

Bassa qualità dei legami d'attaccamento precoci come fattore predittivo di disturbi depressivi nell'adulto

Low quality in early attachment bondings as possible predictor of adult depressive disorder

C. Visioli¹, R. Senatore², B. Lepri¹, L. Tondo^{1,3}

¹ Centro Lucio Bini per la ricerca sui Disturbi dell'Umore, Cagliari; ² Dipartimento di Psicologia, Università di Cagliari; ³ Department of Psychiatry Harvard Medical School, McLean Hospital, Boston, MA

Summary

Developmental antecedents described by Internal Working Models (IWM) of attachment may be predictors of adult psychopathology. Studies carried out to study attachment in adults point out that internalized models of relationship in childhood may be associated with psychiatric pathology during adulthood. Low levels of care and high levels of control in parental bondings, and also current insecure relationships, have been often detected in patients with depressive disorders.

Objective

In order to investigate the association between current style of attachment and past experiences and to evaluate the connection between depressive symptoms and attachment.

Methods

We compared a group of patients with DSM-IV-TR major depressive episode or dysthymic disorder (DG) with a control group (CG) and assessed their security in attachment relationships, security-insecurity levels in current relationships, and the association between past memories and current relational style. The final sample of 187 subjects have been evaluated with two questionnaires: Parental Bonding Instrument (PBI) and Attachment Style Questionnaire (ASQ). DG (N = 86) from a mood disorder outpatient clinic in Cagliari (Sardinia) were compared to a GC (N = 101). Data were statistically analyzed by ANOVA and MANOVA.

Results

Consistent with clinical experience, we found significant results for both PBI and ASQ. Patients with depressive disorder showed: a) lower parental Care (Maternal: GD = 20.8 < GC = 26.1; Paternal: GD = 17.9 < GC = 22.4); b) higher Control-Overprotection (Maternal: GD = 19.1 > GC = 13.2; Paternal:

GD = 16.3 > GC = 11.4; Table II); in current relationships, c) lower levels of Confidence (GD = 28.9 < GC = 32.5); d) higher scores in Relationships as Secondary (GD = 16.6 > GC = 14.1); e) similarly higher values at Preoccupation with Relationships (GD = 30.7 > GC = 25.7); and f) higher score at Need for Approval (GD = 24.2 > GC = 17.4; Table II). Variables independently and significantly associated with depressive disorder were lower level of Maternal Care and higher scores at Relationships as Secondary and at Need for Approval (Table III).

Conclusions

Our findings tend to confirm the association between depressive disorder and past "affectionless control"-type bondings, which may be associated with insecure attachment styles in childhood. In the same depressive group, current relationships appeared also defined by insecurity on the direction of both Avoidance and Anxiety. These characteristics are in fact usually found in the typical lack of confidence and self-esteem of depressive patients. Moreover, attachment insecurity appears to be a common feature of psychopathological populations, including depressive persons. An assessment with explanatory indexes, such as those associated with early and current attachment style, may help to enhance symptomatology description by DSM-IV, referring to lifelong concrete and meaningful experiences. Having knowledge of emotional experiences and individual beliefs starting in early attachment relationships may provide to the clinician useful information to feel with the patient, his situations of vulnerability and, thus, the only and particular significance of symptoms that express his current pain. Such an assessment also can account for those persons who do not fit in all standardized diagnostic criteria.

Key words

Attachment • Attachment Style Questionnaire (ASQ) • Depressive disorder • Parental bonding • Parental Bonding Instrument (PBI)

Introduzione

John Bowlby¹ aveva sostenuto che il bisogno di attaccamento fosse primario e presente durante tutta la vita e che la disponibilità di una *base sicura*² e la qualità delle prime relazioni potessero influenzare quelle successive, la personalità e il benessere psicologico, favorendo la co-

struzione di *Modelli Operativi Interni* (Internal Working Models, IWM) adattivi.

Negli ultimi vent'anni, sono stati strutturati vari studi per approfondire il tema dell'attaccamento adulto e delle sue caratteristiche, verificando il rapporto tra la qualità dei primi legami e le relazioni successive, e la continuità dell'attaccamento dall'infanzia all'età adulta^{3,4}. I

Correspondence

Caterina Visioli c/o Centro Lucio Bini, via Cavalcanti 28, 09128 Cagliari, Italia • Tel. +39 070 486624 • E-mail: caterinavisoli@aol.com

risultati suggeriscono che legami entrambi sicuri con le proprie figure genitoriali favoriscono le capacità adattive, a differenza di legami discordanti o caratterizzati da insicurezza, che incidono negativamente sull'adattamento futuro⁵. È stato inoltre riscontrato che le coppie in cui i partner hanno IWM sicuri hanno rapporti più soddisfacenti e caratterizzati da un miglior adattamento^{6,7} e che un concetto negativo di Sé e/o dell'Altro è significativamente correlato alla bassa qualità dei legami con i genitori e tale da condizionare le modalità adattive e relazionali presenti^{8,9}.

