

Michele Giannantonio

Sito internet: www.psicotraumatologia.com

Articolo pubblicato sulla Rivista Italiana di Ipnosi e Psicoterapia Ipnocica, anno 2000, 20, 1:10-20

Attaccamento e psicoterapia ipnotica

Introduzione

La teoria dell'attaccamento (d'ora in poi "TDA") di John Bowlby e dei suoi continuatori viene considerata da molti clinici come un solido ed euristico trait d'union fra differenti orientamenti teoretici ed operativi che per decenni hanno lavorato parallelamente, non avendo saputo o voluto cercare punti di contatto in vista della costruzione di una disciplina scientifica unitaria sprovvista di etichette di sorta. Nella TDA, infatti, confluiscono elementi provenienti dalla psicoanalisi, dalla psicologia cognitiva clinica e sperimentale, dall'etologia, dalla cibernetica, dalla neurofisiologia e dall'approccio sistemico. Le radici poliedriche della TDA, invece di portare ad un modello confuso, hanno consentito la fondazione di un impianto teoretico, tuttora in espansione, insolitamente limpido ed in parte disponibile ad essere verificato sperimentalmente. Questi sono alcuni dei motivi che consentono alla TDA di essere comprensibile e bene accettata da etologi (Eibl-Eibesfeldt, 1984), psicoanalisti (Ammaniti, Stern, 1992), cognitivisti (Safran, Segal, 1990; Liotti, 1994), studiosi di psicotraumatologia (Barach, 1991). Intento dell'articolo è mostrare come la TDA possa essere utile anche per una lettura ed una pratica proficua della psicoterapia ipnotica, specie per quanto riguarda alcuni suoi aspetti più complessi e creativi, a volte condotti essenzialmente - e quindi non sempre sufficientemente correttamente - sulla base dell'intuizione e della propria esperienza clinica. In particolare, si intende mostrare come alcune efficaci tecniche e metodologie di intervento ipnotiche possano forse essere meglio intese all'interno di un frame teorico che comprenda la TDA, gli studi sugli eventi traumatici e alcune parti vitali degli approcci cognitivi e psicoanalitici. Coerentemente a questi intenti, verrà dato ampio spazio all'esposizione dettagliata della TDA, rimandando frequentemente alla bibliografia per quanto concerne la teoretica e la metodologia ipnotica.

Teoria dell'attaccamento

Nonostante una formazione psicoanalitica ortodossa (analisi e successiva supervisione con Melanie Klein), Bowlby mantenne vivo uno spirito non settario che lo condusse ad una pratica che nella prima metà del secolo (ma non solo) era considerata ridicola o quantomeno inutile dalla larga maggioranza degli psicoanalisti: l'osservazione diretta dei bambini per l'elaborazione di una teoria dello sviluppo e della psicopatologia. La predilezione per l'osservazione e il dato sperimentale ha sempre caratterizzato l'atteggiamento di Bowlby ed incontrerà probabilmente il "gusto clinico" della maggior parte dei lettori, ma nel 1951, all'epoca della pubblicazione da parte di Bowlby di "Mental Care and Mental Health", nell'ambiente psicoanalitico provocò sostanziale disinteresse o rammarico, fino a giungere alla derisione. In quel lavoro, patrocinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'autore dimostrò l'esistenza di una correlazione fra scadenti condizioni di vita - in particolare la privazione di adeguate cure materne - e la psicopatologia o quanto meno la sofferenza psichica. L'ostracismo dei colleghi era legato all'atteggiamento allora indiscusso che relegava in posizione marginale le esperienze **reali** delle persone, puntando invece l'attenzione sulla realtà intrapsichica o fantasmatica. Origine di tale opzione metodologica era da attribuire innanzitutto all'abbandono da parte di Freud della iniziale *teoria della seduzione infantile* per quella seguente del *complesso di Edipo*, evoluzione che Bowlby non esita a definire un «disastroso voltafaccia» (cit. in Oliverio Ferraris, 1989). Nonostante le attuali evidenze dei fatti, l'originaria posizione freudiana sembra ancora possedere una certa autorevolezza nell'ambiente psicoanalitico, sebbene alcuni psicoanalisti abbiano recentemente riattribuito salienza alla realtà esterna, e segnatamente alla sua "oggettiva" valenza traumatica (cfr. Novelletto, 1995).

Bowlby aveva i dati: l'abbandono, il lutto ed il rifiuto incidono sulla salute mentale, ma allora mancava una teoria adeguata per interpretarli. Non trovando risposte nella tradizione psicoanalitica (Bowlby, 1988), si diresse verso altre fonti, dando progressivamente vita alla TDA (Bowlby, 1969, 1973, 1979, 1980, 1988), dapprima isolatamente, in seguito avvalendosi di collaboratori capaci, innanzitutto di Mary Ainsworth (Bretherton, 1992) a cui si deve fra l'altro il concetto di *base sicura* (vedi oltre). Ispirandosi all'etologia, ed in particolare alla teoria dell'*imprinting* di Lorenz (Bowlby, 1988) ed agli studi sui macachi rhesus di Harlow (ibid.), Bowlby sviluppò il concetto di un *comportamento di attaccamento* verso una figura che fornisce sicurezza e protezione (la *figura d'attaccamento*; d'ora in poi "FDA"), comportamento indipendente dalla sessualità o da altri fattori motivazionali. Per Bowlby la questione più importante non sarebbe più la sessualità ma la sicurezza, fisica e psichica (Ammaniti, Stern, 1992). L'uomo, da astrazione metapsicologica, ritorna in profondità nel mondo animale, trovando con esso molti elementi di comunione: anche altre specie di uccelli e di mammiferi, seppure con variazioni specie-specifiche, mostrano un comportamento di ricerca di protezione e di

vicinanza, reagiscono col disagio attivo e la “disperazione” se la protezione è mancante o carente, cercando di ripristinarla a qualunque costo (Eibl-Eibesfeldt, 1984).

Il comportamento di attaccamento, frutto dell’evoluzione per la sopravvivenza della specie, non viene considerato da Bowlby l’unico nucleo motivazionale, ma spartirebbe il suo dominio con almeno altri tre sistemi motivazionali: i sistemi paura/cautela, esplorativo e affiliativo (Bowlby, 1969)¹. Passiamo quindi alla definizione del concetto: «Il comportamento di attaccamento è quella forma di comportamento che si manifesta in una persona che consegue o mantiene una prossimità nei confronti di un’ altra, chiaramente identificata, ritenuta in grado di affrontare il mondo in modo adeguato. Questo comportamento diventa evidente ogni volta che la persona è spaventata, affaticata o malata, e si attenua quando si ricevono conforto e cure» (Bowlby, 1988). Da un punto di vista più squisitamente cognitivista, possiamo anche definire l’attaccamento come «un **sistema innato di conoscenza procedurale**, ovvero come un algoritmo innato per l’ elaborazione di una particolare classe d’ informazioni sociali; informazioni riguardanti la maggiore o minore vicinanza di un membro protettivo e ben conosciuto del proprio gruppo sociale», «un insieme di **regole tacite** che guidano la condotta verso il perseguimento di una precisa meta», (Rezzonico, Ruberti, 1996, p. 56; grassetto miei). Compito biologico e psicosociale della FDA è quello di svolgere nei confronti del bambino il ruolo di una *base sicura* da cui si possa affacciare verso il mondo esterno «e a cui possa ritornare sapendo per certo che sarà il benvenuto, nutrito sul piano fisico ed emotivo, confortato se triste, rassicurato se spaventato. In sostanza questo ruolo consiste nell’essere disponibili, pronti a rispondere quando chiamati in causa, ma intervenendo solo quando è chiaramente necessario» (Bowlby, 1988).

