

DIPENDENZE E STILI DI ATTACCAMENTO

Tiziana Aceti, PTSTA

Antonella Liverano, TSTA

aT rivista di analisi transazionale e metodologie psicoterapeutiche

anno XXIX. N. 20, pag. 61-72.

Abstract

Il lavoro riguarda l'analisi e la comprensione della "Dipendenza" dal punto di vista degli stili di attaccamento e di personalità. La dipendenza è inquadrabile tra le New Addictions. L'ipotesi sostenuta in questo articolo è che sia la qualità, che lo stile di attaccamento stesso, possano influire sulla vulnerabilità alla dipendenza.

Il concetto di "dipendenza" è da intendersi come una "vulnerabilità circa la definizione del senso di Sé" per cui alcune persone ricorrono a modalità di comportamento compulsivo in cui i pensieri e le immagini conflittuali, che non possono essere mentalizzati, non arrivano alla coscienza. (Caretta, La Barbera, 2005).

Appare evidente che un'indipendenza autentica poggia sulla capacità di dipendere, per cui questa patologia verrà trattata non nei termini di una polarità dipendenza-indipendenza, quanto piuttosto di un continuum dipendenza sana - dipendenza patologica.

Secondo Kohut (1971) la "dipendenza" rappresenta una condizione nella quale il nodo centrale del problema è una "debolezza del nucleo della personalità". La conseguenza di questo difetto del Sé e le manifestazioni dei suoi disturbi sono da considerare dei tentativi, fallimentari, di porre rimedio a tale difetto della personalità. Per Kohut l'adulto che ha patito carenze genitoriali di rispecchiamento, sta lottando con un Sé carente che evolutivamente si è fermato ad uno stadio incline alla frammentazione.

Se le cure genitoriali sono invece appropriate il Sé grandioso del bambino si trasforma in sane ambizioni e l'immagine genitoriale idealizzata viene interiorizzata come ideali e valori.

La teoria di Kohut ha come implicazione il fatto che una separazione assoluta e definitiva è un mito: per tutta la vita si ha bisogno di risposte convalidanti ed empatiche da parte degli altri per mantenere la stima di se stessi. La maturità allontana dal bisogno di Oggetti - Sé arcaici per l'utilizzazione invece di Oggetti - Sé più adatti e adeguati ed insegna a tollerare l'angoscia di

disintegrazione di fronte a risposte inadeguate da parte dell'Oggetto - Sé. In questo senso i comportamenti "da dipendenza" non sono espressione di conflitto nevrotico, ma un tentativo di mantenere la coesione interna e l'equilibrio di un Sé vulnerabile.

Attaccamento e Dipendenza

Si evince che la riflessione clinica sulla dipendenza va necessariamente calata in una realtà relazionale in cui le relazioni oggettuali sane portano la persona a contenere, in tensioni dialettiche, la regolazione del proprio Sé. (Blatt, Blass, 1996).

La dipendenza sana si sviluppa quando nella relazione primaria si è resa possibile la condivisione e l'accettazione della tensione implicita nel riconoscimento reciproco. Quindi una sequenza evolutiva "sicura" rispetto all'attaccamento, permette alla persona di apprendere la capacità di autoregolarsi in maniera flessibile sia in contesti relazionali che in situazioni di stress.

Al contrario, quando la tensione dialettica viene a mancare la dipendenza assume i caratteri della sottomissione, della compulsione e dell'abuso. Per tenere a bada il senso di vulnerabilità personale, e quindi la minaccia di frammentazione dell'Io, la persona attiva difese primitive ed intense, sopportando una tensione psichica che può chetarsi solo attraverso attività compulsive, che alterano la coscienza di sé.

Per dipendenza patologica si intende invece "una particolare condizione sindromica caratterizzata dalla ricerca ricorrente e reiterata del piacere derivante da uno specifico comportamento di dipendenza associata all'abuso, al craving (ovvero a un desiderio incoercibile) e al disagio clinicamente significativo dell'astinenza e della messa in atto compulsiva nonostante le possibili conseguenze negative" (Caretto, La Barbera, 2005).