Altri studi sono stati strutturati per valutare l'eventuale ruolo sul benessere psicologico di strategie cognitive, emotive e comportamentali, favorite dallo stile di attaccamento e dalla qualità dei legami¹⁰. I dati emersi suggeriscono che l'interiorizzazione, attraverso gli IWM, di esperienze precoci e ripetute di insicurezza e scarso accudimento, influenze successivamente, in senso negativo, le percezioni e le aspettative¹¹, la regolazione delle emozioni⁷ e le strategie di coping di fronte allo stress o alle malattie somatiche¹⁰.

L'insieme di questi risultati è stato fecondo ai fini di una definizione dell'attaccamento adulto e della sua miglior valutazione (categoriale o dimensionale)¹²⁻¹⁴. Uno studio condotto da Fossati et al.¹⁵ sulle caratteristiche dell'*Attachment Style Questionnaire* (ASQ) di Feeney et al.¹³, ha rilevato la validità delle cinque sottoscale che lo compongono (*Fiducia, Disagio nelle relazioni intime, Relazioni considerate secondarie, Bisogno di approvazione, Preoccupazione per le relazioni*) nel valutare lo stile di attaccamento attuale di soggetti adulti e la possibilità di ricondurle alle due dimensioni sovraordinate Evitamento e Ansia, centrali anche nei modelli di Hazan & Shaver³ e di Bartholomew & Horowitz¹². I dati raccolti non solo hanno fornito ulteriore conferma che Evitamento e Ansia siano i costrutti generali che descrivono l'attaccamento adulto, ma anche che la definizione e valutazione dimensionale sia preferibile a quella categoriale. L'ASQ si è anche rivelato non sovrapponibile rispetto al *Parental Bonding Instrument* (PBI) di Parker et al.¹⁶, che inferisce la qualità dell'attaccamento passato in base ai ricordi associati al legame con i genitori.

Il PBI fu ideato con il proposito di valutare se la qualità dell'accudimento ricevuto avesse una qualche connessione con la predisposizione successiva per patologie depressive. Dozier et al.¹⁷ hanno successivamente notato come aspetti relativi a varie forme di psicopatologia vengano chiariti studiando la combinazione tra cure-trascuratezza e controllo-iperprotezione nei legami precoci, due aspetti risultati significativamente associati all'attaccamento dall'infanzia all'età adulta in diversi studi sulla popolazione non clinica^{8,9,12,18} e valutati da questo strumento.

Il nesso tra stile attuale di attaccamento, ricordi e carat-

teristiche delle esperienze passate è apparso quindi un interessante spunto anche in ambito clinico, sia nella diagnosi sia nella terapia, da approfondire nei pazienti psichiatrici allo scopo di capire le relazioni tra questi aspetti e quelli psicopatologici. È stato riscontrato che l'insicurezza nei riguardi dell'attaccamento è significativamente maggiore nei gruppi clinici^{17,19,20}. Nel caso specifico dei disturbi depressivi, si è più volte rilevata l'associazione con livelli bassi di cure e livelli elevati di intrusività nei legami precoci, che con il PBI definiscono il legame chiamato *controllo anaffettivo*^{21,22}.

Diverse posizioni teoriche hanno, inoltre, attribuito una crescente importanza al ruolo degli IWM disturbati sia nello sviluppo sia nel mantenimento di una patologia psichiatrica^{17,23}, così come sono emerse relazioni significative tra stile di attaccamento adulto e disturbi psicopatologici¹⁹. Dai risultati di Fossati et al.²⁴ è possibile osservare come le scale e le dimensioni dello stile di attaccamento adulto misurate dall'ASQ appaiano specificamente correlate a determinati disturbi. Tali risultati, pertanto, hanno verificato ulteriormente che l'approccio dimensionale sia più attendibile e preciso di quello categoriale^{13,14,25}. La superiorità di un approccio dimensionale anche per la diagnosi pone poi la ricerca di Fossati et al.²⁴ in linea con le idee di Dozier et al.¹⁷, che hanno messo in rilievo l'importanza di studiare il nesso tra stili di attaccamento e psicopatologia prestando attenzione alle caratteristiche specifiche della sintomatologia, come ad esempio l'*internalizzazione* o l'*esternalizzazione*, e alla forma del disturbo (es. sottotipi di depressione), piuttosto che affidarsi a semplici categorie.

Pur non trascurando l'importanza di categorie diagnostiche, di cui l'esempio oggi più seguito è il DSM-IV, va riconosciuta l'utilità di valutazioni cliniche più specifiche, che dovrebbero in ogni caso supportare qualsiasi valutazione diagnostica, soprattutto in ambito psicoterapeutico. In quest'ottica, lo stile di attaccamento, oltre a essere utile nel predire o spiegare i vari disturbi, consente di attribuire ai sintomi un significato che la valutazione secondo il DSM-IV da sola non riesce a dare. Inoltre, può fornire una spiegazione anche a quadri clinici sintomatici che non soddisfano tutti i criteri necessari per una diagnosi specifica.

