

La Teoria dell'Attaccamento e la Terapia Centrata sul Cliente

Maria Luisa Verlato

Carl Rogers ha sempre cercato di incoraggiare la curiosità ed apertura verso tutti i campi della clinica per affinare la nostra conoscenza e soprattutto la nostra comprensione di tutto ciò che è umano, con l'attenzione però a non usare le teorie come dogmi o contenitori rigidi entro cui costringere l'esperienza (Rogers, 1951, trad. it. p. 274). Anche R. Laing temeva l'uso difensivo delle teorie che, come teste di medusa, pietrificano l'altro (Laing, 1959).

Spero che si tenga conto di questi suggerimenti anche nell'accostarci alla teoria dell'attaccamento. Nata dalle prime osservazioni e ricerche di J. Bowlby all'inizio degli anni '50 e approfondita da molti suoi collaboratori o colleghi della scuola psicoanalitica inglese, essa ha fornito e fornisce dei contributi rispetto ai quali quasi tutti gli attuali orientamenti nel campo della psicologia e psicoterapia si confrontano. In Italia la Scuola Cognitivista (Liotti, 1994; Bara, 1996) e quella Costruttivista (Lorenzini e Sassaroli, 1995) hanno elaborato da tempo numerose riflessioni e lavori a partire da tale teoria.

Anche all'interno dell'approccio rogersiano italiano l'interesse per questo argomento sta aumentando; Maura Anfossi ha scritto la postfazione all'ultima edizione italiana di *Attaccamento e Perdita* di Bowlby, "Le prospettive attuali della teoria dell'attaccamento", e su questa rivista *La trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento* (Anfossi, 1999).

Il lavoro di J. Bowlby ha incontrato molti ostacoli nell'ambiente psicoanalitico poiché si è avvalso di metodologie di ricerca caratteristiche della psicologia sperimentale che si allontanavano dalla consuetudine psicodinamica di ricavare il materiale clinico solo dal lavoro con i clienti, durante le sedute. Inoltre, le sue osservazioni hanno portato dei contributi importanti ed inconfutabili a sostegno dell'ipotesi del trauma reale nell'insorgenza della sofferenza psichica a scapito della teoria kleiniana del trauma fantasmatico. Questi elementi, causa di dissidio nel suo ambiente,

sono invece stati importanti per l'avvicinamento della sua teoria sia alle correnti di pensiero più legate alla psicologia scientifica che a quelle che considerano lo sviluppo dell'essere umano strettamente correlato alle relazioni interpersonali ed agli scambi affettivi fin dai primi giorni di vita.

Sviluppando ipotesi provenienti dalla neurobiologia evuzionista e dalla teoria modulare, Bowlby ha identificato cinque sistemi motivazionali innati (dell'attaccamento, dell'accudimento, sessuale, agonistico e cooperativo); tendenze innate che grazie all'imprinting dato dalle prime esperienze di relazione organizzano lo sviluppo dell'essere umano. La vita, il comportamento di ogni persona possono essere visti come la risultante dei diversissimi modi in cui questi sistemi pesano e si intrecciano; nel corso stesso di ogni psicoterapia si potrà vedere quali sistemi predominino o siano carenti, come si influenzino e cambino, come si esprimano nel rapporto col terapeuta.

Anche la Terapia Centrata sul Cliente può essere vista, rispetto ai sistemi motivazionali innati, come la possibilità di trovare il giusto equilibrio nella relazione di accudimento del terapeuta verso la persona che soffre e che, in quanto sofferente, esprime forti bisogni di attaccamento, senza confusioni col sistema di tipo sessuale o dimensioni competitive, ma cercando quanto più possibile la cooperazione. Vissuti importanti come il sentimento di colpa e di vergogna si differenziano anche per la loro diversa collocazione all'interno del sistema cooperativo o competitivo (Congresso IACP 1997, Anna Iorio).

La riflessione su tali sistemi ed il loro utilizzo in psicoterapia può essere un campo di ricerca molto interessante per il futuro.