Patologia della dipendenza

La patologia della dipendenza riguarda:

- 1) dissociazione o scissione nella rappresentazione di sé con l'altro,
- 2) carente controllo degli impulsi,
- 3) deficit metacognitivi.

La dissociazione è un meccanismo di difesa che l'Io attiva al fine di regolare stati affettivi altrimenti ingestibili. "Priva la persona della possibilità di fare esperienza del suo mondo interno e di poter accedere alle proprie emozioni regolandole rispetto ai propri sentimenti e agli altri con cui interagisce." (Fonagy, 2001). La conseguenza implicita nella dipendenza patologica da questo punto di vista si basa su un'idea immutabile dell'altro con oggetto nutriente ed esclusivo e su un'idea di sé come oggetto bisognoso ed incapace di pensare a se stesso. In questo caso la dissociazione non

è al servizio dell'Io come difesa rispetto al trauma, ma rappresenta uno stato dissociativo patologico che indebolisce l'Io nel rapporto con la realtà.

La caratteristica fondamentale del **discontrollo degli impulsi** è l'incapacità di resistere ad un impulso, un desiderio impellente o alla tentazione di compiere un'azione. Esiste una sensazione crescente di tensione e di eccitazione prima di compiere l'azione, che è seguita da piacere, gratificazione, sollievo quando questa viene commessa.

Al fenomeno dell'impulsività concorrono diversi fattori:

- generica tendenza all'azione
- incapacità a rimandare la gratificazione
- inefficienza dei fattori inibenti (preoccupazione per le conseguenze)
- deficit volizionale.

Ragionando in termini transnosografici, è evidente l'importanza dei costrutti di impulsività e compulsività per la patologia della dipendenza.

I fattori che concorrono all'induzione del comportamento impulsivo possono esprimersi con una fenomenologia sia di tipo **“comportamentale”** che **“cognitivo”**.

L'impulsività comportamentale rappresenta un'azione sulla spinta del momento, con inabilità a ritardare la gratificazione o ad inibire un comportamento; *l'impulsività cognitiva* concerne una rapida ma incompleta valutazione del contesto con deficit di attenzione e difficoltà a mentalizzare. È possibile che il discontrollo degli impulsi vada a vicariare delle funzioni metacognitive compromesse.

La metacognizione è la capacità di individuare e gestire il proprio mondo interno e la capacità di raffigurarsi il punto di vista dell'altro. Può essere classificata in due aree:

- auto riflessività (capacità di dar un nome ai propri stati interni)
- comprensione della mente altrui.

Il postulato è che la percezione di sé è collegata al pattern d'attaccamento conosciuto nell'infanzia: chi ha sperimentato nell'infanzia un atteggiamento di accudimento ben definito (nel senso di non ambiguo) e che in rapporto a questo ha esperito ripetutamente pattern emotivi ben riconoscibili, è capace di riconoscere e descrivere i propri stati emotivi.

Coloro che hanno conosciuto un atteggiamento di accudimento più ambiguo e contraddittorio, e che in ragione di ciò hanno sperimentato emozioni meno chiare e riconoscibili, manifestano una propensione a **“definirsi dall'esterno”**, cioè a comprendere quello che sentono e pensano sulla base di quello che gli altri possono vedere dall'esterno.

La personalità del “Dipendente”

La dipendenza patologica può essere letta come il fallimento del modello dialettico fondato sulle due spinte evolutive che definiscono le rappresentazioni Sé-Altro: il bisogno di relazionalità ed il bisogno di identità autonoma.