Obiettivi della ricerca

Traendo spunto dai dati e dalle conclusioni di Fossati et al.^{15,24}, la nostra ricerca è stata strutturata allo scopo di effettuare un confronto fra pazienti con sintomatologia depressiva (episodio depressivo maggiore o distimico secondo il DSM-IV-TR)²⁶ e un gruppo di controllo. I parametri esaminati riguardano i livelli di sicurezza-insicurezza presenti nelle relazioni attuali, gli aspetti relativi alla sicurezza nelle relazioni di attaccamento e l'associa-

zione tra ricordi del passato e stile relazionale presente. Un secondo obiettivo è stato verificare la validità dell'uso di questionari autosomministrati nel cogliere il nesso tra qualità dell'attaccamento passato e attuale, nonché la relazione tra sintomi depressivi e dinamiche di attaccamento²⁷. Abbiamo tenuto in considerazione che la misura dello stile di attaccamento è tuttavia complessa e argomento di dibattito riguardo a una sua instabilità nel corso della vita.

Materiali e metodi

Campione

Il campione esaminato è costituito da 187 soggetti tra i 18 e i 65 anni (età media = 33,7 ± 10,2), 76 di sesso maschile (40,6%) e 111 di sesso femminile (59,4%), omogenei dal punto di vista dell'ambiente socioculturale di appartenenza, che hanno risposto liberamente e in forma anonima ai questionari somministrati. Esso si suddivide in un gruppo sperimentale di 86 soggetti (46%) con diagnosi di depressione (episodio depressivo maggiore o distimico secondo il DSM-IV-TR)²⁶ (età media = 35,6 ± 10,1) provenienti da un centro psichiatrico e psicoterapeutico della città di Cagliari e in un gruppo di controllo di 101 soggetti (54%; età media = 32,1 ± 10,0) reperiti a cascata. Il rapporto F:M è superiore sia nei pazienti depressi (2.0:1) sia nei controlli (1.2:1) pur non raggiungendo la significatività statistica. Inoltre, il gruppo dei pazienti ha presentato un'età significativamente superiore (Tab. I).

Strumenti

Gli strumenti utilizzati per la ricerca sono il *Parental Bonding Instrument (PBI)*¹⁶ e l'*Attachment Style Questionnaire (ASQ)*¹³. I due questionari sono stati utilizzati in forma anonima e somministrati nel seguente modo:

- durante lo svolgimento di un colloquio clinico (gruppo con diagnosi di depressione);
- distribuiti per la compilazione a casa e successivamente ritirati previo appuntamento (gruppo di controllo).

Il *Parental Bonding Instrument (PBI)*¹⁶ (traduzione italiana di Poerio¹⁸) è un questionario autosomministrato

per la valutazione della qualità delle relazioni di attaccamento passate sulla base del ricordo del legame con i genitori durante i primi 16 anni di vita.

È composto di 25 item che descrivono due scale: la *Cura* (12 item) e il *Controllo-Iperprotezione* (13 item), che possono considerarsi dimensioni chiave del comportamento parentale. La prima scala misura il calore, l'empatia e il supporto emotivo, mentre la seconda coglie l'iperprotezione, il controllo e l'invasività. Dalla combinazione dei valori ottenuti è possibile ottenere un quadro delle caratteristiche percepite e ricordate nel legame passato con i genitori, riconducibili al probabile stile di attaccamento. Il questionario è somministrato in versioni separate per la madre e il padre.

I dati disponibili in letteratura (28) hanno fornito prova che i resoconti dei soggetti descrivono accuratamente i comportamenti realmente adottati dai genitori nonostante si tratti di uno strumento di autovalutazione, quindi potenzialmente soggetto a un bias di rievocazione.

L'*Attachment Style Questionnaire (ASQ)* (13) è un questionario autosomministrato utile per la valutazione dello stile di attaccamento negli adulti. Abbiamo utilizzato la traduzione realizzata da Fossati et al.¹⁵, poiché è stata ottenuta partendo da tre versioni indipendenti compiute dagli autori dello studio e approvata dall'autrice della versione originale (J. Feeney, comunicazione personale del 24 agosto 2004).

Il questionario è composto di 40 item che descrivono 5 scale: *Fiducia* (8 item), *Disagio nelle relazioni intime* (10 item), *Relazioni considerate secondarie* (7 item), *Bisogno di approvazione* (7 item), *Preoccupazione per le relazioni* (8 item), corrispondenti ad altrettanti aspetti di rilievo nella definizione dell'attaccamento adulto secondo i modelli di Hazan & Shaver³ e di Bartholomew & Horowitz¹². Il grado di accordo espresso con ciascuna delle affermazioni offre un profilo della qualità e delle caratteristiche percepite dal soggetto nelle sue relazioni attuali. Trattandosi di uno strumento di autovalutazione, le risposte potrebbero essere influenzate dal livello di desiderabilità sociale, dallo stato mentale ed emotivo del soggetto al momento della compilazione, nonché dai livelli di consapevolezza rispetto alle proprie risorse o difficoltà all'interno delle relazioni di attaccamento attuali.

