

Funzione paterna e attaccamento di coppia: l'importanza di una base sicura

Franco Baldoni

Facoltà di Psicologia- Università di Bologna

In: Bertozzi N., Hamon C. (a cura di): *Padri & paternità*.
Edizioni Junior, Bergamo, 2005, pp. 79-102.

Come tutti sanno, la funzione del padre è stata molto valorizzata da Freud, che individuò la sua importanza soprattutto nei processi legati alla costituzione e all'elaborazione del conflitto di Edipo, allo sviluppo dell'identità sessuale, all'interiorizzazione di un codice etico e morale e allo sviluppo del Super-Io. Nonostante la psicoanalisi degli ultimi decenni abbia studiato le dinamiche della relazione madre bambino, si sa, però, ancora pochissimo, e si è scritto ancora meno, riguardo alle funzioni svolte dal padre nei primi tre anni di vita del bambino (quindi nel periodo pre-edipico). In questa fase della vita infantile la figura maschile è davvero meno importante, oppure la differente valorizzazione del suo ruolo è la conseguenza dei limiti storici e culturali delle teorie e delle persone che le hanno prodotte?

La teoria dell'attaccamento, attribuendo alle relazioni umane una funzione importante per la protezione dai pericoli e lo sviluppo di un senso di sicurezza, permette di affrontare il problema delle funzioni genitoriali in una luce diversa. Tale punto di vista, che integra la visione psicoanalitica con quella offerta da altri modelli teorici, segue una prospettiva "etologica" e considera i comportamenti genitoriali (assieme ad altri legati alla protezione dai pericoli, all'accudimento e alla sessualità) come schemi di origine biologica finalizzati alla sopravvivenza dell'individuo e della sua prole. Attraverso le esperienze individuali, particolarmente quelle della prima infanzia, questi schemi assumono caratteristiche precise e distinte in ciascun individuo per adattare al meglio le esigenze personali e quelle della specie alle singole condizioni ambientali.

La teoria dell'attaccamento permette quindi di interpretare le relazioni familiari, le esperienze amorose, la vita di coppia e le funzioni genitoriali in una prospettiva nuova e complementare a quella delineata dalla psicoanalisi. Nelle pagine seguenti cercherò di definire la funzione svolta dal padre tenendo conto di questi dati.

Teoria dell'attaccamento e psicoanalisi

La teoria dell'attaccamento, proposta da John Bowlby verso la metà degli anni 50 (Bowlby 1951, 1958, 1979), ha rappresentato il primo tentativo serio di mettere in discussione la posizione di Freud riguardo le motivazioni che portano gli esseri umani a legarsi tra di loro. Come noto, sostenendo la sua teoria pulsionale, Freud pensava che il bambino si rivolgesse alla madre spinto dalla necessità di gratificare i propri bisogni di natura sessuale, particolarmente quelli orali.

La teoria dell'attaccamento, integrando la visione psicoanalitica con i dati di ricerca sviluppati in altri ambiti (l'etologia, le teorie evoluzionistiche, la teoria generali dei sistemi, la cibernetica, la neuropsicologia e il cognitivismo), propose una visione alternativa secondo la quale l'essere umano manifesterebbe una predisposizione innata a sviluppare legami significativi con figure genitoriali primarie. Tali "relazioni di attaccamento" esisterebbero in forma organizzata dalla fine del primo anno di vita e non sarebbero legate alla gratificazione del proprio piacere o di desideri di natura sessuale, ma finalizzate a garantire la sicurezza e la protezione nei confronti dei pericoli. Bowlby indicò con il nome di "modelli operativi interni" (*internal working models*) le rappresentazioni interne di se stessi, delle proprie figure d'attaccamento e del mondo, come pure delle relazioni che li legano. Questi modelli di relazione rappresentati internamente, che si sviluppano nei primi anni di vita e si mantengono relativamente stabili, vengono utilizzati per rapportarsi con il mondo. Le esperienze passate possono in questo modo essere conservate nel tempo e utilizzate come guida generando aspettative e influenzando i comportamenti futuri. Bowlby riteneva che i modelli rappresentativi interni fossero "multipli", in quanto legati a diverse relazioni, e caratterizzati da specifiche funzioni

cognitive, in particolare dall'uso differente dei sistemi di memoria (come quella episodica, quella semantica o quella integrativa).