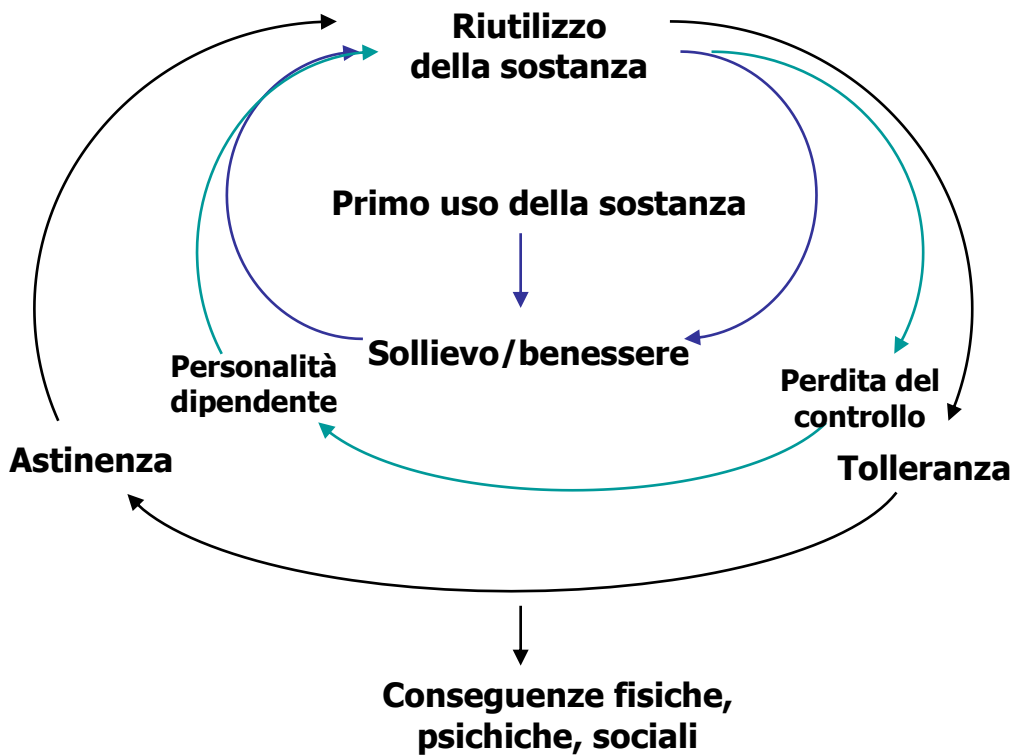


Fig. 1

Gli esiti patologici di questa mancata tensione evolutiva portano a patologie introiettive o patologie anaclitiche. Le prime sono dominate da aspetti evitanti, depressione, senso di colpa e vergogna e compaiono in personalità schizoide, schizotipica, narcisistica, antisociale ed evitante. Le seconde sono dominate da preoccupazione per la relazione, con aspetti invischiati, depressione con senso di perdita, bisogno dell'altro con aspetti confusivi e compaiono in personalità istrioniche, borderline e dipendenti. (Blatt, 2004).

La teoria dell'attaccamento

La dipendenza oltre ad essere una condizione neurobiologica e un problema sociale, è un problema individuale che si presenta nel corso dello sviluppo psicologico come risposta a fattori evolutivi.

Il modello cui si fa riferimento è quello di Bowlby (1969) per cui il compito biologico e psicosociale dell'attaccamento è quello di garantire una "base sicura" attraverso la quale il bambino possa andare verso il mondo esterno in modo autonomo. Il fallimento di questo processo, ossia l'indisponibilità dell'adulto di riferimento, porteranno il bambino a sviluppare una vulnerabilità verso la paura della perdita dell'altro come indispensabile per sé. In questo senso relazioni infantili insicure, deficit della simbolizzazione e disregolazione affettiva possono essere elementi costitutivi di dinamiche responsabili dell'addiction.

I modelli operativi interni

Sono rappresentazioni di sé e delle figure di attaccamento che si differenziano in funzione dell'esperienza e vengono strutturati in pattern Sicuro di tipo B, Insicuro-Evitante di tipo A, Ansioso-Resistente (Ambivalente) di tipo C, e Disorganizzato-Disorientato di tipo D, (Crittenden 1992, 1994, 1999, 2008).