TABELLA I.

Caratteristiche del campione. *Sample features.*

Variabili	Depressi	Controlli	Totale	χ^2 o F	p
N (%)	86 (46)	101 (54)	187 (100)		
Sesso N (%)				3,16	0,08
M	29 (33,7)	47 (46,5)	76 (40,6)		
F	57 (66,3)	54 (53,5)	111 (59,4)		
Età (media ± DS)	35,6 ± 10,1	32,1 ± 10,0	33,7 ± 10,2	5,37	0,02

Per questo, al fine di evitare bias nelle risposte, la successione degli item è randomizzata e a tre di questi è attribuita una valutazione invertita (reverse-score).

L'attendibilità dello strumento e la sua validità di costruito nella misura dell'attaccamento adulto¹³ sono state confermate anche su popolazioni cliniche psichiatriche¹⁵⁻²⁴. Le dimensioni Evitamento e Ansia, simili a quelle rilevate da altri autori che hanno studiato gruppi differenti di item^{13,14}, suggeriscono la rilevanza di questi aspetti per la valutazione dell'attaccamento adulto e la loro indipendenza dalle caratteristiche del particolare gruppo di affermazioni contenute nell'ASQ.

Analisi statistica

Il confronto dei punteggi medi tra il gruppo di studio con episodio depressivo e il gruppo di controllo è stato effettuato mediante ANOVA e le differenze con $p < 0,10$ sono state inserite in un'analisi multivariata con il metodo di selezione in *forward-stepwise*. La variabile mantenuta costante è stata l'appartenenza al gruppo sperimentale (diagnosi di depressione). Sono stati analizzati tre modelli: 1) per il PBI (relativo a *Cura materna e paterna*; *Controllo-Iperprotezione materno e paterno*), 2) per l'ASQ (relativo a *Fiducia*; *Disagio nelle relazioni intime*; *Relazioni considerate secondarie*; *Bisogno di approvazione*; *Preoccupazione per le relazioni*), e 3) per i due test combinati.

È stato utilizzato il pacchetto statistico Statview 5 (SA CORP; CARY, NC) e la significatività è stata riscontrata per valori di $p < 0,05$.

Risultati

Nell'analisi bivariata, al PBI, sono stati evidenziati nel

gruppo di studio rispetto al gruppo di controllo punteggi significativamente più bassi per la *Cura materna e paterna* e più elevati per il *Controllo-Iperprotezione* sia *materno* sia *paterno*.

Il confronto all'ASQ ha mostrato punteggi significativamente più elevati nei soggetti con patologia depressiva per le scale *Relazioni considerate secondarie*, *Preoccupazione per le relazioni*, *Bisogno di approvazione*, mentre punteggi più bassi alla scala *Fiducia*. Il confronto per la variabile *Disagio nelle relazioni intime* non ha mostrato differenze significative fra i due gruppi (Tab. II).

L'analisi multivariata per i tre modelli descritti ha incluso, oltre ai punteggi nei test, anche età e sesso (Tab. III).

Per il PBI, il gruppo di studio ha presentato un livello indipendente e significativamente più basso di *Cura materna* e più alto di *Controllo-Iperprotezione* ugualmente *materno*.

Inoltre, per l'ASQ, il gruppo di studio ha mostrato valori indipendenti e significativamente più elevati sia per età sia per *Bisogno di approvazione*.

Nel modello generale ottenuto associando i punteggi al PBI e all'ASQ i valori che sono rimasti indipendenti e significativamente associati alla diagnosi di depressione sono stati un livello più basso di *Cura materna*, e più alto nelle *Relazioni considerate secondarie* e nel *Bisogno di approvazione*.

Discussione e conclusioni

L'ASQ è uno strumento che effettivamente misura lo stile di attaccamento autoriferito e pertanto i punteggi potrebbero essere influenzati dalla percezione del soggetto. Inoltre altre variabili psicologiche potrebbero portare il

TABELLA II.

Punteggi alle scale PBI e ASQ associati alla diagnosi di depressione*. *PBI and ASQ scores associated with depression diagnosis**.

Variabili	Depressi	Controlli	F	p
PBI				
Cura madre	20,8 (9,4)	26,1 (6,2)	F = 20,58	< 0,0001
Cura padre	17,9 (9,2)	22,4 (8,3)	F = 12,28	0,0006
Controllo-Iperprotezione madre	19,1 (8,7)	13,2 (8,2)	F = 22,67	< 0,0001
Controllo-Iperprotezione padre	16,3 (8,6)	11,4 (7,5)	F = 16,9	< 0,0001
ASQ				
Fiducia	28,9 (6,6)	32,5 (5,0)	F = 17,51	< 0,0001
Disagio nelle relazioni intime	37,9 (7,9)	35,9 (6,9)	F = 3,14	0,08
Relazioni considerate secondarie	16,6 (5,7)	14,1 (4,7)	F = 10,52	0,0014
Preoccupazione per le relazioni	30,7 (6,7)	25,7 (7,1)	F = 24,16	< 0,0001
Bisogno di approvazione	24,2 (7,7)	17,4 (5,7)	F = 47,23	< 0,0001

* G,d,l, per PBI e ASQ = 1;180-183.