La teoria dell'attaccamento, quindi, si propose come alternativa a quella pulsionale proposta da Freud, al punto che alcuni, anche oggi, considerano questo modello al di fuori della psicoanalisi. Altri, invece, ritengono che tra le due teorie non vi sia una reale conflittualità, ma una profonda relazione che bisogna saper riconoscere (Holmes 1993, 2001; Fonagy 2001; Baldoni 2004). Molti concetti relativi all'attaccamento, infatti, come quello di modelli operativi interni e di stile d'attaccamento, pur descritti con una terminologia di tipo cognitivista, si rifanno a idee tipicamente psicoanalitiche, come quelle del mondo interno, del transfert e della coazione a ripetere. Entrambe le teorie, inoltre, si occupano di argomenti comuni quali l'angoscia, l'aggressività, le difese inconsce, la relazione madre-bambino, gli effetti della deprivazione materna, i processi di separazione e di perdita e lo sviluppo dell'autonomia psicologica.

La teoria dell'attaccamento oggi è considerata un vero e proprio nuovo paradigma e utilizzata come riferimento non solo per la clinica e la ricerca in psicologia dinamica, ma anche per la psicologia dell'età evolutiva (soprattutto nell'ambito dell'*infant research*), per la terapia familiare (di orientamento psicoanalitico o sistemico), per la psicosomatica e per studi neuropsicologici e cognitivisti che riguardano il linguaggio, l'analisi del discorso, gli stili narrativi, le funzioni del discorso e la memoria (Trombini, Baldoni 1999; Cassidy, Shaver 1999).

Bisogni fondamentali e sistemi comportamentali

Per capire l'importanza di questo approccio teorico dobbiamo pensare a quali sono i bisogni fondamentali per la sopravvivenza di una specie animale (compresa la nostra) (vedi Fig. 1).

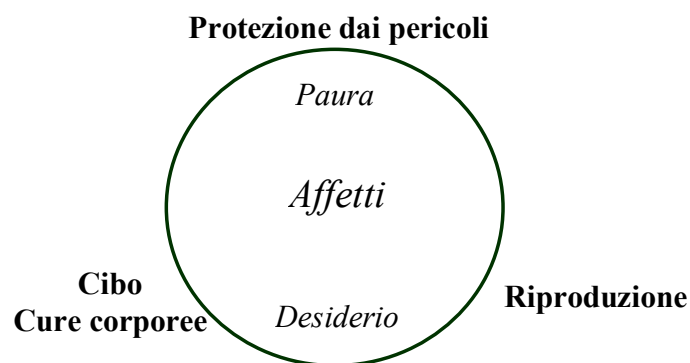


Fig. 1- I bisogni fondamentali

Possiamo individuare il bisogno di nutrimento, di riposo, di essere accuditi sul piano fisico, puliti dal punto di vista igienico, protetti dalle intemperie e dalle escursioni termiche. Vi è poi la necessità di riprodursi e quindi di garantire, attraverso le generazioni future, la sopravvivenza della specie. Inoltre è estremamente importante la difesa nei confronti dei pericoli, soprattutto quelli provenienti dai predatori. Questa, probabilmente, è una delle prime necessità al momento della nascita. Si pensi al pericolo corso da un uccello quando depone le uova, che possono essere afferrate da un altro animale e divorate.

Se consideriamo gli *affetti* generati nell'essere umano da questi bisogni, potremmo pensare che la necessità di cibo, di cure corporee e quella della riproduzione possono comportare in noi l'insorgenza di un *desiderio*, mentre l'esigenza di protezione dai pericoli comporta in noi una reazione emotiva che chiamiamo *paura*.

Per poter soddisfare queste necessità di base la nostra specie ha sviluppato dei sistemi comportamentali specifici .