Gli stili di attaccamento C e D, in misura maggiore, e A in modo meno pervasivo, sembrano essere in relazione causale diretta con le condotte dipendenti. Relazioni infantili insicure, non responsive, impediscono l'interiorizzazione di relazioni positive che sono alla base dell'autostima, del processo di individuazione, dell'autonomia e del processo della mentalizzazione dell'altro e dell'affetto.

La teoria dell'attaccamento infatti postula che il sistema viene attivato quando un essere umano è esposto ad eventi valutati dal bambino come minacciosi o traumatici e può spiegare quindi l'insorgere di determinate vulnerabilità. Essa spiega inoltre la tendenza innata nell'essere umano a ricercare e mantenere una "prossimità" nei confronti di un'altra persona ritenuta in grado di affrontare il mondo. L'attaccamento quindi garantisce nutrimento, amore e accettazione per quello che si è; da questo dipende uno sviluppo armonioso della personalità.

Il modello della Crittenden

Tra i più moderni orientamenti circa l'attaccamento si cita quello della Crittenden con il suo Modello Dinamico-Maturativo (2008) che ipotizza come i pattern di attaccamento siano strategie protettive apprese dalla figura di riferimento ed i sintomi come funzionali alla strategia di adattamento. Questo approccio postula che lo sviluppo evolutivo si interseca dinamicamente con l'esperienza portando a cambiamenti nella qualità dell'attaccamento conseguenti al grado maturativo raggiunto.

L'adattamento, per la Crittenden, è un processo di apprendimento della regolazione del funzionamento mentale e interpersonale, relativo alla specifica natura delle relazioni significative,

grazie alla capacità di immagazzinare dall'ambiente circostante informazioni selezionate dando loro un significato. I periodi di transizione in questo senso rappresentano momenti favorevoli per la ristrutturazione, infatti:

- la mente cerca regolarità e ridondanze
- la mente coglie la discrepanza tra ciò che è atteso e ciò che avviene ed essa è massima durante l'accelerazione maturazionale.

Se il contesto di accadimento si mantiene stabile nel tempo allora anche lo stile di attaccamento non varia, eventi stressanti possono portare ad una riorganizzazione.

Nell'**attaccamento sicuro**, la sicurezza dell'accessibilità materna rende il bambino tranquillo nello spingersi ad esplorare le novità. Le persone con attaccamento sicuro sono ragionevolmente sicure delle proprie capacità di risolvere i problemi. Lo stile è quindi quello della ricerca attiva: la persona cerca di ottenere nuove informazioni e quindi di sottoporre costantemente alla prova le proprie ipotesi. L'atteggiamento è tipicamente esplorativo. Si può ipotizzare che questo tipo di attaccamento generi un introietto nel bambino: **“sono una persona capace e attiva, l'ambiente è accogliente”**.

I bambini con **attaccamento insicuro-evitante** hanno sperimentato più volte la difficoltà ad accedere alla figura di attaccamento e hanno imparato progressivamente a farne a meno, concentrandosi sul mondo inanimato piuttosto che sulle persone. Le persone con questo tipo di attaccamento si comportano come se gli altri non esistessero, tendono a minimizzare le emozioni e l'ansia, a fornire una descrizione di sé come forti ed indipendenti dagli altri, a svalutare l'importanza dell'attaccamento. Sia sul piano cognitivo che affettivo instaurano una sorta di autarchia. Si può ipotizzare che questo tipo di attaccamento generi un introietto nel bambino: **“devo essere autosufficiente, l'ambiente è inaccessibile”**.

I bambini con **attaccamento ansioso-resistente (ambivalente)**, avendo sperimentato l'imprevedibilità della figura di attaccamento, tentano di mantenere con lei una vicinanza strettissima, rinunciando a qualsiasi movimento esplorativo autonomo. A livello cognitivo, per evitare l'imprevedibilità, si muovono soltanto nel conosciuto, da cui sia bandita ogni novità. Lo stile cognitivo corrispondente è quello dell'evitamento: queste persone tentano di evitare le invalidazioni, non mettendo alla prova le proprie ipotesi. Si può ipotizzare che questo tipo di attaccamento generi un introietto nel bambino: **“devo farmi accettare dall'ambiente”**.