Pattern dell’attaccamento e modelli operativi interni

Il primo dispositivo elaborato per evidenziare le differenti modalità o patterns con cui si esplica il comportamento di attaccamento umano è la *Strange Situation* (Ainsworth, Blehar, Waters, Wall, 1978), ormai utilizzata in centinaia di studi, applicabile solo nei primissimi anni di vita di un individuo. Consiste in una procedura sperimentale (interamente videoregistrata) composta di otto fasi dove si alternano la separazione, la solitudine, il ricongiungimento fra un bambino, la FDA e lo sperimentatore. La modalità con cui viene gestito lo *stress da separazione* è la variabile che permetterebbe di inferire le

¹ La valutazione nel merito di questa classificazione è estranea ai propositi dell’articolo, ed in ogni caso la questione è di eccessiva complessità teorica per essere dominata concettualmente dall’autore. Per concezioni differenti da quelle di Bowlby, si vedano ad esempio Liotti, 1994 (cognitiva), Lichtemberg, 1989 (psicoanalitica, riveduta), Scott, 1980 (cit. in Plutchick, 1994) (biologica).

“rappresentazioni interne” delle relazioni di attaccamento, ed in particolare «le differenze individuali nei modelli procedurali del sé e della figura di attaccamento» (Crittenden, 1994b). Ciò implica inferenze sia sugli aspetti comportamentali che su quelli intrapsichici, siano essi cognitivi, affettivi e somatoestesici. I pattern evidenziabili alla Strange Situation mostrano forti correlazioni con la relazione con la FDA nei 12 mesi precedenti (Holmes, 1993) e fino a 10 anni di distanza dalla rilevazione originaria (Bowlby, 1988; Holmes, 1993), nonostante il fatto che non sussista una correlazione significativa fra i pattern di attaccamento mostrati dal bambino verso i due differenti genitori (Bowlby, 1988). Sono inoltre state ripetutamente rilevate correlazioni fra il pattern emergente alla Strange Situation e il modo con cui la FDA riferisce della sua personale storia di attaccamento (ibid.), anche quando quest’ultima viene rilevata prima della nascita del bambino.

Chiaramente la metodica della Strange Situation può essere impiegata solo con bambini, mentre per i soggetti adolescenti ed adulti sono stati creati altri strumenti, di cui il più noto ed autorevole è sicuramente la *Adult Attachment Interview*² (Crittenden, 1999). Questo dispositivo intende classificare lo *stato mentale* di un adulto in relazione alla sua storia di attaccamento, valutando in particolare la coerenza fra emozioni e pensieri. In particolare, la codifica e la classificazione si rivolgono a) alla storia o agli eventi fondamentali, b) all’uso ed all’integrazione dei sistemi di memoria e c) ai marcatori linguistici del discorso che identificano trasformazioni di informazioni o discrepanze tra sistemi di memoria (Crittenden, 1999). La Strange Situation e la Adult Attachment Interview tendono a mettere in rilievo patterns di attaccamento omologhi, laddove quelli presenti nell’infanzia tenderebbero ad esitare in quelli strutturalmente identici dell’età adulta. Si tratta quindi di patterns di attaccamento che, mutando evolutivamente le modalità espressive, sono presenti lungo tutto l’arco dell’esistenza.

Ogni pattern di attaccamento può essere compreso in termini di *modelli operativi interni* (d’ora in poi ‘MOI’), ovvero rappresentazioni mentali 1) del Sé, 2) della FDA e 3) dello stato emotivo associato alla relazione, rappresentazioni che inizierebbero a formarsi già dal primo anno di vita come esito delle relazioni reali con le FDA. Secondo Bowlby i MOI avrebbero la funzione di **elaborare ogni informazione concernente l’attaccamento**, e cioè percezione, codifica, recupero, interpretazione, regolazione dello stato emotivo e selezione della risposta (Crittenden, Partridge, Claussen, 1991).

Molto sinteticamente, la Strange Situation ha evidenziato quattro principali patterns di attaccamento, uno *sicuro* (B), due insicuri - l’*insicuro evitante* (A) e l’*insicuro ambivalente* o *resistente* (C) – ed uno *disorganizzato* o *disorientato* (D)³.

² Per informazioni su altri strumenti testistici, cfr. Carli, 1995.

³ In realtà lo strumento consente anche distinzioni molto più raffinate in sottocategorie distinte, ma tali dettagli non sono pertinenti con gli scopi del presente articolo (cfr. Crittenden, 1999).

Nell'attaccamento sicuro (B) rilevato con la Strange Situation il bambino protesta per la separazione dalla madre e viene prontamente confortato dal loro ricongiungimento. Quando la madre è presente, il bambino può giocare liberamente o esplorare l'ambiente. La configurazione omologa all'Adult Attachment Interview è la configurazione *autonoma*, caratterizzata dal libero accesso alla propria storia di attaccamento, permesso dalla coerenza di tutti i sistemi di memoria: procedurale, per immagini, semantica ed episodica.

I pattern insicuri alla Strange Situation sono legati in generale all'intrusività, al rifiuto o alla inadeguatezza delle cure; il bambino si trova nella condizione di dovere gestire il proprio stato emotivo non trovando nella FDA un supporto adeguato. Nell'attaccamento insicuro-evitante il bambino non piange al momento della separazione e tende ad evitare la FDA al momento del ricongiungimento. Questi individui hanno adottato la strategia di rendere il meno operativo possibile il sistema dell'attaccamento ad esprimere poco i propri bisogni per evitare risposte negative o inefficaci da parte della FDA (Bowlby, 1988). Questo pattern è spesso presente all'interno di relazioni con la FDA caratterizzate da intrusività, rifiuto, svalutazione delle richieste di accudimento. I bambini imparano quindi ad essere falsamente autosufficienti e ad esprimere la rabbia in modo inappropriato. La configurazione adulta omologa all'Adult Attachment Interview è la *distanziante*. Chi ottiene questa valutazione dello stato mentale tende a svalutare l'importanza delle proprie esperienze di attaccamento, a raccontare eventi coinvolgenti in modo freddo e distaccato, ad impiegare a questi fini svalutazione o idealizzazione. A livello di modelli operativi interni, si tende a svalutare l'intimità, ad attendersi rifiuti, potendo il Sé avere sia valenza positiva che negativa. Questo pattern di attaccamento, in età infantile come in età adulta, ha comunque dimostrato, durante le fasi critiche delle osservazioni, di presentare un'elevata attivazione psicofisiologica rilevata sperimentalmente ma negata verbalmente dal soggetto (Cassidy, Kobach, 1988).

Il pattern insicuro-ambivalente rilevato con la Strange Situation è caratterizzato dalla protesta fortemente angosciata alla separazione, condizione che non viene eliminata al ricongiungimento. Inibito nel gioco, il bambino tende ad alternare rabbia ed accondiscendenza verso una FDA percepita come imprevedibile. Il comportamento di attaccamento è abnormemente attivato (Bowlby, 1988). La configurazione adulta omologa all'Adult Attachment Interview è quella *preoccupata*: questi individui manifestano eccessivo coinvolgimento nel racconto della propria storia di attaccamento, raccontata con molte incoerenze e con l'impressione che non abbiano ancora raggiunto l'autonomia adulta (Lorenzini, Sassaroli, 1995). A livello dei modelli operativi interni, tendono ad aspettarsi un esito incerto della relazione, risultato ancorato all'amabilità che essi riusciranno o meno a dimostrare; l'immagine del sé tende ad essere di una persona fragile, bisognosa, non amabile.

L'attaccamento disorganizzato o disorientato rilevato con la Strange Situation si evince dalla difficoltà ad esibire un qualunque pattern di comportamento organizzato e

tendente ad un fine. Questi bambini mostrano invece comportamenti incoerenti, paradossali, di freezing, stereotipie, apparentemente afinalistici, di irrigidita vigilanza e iperallerta (Ammaniti, Stern, 1992; Bowlby, 1988; Liotti, 1994; Rezzonico, Ruberti, 1996), comportamenti correlati alla presenza di una FDA che suscita paura. La funzione di accudimento entra allora in una situazione di scacco dove sia il bisogno di approccio che di fuga dal genitore sono contemporaneamente attivati (Main, Hesse, 1992). L'evidenza della ricerca porta a ritenere che con il passare del tempo il pattern disorganizzato tenda a confluire nei pattern evitante ed ambivalente (Crittenden 1994b). Si ritrova frequentemente questo pattern in presenza di FDA che sono state oggetto di traumi, gravi lutti o maltrattamenti ed in generale in campioni ad alto rischio di maltrattamento infantile. Il pattern adulto omologo all'Adult Attachment Interview è quello *irrisolto*, proprio di persone impegnate nella elaborazione di gravi eventi traumatici o luttuosi o con disturbi affettivi maggiori (Main, Hesse, 1992).