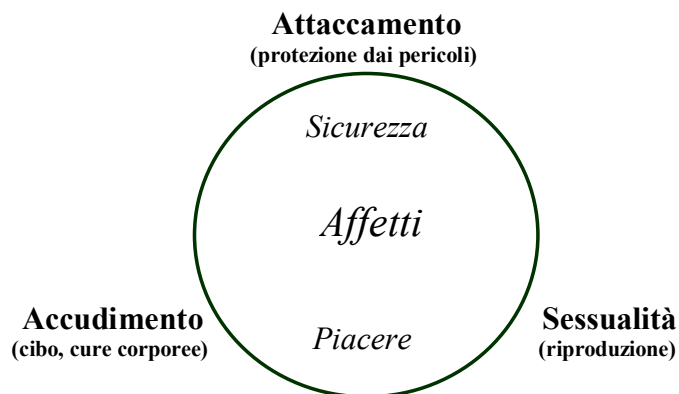


Fig. 2 - I sistemi comportamentali

Potremmo, in modo un po' semplificato, pensare al nostro comportamento come organizzato in sistemi che favoriscono la protezione dai pericoli (l'*attaccamento*), sistemi che garantiscono un *accudimento* (cibo, pulizia, cure corporee) e sistemi che garantiscono un'efficace riproduzione (la *sessualità*) (vedi Fig. 2). Questi sistemi comportamentali generano in noi affetti complementari a quelli prima descritti: la protezione nei confronti di pericoli genera un senso di *sicurezza*, la gratificazione dei bisogni alimentari e corporei o di quelli sessuali genera un senso di *piacere*.

Se consideriamo storicamente quello che è accaduto nello sviluppo della psicoanalisi e della teoria dell'attaccamento, possiamo riconoscere che la prima si è occupata principalmente della parte bassa di questo schema. Freud ha privilegiato la sessualità e, successivamente, altri analisti si sono interessati anche della necessità di accudimento (ad esempio Donald Winnicott ha valorizzato questo aspetto parlando di *holding*, di *handling* e delle funzioni di madre sufficientemente buona). Tali esperienze, come si è detto, sono legate ad affetti di piacere e di dispiacere. I teorici dell'attaccamento, invece, si sono occupati soprattutto della parte superiore dello schema e cioè di problematiche legate alla protezione dai pericoli e al raggiungimento di un senso di sicurezza. Non bisogna pensare, però, che questi ambiti siano totalmente separati, devono piuttosto essere considerati dei vertici di osservazione che permettono di cogliere alcuni aspetti privilegiandoli rispetto ad altri. E' evidente che non si può parlare di attaccamento senza considerare elementi

di accudimento e di sessualità, così come non si può parlare di accudimento senza tenere conto anche della protezione dal pericolo e della sessualità.

La relazione d'attaccamento

Non tutte le relazioni umane, anche quando sono significative, sono relazioni di attaccamento. Perché si parli di attaccamento, devono essere presenti almeno tre condizioni di base (Weiss 1982) (vedi Fig. 3).

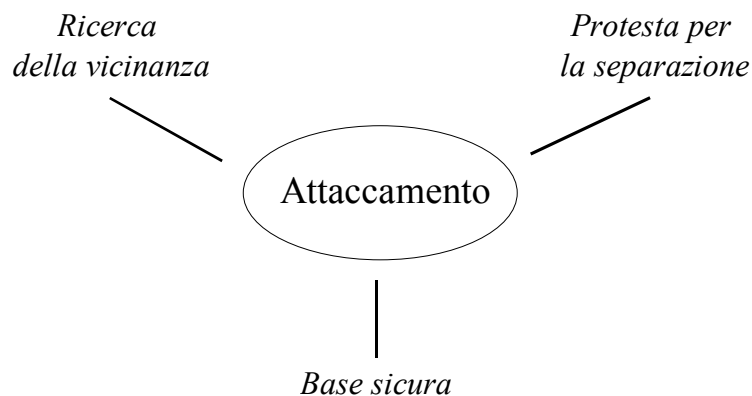


Fig. 3 - Caratteristiche della relazione d'attaccamento

In primo luogo è necessaria una *ricerca della vicinanza* tra la persona attaccata e la persona che offre attaccamento; questa ricerca è molto evidente nel bambino piccolo in relazione con la madre: deve essere sicuro della sua presenza e, per sentirsi tranquillo, la tiene per mano, la abbraccia oppure la vuole a portata di sguardo.