L'**attaccamento disorganizzato-disorientato** si realizza quando la figura di attaccamento è sperimentata come minacciosa. Il caregiver è spaventato/spaventante. Il bambino è portato a leggere sul volto della figura di attaccamento se nell'ambiente esistano pericoli oppure no; nel caso della

madre spaventata/spaventante egli riceve costantemente un messaggio di pericolo, e poiché non trova nell'ambiente alcun motivo che lo confermi, la madre stessa diventa fonte di minaccia. La persona agisce comportamenti contraddittori e afinalistici in cui la protezione di sé è agita attraverso la fuga o il congelamento. Lo stile cognitivo è quello dell'ostilità: un modo di reagire alle invalidazioni consiste nel riproporre una costruzione della realtà che si è già rivelata fallimentare, l'altro è ignorare o sopraffare. Si può pensare che questo tipo di attaccamento generi un introietto nel bambino: **"l'ambiente è minaccioso"**.

Modello di attaccamento e personalità

Esistono diverse evidenze della persistenza dello stile di attaccamento durante tutta la vita e del suo influsso sulla personalità e sulla psicopatologia. La personalità è rappresentata infatti dal proprio modo di costruire la realtà in relazione alle prime esperienze di accudimento.

I cluster descrittivi di personalità secondo il DSM IV-TR (APA, 2000) sono:

- **Gruppo A. Personalità "strane, bizzarre, o meglio incomprensibili" (Schizoide, Schizotipico e Paranoide).**
- **Gruppo B. Personalità "emotivamente instabili, drammatiche, conflittuali" (Narcisistico, Borderline, Istrionico e Antisociale).**
- **Gruppo C. Personalità "inibite" (Evitante, Ossessivo-compulsivo e Dipendente)**

Un'ipotesi possibile è che sia possibile associare ai tre cluster di personalità i tre tipi di attaccamento non funzionale. (Lorenzini, Sassaroli, 2005). Per cui:

- **Attaccamento Insicuro-Evitante di tipo A \approx Gruppo di personalità A**
- **Attaccamento Ansioso-Resistente (Ambivalente) di tipo C \approx Gruppo di personalità C**
- **Attaccamento Disorganizzato-Disorientato di tipo D \approx Gruppo di personalità B**

Modello di attaccamento e tipo di dipendenza

Attaccamento Insicuro-Evitante di tipo A

I soggetti con tipo di attaccamento trascurante hanno conosciuto una figura di riferimento incompetente a sintonizzarsi con i bisogni profondi dei figli, e questi, anche se formalmente accuditi, sembrano incapaci di cogliere i propri ed altrui stati psichici, di empatizzare con essi. Il padre può apparire spesso una figura distruttiva, non contenuto dalla moglie.

Questi individui, per sfuggire dall'esperienza angosciante di essere soli di fronte alla propria/altrui rabbia, potrebbero ritirarsi in un mondo di pensieri propri, difendendosi dalla frustrazione con una sorta di anestesia psichica e convertire la rabbia in freddezza e disprezzo.

Questi pazienti sembrano dipendere più dalle cose e dalla loro costanza che dalle persone, quasi si difendessero dal più instabile mondo relazionale attraverso la prevedibilità del mondo inanimato (computer, la propria stanza, le proprie abitudini...) (Liverano, Messana, 2003).

Dipendono cioè dalla costanza dell'ambiente e reagiscono con disagio, rabbia o persecutorietà in tutti i casi in cui le loro aspettative o previsioni vengono alterate. Raramente hanno legami affettivi e prediligono la solitudine, in un clima di deprivazione affettiva caratterizzata dall'evitamento. L'eccessivo investimento sul proprio mondo interno, l'identità poco integrata e la difficoltà nel comunicare, farebbero pensare ad un possibile sviluppo di dipendenza da abuso di sostanze, da internet, da cyber relazioni (per quanto concerne l'aspetto fantasmatico ed ideale di queste relazioni), da videogiochi, da giochi di ruolo on line, da tv, o anche parafilie (es. voyeurismo), da shopping compulsivo e workaholic.