Esclusione di informazioni

Bowlby ha ipotizzato che, in relazione a condizioni di accudimento negative, un individuo possa sviluppare non solo MOI disfunzionali ma anche importanti *incongruenze* a livello dei MOI. In particolare, si possono riscontrare MOI *scissi*, in cui una parte delle informazioni provenienti dalle esperienze di attaccamento devono essere escluse dalla consapevolezza perché si ottengano differenti scopi. Ad esempio, è spesso utile o necessario per un bambino eliminare dalla consapevolezza la rappresentazione negativa di un genitore maltrattante, in quanto è adattivamente ed evolutivamente più efficace pensare che il genitore sia buono e si comporti duramente per punire un bambino non amabile. Meccanismi di questo tipo sono comunemente riscontrabili nelle persone che hanno subito maltrattamenti, abusi, trascuratezze, ma anche in condizioni relazionali non affatto estreme o caratterizzate da pericoli reali. Può essere sufficiente un'esperienza di attaccamento caratterizzata da eccessiva freddezza per sviluppare dei MOI in cui il bisogno di amore viene respinto difensivamente per non incorrere nel rischio di instaurare relazioni inappaganti o caratterizzate dal rifiuto. O, ancora, in una persona che si percepisce come intrinsecamente vulnerabile e bisognosa di sostegno si verifica frequentemente che le emozioni, come la rabbia - pericolose per la stabilità della relazione - vengano disconosciute, relegate nel piano somatico o espresse in modo paradossale, come nel panico non post-traumatico. In sintesi, ci si può aspettare la presenza di significativi *meccanismi di esclusione selettiva di informazioni* (Bowlby, 1988) concernenti l'attaccamento in ogni pattern d'attaccamento insicuro o disorganizzato. I meccanismi intrapsichici che si ritiene possano contribuire a queste differenti condizioni sono quelli della *repressione*, della *rimozione* e della *dissociazione* (Ammaniti, Stern, 1992; Bremner, Marmar, 1998; Briere, 1997; Hilgard, 1994; Liotti, 1993, 1994, 1995; Lynn, Rhue, 1994;

Michelson, Ray, 1996; Pennati, 1994, 1995; Phillips, Frederick, 1995; Singer, 1990; Williams, Banyard, 1999). L'incompatibilità, l'incoerenza o il difficile accesso ai differenti MOI ha importanti implicazioni. Innanzitutto rende più difficoltosa la deliberata riconsiderazione dei propri MOI, in vista del controllo, della spiegazione, del senso di coesione del Sé e della eventuale modificazione dei MOI medesimi. Questa condizione, frequentemente riscontrabile in persone con sofferti trascorsi di attaccamento, può anche essere descritta come una *deficitaria competenza autobiografica* (Holmes, 1993) e, quando particolarmente scadente, può esitare in un senso di frammentazione del sé con riverberi anche sullo stato di coscienza (Liotti, 1993, 1994). L'incongruenza dei MOI, e quindi la presenza simultanea e frammentaria di molteplici rappresentazioni del Sé, dell'altro, dell'esito delle relazioni, delle strategie di interazione e di controllo emozionale, renderà confuse le strategie di attaccamento delle persone, esponendole ad ulteriori esperienze negative che possono riconfermare i MOI stessi, in questo modo più difficilmente aggiornabili e modificabili da nuove esperienze correttive ed integrative. Questo problema è particolarmente rilevante quando sono presenti marcate componenti procedurali, viscerali, pre-verbali che hanno importante valenza emozionale e tendono ad essere refrattarie ad interventi terapeutici puramente verbali, anche perché magari dissociate dall'ordinario flusso della consapevolezza⁴. In queste condizioni si può parlare di *funzioni di controllo* fra loro dissociate, fenomeno che Bowlby interpreta alla luce della TDA e della *teoria neodissociativa* di Hilgard (Main, Hesse, 1992). Esiste la possibilità che in alcune condizioni tali frammenti di esperienza carichi emotivamente siano fin dall'inizio dissociati dallo stato ordinario di consapevolezza, in quanto formati all'interno di stati di coscienza modificati concomitanti ad esperienze gravemente traumatizzanti. Sulla volontarietà di tale dissociazione o sulla sua natura squisitamente involontaria e psicobiologica, unitamente alla sua commistione e/o sovrapposizione con meccanismi di repressione e rimozione, esiste tuttora un ampio dibattito (Bremner, 1999; Cardeña, 1994). In questa sede sto adottando un atteggiamento teoretico simile quello di Bowlby, che si riferisce a globali meccanismi di esclusione delle informazioni e a quello di Briere che adotta il termine "dissociazione" per indicare ogni atteggiamento difensivo che esclude o blocca informazioni dalla consapevolezza (Berliner, Briere, 1999).

Psicopatologia

Benché caratteristiche generali di predisposizione alla psicopatologia siano già incluse nel paragrafo precedente è comunque opportuno fare riferimento a più definite categorie diagnostiche (American Psychiatric Association, 1994). In linea di massima si può dire che

⁴ È di importanza cruciale, inoltre, considerare come nei primi anni di vita gli eventi negativi e traumatici vengano memorizzati in termini essenzialmente procedurali, viscerali, con ridotte componenti visive.

un attaccamento sicuro tenda a predisporre alla salute mentale ed alla presenza di relazioni di coppia più stabili e gratificanti (Carli, 1995; Feeney, Noller, 1991); ciò è dovuto alla fondamentale funzione di rendere l'individuo dipendente dal Sé, e cioè capace di «appoggiarsi al Sé per evocare l'altro in un periodo di assenza, per colmare il vuoto prima della riunione o prima che l'attaccamento si ristabilisca» (Lichtemberg, 1989). Ciò che interferisce con l'ottimale dispiegarsi del sistema comportamentale dell'attaccamento tende ad interferire con lo sviluppo dell'individuo, ma non sembra si possa attribuire a specifici pattern dell'attaccamento una corsia di inevitabile esitanza psicopatologica (Lorenzini, Sassaroli, 1995). Sembra invece più corretto, alla luce della letteratura attuale, pensare che interferenze significative nello sviluppo dell'attaccamento costituiscano una fattore di *vulnerabilità generale* che può sfociare in costellazioni psicopatologiche variegata (Holmes, 1993), in funzione di altre variabili quali: fattori ad elevata componente genetica come il temperamento e la *resilienza* al trauma, fattori socio-ambientali di supporto, il complesso delle relazioni di attaccamento significative infantili e le successive relazioni di attaccamento significative intrafamiliari ed extrafamiliari. Questa posizione non vuole quindi sostenere che deficit nello sviluppo del sistema dell'attaccamento siano responsabili di ogni sorta di danni, ma quanto che *possano* influire in tal senso, come la ricerca dimostra. Nondimeno, esistono dati significativi che tendono ad evidenziare quanto meno complicità *preferenziali* correlate ad interferenze nello sviluppo del sistema dell'attaccamento (Crittenden, 1999), alcune delle quali saranno brevemente accennate in seguito.

Innanzitutto i *disturbi dell'umore*, in primis la depressione, hanno dimostrato una correlazione significativa con le esperienze di perdita precoce o d'abbandono, forse mediata da importanti componenti biochimiche, come sostiene la teoria del *kindling* (Krystal, Bremner, Southwick, Charney, 1998; Shuchter, Downs, Zisook, 1996). Comportamenti di tipo depressivo sono stati registrati anche in animali cresciuti in isolamento relazionale. Chiaramente deve essere anche valutato che queste esperienze tendono a ridurre le occasioni di apprendimento di strategie di modulazione autonoma delle emozioni. Fattori correlati al lutto ed alle separazioni precoci sembrano essere bassa autostima, scarsa fiducia in sé e negli altri, dipendenza o al contrario autosufficienza compulsiva (Bowlby, 1979; Parkes, Stevenson-Hinde, Marris, 1991) e l'incapacità di gestire adeguatamente un lutto in età adulta (Parkes, 1991). A sua volta la scadente autostima e l'autosufficienza compulsiva possono condurre a scelte relazionali inadeguate (Carli, 1995; Holmes, 1993; Sandberg, Lynn, Green, 1994) e, congiuntamente alla carenza di modelli di apprendimento, ad una più scadente capacità di allevamento della prole (Bowlby, 1988).