TABELLA III.Analisi multivariata nel gruppo depressi (variabile costante). *Multivariate analysis in depression group (constant variable).*

Modelli*	Odds Ratio (95% IC)	χ^2	p
PBI			
Controllo-iperprotezione madre	1,06 (1,01-1,10)	6,87	0,009
Cura madre	0,95 (0,91-0,99)	5,18	0,023
ASQ			
Bisogno di approvazione	1,16 (1,10-1,23)	31,09	< 0,0001
Età	1,04 (1,01-1,08)	5,49	0,019
PBI e ASQ			
Bisogno di approvazione	1,13 (1,07-1,19)	19,41	< 0,0001
Cura madre	0,94 (0,9-0,98)	7,89	0,005
Relazioni considerate secondarie	1,08 (1,01-1,16)	4,63	0,032

* Le variabili per ogni modello sono ordinate per i valori del χ^2 .

soggetto a rispondere in modo da presentarsi in modo più o meno favorevole agli occhi dell'esaminatore. Nonostante questa limitazione rimane uno strumento di largo uso per avvicinarsi a una variabile complessa come quella dell'attacco. Una conferma della validità dello strumento potrebbe venire dalla constatazione che i punteggi medi all'ASQ nei soggetti con patologia depressiva da noi esaminati (Tab. II) concordano con quelli di Fosati et al.¹³, particolarmente per le scale *Fiducia* (27,43 ± 6,58), *Disagio nelle relazioni intime* (39,81 ± 7,95) e *Relazioni considerate secondarie* (17,02 ± 5,62), nonostante la differente consistenza dei soggetti del gruppo sperimentale (86 vs. 487). Da notare, inoltre, la concordanza tra i punteggi medi al PBI nei nostri pazienti (Tab. II) e i valori riscontrati da Marinelli et al.²² in pazienti con Disturbo dell'Umore per la scala *Controllo-Iperprotezione paterno* (16,63 ± 8,25) e, in pazienti con Disturbo di Panico, per le scale *Cura paterna* (17,89 ± 10,95) e *Controllo-Iperprotezione materno* (18,24 ± 9,01) e *paterno* (16,11 ± 9,28). Questi risultati si inseriscono nel dibattito in corso sulle correlazioni fra Disturbi di Panico e dell'Umore e inducono a ipotizzare che in entrambi i disturbi siano implicati i legami precoci con i genitori. Sono emersi, come nelle attese, risultati significativi sia per il PBI che per l'ASQ, in linea con l'esperienza clinica. Infatti, nei pazienti depressi, le *Cure genitoriali* sono risultate più basse mentre il senso del *Controllo-Iperprotezione* più alto. Così come, nello stesso gruppo, sono emersi valori più bassi per la *Fiducia* e più alti per le *Relazioni considerate secondarie*, la *Preoccupazione per le relazioni* e il *Bisogno di approvazione*. Valori, in parte, confermati indipendentemente dall'analisi multivariata. I dati raccolti hanno permesso di rilevare che la patologia depressiva si associa a caratteristiche specifiche dei

legami di attacco passati, in particolare a un attacco con la madre caratterizzato da *controllo anafettivo*, quindi meno caloroso ed empatico, con maggior controllo, invadenza e iperprotezione rispetto al gruppo di controllo, d'accordo con quanto rilevato spesso in pazienti con depressione^{21,22}. L'apparente maggior rilievo del legame con la madre si accorda con le ipotesi che l'attacco si sviluppi con una persona in particolare²¹ e che gli IWM organizzino gerarchicamente le esperienze relazionali con figure diverse²³. Tuttavia, le differenze significative tra i gruppi relativamente alla *Cura* e al *Controllo-Iperprotezione* nel legame con il padre e alcune considerazioni teoriche²⁹, inducono a ulteriori ricerche.

È probabile che le descrizioni raccolte siano riconducibili a stili di attacco infantile di tipo insicuro, più probabilmente evitante che ansioso-ambivalente e, anche nei legami attuali, a relazioni improntate all'insicurezza in entrambe le direzioni. Da un lato, infatti, sono stati riscontrati livelli bassi di *Fiducia* e alti di *Relazioni considerate secondarie*, che inducono a ipotizzare una spiccata tendenza dei pazienti con patologia depressiva a evitare o porre in secondo piano, nella loro vita, le relazioni profonde. Dall'altro lato, valori ancor più significativi sono stati riscontrati nelle differenze tra i gruppi riguardo alla *Preoccupazione per le relazioni* e al *Bisogno di approvazione*, elementi tipici invece di un atteggiamento ansioso-depressivo. Entrambe le tendenze rientrano nei tratti caratteristici degli stili insicuri (Evitante-Distaccato, Evitante-Spaventato e Preoccupato) descritti da Bartholomew & Horowitz¹² e anche da Main et al.³⁰, riconducibili sia all'Evitamento sia all'Ansia. Questi risultati suggeriscono che la patologia depressiva sia associata a specifici stili relazionali e di attacco, caratteriz-