Attaccamento Disorganizzato-Disorientato di tipo D

Questo attaccamento è caratterizzato dall'uso dell'emotività' come modalità di espressione di sé e di influenza delle relazioni interpersonali. È il raggruppamento del "Non Controllo Emotivo" che rimanda ad un bambino arrabbiato, che fa scenate e si oppone, oppure ad un bambino fragile, insicuro, angosciabile. Se appare più lagnoso che combattivo diventerà forse un istrionico, se appare più prepotente, che non vuol sentir ragioni potrebbe diventare antisociale, se viene fatto sentire superiore e speciale potrebbe sviluppare aspetti narcisistici. Se è eccitabile ed angosciabile ad un tempo potrebbe avere un futuro tratto borderline. Acquisire controllo sui propri impulsi è un'operazione che richiede:

- uno stato di relativo benessere (se non si ha benessere e quiete, ma si è pressati dall'urgenza del bisogno non si riesce/non si vuole controllarsi e si vive il controllo esterno come violento e ingiusto);
- una persona che ha l'autorità' di imporlo ed è interessata a farlo, cosa che raramente hanno avuto le madri che hanno determinato questo tipo di attaccamento sia perché fragili (quindi poco autoritarie), sia perché depresse (quindi non hanno la forza o la voglia di farlo).

Su questa base le reazioni del bambino oscillano dal panico, perché si accorge di essere affidato ad una persona che non sa/non vuole occuparsi di lui, a vissuti compensatori di potenza sul saper fare a proprio modo, saper provvedere a se stesso, al saper sostenere e sopportare la figura di riferimento, saper fare a meno di un adulto di riferimento, saper sedurre una figura sostitutiva con le proprie qualità. L'effetto di eccitamento di queste manovre compensatorie è proporzionale al panico che il soggetto sperimenterebbe se non riuscisse ad attivarle e rappresenta l'euforia di essere riuscito

a sfuggire ad un vissuto di vuoto e di privazione grazie alle proprie risorse. Tutto ciò dà vita a modelli operativi interni che deflagrano quando i vissuti di autonomia della vita adulta richiedono adattamento come espressione di sicurezza interna e di equilibrata regolazione.

A queste persone manca la capacità di adattamento, la sicurezza interna e la regolazione equilibrata nella rappresentazione di Sé e di Sé con l'Altro; il vissuto è di vuoto e di privazione, la separazione è temuta e c'è scarsa tolleranza alle frustrazioni. Si può ipotizzare propensione all'abuso di sostanze (soprattutto quelle ipnotico-sedative ed eroina ma anche l'uso di cocaina per i narcisisti), alcolismo (per gli antisociali), comportamenti sessuali promiscui e rischiosi, gioco d'azzardo, dipendenza da cibo, tabagismo.

Attaccamento Ansioso-Resistente (Ambivalente) di tipo C

Questo tipo di attaccamento è caratterizzato dal vissuto di preoccupazione dei soggetti e dal dubbio su di sé. La dimensione relazionale è orientata all'ipercontrollo. Volendo distinguere, si potrebbe parlare di controllo iperprotettivo per i dipendenti, controllo basato sulla vergogna per gli evitanti, controllo basato sull'eccesso di regole e disciplina per gli ossessivi. Il cronico sentimento d'inadeguatezza può provenire dalla sproporzione tra lo sviluppo e i compiti di inversione dei ruoli che i genitori chiedono ai figli. Le madri spesso si comportano da sorelle dei figli, chiedono loro di riempire le loro solitudini, di sedare le loro ansie, di dar loro soddisfazione con i loro successi necessari a migliorare la loro autostima. I padri appaiono insicuri, insensibili, chiedono ai figli di non dare problemi. La sproporzione del compito rispetto alle forze possedute da questi individui li rende ansiosi. L'individuo può reagire all'ansia:

- il dipendente sperimentando la propria insicurezza, incapace di affermare un proprio obiettivo;
- l'evitante rifiutando di farsene carico e nello stesso tempo temendo il giudizio;
- l'ossessivo cercando in una rigida regola esterna un giusto ancoraggio.