In modo più sottile, i *deficit di sintonizzazione affettiva* della FDA possono produrre scadenti e durature capacità di gestione delle emozioni. Le emozioni infantili, esperite inizialmente in termini essenzialmente somatici, hanno bisogno di essere espresse

verbalmente e veicolate adeguatamente anzitutto in un contesto interpersonale dove una FDA funga da base sicura. Interferenze a questo livello possono portare ad un disconoscimento del mondo emotivo, ad una sua relegazione parziale nel registro somatico, alla difficile integrazione fra elementi somatici, emotivi, cognitivi e comportamentali. Ciò predisporrebbe ad una grande varietà di disturbi psicopatologici che vanno dai Disturbi Somatoformi fino ai Disturbi Sessuali, quando la percezione delle sensazioni e delle emozioni è stata ripetutamente associata a condizioni di vulnerabilità e di pericolo, ma anche i Disturbi dell'Alimentazione sembrano in qualche misura esserne correlati (cfr. Rodin, de Groot, Spivak, 1998), pur essendo questi ultimi correlati anche all'abuso sessuale in senso stretto (Brewerton, Dansky, Kilpatrick, O'Neil, 1999; Vanderlinden, Vandereycken, 1997).

Molto frequente è constatare l'associazione fra il pattern di attaccamento insicuro-ambivalente ed i Disturbi d'Ansia, in particolare il Disturbo di Panico, con o senza Agorafobia (Bowlby, 1979; Liotti, 1991; Lorenzini, 1997; Main, Hesse, 1992). Più specificatamente, le diverse situazioni relazionali prototipiche in cui sembra si gettino le fondamenta per un futuro disturbo di panico sembrano essere una relazione con la FDA caratterizzata da imprevedibilità, instabilità delle relazioni, inversione della relazione di aiuto fra figlio e FDA, svalutazione delle capacità del figlio, disconoscimento o proibizione delle emozioni o di emozioni specifiche, l'invio di messaggi in cui il mondo viene definito come intrinsecamente pericoloso e il figlio viene descritto come inadatto ad affrontarlo in quanto fragile ed incompetente.

Sembra evidente come condizioni relazionali appena descritte possano anche dare origine a Disturbi di Personalità specifici, come quello Dipendente ed Evitante, tanto che alcuni autori hanno addirittura ipotizzato una relazione diretta fra patterns d'attaccamento e Disturbi di Personalità (Lorenzini, Sassaroli, 1995), ma con ogni probabilità la correlazione fra queste patologie e l'attaccamento, per quanto verosimile, è metodologicamente molto difficile da comprovare a causa delle innumerevoli variabili corresponsabili nella genesi dei Disturbi di Personalità (Paris, 1996). In particolare, relazioni significative sembrano essere presenti fra l'abuso infantile (nelle varie commistioni fisiche, psicologiche e sessuali) e i Disturbi di Personalità Borderline, Antisociale, Istrionico (Levitt, Maré Pinnell, 1995; Maffei, 1993; Zelikovsky, Lynn, 1994).

Chiaramente ovvia la correlazione con il *Disturbo Post-traumatico da Stress*, ma anche con configurazioni più gravi e complesse come il *Disturbo Post-traumatico da Stress Complesso*, diagnosi estranea alle classificazioni ufficiali, ma impiegata da alcuni specialisti per indicare una costellazione sindromica propria di chi ha subito molteplici traumi per lungo tempo, diagnosi che include anche alcune caratteristiche proprie dei Disturbi di Personalità (Briere, 1997; Herman, 1992; Sgarro, 1997). Anche per queste diagnosi, comunque, non è mai possibile parlare adeguatamente di correlazioni causa-effetto, in quanto è ampiamente dimostrato che molte altre variabili incidono

significativamente nella modulazione dell'esito post-traumatico, a cominciare dal funzionamento pretraumatico (Briere, 1997; Bremner, Marmar, 1998).

I *Disturbi Sessuali*, già menzionati, sono poi evidentemente implicati nei casi di abuso sessuale, soprattutto intrafamiliare, grave distorsione e perversione del legame di attaccamento; il panorama comprende scelte omosessuali di ripiego, dubbi sull'identità sessuale, sessualità compulsiva e promiscua, evitamento della sessualità, fino ai più consueti problemi connessi alla percezione del piacere ed alla concezione del sesso e del corpo come di aree della vita "sporche" (Briere, 1997; Dettore, Fuligni, Vitagliano, 1993; Montecchi, 1994; Michelson, Ray, 1996; Pennati, 1994; Sandber, Lynn, Green, 1994; Wilson, Keane, 1997).

I *Disturbi Dissociativi* e i sintomi dissociativi presenti in altre diagnosi hanno dimostrato relazioni molto significative con esperienze di abuso e di maltrattamento infantile (Briere, 1997; Michelson, Ray, 1996; Pennati, 1994; Sandber, Lynn, Green, 1994; Shapiro, 1995; Wilson, Keane, 1997), anche se la questione della veridicità dei ricordi recuperati all'interno della psicoterapia, la suggestionabilità di certi pazienti e le pressioni sociali sono variabili che rendono oltremodo delicata e complessa la valutazione globale della correlazione (Hacking, 1995; Pope, Brown, 1996; Williams, Banyard, 1999).

Per ultimo, ma non certo per importanza, è noto come le esperienze disturbate con le figure significative dell'infanzia tendano ad esercitare una profonda influenza nelle abilità interpersonali, caratteristiche che inevitabilmente un paziente porta all'interno del setting terapeutico, tanto da rendere, in alcuni casi, impossibile la psicoterapia o effettuabile solo all'interno di setting allargati ed opportunamente modificati (Zanusso, Giannantonio, 1996). La modificazione dei pattern interpersonali di alcuni tipi di patologie, come alcuni Disturbi di Personalità, può diventare il target principale e più resistente della psicoterapia (Beck, Freeman, 1990; Safran, Segal, 1990). I grandi temi relazionali presenti nel setting terapeutico, dal punto di vista della TDA, sono allora la fiducia, l'affidabilità, la pericolosità del terapeuta e la sua onestà, la dipendenza e la sua negazione, variabili dipendenti dalla storia di attaccamento del paziente, dalla fase della terapia e dalla collusione con le caratteristiche del terapeuta e del dispositivo terapeutico utilizzato.

Psicoterapia

Alla luce della TDA e della verifica della sua importanza nello sviluppo normale e psicopatologico della persona, almeno in teoria diventa semplice capire di che cosa dovrebbe occuparsi la psicoterapia (Bowlby, 1988). Se la psicopatologia è il risultato di memorie che esitano in MOI disadattivi, lo sforzo terapeutico dovrà indirizzarsi nella direzione della loro rilevazione e modificazione. 1) Innanzitutto è necessario rivestire il ruolo di base sicura per consentire al paziente di esplorare i MOI, per poi 2) fungere da compagno di viaggio, guida e a volte da educatore nella loro investigazione, 3) includendo