zati da insicurezza, e che la scarsa fiducia in se stessi, tipica dei pazienti depressi, si manifesti anche nelle relazioni presenti, con il ricorso a entrambe le modalità. Ciò ci permette di concludere, in accordo con altre ricerche^{19 24 31-33}, che l'insicurezza dell'attaccamento è tipica delle popolazioni patologiche in generale, compresa quella dei depressi, e che la valutazione dimensionale trovi spazio nella spiegazione delle loro caratteristiche relazionali senza escludere quella categoriale.

La rilevanza di aspetti relativi tanto alla dimensione Evitamento quanto alla dimensione Ansia, considerate anche "strategie" secondarie all'attaccamento sicuro associate a psicopatologia¹⁷, fa ipotizzare che i pazienti depressi possano manifestare la tendenza sia a *minimizzare* sia a *massimizzare* i bisogni di attaccamento. Tali dimensioni, infatti, potrebbero essere associate a differenze individuali nell'attivazione dei sistemi comportamentali dell'attaccamento e dell'esplorazione³ all'interno dei legami precoci e, successivamente, allo sviluppo di strategie (emotive e cognitive) utili a ridurre o intensificare tale attivazione e che potrebbero dipendere dalla disponibilità e dalla prevedibilità della *base sicura* nei primi legami¹⁷. Inoltre, le strategie di "deattivazione" cognitiva^{11 20}, cui si associano comportamenti riconducibili agli alti punteggi nella scala *Relazioni considerate secondarie*, potrebbero esprimere una tendenza a minimizzare il bisogno d'attaccamento. La tendenza a massimizzare tale bisogno, invece, potrebbe essere legata a strategie di "iperattivazione" cognitiva^{11 20} – come il rimuginio – che risultano associate ad alti valori nelle scale *Preoccupazione per le relazioni* e *Bisogno di approvazione*. In questo senso potrebbero spiegarsi anche i risultati relativi alla crescita del *Bisogno di approvazione* con l'aumentare dell'età. L'insorgere o il perdurare della depressione, insieme ai cambiamenti legati all'invecchiamento, potrebbero favorire un'exasperazione in senso ansioso del bisogno di attaccamento. Il sentimento di solitudine tipico dei pazienti depressi potrebbe essere avvertito più intensamente e far aumentare la ricerca di approvazione, allo scopo di ricevere dalle figure di riferimento conforto e rassicurazione.

D'accordo con Dozier et al.¹⁷, riteniamo che in ricerche successive sarebbe utile analizzare la relazione tra attaccamento e psicopatologia considerando la distinzione tra *internalizzazione* ed *esternalizzazione* della sintomatologia, al fine di valutare se esista un'associazione specifica con una delle dimensioni dell'attaccamento o se la combinazione delle due risulti in ogni caso la più significativa. Chiarire questi aspetti nel caso dei disturbi depressivi sarebbe degno di interesse, essendo noto come alcune forme siano caratterizzate dalla tendenza a esternalizzare il disagio, accusando gli altri per questo e mostrando nei loro confronti ostilità ed emozioni come la rabbia. Altre forme, invece, non presentano problemi di condotta e

i pazienti mostrano la tendenza a internalizzare il disagio attraverso auto-svalutazioni, auto-accuse e assunzioni di responsabilità per gli eventuali rifiuti sperimentati nelle relazioni interpersonali, accompagnate da emozioni come la tristezza o la vergogna.

L'interesse per l'approfondimento di questi temi nei pazienti depressi è motivato anche dai risultati di altri due studi italiani condotti su pazienti con Disturbi d'Ansia e dell'Umore³² e con Disturbo da Attacchi di Panico con e senza Agorafobia³³. Entrambi hanno evidenziato nei pazienti la prevalenza di stili di attaccamento insicuri, con valori significativi sia nell'Evitamento sia nell'Ansia. Va notato che Mauri et al.³³ hanno utilizzato l'ASQ, rilevando punteggi più bassi nella scala *Fiducia* e più alti nel *Disagio per le relazioni intime* e nel *Bisogno di approvazione*. Inoltre, questi autori hanno trovato correlazioni significative tra aspetti del temperamento, dimensioni dell'attaccamento e componenti agorafobiche, ipotizzando il possibile ruolo del temperamento e delle caratteristiche relazionali sui sintomi manifestati. Ciò supporta l'interesse per la valutazione della tendenza all'*internalizzazione* o all'*esternalizzazione* dei sintomi¹⁷.