L'altro elemento fondamentale è la reazione di *protesta per la separazione*, cioè quell'insieme di "comportamenti di attaccamento" che si manifestano nel momento in cui ci si sente in pericolo perché la relazione di attaccamento non è più garantita. Ancora una volta tale aspetto è evidente nel bambino piccolo quando è allontanato dalla madre in un ambiente poco familiare (ad esempio quando viene

portato all'asilo): piange, urla, si aggrappa, si mette a tremare per la paura ed emette una serie di segnali che hanno la finalità di garantire il più possibile la vicinanza e la protezione della figura di attaccamento. Anche nell'adulto si possono manifestare comportamenti simili, anche se più sofisticati ed elaborati: ad esempio all'interno di una relazione amorosa quando avviene una separazione forzata oppure se un membro della coppia minaccia di abbandonare l'altro.

La terza condizione che ci permette di parlare di attaccamento è la *base sicura*, cioè la particolare atmosfera di sicurezza e di fiducia che si instaura tra figura attaccata e figura di attaccamento. Questo concetto, sviluppato inizialmente da Mary Ainsworth, è stato particolarmente valorizzato da Bowlby (1979, 1988) che ha spiegato come un bambino o un adolescente, per affacciarsi al mondo esterno ed esplorare in modo sereno l'ambiente extra-familiare, abbia bisogno di sentirsi sicuro di poter ritornare "sapendo per certo che sarà il benvenuto, nutrito sul piano fisico ed emotivo, confortato se triste, rassicurato se spaventato"(1988, p.10). Ne consegue che fornire una base sicura è una delle caratteristiche principali dell'essere genitori. Quelli che sanno offrire una base sicura sostengono i figli nella graduale emancipazione, ma, quando necessario, intervengono per proteggerli, rassicurarli e accudirli. Il concetto di base sicura è molto importante ai fini del nostro discorso, in quanto permette di mettere in luce alcuni aspetti della funzione paterna.

Bowlby, che gradiva fare paragoni di tipo medico o militare, paragonò questa funzione a quella del comandante di una base militare da cui parte una guarnigione per una missione. Il personale della base passerà la maggior parte del tempo in attesa, ma il suo ruolo è comunque fondamentale. L'ufficiale che comanda la spedizione potrà spingersi in avanti accettando di correre rischi solo se saprà di poter fare affidamento su una base sicura nella quale ritornare in caso di difficoltà (Bowlby 1988). Questo paragone militare, che oggi suona un po' sinistro con quello che succede nel mondo, è ugualmente efficace per comprendere come la base sicura sia una funzione "virtuale" che si manifesta pienamente solo nelle situazioni di pericolo.

Lo studio dell'attaccamento

Se consideriamo lo sviluppo degli studi sull'attaccamento possiamo riconoscere tre fasi principali (vedi Tab. 1):

Anni	Studi	Metodi	Autori
1950-70	Deprivazione materna, separazione, lutto	Osservazione diretta	Bowlby
1970-80	Attaccamento infantile	<i>Strange Situation</i>	Ainsworth
Dal 1980	Attaccamento adulto	<i>Adult Attachment Interview</i> , Questionari	Main, Crittenden, Fonagy, Bretherton, Hazan, Shaver, Bartholomew, van IJzendoorn

Tab. 1 – Lo sviluppo della teoria

Le prime ricerche sull'attaccamento risalgono agli anni cinquanta e si basarono principalmente sul metodo etologico dell'osservazione diretta (Lorenz 1949; Harlow 1958). A questo periodo risalgono i lavori di Bowlby sugli effetti della deprivazione materna nei bambini istituzionalizzati e ospedalizzati (1951; Bowlby, Robertson 1952), e quelli sulle esperienze di separazione e di perdita (Bowlby 1969, 1973, 1979, 1980). La sua descrizione delle fasi di reazione alla separazione dalla madre e quelle relative al processo del lutto costituiscono tutt'ora un punto di riferimento per la psicologia.