in ciò anche il modo con cui i MOI si evidenziano nella relazione terapeutica. 4) Se possibile, è poi necessario ricondurre i MOI ad esperienze interpersonali specifiche vissute dal paziente nei contesti d'attaccamento significativi (valutando le caratteristiche dei sistemi di memoria) e 5) valutare l'opportunità di mantenere o meno certi MOI in quanto ormai fonte di sofferenza e inattuali. Questo modello di intervento terapeutico è chiaramente solo teorico e ciò per diversi motivi, alcuni dei quali sono i seguenti: 1) Innanzitutto non è affatto detto che la richiesta del paziente sia di una psicoterapia a vasto raggio ed approfondita; 2) il rivestire il ruolo di base sicura non è certamente automatico poiché può anche essere raggiunto solo dopo anni di terapia o anche mai, diventando allora, invece di un presupposto della terapia, il suo reale obiettivo senza il quale molti schemi interpersonali disadattivi non subiranno scalfiture degne di merito; 3) è tutt'altro che dimostrato che l'investigazione dei MOI così come sinteticamente delineata precedentemente produca automaticamente modificazioni terapeutiche adeguate. Sono infatti innumerevoli i casi di psicoterapie essenzialmente verbali che non producono risultati apprezzabili in quanto il registro emotivo e viscerale resta inalterato. Sono evidentemente necessarie tecniche terapeutiche che non solo impieghino la relazione terapeutica come esperienza emozionale correttiva, così come previsto esplicitamente da alcuni orientamenti teorici sia cognitivi che psicoanalitici, ma anche dispositivi terapeutici che intervengano *direttamente* sugli aspetti somatici, emozionali e procedurali dei ricordi dei pazienti. 4) Poiché i MOI si formano e si modificano all'interno di relazioni di attaccamento significative è inevitabile considerare che molti pazienti avranno bisogno di sperimentare nuove e diverse relazioni di attaccamento, laddove una relazione terapeutica correttiva ed integrativa può non essere affatto sufficiente. Il paziente deve essere indirizzato alla formazione di nuovi legami fuori della relazione terapeutica e possibilmente anche alla modificazione in questa direzione della trascorsa esperienza interpersonale: in quest'ultimo senso la psicoterapia ipnotica può rivelarsi estremamente preziosa. 5) La presenza di traumi acuti o ripetuti può produrre alterazioni biochimiche e neurologiche che non affatto necessariamente recedono con la sola psicoterapia (Bremner, 1999; LeDoux, 1996), necessitando inoltre di interventi farmacologici specifici; oppure, anche se tali alterazioni sono suscettibili di variazioni attraverso dispositivi psicoterapeutici lungamente protratti, non è eticamente corretto non informare i pazienti circa strumenti che potrebbero accorciare notevolmente la loro cura.

Psicoterapia ipnotica

Sommariamente possiamo quindi dire che i MOI disfunzionali si strutturano essenzialmente sui due versanti delle *esperienze negative* e delle *esperienze assenti* (carenze, incurie, abbandono, lutto, impossibilità di accedere a determinate esperienze,

etc.), che, a ben guardare, sono solo un particolare tipo di esperienza negativa⁵. La psicoterapia ipnotica – che comunque deve sempre essere intesa all'interno di un setting terapeutico di ampio respiro - collima perfettamente con questa concezione della clinica. La stessa induzione ipnotica, infatti, è fin dall'inizio un prezioso strumento di diagnosi e terapia. Il modo in cui viene accolta la funzione di guida dell'ipnotista, i tipi di ostacoli che il paziente frappone al suo intervento (dall'atteggiamento passivo-aggressivo all'impossibilità di cedere il controllo, dalla eccessiva accondiscendenza alla banalizzazione, etc.), sono la evidenziazione diretta e pregnante dei MOI del paziente. È per questo che anche la "semplice" induzione ipnotica "neutra" è già psicoterapia nel momento in cui, richiedendo una particolare intimità ed autenticità, mette in gioco i MOI del paziente. In questo senso, di nuovo, la gestione dei problemi dell'induzione è un fare psicoterapia che coinvolge anche, ma non solo, la storia di attaccamento del paziente, essendo l'obiettivo di diventare per il paziente una "base sicura ipnotica", affidabile ma non onnipotente.

La psicoterapia ipnotica, inoltre, rispetto ad altre forme di psicoterapia possiede un accesso privilegiato alla modificazione di episodi negativi o traumatici ed alla creazione di *realtà ipnotiche* che consentono l'esperienza diretta di nuove relazioni di attaccamento. L'accesso alle memorie del paziente attraverso la modificazione dello stato di coscienza consente inoltre una gestione più efficace e controllata (da parte del terapeuta ma innanzitutto da parte del paziente) dei meccanismi di esclusione di informazioni e consente di implementare le risorse psicosomatiche necessarie per affrontare, neutralizzare ed integrare emozioni potenzialmente destabilizzanti⁶.

Le modalità d'intervento di seguito riportate saranno esposte piuttosto sinteticamente, rimandando alla bibliografia per una più approfondita esposizione. In questa sede, infatti, non si intende mostrare la "novità" di specifiche modalità terapeutiche, quanto, piuttosto, il loro impiego e la loro comprensione all'interno di una cornice di riferimento teoretica non abituale ma euristica per la psicoterapia ipnotica.

⁵ Questa è quantomeno la tesi più o meno implicitamente dominante all'interno della TDA, poiché viene abitualmente sottaciuto e quindi non adeguatamente soppesato il ruolo dei fattori temperamentali e costituzionali nella elaborazione dei MOI (Paris, 1996). Tale prassi teoretica, a mio parere non adeguatamente supportata empiricamente, ha peraltro conseguenze cliniche importanti: in particolare, tende alla produzione di modelli terapeutici che mirano alla spiegazione di **ogni** caratteristica individuale come esito delle relazioni significative della persona e quindi alla rielaborazione di ogni problema da questo punto di vista, con possibili conseguenze tutt'altro che felici per il paziente.

⁶ In questa sede non intendo certo sostenere che la psicoterapia ipnotica sia l'unica risorsa disponibile per accedere e rielaborare MOI resistenti ad interventi puramente verbali. La letteratura conferma l'esistenza di altre tecniche, come quelle psicodrammatiche e corporee, efficaci per questi obiettivi. L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; Shapiro, 1995), inoltre, che l'autore sta attualmente sperimentando anche nella rielaborazione di eventi traumatici, sembra in alcuni casi dimostrare un'efficacia almeno pari a quella della psicoterapia ipnotica.

Per esigenze espositive possiamo dire che, semplicisticamente, in riferimento alla TDA, la psicoterapia ipnotica debba distinguere tra situazioni cliniche caratterizzate dalla presenza di uno o pochi episodi negativi oppure da condizioni molto più complesse, laddove situazioni traumatiche protratte o molteplici (dall'abuso sessuale all'incuria) configurano quadri psicopatologici di lunga ed articolata risoluzione (Briere, 1997; Herman, 1992; Sgarro, 1997). Di importanza essenziale è poi il considerare che, a parte gli eventi strettamente traumatici che si impongono con soluzione di continuità nella vita di una persona, normalmente quando si lavora ipnoticamente su singoli episodi fondamentali del paziente si ha in realtà a che fare con *scene nucleari* della sua storia di attaccamento, esito dell'assemblaggio cognitivo, emotivo e viscerale di situazioni significative ripetute, prototipiche, solitamente non evitabili e non intenzionali (Guidano, 1987). Ciò significa che la rilevanza dichiarata dal paziente circa alcuni episodi fondamentali può non essere immediatamente percepibile dal terapeuta, in quanto tale evento è in realtà un nucleo di interrelazioni, di significati e di memorie che svela i suoi significati più complessi ed il suo pieno legame con la strutturazione dei MOI solo attraverso la sua rielaborazione; tali scene si pongono all'attenzione del paziente come "verità" circa la sua storia di attaccamento ma, a causa della loro origine multiforme, debbono essere considerati come la verità *narrativa* del paziente, non certo la verità *fattuale*.

Anche se l'evenienza della modificazione di singoli episodi negativi⁷ è solitamente quella più lineare ed agevole, il lavoro di prassi necessita di alcuni passi essenziali da raggiungere preventivamente: 1) assessment corretto ed approfondito della psicopatologia del paziente, in specie della rilevanza dei target per la patologia del paziente ed eventuale compresenza di componenti dissociative connesse o meno ai target; 2) instaurazione di una solida alleanza di lavoro; 3) il possibile raggiungimento attraverso tecniche ipnotiche o di rilassamento di una condizione di stabilità e sicurezza psicofisiologica, ovvero un *rifugio interiore* (Giannantonio, Boldorini, 1998; Maldonado, Spiegel, 1994, 1998; Phillips, Frederick, 1995; Shapiro, 1995; Yapko, 1990), sia nel setting terapeutico, sia autonomamente, eventualmente con l'ausilio di audioregistrazioni; 4) possibilità di un relativo e sufficientemente controllato accesso volontario da parte del paziente al ricordo negativo, ovvero la capacità di modulare sufficientemente le emozioni per mezzo di abilità di coping; 5) presenza di relative condizioni di stabilità emotiva e relazionale del paziente. L'assenza o la carenza di uno di questi fattori espone il paziente al rischio di essere *ritraumatizzato* invece che curato, anche se chiaramente esistono eccezioni alle regole, come l'esigenza di intervenire in una situazione di crisi. Nella migliore delle ipotesi, invece, il paziente non si lascia "curare", evitando di essere ritraumatizzato.