Finora quasi tutte le ricerche si sono focalizzate sul sistema motivazionale innato dell'attaccamento (cui è complementare quello dell'accudimento nell'adulto); fondamentale nei primi anni di vita del bambino per garantirne la sopravvivenza in termini sia fisici che emotivi, tale sistema influenzerà successivamente gran parte del suo sviluppo. L'attaccamento è «una tendenza innata a ricercare la vicinanza protettiva di una figura ben conosciuta, ogni volta che si costituiscono situazioni di pericolo, dolore, fatica o solitudine» (Liotti, in Bara, 1996, p. 63). Le emozioni più potenti e drammatiche sono quelle evocate da questo sistema. «L'espressione di emozioni - di paura, collera, tristezza, gioia, sicurezza - costituisce infatti il modo principale di modulare la richiesta di cura e vicinanza» (Liotti, 1996, p. 65). L'attaccamento esprime i bisogni fondamentali dell'individuo, quelli legati alla sopravvivenza e alla sicurezza, già ritenuti prioritari da Maslow nella sua scala dei bisogni che C. Rogers ha condiviso.

Il sistema dell'attaccamento offre un vantaggio di tipo evuzionistico alle specie le cui reti neuronali a livello del sistema limbico lo prevedano. Nel bambino saranno poi le reali esperienze di relazione nei primi anni di vita con le varie figure di attaccamento, prevalentemente i genitori, a permettere o meno la costruzione di legami affettivi e modalità di rapporto, che tenderà a mantenere e riprodurre nel corso della propria vita.

I modelli operativi interni

Le tendenze innate unite a queste esperienze precoci producono delle conoscenze che da quel momento in poi regoleranno il comportamento della persona. Tali conoscenze si organizzano negli *Internal Working Models* (IWM - modelli operativi interni) che sono degli schemi cognitivi riguardanti il sé, l'altro e le relazioni interpersonali che si articolano su tre piani gerarchici:

1. l'esito che ci si aspetta dalla relazione in termini di accettazione o rifiuto;
2. il modello di sé e dell'altro, amabile o non amabile;
3. le strategie per rendere prevedibile il rapporto in termini di vicinanza o lontananza.

Bowlby scrive nel secondo volume di *Attaccamento e Perdita* (Bowlby, 1973, trad. it. p. 260):

Nel modello operativo del mondo che ciascuno si costruisce, una caratteristica chiave è il concetto di chi siano le sue figure di attaccamento, di dove le si possa trovare, e del modo in cui ci si può aspettare che reagiscano. Analogamente, nel modello operativo dell'io che ciascuno costruisce, una caratteristica chiave è il concetto di quanto egli stesso sia accettabile o inaccettabile agli occhi delle sue figure di attaccamento. Sulla struttura di questi modelli complementari sono basate le previsioni di un individuo su quanto le sue figure di attaccamento potranno essere accessibili e reattive se egli si rivolgerà a loro per aiuto.

Più avanti scrive: «Le previsioni che il bambino fa [...] sono delle deduzioni tutt'altro che irragionevoli».

Anche nella teoria della personalità di C. Rogers il bambino impara molto presto quali siano i comportamenti ed atteggiamenti accettabili e non accettabili per le sue figure criterio; per conservare il loro amore, di cui non può fare a meno, si allontanerà dalla percezione organismica dei propri bisogni, costruendo un'immagine falsata di sé. Citando Leeper (Rogers, 1951, trad. it. p. 327), Rogers dice che «quando il bambino interagisce con il suo ambiente costruisce a poco a poco concetti che riguardano se stesso, l'ambiente, e le relazioni fra se stesso e l'ambiente. Questi concetti - anche se non sono espressi verbalmente e non sono sempre rappresentati in modo consapevole - riescono a funzionare come principi guida». Costituiranno i costrutti cognitivi.

Altri autori hanno chiamato questi modelli operativi interni con nomi diversi: rappresentazioni di sé con l'altro, schemi cognitivi interpersonali, costrutti interpersonali, schemi relazionali (Safran e Segal), piani inconsci (Weiss e Sampson). Kelly, che per primo li aveva chiamati "costrutti", sosteneva che la motivazione chiave è l'aumento della conoscenza, ovvero delle possibilità predittive per controllare gli eventi della vita.

La relazione di attaccamento diventa quindi l'esperienza su cui ogni essere umano fonda le proprie capacità conoscitive e predittive circa la natura umana, il senso delle relazioni e la propria identità.

Liotti (1994) descrive accuratamente l'emergere della continuità della coscienza, dell'identità, proprio da queste prime relazioni interpersonali. E purtroppo anche i deficit e i disturbi di tipo dissociativo della coscienza saranno imputabili alla discontinuità e alle carenze in tali rapporti.