Queste persone soffrono di un cronico senso di inadeguatezza che li porta a contare solo su se stessi con una sorta di autarchia psicologica; la dimensione relazione è orientata all'ipercontrollo, all'iperprotezione e alla vergogna. Per questo la propensione alla dipendenza potrebbe riguardare l'alcolismo (per le donne a causa della depressione), l'uso di droghe narcotizzanti, la farmacodipendenza (soprattutto Benzodiazepine per gestire disturbi ansiosi e depressivi).

Conclusioni

La dipendenza patologica può essere descritta come una sorta di vulnerabilità narcisistica per la mancanza di una rappresentazione mentale dell'oggetto interno d'amore a cui poter far riferimento ogni volta che il Sé si sente minacciato da intense emozioni che non sa mentalizzare, se non attraverso comportamenti compulsivi, con intenti riparatori, con l'oggetto-droga. (Tronick, 1989).

Una dipendenza sana si sviluppa quando nella relazione sia resa possibile la condivisione e l'accettazione della tensione implicita nel riconoscimento reciproco, i necessari confronti e le continue oscillazioni tra riconoscimento e distruzione. Quando questa tensione viene a mancare la dipendenza assume i caratteri della sottomissione, della compulsione e dell'abuso.

Bibliografia

- AA.VV. DSM IV-TR (2000). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Masson.
- Ainsworth, M.D.S. (1979). "Infant-mother attachment". *In American Psychologist*, 34, pp. 932-937.
- Ainsworth, M.D.S. (1985). "Patterns of infant-mother attachment: Antecedents and effects on development". *In Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61, pp. 771-791.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M, Waters, E, Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ.: Erlbaum Assoc.
- Berne, E. (1957). Ego states in psychotherapy. *The American Journal of Psychotherapy*, 11, pp. 293-309 ristampato *In Intuition and Ego states*, 1977 (tr. It. M. Novellino (a cura di) *Intuizione e stati dell'Io*. Astrolabio, 1992).
- Berne, E. (1961). *Transactional Analysis in psychotherapy. A systematic individual and social psychiatry*. New York: Grove Press (Tr. it. *Analisi Transazionale e psicoterapia*. Roma: Astrolabio, 1971).
- Berne, E. (1962). Classification of positions. *TAB*, 1 (3),23.
- Berne, E. (1962). In Treatment. *TAB*, 1(2), 10.
- Berne, E. (1963). *The Structure and Dynamics of Organization and Groups*. Philadelphia Lippincott Company.
- Berne, E. (1964). *Games people play*. New York: Grove Press (Tr. it.: *A che gioco giochiamo*. Milano: Bompiani, 1967).
- Berne, E. (1966) *Principles of Group Treatment*. New York: Grove Press. (Tr. it.: *Principi di*