⁷ D'ora in poi per episodi "negativi" verranno intesi sia episodi strettamente traumatici secondo i criteri richiesti dal DSM -IV (American Psychiatric Association, 1994) sia eventi negativi che non soddisfano tali criteri, ma ugualmente con effetti cruciali e strutturanti MOI disfunzionali.

1) L'assessment psicopatologico, con o senza l'ausilio di reattivi psicodiagnostici, è questione vasta e complessa, esula dagli obiettivi del presente articolo e quindi rimando semplicemente ad opere di carattere generale concernenti essenzialmente il trauma, l'abuso e la dissociazione (Briere, 1997; Wilson, Keane, 1997). Oltre a ciò va detto, in riferimento all'argomento su cui verte l'articolo, che è importante identificare i MOI del paziente, e segnatamente esplorare l'immagine del Sé, degli altri significativi, delle emozioni connesse a queste relazioni di attaccamento, e le strategie relazionali privilegiate; questo ci preparerà la strada all'identificazione degli eventi negativi principali sui quali lavorare successivamente. Molto significativa sarà l'identificazione di MOI multipli, scissi, e resistenti ad interventi strettamente verbali. Un'impostazione di massima di alcuni autori sulla procedura da seguire è la seguente: a meno che siano presenti episodi altamente traumatici che hanno esitato in un Disturbo Post-Traumatico da Stress con conseguenze attuali, intrusive ed invalidanti per il presente del paziente, una volta identificato un target di disturbo è bene iniziare dalle prime esperienze negative o da quelle ad esse connesse che rendono difficoltoso il trattamento del target (Shapiro, 1995). Ciò consentirebbe un processo terapeutico più rapido, completo e meno doloroso. Questo approccio non è sempre possibile per via verbale a causa di esclusioni di informazioni che non consentono l'accesso al materiale mnestico significativo. Per cercare di ovviare a questi inconvenienti è possibile impiegare la tecnica dell'affetto-ponte (Edelstein, 1981); nel caso in cui anche questo approccio dovesse essere insoddisfacente conviene sospendere provvisoriamente la ricerca cronologica e concentrarsi sul ricordo più vecchio disponibile. Solitamente la rielaborazione parziale o totale di uno o più di questi episodi consente un più libero accesso a materiale anteriore. Bisogna poi sempre tenere presente che per alcuni paziente a volte sono necessari anni prima di potere affrontare un certo ricordo. 2) Circa l'instaurazione di una alleanza di lavoro, che coinvolge aspetti anche strettamente cognitivi e razionali, e l'essere vissuti come base sicura, in cui prevalgono aspetti più emozionali, ho già accennato precedentemente. 3) Per la creazione di un rifugio interiore e per l'impiego di tecniche di rilassamento, di autoipnosi e di *rinforzo dell'Io* rimando alla letteratura precedentemente segnalata e ad opere di orientamento generale (Giannantonio, 1998; Hoffman, 1977; Mosconi, 1998; Thomas, s.d.). 4) È di norma opportuno, prima di affrontare ipnoticamente un evento negativo, esplorarlo con tecniche verbali tradizionali; questo consente sia al paziente che al terapeuta di avere uno sguardo complessivo sulle emozioni, le convinzioni, i sintomi e le strategie comportamentali che vi sono connesse. Permette inoltre al paziente di ottenere, magari per la prima volta, un iniziale senso di controllo emotivo e cognitivo sull'evento, in quanto è possibile affrontarlo all'interno di un contesto non giudicante ed emotivamente sicuro. In tale occasione è anche utile verificare l'opportunità di fornire un intervento psicoeducazionale che serva al paziente per comprendere il modo con cui determinati eventi esercitano un'influenza negativa, iniziando inoltre a modificare alcune convinzioni distorte connesse ad eventi traumatici che, se anche possono sembrare non

sortire effetto nell'immediato, saranno più facilmente fruibili nel corso del trattamento ipnotico. Possono essere utili anche suggerimenti bibliografici. Se possibile, è anche utile iniziare a capire come, nell'immaginario del paziente, sarebbe stato utile che andassero gli eventi; ciò è utile non solo per meglio comprendere che cosa ha soprattutto ferito il paziente, ma anche per preparare il seguente eventuale intervento di recupero di controllo sull'evento, cioè il cambiamento di storia (Giannantonio, Boldorini, 1997). Esplorare preventivamente l'evento negativo consente anche di evidenziare eventuali lacune mnestiche, punti critici, e spiccate carenze di controllo, informazioni tutte preziose per il lavoro successivo. Fondamentale è anche verificare la capacità del paziente, almeno parziale, di accedere volontariamente al nucleo centrale delle emozioni connesse all'evento negativo; senza tale opzione il lavoro sull'evento può diventare molto problematico o anche impossibile; verificato che tali difficoltà non siano da imputarsi a condizioni depressive o ad una corretta attività di difesa del paziente nei confronti di emozioni che in quel momento non è in grado di accogliere, è necessario lavorare preventivamente per rendere emotivamente più accessibile il materiale al paziente stesso, pena il fallimento dell'intervento terapeutico. 5) Per affrontare un lavoro di rielaborazione di eventi negativi o traumatici un paziente deve possibilmente essere nelle condizioni adeguate, cioè non pesantemente debilitato da alterazioni dell'umore, ansiose e da contesti relazionali instabili. In assenza di queste condizioni deve essere preventivamente pianificato un intervento farmacologico, relazionale o psicoterapeutico adeguato.

Lo svolgimento di queste attività preparatorie sortisce normalmente un primo effetto terapeutico e, di solito, rappresenta la fase più lunga nel trattamento di un singolo episodio traumatico. Successivamente, con il soggetto già familiarizzato alle tecniche ipnotiche, si procederà all'accesso del ricordo traumatico. Estremamente utili sono le cosiddette *tecniche schermo* consistenti nella rappresentazione visiva del ricordo su uno schermo virtuale posto ad una distanza di sicurezza dal paziente (per questa ed altre tecniche fondamentali della psicoterapia ipnotica si rimanda altrove per gli approfondimenti necessari: Edelstein, 1981; Giannantonio, Boldorini, 1997; Maldonado, Spiegel, 1994; Peterson, 1996). La visione dell'accaduto in condizioni di sicurezza consente l'accesso alle vecchie informazioni reagendo ad esse con nuove risposte emotive, cognitive, procedurali e relazionali; questo viene inizialmente ottenuto con l'*abreazione* dell'importo emotivo incistato a livello viscerale e con l'incremento successivo o contemporaneo di *distacco* dall'accaduto. Molto importante in questa fase è equilibrare adeguatamente il bilanciamento fra abreazione e distacco, laddove la prima è opportuna prevalentemente quando il soggetto ha dissociato del materiale, la seconda quando il paziente si è iperassociato al materiale (Levine, 1994; Phillips, Frederick, 1995). La fase successiva può essere il recupero di controllo sull'avvenimento, la modificazione virtuale dei fatti, il riapprendimento ed il ribilanciamento verso il Sè del locus of control; nella migliore delle

ipotesi si procede all'integrazione fra il Sé traumatizzato ed il Sé integro, ovvero alla costruzione di nuovi e coerenti MOI, sprovvisti di scissioni e frammentazioni.