I pattern di attaccamento

Le ricerche sul comportamento del bambino quando si separa dal genitore e poi quando lo rivede (nella *Strange Situation* elaborata da Mary Ainsworth) e le correlazioni con il modo di essere dei genitori rilevate con la *Parent Attachment Interview* di M. Main, hanno permesso di identificare dei pattern di attaccamento ben precisi: A - insicuro evitante; B - sicuro; C - insicuro resistente o ambivalente; e in un secondo momento D - disorganizzato.

Solo i bambini con un attaccamento *sicuro* venivano accolti in modo incondizionato dal proprio genitore, e aiutati ad accettare a loro volta, a dare un nome e un senso, a tutti quei bisogni ed emozioni, positivi o negativi, che sono propri di ogni essere umano. La buona integrazione psicologica del genitore e le sue adeguate competenze autoriflessive e metacognitive (Fonagy, 1995) rendono possibile tutto ciò. Anche per noi rogersiani l'accettazione positiva incondizionata non è possibile senza la congruenza e l'accettazione di sé.

Altri genitori non hanno invece ben integrate queste possibilità e negano, sconfermano, non riconoscono alcuni importanti bisogni del bambino.

Saranno allora i bisogni di vicinanza, cura, sostegno e presenza umana che i bambini del gruppo *evitante* dovranno reprimere per conservare il rapporto con i genitori; quelli di autonomia, libertà, fiducia in sé nel modello *insicuro-resistente*; e infine i bisogni relativi alla sicurezza, alla coerenza e continuità, al rispetto dei limiti e dell'integrità fisica, negati nei bambini del gruppo D, *disorganizzato*, renderanno particolarmente insicure, alternanti, drammatiche ed imprevedibili le loro relazioni sia con la figura di attaccamento che con le altre che incontreranno nella vita.

Fortunatamente le modalità di attaccamento insicuro non danno necessariamente luogo a disturbi psicopatologici, anche se rendono la vita più faticosa, con ripercussioni rispetto all'autostima, al senso di libertà individuale, alla fiducia in sé o negli altri e rispetto alla possibilità di dare o chiedere aiuto quando è necessario. Una caratteristica molto importante della persona che ha potuto vivere un attaccamento sicuro è che sarà «fiduciosa in se stessa e capace di costituire una base sicura per gli altri e capace di chiedere aiuto e fidarsi in caso di bisogno» (Bowlby, 1973, trad. it. p. 446). Se da adulta soffrirà, non si vergognerà della propria difficoltà e saprà chiedere l'aiuto necessario.

Per poter vivere nonostante le privazioni emotive, soprattutto nei casi in cui esse siano state particolarmente severe e persistenti e con l'impossibilità di poter entrare in contatto con adulti più sani che potessero permettergli esperienze di relazione sicura, il bambino con modelli di attaccamento A C D tenderà degli accomodamenti o deviazioni rispetto alle possibilità di comportarsi in modo sano.

Il *bambino evitante* potrà a sua volta sottovalutare il proprio bisogno di aiuto e magari, se dovrà da adulto ricorrere ad una psicoterapia, cercherà di non 'disturbare' il terapeuta, di far tutto da solo per paura del rifiuto. Noi rogersiani dovremo tenere presente che clienti di questo tipo saranno ipersensibili rispetto alla qualità della presenza del terapeuta e all'accoglienza; potranno invece in un primo momento vivere con imbarazzo l'empatia ed il calore umano che non hanno conosciuto in precedenza.

Viceversa il *bambino ansioso-resistente* tenderà a temere la libertà e a cercare nella dipendenza la sicurezza, per poi ribellarsi quando il senso di oppressione e controllo gli risulteranno intollerabili. Da adulto, in terapia tenderà a chiedere una relazione di dipendenza e a questo riguardo il nostro approccio, in quanto non direttivo e fondato sulla fiducia verso il cliente come migliore 'esperto di sé', potrà fornire la relazione paritetica e insieme convalidante di cui la persona ha bisogno per riprendere a credere in se stessa.

Gli accomodamenti saranno sicuramente più difficili nel caso del bambino che, a causa della *modalità disorganizzata* del suo attaccamento, non è riuscito ad arrivare ad una integrazione unitaria di sé e dell'altro. Proverà molta paura e molta rabbia. Alcuni autori, fra cui Liotti, parlano del rischio in questi casi di vivere esperienze di tipo dissociativo; in momenti particolarmente drammatici, quando ad esempio la figura di attaccamento per una sua patologia, o a causa di alterazioni della propria coscienza dovuti a propri traumi non elaborati, diventa fonte di spavento o trauma per il figlio, inizierà a configurarsi quel "triangolo drammatico" per cui il bambino si sentirà nella posizione di vittima dell'adulto persecutore; questo stesso adulto subito dopo o in altre situazioni potrà essere affettuoso e dare sostegno al bambino spaventato, ed allora sarà il suo salvatore; altre volte diventerà a sua volta vittima della rabbia del figlio oppure cercherà aiuto e conforto nel figlio salvatore.