L'uso contemporaneo di due questionari autosomministrati rappresenta un limite del nostro studio, che potrebbe aver generato correlazioni sovradimensionate. A tal proposito, bisogna considerare che i risultati presentati e discussi riguardano uno studio più ampio e ancora in corso di svolgimento, in cui ci si propone di confermare i risultati ottenuti con valutazioni ripetute e concorrenti. La significatività dei risultati emersi finora sembra tuttavia deporre a favore dell'utilità dei questionari autosomministrati nella valutazione dei pazienti depressi per gli aspetti relativi all'attaccamento. Come controllo delle ipotesi formulate sulla base dei dati raccolti, sarebbero opportune verifiche in fasi diverse dell'iter terapeutico per valutare l'attendibilità dei resoconti forniti e per comprendere meglio il nesso tra esperienze passate e attaccamento attuale. Se gli eventuali cambiamenti negli stili relazionali attuali, riconducibili agli effetti del trattamento terapeutico, si accompagnassero a differenze anche nei ricordi, si potrebbero avere indicazioni circa la possibilità che questi ultimi possano risentire delle percezioni al momento della risposta. In una fase acuta del disturbo, infatti, i livelli di umore particolarmente bassi e le valutazioni e le percezioni a essi associate³⁴, potrebbero determinare un orientamento delle risposte indirizzato verso l'idealizzazione del passato o la manifestazione di atteggiamenti particolarmente ansiosi e preoccupati nei confronti di questo. In una fase di remissione, invece, è possibile che queste tendenze siano ridotte o scompaiano, in funzione appunto delle auspicabili maggiori capacità di aver accesso e consapevolezza della qualità delle esperienze di attaccamento passate, e del riuscire ad accettarle e ricordarle con più distacco e obiettività, anche se non ideali e dolorose.

Somministrazioni in fasi diverse del trattamento darebbero indicazioni utili anche per la valutazione del decorso della patologia e della qualità della relazione terapeutica quale *esperienza relazionale correttiva*³⁵. In quei pazienti con patologia depressiva caratterizzata da tratti spiccati di insicurezza è importante valutare l'eventuale modifica dei modelli (IWM) insicuri interiorizzati a partire dalle esperienze passate verso modalità relazionali presenti più sicure e fiduciose, che tengano conto di esperienze più recenti e positive. È importante considerare, inoltre, se gli eventuali cambiamenti trovino riscontro anche nelle valutazioni cliniche del terapeuta e in un miglioramento della sintomatologia e del benessere psicologico. Ciò appare significativo da un punto di vista metodologico ma anche perché è in accordo con quanto suggerito da vari approcci che sostengono l'applicazione dei principi della Teoria dell'Attaccamento alla clinica, non solo nella diagnosi ma anche in terapia^{17 31 35}.

Considerare gli aspetti relativi all'attaccamento all'interno del rapporto terapeutico aumenta nel paziente la sensazione di essere accolto, favorendo nel contempo la fiducia nel terapeuta^{31 35}. Il terapeuta, d'altro canto, ha modo di poter riconoscere che, per quanto i sintomi siano facilmente riducibili a categorie diagnostiche, il disagio a cui danno forma non è separabile dalla vita emotiva e relazionale della persona.

Presentazione a congressi

I risultati preliminari della ricerca sono stati presentati al Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana di Psicologia (AIP) – Sezione Psicologia Clinica e Dinamica (18-20 settembre 2009, Chieti) con il Poster dal titolo *Caratteristiche dell'attaccamento in pazienti con disturbo depressivo*.