Questa è l'eventualità più semplice, essenzialmente quella seguente a uno o pochi traumi in un soggetto globalmente sano, pronto a ristabilizzarsi omeostaticamente dopo la elaborazione di uno o più traumi⁸. Le situazioni più complesse si presentano in presenza di pazienti multisintomatici, pluritraumatizzati o traumatizzati cronici, diffidenti e sospettosi, con elementi caratteriali che stentano a modificarsi in relazione all'intervento su episodi specifici. In questi casi il lavoro procede molto più lentamente, con fasi terapeutiche orientate all'integrazione del materiale così acceduto e rielaborato, intervallate da interventi supportivi; l'integrazione globale del Sé dovrà essere intesa come una meta a lunga scadenza successiva solamente al trattamento di più episodi e memorie ed alla sperimentazione di nuove esperienze relazionali correttive. Questo è anche il caso dei pazienti massicciamente carenzati sotto il profilo delle esperienze di accudimento e di attaccamento, in quanto necessitano di esperienze integrative, spesso avendo anche subito ulteriori eventi traumatici ed avendo ridotte abilità interpersonali utili all'instaurarsi di nuove esperienze che consentano la rielaborazione e l'aggiornamento dei MOI disfunzionali. In questi casi, oltre chiaramente al trattamento degli episodi nucleari negativi, può essere utile lavorare per la costruzione ipnotica di esperienze di attaccamento utili a sbloccare l'empasse evolutiva del paziente. Una strategia comunemente utilizzata è quella di impiegare parti sane del Sé o il Sé guarito nel futuro per effettuare a ritroso le esperienze che avrebbero consentito al paziente di crescere più adeguatamente e sviluppare MOI più adattivi. È anche possibile impiegare figure alternative, come parenti sostituiti, amici, il partner attuale o anche il terapeuta, seppure con le restrizioni che i rischi transferali che questa opzione comporta. Questa è forse l'applicazione della psicoterapia ipnotica che implica la maggiore quantità di creatività, intuizione ed esperienza, come dimostra esemplarmente Milton Erickson (Erickson, Rossi, 1989). La realtà ipnotica, comunque, non sarà mai abbastanza: altre relazioni importanti dovranno essere costruite nella realtà ordinaria e condivisa, e ciò comporta spesso molto, molto tempo.

⁸ L'eventualità di un intervento mirato alla rielaborazione di uno o pochi interventi traumatici all'interno di una personalità che ritorna rapidamente ad essere complessivamente bene integrata ed asintomatica è, nell'esperienza dell'autore, poco frequente. Le condizioni che meglio si avvicinano a questo modello sembrano quelle dei traumi, non relazionali, vissuti in età adulta, come incidenti, rischi di morte, etc. Autori con opinioni sostanzialmente differenti sembrano, a mio giudizio, sostenere delle valutazioni semplicistiche, in cui il modo, il come ed il perché determinate memorie non sono state rielaborate viene sottaciuto, banalizzato o risolto sbrigativamente (Piers, 1999).

Conclusioni

È stata proposta una lettura di una parte della psicoterapia ipnotica alla luce della teoria dell'attaccamento, modello euristico ricco ed in continua crescita. A mio avviso ciò permette di potere meglio comprendere e quindi utilizzare le tradizionali e le più recenti metodologie proprie della tradizione ipnoterapeutica, ma all'interno di frame teoretico coerente ed articolato in grado di accogliere anche i più aggiornati contributi clinici provenienti dalla ricerca cognitiva, psicobiologica, psicoanalitica e sui traumi psichici. Ciò consente inoltre alla tradizione ipnotica di ricordare (qualunque posizione si voglia assumere sugli argomenti qui affrontati) che una teoria della formazione e della cura psicopatologica deve comunque essere – intrinsecamente – evolutiva.

Bibliografia

- Ainsworth M.D., Blehar M.C., Waters B.A., Wall S.** (1978), *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*, Erlbaum, Hillsdale, New York, cit. in Crittenden, 1999
- American Psychiatric Association** (1994), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, IV^a Edizione, Masson, Milano, 1996
- Ammaniti A., Stern D.N.** (a cura di) (1992), *Attaccamento e psicoanalisi*, Laterza, Bari
- Barach P.** (1991), *Multiple personality as an attachment disorder*, *Dissociation*, 4, 117-123
- Beck A.T., Freeman A.** (1990), *Terapia cognitiva dei disturbi di personalità*, Mediserve, Milano, 1993
- Berliner L., Briere J.** (1999), *Trauma, Memory, and Clinical Practice*, in Williams L.M., Banyard V.L.(eds), 1999
- Bowlby J.** (1969), *Attaccamento e perdita*, vol. 1: *L'attaccamento alla madre*, Boringhieri, Torino, 1972
- Bowlby J.** (1973), *Attaccamento e perdita*, vol. 2: *La separazione dalla madre*, Boringhieri, Torino, 1975
- Bowlby J.** (1979), *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Cortina, Milano, 1982
- Bowlby J.** (1980), *Attaccamento e perdita*, vol. 3: *La perdita della madre*, Boringhieri, Torino, 1983
- Bowlby J.** (1988), *Una base sicura*, Cortina, Milano, 1989
- Bremner D.J., Marmar C.R.** (eds.) (1998), *Trauma, Memory, and Dissociation*, American Psychiatric Press, Washington
- Bremner D.J.** (1999), *Traumatic Memory Lost and Found. Can Lost Memories of Abuse Be Found in the Brain?*, in Williams, Banyard, 1999
- Bretherton I.** (1992), *Le origini della teoria dell'attaccamento: John Bowlby e Mary Ainsworth*, in Carli, 1995
- Brewerton T.D., Dansky B.S., Kilpatrick D.G., O'Neil P.M.** (1999), *Bulimia Nervosa, PTSD, and Forgetting: Results From the National Women's Study*, in Williams, Banyard, 1998
- Briere J.** (1997), *Psychological Assessment of Adult Posttraumatic States*, American Psychological Association, Washington
- Cardeña E.** (1994), *The Domain of Dissociation*, in Lynn, Rhue, 1994
- Carli L.** (a cura di) (1995), *Attaccamento e rapporto di coppia*, Cortina, Milano
- Cassidy J., Kobak R.** (1988), *Avoidance and its relations to other defensive process*, in Belsky J., Nezworsky T. (a cura di), *Clinical Implication of attachment*, Erlbaum, Hillsdale, New York, cit. in Ammaniti, Stern, 1992

- Crittenden P.M.** (1994a), Nuove prospettive sull'attaccamento. Teoria a pratica in famiglie ad altro rischio, Guerini, Milano
- Crittenden P.M.** (1994b), Scrutando nella scatola nera: una dissertazione esplorativa sullo sviluppo del sé nei bambini piccoli, in Crittenden, 1994a
- Crittenden P.M.** (1999), Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo all'Adult attachment Interview, Cortina, Milano
- Crittenden P.M., Partridge M.F., Claussen A.H.** (1991), Configurazioni familiari di relazione in famiglie normali e disfunzionali, in Crittenden, 1994b
- Dettore D., Fuligni C., Vitagliano F.** (1993), Donna e abuso sessuale. Storia, cultura e terapia, Franco Angeli, Milano
- Edelstein G.M.** (1981), Trauma, trance e trasformazione. Guida clinica all'ipnoterapia, Astrolabio, Roma, 1982
- Eibl-Eibesfeldt I.** (1984), Etologia umana. Le basi biologiche e culturali del comportamento, Boringhieri, Torino, 1993
- Erickson M., Rossi E.L.** (1989), L' uomo di febbraio. Lo sviluppo della coscienza e dell' identità nell' ipnoterapia, Astrolabio, Roma, 1989
- Feeney J.A., Noller P.** (1990), Lo stile di attaccamento come predittore delle relazioni di coppia negli adulti, in Carli, 1995
- Giannantonio M., Boldorini A.L.** (1997), *La tecnica del cambiamento di storia in psicoterapia ipnotica. Alcune considerazioni operative*, Rivista Italiana di Ipnotisi Clinica e Psicoterapia Ipnotica, 2, pp. 35-39
- Giannantonio M.** (1998), *Una tecnica di autoipnosi "strutturata" per il Disturbo di Panico con Agorafobia*, in Mosconi G.P. (a cura di), Atti del XI Congresso Nazionale A.M.I.S.I., "Quarant'anni di ipnosi in Italia: presente e futuro", 1998
- Giannantonio M., Boldorini A.L.** (1998), *L'importanza e la bellezza di un rifugio interiore*, in Mosconi G.P. (a cura di), Atti del XI Congresso Nazionale A.M.I.S.I., "Quarant'anni di ipnosi in Italia: presente e futuro", 1998
- Guidano V.** (1987), La complessità del Sé. Un approccio sistemico-processuale alla psicopatologia e alla terapia cognitiva, Boringhieri, Torino
- Hacking I.** (1995), La riscoperta dell'anima, Feltrinelli, Milano, 1996
- Herman J.L.** (1992), *Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma*, Journal of Traumatic Stress, 5, 377-391
- Hilgard E.R.** (1994), Neodissociation Theory, in Lynn, Rhue, 1994
- Hoffman B.H.** (1977), Manuale di Training Autogeno, Astrolabio, Roma, 1984
- Holmes J.** (1993), La teoria dell' attaccamento. John Bowlby e la sua scuola, Cortina, Milano
- Krystal J.H., Bremner D.j., Southwick S.M., Charney D.S.** (1998), The Emerging Neurobiology of Dissociation: Implications for Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, in Bremner, Marmar, 1998