La relazione terapeutica

Anche lo spazio terapeutico, soprattutto con i clienti con disturbi di personalità la cui sofferenza ha le radici in un pattern di attaccamento disorganizzato, correrà il rischio di diventare una scena in cui il cliente - alternativamente vittima, salvatore e persecutore - cercherà di entrare in contatto col terapeuta con queste uniche modalità che conosce; sarà una dura prova per ognuno di noi non identificarsi proiettivamente con tali potenti richiami e non impersonare i ruoli complementari, lasciandoci vittimizzare, o salvare o sedurre dal cliente; e dovremo essere molto congruenti e capaci di contenimento per gestire la rabbia che una tale persona, con i propri attacchi, può scatenare in noi. Spesso da piccoli sono anche stati molto manipolati, o sedotti e nei casi peggiori hanno subito abusi. Con loro sarà fondamentale stabilire la relazione terapeutica e l'alleanza di lavoro, partendo prevalentemente dalla congruenza ed accettazione. L'empatia potrebbe venire invece fraintesa e confusa con intenti seduttivi o manipolatori e, se espressa troppo presto, provoca un'interruzione della terapia.

Quindi gli *Internal Working Model* si esprimeranno anche all'interno della relazione psicoterapeutica dove la persona non solo narrerà, ma semplicemente vivrà, agirà il suo modo di essere nel mondo e nella relazione diadica. Possiamo pertanto pensare al "transfert" come qualcosa di strettamente correlato a tutto ciò, in una situazione dove però lo psicoterapeuta cercherà di vivere il rapporto coerentemente con i propri criteri, che per noi sono rappresentati dalle tre condizioni - congruenza,

accettazione positiva incondizionata ed empatia; e forse chi è imprigionato nella sofferenza causata da costrutti disfunzionali potrà vivere un'esperienza emozionale correttiva, come la chiamava Alexander, o una relazione con una base sicura.

La terapia non è il solo contesto dove l'essere umano può avere l'occasione di modificare la sua esperienza e i relativi costrutti. Anche figure affettivamente significative all'interno della famiglia allargata, o educatori incontrati nel mondo della scuola, degli asili nido, nei gruppi giovanili o sportivi possono costituire delle occasioni di relazioni e modelli sicuri, poiché fortunatamente la presenza di un legame sano tende a prevalere e ad essere più efficace rispetto alle modalità insicure. Rogers lo spiegherebbe con la tendenza attualizzante.

Queste ipotesi aprono l'utilizzo della teoria dell'attaccamento anche a *finalità di tipo preventivo* e di tutela della salute; infatti, è possibile diffondere le conoscenze provenienti da tale teoria nella formazione di quanti lavoreranno con i bambini e giovani, e, nei lavori di supervisione (io ad esempio lo sto sperimentando all'interno di due asili nido) approfondire le modalità di relazione proprie e quelle che si pensa caratterizzino i vari bambini, per cercare di fornire delle esperienze correttive adeguate.

L'attenzione verso la promozione della salute, oltre che verso il lavoro clinico che caratterizza il nostro approccio, è ampiamente espressa anche fra i teorici dell'attaccamento. Quando la sofferenza ed il disagio psicologico non vengono più interpretati come espressione di forze in lotta all'interno della psiche dell'individuo, ma legati ad esperienze reali di vita e alla qualità dell'incontro fra le persone, allora si crede di più nella possibilità non solo di curare ma di prevenire e promuovere il benessere; si è meno impotenti.

Fonagy ed i suoi colleghi hanno trovato delle conferme sperimentali in ricerche dove hanno cercato di migliorare le competenze autoriflessive e metacognitive di madri che, per le loro storie di vita particolarmente travagliate, o per vissuti legati a lutti recenti non ancora elaborati, sarebbero state a rischio e nell'incapacità di proporsi come basi sicure. Anche la sola presenza per alcune ore al giorno, nelle prime settimane di vita del bambino, di un educatore che affiancava la madre nell'accudimento, metacomunicando correttamente, è stato di grande aiuto; studi longitudinali potranno confermare se tali interventi possono ad esempio ridurre l'insorgenza di gravi disturbi di personalità come quello borderline, correlato ad un attaccamento di tipo D (disorganizzato), come gli altri disturbi di tipo dissociativo (Fonagy, 1995).

