adult Attachment Interview: una panoramica. In Cassidy J. e Shaver P.R. (a cura di), *Manuale dell'attaccamento: teoria, ricerca e applicazioni cliniche*, seconda edizione, pp. 637-690. Giovanni Fioriti, Roma 2010.
- Hesse E, Main M (2000). Attaccamento disorganizzato nella prima infanzia, nella seconda infanzia e nell'età adulta: il crollo delle strategie attentive e comportamentali. In Main M, *L'attaccamento. Dal comportamento alla rappresentazione*, pp. 251-271. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2008.
- Klagsbrun M, Bowlby J (1976). Responses to separation from parents: a clinical test for young children. *Projective Psychology* 21, 7-27.
- van der Kolk BA, Perry C, Herman JL (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry* 148, 1665-1671.
- Liotti G (1992). Disorganizzazione dell'attaccamento e predisposizione allo sviluppo di disturbi funzionali della coscienza. In Ammaniti M, Stern DN (a cura di) *Attaccamento e psicoanalisi*, pp. 219-232. Laterza, Roma-Bari.
- Liotti G (1995). Disorganized/disoriented attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders. In Goldberg S, Muir R, Kerr J (a cura di) *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives*, pp. 343-363. Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Liotti G (1999a). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In Solomon J, George C (a cura di) *Disorganization of attachment*, pp. 291-317. Guilford Press, New York, NY.
- Liotti G (1999b). Understanding the dissociative processes: The contribution of attachment theory. *Psychoanalytic Inquiry* 19, 757-783.
- Liotti G (2001). *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evolutionista*. Raffaello Cortina, Milano.
- Liotti G, Farina B (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Raffaello Cortina, Milano.
- Main M (1991). Conoscenza metacognitiva, monitoraggio metacognitivo e modello di attaccamento unitario (coerente) rispetto a un modello di attaccamento multiplo (incoerente): dati e indicazioni per la ricerca futura. In Main M, *L'attaccamento. Dal comportamento alla rappresentazione*, pp. 213-248. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2008.
- Main M, Kaplan N, Cassidy J (1985). Valutazione della sicurezza nella prima infanzia, nella seconda infanzia e nell'età adulta: il passaggio al livello rappresentazionale. In Main M, *L'attaccamento. Dal com-*

- portamento alla rappresentazione, pp. 125-170. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2008.
- Main M, Hesse E (1992). Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati dei genitori. In Ammaniti M, Stern DN (a cura di) *Attaccamento e psicoanalisi*, pp. 86-140. Laterza, Roma-Bari.
- Main M, Hesse E, Kaplan N (2005). "Predicibilità del comportamento di attaccamento e dei processi rappresentazionali alle età di uno, sei e diciannove anni: uno studio longitudinale condotto a Berkeley". In Main M, *L'attaccamento, Dal comportamento alla rappresentazione*, pp. 329-384. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2008.
- Muscetta S, Dazzi N, De Coro A, Ortu F, Speranza AM (1999). States of mind with respect to attachment and change in a psychotherapeutic relationship: A study of the coherence of transcript in a short-term psychotherapy with an adolescent. *Psychoanalytic Inquiry* 19, 885-921.
- Schimmenti A (2008). Rifugiarsi dalla mente: emozioni traumatiche e dissociazione nelle dipendenze tecnologiche. *Psichiatria & Psicoterapia* 27, 2, 133-145.
- Schimmenti A (2011). Il campo dell'esperienza e le frontiere dell'intimità: trauma evolutivo e cura relazionale. In F Testa (a cura di) *L'universo ritrovato. Relazione e creatività*, pp. 131-147. Bonanno, Roma.
- Schimmenti A, Craparo G (in press). Trascuratezza emotiva e dipendenze patologiche: riflessioni sulle addiction nella prospettiva della teoria dell'attaccamento. *S&P – Salute e Prevenzione. Rassegna italiana delle tossicodipendenze*.
- Shengold L (1989). *Soul murder: The effects of childhood abuse and deprivation*. Yale University Press, New Haven, CT.
- Slade A (2008). Le implicazioni della teoria e della ricerca sull'attaccamento per la psicoterapia dell'adulto. Prospettive cliniche e di ricerca. In Cassidy J, Shaver PR (a cura di) *Manuale dell'Attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*, seconda edizione, pp. 877-901. Tr. it. Giovanni Fioriti, Roma 2010.
- Steele H, Steele M (a cura di) (2008). *Adult Attachment Interview. Applicazioni Cliniche*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2010.
- Wallin DJ (2007). *Attaccamento e psicoterapia*. Tr. it. Il Mulino, Bologna 2009.
- Winnicott DW (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Tr. it Armando, Roma 1970.
- Winnicott DW (1971). *Gioco e realtà*. Tr. it. Armando, Roma 1974.

Giovanbattista Di Carlo ¹, Adriano Schimmenti², Vincenzo Caretti¹

¹ Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Palermo

² Dipartimento Kore, Università degli Studi di Enna "Kore"

Corrispondenza

Prof. Vincenzo Caretti,
Università degli Studi di Palermo
Dipartimento di Psicologia
Viale delle Scienze 90100 Palermo
e-mail: vincenzocaretti@tiscali.it