Bibliografia

- 1 Bowlby J. *Attaccamento e perdita, vol. 2: La separazione dalla madre*. Torino: Bollati Boringhieri 2000 (1973).
- 2 Bowlby J. *Una base sicura*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina 1989 (1988).
- 3 Hazan C, Shaver PR. *Romantic love conceptualized as an attachment process*. J Pers Soc Psychol 1987;52:511-24.
- 4 Simpson JA, Rholes WS. *Attachment in adulthood*. In: Simpson JA, Rholes WS, editors. *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press 1998, pp. 3-21.
- 5 Pearson JA, Cohn DA, Cowan PA, et al. *Earned- and continuous-security in adult attachment: relation to depressive symptomatology and parenting style*. Dev Psychopathol 1994;6:359-73.
- 6 Kobak RR, Hazan C. *Attachment in marriage: effects of security and accuracy of working models*. J Pers Soc Psychol 1991;60:861-9.
- 7 Pereg D, Mikulincer M. *Attachment style and the regulation of negative affect: exploring individual differences in mood congruency, effects on memory and judgment*. Pers Soc Psychol Bull 2004;30:67-80.
- 8 Furman W, Simon VA, Shaffer L, et al. *Adolescents' working models and styles for relationships with parents, friends, and romantic partners*. Child Dev 2002;73:241-55.
- 9 Gallo LC, Smith TW, Ruiz JM. *An interpersonal analysis of adult attachment style: circumplex descriptions, recalled developmental experiences, self-representations, and interpersonal functioning in adulthood*. J Pers 2003;71:141-81.
- 10 Mikulincer M, Shaver PR. *The attachment behavioural system in adulthood: activation, psychodynamics, and interpersonal processes*. In: Zanna M, editor. *Advances in experimental social psychology*. New York: Academic Press 2003, pp. 52-153.
- 11 Cassidy J. *La natura dei legami del bambino*. In: Cassidy J, Shaver PR, editors. *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Roma: Giovanni Fioriti Editore 2002 (1999), pp. 5-24.
- 12 Bartholomew K, Horowitz L. *Attachment styles among young adults: a test of a four category model*. J Pers Soc Psychol 1991;61:226-44.
- 13 Feeney JA, Noller P, Hanrahan M. *Assessing adult attachment*. In: Sperling MB, Berman WH, editors. *Attachment in adults. Clinical and developmental perspectives*. New York: Guilford Press 1994, pp. 128-52.
- 14 Brennan KA, Clark CL, Shaver PR. *Self-report measurement of adult attachment*. In: Simpson JA, Rholes WS, editors. *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press 1998, pp. 46-76.
- 15 Fossati A, Feeney JA, Donati D, et al. *The attachment style questionnaire dimensionality*. J Soc Pers Relat 2003;20:55-79.
- 16 Parker G, Tupling H, Brown LB. *A parental bonding instrument*. Br J Med Psychol 1979;1:1-10.
- 17 Dozier M, Stovall KC, Albus KE. *L'attaccamento e la psicopatologia nell'età adulta*. In: Cassidy J, Shaver PR, editors. *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Roma: Giovanni Fioriti Editore 2002 (1999), pp. 566-90.
- 18 Poerio V. *Stili di attaccamento nell'adulto: dimensioni psicologiche sottostanti*. Psicoterapia cognitiva e comportamentale 1998;1:35-51.
- 19 Fonagy P, Leigh T, Steele M, et al. *The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy*. J Consult Clin Psychol 1996;64:22-31.
- 20 Slade A. *Teoria dell'attaccamento e ricerca clinica. Implicazioni per la teoria e la pratica della psicoterapia individuale con gli adulti*. In: Cassidy J, Shaver PR, editors. *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Roma: Giovanni Fioriti Editore 2002 (1999), pp. 652-73.
- 21 Parker G. *Parental "Affectionless Control" as an antecedent to adult depression*. Arch Gen Psychiatry 1983;40:956-60.
- 22 Marinelli M, Palusci F, Di Genova A, et al. *Il legame genitoriale nel disturbo di panico e nel disturbo dell'umore in età adulta*. G Ital Psicopatol 2005;11:165-9.

- ²³ Bretherton I, Munholland KA. *Modelli operativi interni nelle relazioni di attaccamento. Una revisione teorica*. In: Cassidy J, Shaver PR, editors. *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Roma: Giovanni Fioriti Editore 2002 (1999), pp. 101-26.
- ²⁴ Fossati A, Feeney JA, Donati D, et al. *Personality disorders and adult attachment dimensions in a mixed psychiatric sample: a multivariate study*. *J Nerv Ment Dis* 2003;191:30-7.
- ²⁵ Fraley RC, Waller NG. *Adult attachment patterns. A test of the typological model*. In: Simpson JA, Rholes WS, editors. *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press 1998, pp. 77-114.
- ²⁶ American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Text Revision*. Milano: Masson 2007 (2000).
- ²⁷ Crowell JA, Fraley RC, Shaver PR. *Misure delle differenze individuali dell'attaccamento negli adolescenti e negli adulti*. In: Cassidy J, Shaver PR, editors. *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Roma: Giovanni Fioriti Editore 2002 (1999), pp. 494-530.
- ²⁸ Parker G, Barret R, Hickie I. *From nurture to network: examining links between perception of parenting received in childhood and social bonds in adulthood*. *Am J Psychiatry* 1992;149:877-85.
- ²⁹ Grossmann KE, Grossmann K, Waters E. *Attachment from infancy to adulthood: the major longitudinal studies*. New York: Guilford Press 2005.
- ³⁰ Main M, Kaplan K, Cassidy J. *Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation*. In: Bretherton I, Waters E, editors. *Growing points of attachment theory and research*. *Monogr Soc Res Child Dev* 1985;50:66-104.
- ³¹ Meredith PJ, Strong J, Feeney JA. *Adult attachment variables predict depression before and after treatment for chronic pain*. *Eur J Pain* 2007;11:164-70.
- ³² Baroni S, Catena M, Masala I, et al. *Relazione tra attaccamento e psicopatologia*. Poster presentato al XII Congresso della Società Italiana di Psicopatologia, Roma 19-23 febbraio 2008.
- ³³ Mauri D, Bertani A, Crippa S, et al. *Temperamento e stili di attaccamento in soggetti con disturbo di panico*. Poster presentato al XII Congresso della Società Italiana di Psicopatologia, Roma 19-23 Febbraio 2008.
- ³⁴ Seligman MEP, Abramson LY, Semmel A, et al. *Depressive attributional style*. *J Abnorm Psychol* 1979;88:242-7.
- ³⁵ Safran JD, Muran JC. *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. Roma-Bari: Laterza 2003.