Qualora la *disfunzionalità dei costrutti cognitivi* elaborati a partire dal modello di attaccamento A (evitante) o C (insicuro ambivalente) portino all'*insorgenza di disturbi*, i primi saranno di tipo depressivo, caratterizzati da solitudine, poco sostegno, vuoto, oppure, se prevarrà l'illusione di autosufficienza e non bisogno degli altri, di tipo schizoide o paranoide. Quelli legati al pattern C riguarderanno maggiormente i disturbi d'ansia, fobico-ossessivi o quello dipendente di personalità (Lorenzini e Sassaroli, 1995). I cognitivisti italiani (Bara, 1996) hanno approfondito ed elaborato un ampio materiale sul tipo di organizzazioni cognitive che si strutturano a partire dalle diverse modalità di attaccamento.

La diagnosi

Questi ultimi argomenti potrebbero essere per noi rogersiani un'occasione di rinnovata riflessione rispetto al problema della diagnosi e della nosografia di tipo psichiatrico. Rogers riteneva dannosa la diagnosi in senso tradizionale, sia perché collocando all'esterno, nell'esperto, il locus di valutazione si rischia di deresponsabilizzare e rendere dipendente il cliente, sia perché fornisce solo una conoscenza di tipo intellettuale che non può essere di aiuto per una ristrutturazione della personalità ed il cambiamento. Proponeva invece di vedere la diagnosi in questi termini: «La terapia è essenzialmente lo sperimentare l'inadeguatezza dei precedenti modi di percepire, il vivere nuove e più adeguate percezioni e il riconoscere relazioni rilevanti fra le percezioni. In un certo senso molto più specifico la terapia è diagnosi, e questa diagnosi è un processo che si svolge nell'esperienza del cliente, più che nell'intelletto del clinico». E poco più avanti: «Nella terapia centrata sul cliente si potrebbe dire che lo scopo del terapeuta sia quello di fornire le condizioni in cui il cliente sia in grado di fare, di vivere e di accettare la diagnosi degli aspetti psicogeni del suo disagio» (Rogers, 1951, trad. it. pp. 208, 209).

Credo che questo tipo di 'diagnosi', che attraverso una relazione sicura consente a sentimenti oscuri e vietati, ad ipotesi prima inaccettabili e talora a traumi indicibili, di emergere alla coscienza ed essere percepiti, senza però costituire una minaccia destrutturante per la persona, ma che, anzi, organizzandosi ed integrandosi permettono al cliente di delineare e comprendere la storia piena di senso della propria vita, possa accomunare il punto di vista del terapeuta rogersiano con quello di quanti si riferiscono alla teoria dell'attaccamento. Essi parleranno della necessità di rendere più coerenti la memoria semantica e quella episodica per costruire una narrazione della propria vita, aumentando le proprie capacità autoriflessive e metacognitive.

Il terapeuta come base sicura

Desidero ora riprendere alcune considerazioni relative al terapeuta come 'base sicura', che costituiscono a mio parere un elemento di grande vicinanza fra Rogers e Bowlby.

Rogers ha continuato a ribadire la necessità di un'estrema sicurezza e calore umano nel rapporto terapeutico: «In determinate condizioni e soprattutto in completa assenza di minaccia alla struttura del sé, le esperienze incongruenti con tale struttura possono diventare oggetto di percezione e di analisi e la struttura del sé può venire corretta in modo da accogliere queste esperienze» (Rogers, 1951, trad. it. p. 345); o anche «Nel calore emotivo della relazione col terapeuta, il cliente incomincia a provare una sensazione di sicurezza» (Rogers, 1951, trad. it. p. 39). In *Un modo di essere* ricorda che anche «Laing ha detto che il senso di identità richiede l'esistenza di un altro da cui uno si sente conosciuto. Anche Martin Buber ha parlato del bisogno di avere la nostra esistenza confermata da un altro. L'empatia dà questa conferma necessaria all'individuo: facendolo sentire una persona separata, apprezzata e con un'identità» (Rogers, 1983, trad. it. p.

133). Tu esisti. 'Esse est percipi', scrive Hillman in *Il Codice dell'Anima* (Hillman, 1996).

Così un genitore che permette al figlio l'esperienza di un attaccamento sicuro validerà con rispetto ogni emozione e sentimento del figlio, riconoscendosi e facendolo riconoscere nell'umanità che li accomuna.