- Levine P.** (1994), *Encountering the tiger: How the body heals the trauma*, Ergos Institute Press, Lyons, cit. in Phillips, Frederick, 1995
- Levitt E.E., Maré Pinnell C.** (1995), *Some additional light on the childhood sexual abuse-psychopathology axis*, International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, XLIII, 2, 145-162, p. 151
- Lichtenberg J.D.** (1989), *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*, Cortina, Milano, 1995
- Liotti G.** (1991), *Attaccamento insicuro e agorafobia*, in Parkes, Stevenson-Hinde, Murray, 1991
- Liotti G.** (a cura di) (1993), *La discontinuità della coscienza. Etiologia, diagnosi e psicoterapia dei disturbi dissociativi*, Franco Angeli, Milano
- Liotti G.** (1994), *La dimensione interpersonale della coscienza*, La Nuova Italia Scientifica, Roma
- Liotti G.** (1995), *Le nuvole di Anna O. Stati ipnoidi e discontinuità dei processi psichici*, Psicoterapia, 3, pp. 21-35
- Lorenzini R., Sassaroli S.** (1995), *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità*, Cortina, Milano
- Lorenzini R.**, *Il corpo nell' organizzazione di tipo fobico*, in *Il Corpo e la Terapia Cognitiva* (1997), Atti del primo Convegno "Il Corpo e la Terapia Cognitiva", Orvieto, 20-22 ottobre 1995
- Lyn S.J., Rhue J.W. (eds.)** (1991), *Theories of Hypnosis. Current Models and Perspectives*, The Guilford Press, New York
- Lyn S.J., Rhue J.W. (eds.)** (1994), *Dissociation. Clinical and Theoretical Perspectives*, The Guilford Press, New York
- Maffei C. (a cura di)** (1993), *Il disturbo borderline di personalità. Prospettive sulla diagnosi*, Boringhieri, Torino
- Main M., Hesse E.** (1992), *Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati dei genitori*, in Ammaniti, Stern, 1992
- Maldonado J.R., Spiegel D.** (1994), *The Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder*, in Lynn, Rhue, 1994
- Maldonado J.R., Spiegel D.** (1998), *Trauma, Dissociation, and Hypnotizability*, in Bremner, Marmar, 1998
- Michelson L.K., Ray W.J. (eds.)** (1996), *Handbook of Dissociation. Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives*, Plenum Press, New York
- Montecchi F.** (1994), *Gli abusi all' infanzia. Dalla ricerca all' intervento clinico*, La Nuova Italia Scientifica, Roma
- Mosconi G.P.** (1998), *Teoretica e pratica della psicoterapia ipnotica*, Franco Angeli, Milano
- Novelletto A.** (a cura di) (1995), *Adolescenza e trauma*, Borla, Roma
- Oliverio Ferraris A.** (1989), *Introduzione a Bowlby*, 1988

- Paris J.** (1996), *Contesto sociale e disturbi di personalità. Diagnosi e trattamento in una prospettiva bio-psico-sociale*, Cortina, Milano, 1997
- Parkes C.M.** (1991), *Attaccamento, legame e problemi psichiatrici successivi a una perdita in età adulta*, in Parkes, Stevenson-Hinde, Marris, 1991
- Parkes C.M., Stevenson-Hinde J., Marris P.** (1991), *L' attaccamento nel ciclo di vita* Il Pensiero Scientifico, Roma, 1995
- Pennati A.** (1994), *Abuso infantile, sintomi dissociativi e fenomeni ipnotici: mappe antiche, tesori nuovi*, Rivista Sperimentale di Freniatria, CXVIII, pp. 158-176
- Pennati A.** (1995), *Ipnosi, trauma, dissociazione, repressione: Integrazione delle esperienze, evoluzione del sé*, in *Ipnosi e psicoterapia ipnotica*, Atti del X Congresso Nazionale di Ipnosi e Psicoterapia Ipnotica, Milano
- Peterson J.A.** (1996), *Hypnotherapeutic Techniques to Facilitate Psychotherapy with PTSD and Dissociative Clients*, in Michelson, Ray, 1996
- Phillips M., Frederick C.** (1995), *Healing the Divided Self*, Norton
- Piers C.C.** (1999), *Remembering Trauma. A Characterological Perspective*, in Williams L.M, Banyard V.L.(eds), 1999
- Plutchik R.** (1994), *Psicologia e biologia delle emozioni*, Boringhieri, Torino, 1995
- Pope K.S., Brown L.S.** (1996), *I ricordi delle antiche violenze. Come emergono, come si interpretano, come si superano*, McGraw-Hill, 1999
- Reviere S.L.** (1996), *Memory of Childhood Trauma. A Clinician's Guide to the Literature*, Guilford, New York
- Rezzonico G., Ruberti S.** (a cura di) (1996), *L' attaccamento nel lavoro clinico e sociale. Esplorazione e sviluppo di nuovi modelli di intervento*, Franco Angeli, Milano
- Rodin G., de Groot J., Spivak H.** (1998), *Trauma, Dissociation, and Somatization*, in Bremner, Marmar, 1998
- Safran J., Segal Z. V.** (1990), *Il processo interpersonale nella terapia cognitiva*, Feltrinelli, Milano, 1993
- Sandberg D., Lynn S.J., Green J.P.** (1994), *Sexual Abuse and Revictimization: Mastery, Dysfunctional Learning, and Dissociation*, in Lynn, Rhue, 1994
- Sgarro M.** (1997), *Post Traumatic Stress Disorder. Aspetti clinici e psicoterapie*, Edizioni Kappa, Roma
- Shapiro F.** (1995), *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and Procedures*, Guilford, New York
- Shuchter S.R., Downs N., Zisook S.** (1996), *La depressione. Conoscenze biologiche e psicoterapia*, Cortina, Milano, 1997
- Singer J.L.** (ed.) (1990), *Repression and Dissociation. Implications for Personality Theory, Psychopathology, and Health*, University of Chicago Press
- Thomas K.** (s.d.), *Autoipnosi e Training Autogeno*, Edizioni Mediterranee, Roma, 1976

- Vanderlinden J., Vandereycken W.** (1997), *Le origini traumatiche dei disturbi alimentari*, Astrolabio, Roma, 1998
- Williams L.M., Banyard V.L.** (eds.) (1999), *Trauma and Memory*, Sage Publications, London
- Wilson J.P., Keane T.M.** (eds.) (1997), *Assessing Psychological Trauma and PTSD*, The Guilford Press, New York
- Yapko M.D.** (1990), *Trancework: An introduction to the practice of clinical hypnosis*, Brunnel/Mazel, New York
- Zanusso G., Giannantonio M.** (1996), *Tossicodipendenza e Comunità terapeutica. Strumenti teorici e operativi per la riabilitazione e l' intervento*, Franco Angeli, Milano
- Zelikovsky N., Lynn S.J.** (1994), *The Aftereffects and Assessment of Physical and Psychological Abuse*, in Lyn, Rhue (1994)