- terapia di gruppo*. Roma: Astrolabio, 1986).
- Berne, E. (1970). *Sex in human loving*. New York: Simon and Schuster (Tr. it. *Fare l'amore*. Milano: Bompiani, 1986).
- Berne, E. (1972). *What do you say after you say hello?* New York: Grove Press. (Tr. it.: *Ciao ! ... e poi?*. Milano: Bompiani, 1979. Cap. I-XV).
- Berne, E. (1972). *What do you say after you say hello?* New York: Grove Press (Tr. it.: *Cosa dici dopo aver detto ciao?* Milano: Archeopsiche, 1993. Cap. XVI-XXII).
- Berne, E. (1977). *Intuition and Ego States*. San Francisco: T.A. Press. (Tr. it.: *Intuizione e stati dell'Io*. Roma: Astrolabio, 1995).
- Blatt, S.J., Blass, R.B. (1996). "Relatedness and self-definition: a dialectic model of personality development". In Noam, G.G., Fischer, K.W. "Development and vulnerabilities in closer relationships". N.Y.: Erlbaum.
- Blatt, S.J. (2004). "Experiences of depression. Theoretical, clinical, and research perspectives". American Psychological Association, Washington, DC
- Bowlby, J. (1969-1982). *Attaccamento e perdita, vol. 1: L'attaccamento alla madre*. Tr.it. Torino: Boringhieri, (1976).
- Bowlby, J. (1973). *Attaccamento e perdita, vol. 2: La separazione dalla madre*. Tr.it. Torino: Boringhieri (1978).
- Bowlby J. (1979). *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. Tavistock, London. (Trad. It. *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Raffaello Cortina Editore, (1982).
- Bowlby, J. (1980). *Attaccamento e perdita, vol. 3: La perdita della madre*. Tr.it. Torino: Boringhieri, (1992).
- Bowlby, J. (1988). *A Sicure Base*. London: Routledge (trad. it.: *Una base sicura*. Milano: Cortina, 1989).
- Cantelmi, T., D'Andrea (2000). Fenomeni psicopatologici Internet - correlati: osservazioni cliniche. In T. Cantelmi, et al. *La mente in Internet. Psicopatologia delle condotte on-line*. Padova: Piccin.
- Cardaci, M. (2001). *Cyber - psicologia. Esplorazioni cognitive di Internet*. Roma: Carocci.
- Caretti, V., La Barbera, D. (2005). "Le dipendenze patologiche". Milano: R. Cortina.
- Crittenden P.M. (1992). Internal representational model of attachment relationship. *Infant Mental Health Journal*, 11, 259-277.
- Crittenden P.M. (1994). *Nuove Prospettive sull'Attaccamento*. Milano: Guerini.
- Crittenden P.M. (1999). *Attaccamento in Età Adulta: L'approccio Dinamico Maturativo all'Adult Attachment Interview*. Milano: Cortina.

- Crittenden, P. (2008). *“Il modello Dinamico-Maturativo dell’attaccamento”*. Milano: R. Cortina.
- de Saint-Exupery, A. (1943). *“Il piccolo principe”*. Milano: Bompiani.
- Di Maggio, G., Semerari, A. (2003). “Il mantenimento dei disturbi di personalità: un modello”; in Di Maggio, Semerari *“I disturbi di personalità modelli e trattamento: stati mentali, metarappresentazioni, cicli interpersonali”*. Roma - Bari: Laterza.
- Fonagy, P. (2001). *“Psicoanalisi e teoria dell’attaccamento”* Milano: Trad. it: Raffaello Cortina
- Gabbard, G.O. (1995). *“Psichiatria psicodinamica”*. Milano: R. Cortina.
- Khantzian, E.J. (1982). “Psychopathology, psychodynamics, and alcoholism”. In Pattison, Kaufman, (a cura di) *“Encyclopaedic Handbook of an Alcoholism”*. N.Y. Gardner Press.
- Kohut, H. (1971). *“Narcisismo ed analisi del Sé”*. Torino: Boringhieri.
- Lavenia, G. (2007). " *Introduzione alle nuove dipendenze on line*" in Marcucci e Boscaro, *Manuale di Psicologia delle Dipendenze Patologiche*. Urbino: Mediateca delle marche.
- Liverano, A., Messina, C. (2003). Globalizzazione ed Internet: alcune riflessioni cliniche. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, vol.9, 2, pp. 211-21.
- Lorenzini, R., Sassaroli, S. (1995). *“Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità”*. Milano: R. Cortina.
- Novellino, M. (1998). *“L’approccio clinico dell’analisi transazionale”*. Roma: F. Angeli.
- Pani, R., Biolcati, R. (2006). *Lo shopping compulsivo, Internet e il gioco d’azzardo*. Torino: Ed. Utet.
- Paris, J. (1996). *“Contesto sociale e disturbi di personalità”*. Milano: R. Cortina.
- Steiner, C.M. (1966). *“Copioni di vita”*. Milano: La Vita Felice (1999).
- Tronick, E.Z. (1989). “Le emozioni e la comunicazione affettiva nei bambini”. In Crugnola *“La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner”* Milano: R. Cortina.