Per noi psicoterapeuti rogersiani il rispetto ha anche molto a che fare con l'impegno e lo sforzo a tenere scostato nello sfondo il nostro schema di riferimento per cercare di comprendere senza inquinamenti quello interno del cliente. L'onestà di questa intenzione e la fiducia nella necessità di restare centrati sul cliente non sono purtroppo sufficienti a garantirne la reale riuscita.

Conosciamo i danni per il cliente e per noi stessi legati a confusioni, proiezioni, identificazioni proiettive, o semplicemente legati all'impossibilità di vedere o di credere a quello che è lontano ed in contraddizione con i nostri costrutti e schemi di riferimento.

La terapia personale è di grande aiuto in tutto ciò; ci aiuta ad esplorare e percepire il nostro mondo interno, comprendendolo ed accettandolo; sarà insostituibile per fondare la nostra consapevolezza e congruenza e non farci perdere di vista chi siamo, come ci relazioniamo e che ombre rischiamo di agire o proiettare, per farci contattare l'umanità ferita che sola ci accomuna ad ogni altro essere umano. Ci saranno però altri modi di essere, quelli che più sono lontani dalle nostre modalità di relazione o di attaccamento, quelli che non abbiamo vissuto e conosciuto, che non sempre incontreremo solo a partire dalla nostra storia. Allora, in quanto terapeuti, - «il medico deve avere in primo luogo un'intima quotidiana intuitiva familiarità con le cose» scrive Rogers citando Elton Mayo (Rogers, 1951) - saremo facilitati se avremo altre risorse per arricchire la nostra esperienza della vita: la letteratura, la poesia, il cinema o anche letture di tipo psicologico.

A mio parere, la teoria dell'attaccamento con l'ampio campo di osservazioni e scritti sulla costruzione e rottura dei legami affettivi, sull'amore e il lutto, la gioia e il dolore, sulla sicurezza e le paure, sull'intensità del sentire o la necessità di non sentire fino alla dissociazione per non venire schiacciati da quanto si prova, su quanto l'altro può far stare bene o male, potrà aiutarci a 'familiarizzare' anche con ciò che conosciamo di meno: e quando in modo velato, per l'inconsapevolezza o la paura, il cliente parlandoci di sé lo farà balenare nello sfondo del suo racconto, lo potremo vedere; ed egli a sua volta lo percepirà più chiaramente e potremo dire che è proprio così che succede... che è successo... Che è proprio così che ci si sente.

Bibliografia

- ANFOSSI M., *La trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento*, «Da Persona a Persona», Luglio 1999.
- ANFOSSI M., *Postfazione a J. Bowlby, attaccamento e perdita*, Torino, Bollati Boringhieri, 1999.
- BARA G.B. (a cura di), *Manuale di psicoterapia cognitiva*, Torino, Bollati Boringhieri, 1996.
- BOWLBY J. (1969-1982), *Attaccamento e perdita*. Vol. 1: *L'attaccamento alla madre*, Torino, Boringhieri, 1976; 1999.
- BOWLBY J. (1973), *Attaccamento e perdita*. Vol. 2: *La separazione dalla madre*, Torino, Boringhieri, 1975.
- BOWLBY J. (1980), *Attaccamento e perdita*. Vol. 3: *La perdita della madre*, Torino, Boringhieri 1983.
- BOWLBY J. (1988), *Una base sicura*, Milano, Cortina, 1989.
- FONAGY P., STEELE M., STEELE H. e altri, *Attachment, the Reflective Self, and Borderline states*, in GOLDBERG, MUIR E KERR, 1995.
- HILLMAN J. (1996), *Il codice dell'anima*, Milano, Adelphi, 1997.
- HOLMES J. (1993), *John Bowlby e la sua scuola*, Milano, Cortina, 1994.
- LAING R. (1959), *L'io diviso*, Torino, Einaudi, 1969.
- LIOTTI G., *La dimensione interpersonale della coscienza*, Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1994.
- LORENZINI L., SASSAROLI S., *Attaccamento, Conoscenza e Disturbi di Personalità*, Milano, Cortina, 1995.
- ROGERS C.R. (1951), *Terapia centrata sul cliente*, Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1997.
- ROGERS C.R. (1980), *Un modo di essere*, Firenze, Martinelli, 1983.
- SAFRAN J.D., SEGAL Z.V., *Il processo interpersonale nella terapia cognitiva*, Milano, Feltrinelli, 1993.