Solo verso la fine degli anni sessanta, però, l'attaccamento incominciò ad essere oggetto di studi sistematici rivelandosi un concetto teorico che poteva essere, più di altri di origine psicoanalitica, "operazionalizzato", cioè trasformato in modelli e strumenti utilizzabili sul piano della ricerca e dell'intervento. La prima a seguire questa strada fu Mary Ainsworth, che sviluppò la *Strange Situation* (SS) (Ainsworth e Witting 1969), una metodologia per la valutazione degli stili di attaccamento nei bambini di uno-due anni di vita. Si tratta di una procedura

videoregistrata della durata di circa una ventina di minuti in cui un bambino e la propria madre (oppure il padre, la nonna o un'altra figura di attaccamento) vengono introdotti in una stanza ed esposti a momenti di separazione e riunione alla presenza di un estraneo. Attraverso questa metodica sono stati identificati dalla Ainsworth tre tipi di pattern di attaccamento infantile: *sicuro* (B), *insicuro-evitante* (A) e *insicuro-ambivalente* (C). Successivamente è stato descritto da Mary Main e Judith Solomon (1986) un quarto pattern, definito *insicuro-disorganizzato/disorientato* (D).

Dalla metà degli anni ottanta, con lo sviluppo di metodi per la valutazione dell'attaccamento negli adulti, la ricerca sull'attaccamento è entrata in una terza fase in cui il centro di interesse è lo studio dell'attaccamento all'interno dell'intero ciclo vitale.

Il primo strumento elaborato a questo fine è stato l'*Adult Attachment Interview* (AAI), ideata nel 1986 da Carol George, Nancy Kaplan e Mary Main dell'Università di Berkeley, in California, che si è presto imposta come la tecnica più utilizzata per la valutazione dello stile di attaccamento nell'adulto. L'AAI è un'intervista semistrukturata composta da una serie di domande aperte che riguardano il rapporto della persona con le sue figure d'attaccamento. Lo scopo non è quello di ottenere una storia dettagliata dell'infanzia del soggetto, ma piuttosto di identificare la configurazione del pensiero sulle relazioni di attaccamento. L'intervista, la cui durata può variare dai 45 ai 90 minuti, è molto simile ad un colloquio clinico ed è stata definita dai suoi ideatori "un tentativo di sorprendere l'inconscio" (George, Kaplan e Main 1986) in quanto mette più volte il soggetto di fronte a richieste impreviste e al rischio di contraddizioni. L'intero colloquio viene audioregistrato e successivamente trascritto in modo preciso, segnalando con accuratezza anche aspetti non verbali come silenzi, pause, balbettii e incertezze nell'eloquio. La valutazione, infatti, non tiene presente solo gli aspetti di contenuto del dialogo, come la narrazione di eventi ed esperienze, ma anche la forma linguistica utilizzata attraverso lo studio del discorso e dei sistemi di memoria associati.

Si tratta di uno strumento di valutazione estremamente sofisticato che riassume in sé tutta la complessità del colloquio clinico assieme alla capacità di fornire informazioni il più possibile precise, attendibili e valide. Ogni intervista

richiede circa un'ora e mezza per la somministrazione e almeno una ventina di ore di lavoro per potere arrivare alla codifica.

L'AAI era stata elaborata inizialmente per confrontare lo stile relazionale dei genitori con quello dei rispettivi figli, nel tentativo di verificare la possibilità di una "trasmissione intergenerazionale" dello stile di attaccamento, un'ipotesi avanzata da Mary Main. In breve tempo, però, l'intervista ha assunto un valore più ampio, divenendo uno vero e proprio strumento di studio della personalità e dei processi cognitivi dall'infanzia all'età adulta, sia in ambito normale che patologico (Crittenden 1999).

Il primo sistema di codifica proposto per la valutazione dell'attaccamento nell'adulto tramite l'AAI è stato messo a punto dalla stessa Mary Main assieme a Ruth Goldwyn verso la metà degli anni ottanta (1985-1994), per quanto il manuale relativo non sia stato ancora pubblicato né in lingua originale né in italiano. Attraverso questo sistema sono stati proposti quattro pattern di stile di attaccamento nell'adulto, ognuno dei quali in relazione con il corrispondente pattern infantile individuato dalla Ainsworth attraverso la SS (vedi Tab. 2).

Main e Goldwyn (AAI)		Ainsworth (SS)
F – (<i>Free</i>) Sicuro	corrispondente a	B- Sicuro
Ds – (<i>Dismissing</i>) Distanziante	“	A - Evitante
E – (<i>Entangled</i>) Preoccupato	“	C –Resistente/ambivalente
U – (<i>Unresolved</i>) Irrisolto	“	D – Disorganizzato/disorientato

Tab. 2 – Corrispondenza tra attaccamento adulto (AAI) e infantile (SS)

Studi attendibili hanno confermato che esiste effettivamente una *trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento*, cioè che l'attaccamento dei figli è influenzato da quello dei genitori. Una meta-analisi della letteratura svolta nel 1995 dal ricercatore olandese Marinus van IJzendoorn ha considerato 18 studi controllati che hanno confrontato le AAI dei genitori con le SS dei rispettivi figli rilevando una corrispondenza del 70-75%. Questo dato, però, riguarda soprattutto la relazione con l'attaccamento materno, la correlazione con l'attaccamento paterno sembra

notevolmente minore (40-50%) (van IJzendoorn, De Wolff 1997). I risultati di questi studi, inoltre, sono stati ricavati da campioni di famiglie di classe media e a basso rischio psicosociale. Nelle famiglie ad alto rischio le correlazioni sono minori e si assiste ad una maggiore discontinuità dell'attaccamento durante il corso della vita e tra generazioni differenti.

In anni recenti Patricia M. Crittenden (1994, 1997, 1999) ha proposto una versione modificata dell'AAI e sviluppato un nuovo sistema di classificazione dell'attaccamento all'interno del proprio approccio teorico noto come "Modello Dinamico-maturativo". Secondo questa visione, che tiene conto dei lavori di ricerca con le famiglie ad alto rischio psicosociale, in particolare con quelle maltrattanti, la maturazione è in interazione dinamica con l'esperienza e crea delle possibilità di cambiamento dell'attaccamento, cioè delle "riorganizzazioni". I pattern di attaccamento, quindi, possono cambiare nel corso della vita, non solo in seguito ad eventi esistenziali importanti o a psicoterapie, ma anche semplicemente in funzione dello sviluppo. Il modello della Crittenden, che tiene in considerazione il contributo della psicologia evolutiva, della psicologia cognitiva e delle neuroscienze, sostiene che il pericolo è fondamentale per l'evoluzione dei processi di attaccamento, considerando questo il rovescio della medaglia del concetto di base sicura proposto dalla Ainsworth. Secondo questa prospettiva, anche i pattern insicuri possono essere adattativi in ambienti ad alto rischio scarsamente affidabili. Ogni stile di attaccamento, perciò, comporta aspetti adattativi e non adattativi. Lo stesso Bowlby, per evitare che un determinato pattern fosse connotato negativamente o patologicamente, aveva suggerito che per la classificazione dell'attaccamento si utilizzassero solo lettere (A,B,C). Questa focalizzazione sulla funzione dell'attaccamento si rivela di notevole importanza clinica, in quanto può spiegare lo sviluppo e il mantenimento di condizioni psicopatologiche.

Il sistema di classificazione del modello dinamico-maturativo deriva da quello proposto da Mary Ainsworth, ma presenta numerose integrazioni ed espansioni. Tutte le configurazioni di Ainsworth e Main sono comunque mantenute. La visione dinamico maturativa si è rivelata compatibile con molte teorie e può risultare utile a ricercatori e clinici di formazione diversa: psicodinamica, cognitiva, cognitivo-comportamentale e sistemico-relazionale.

Per la valutazione dell'attaccamento nell'adulto, oltre all'AAI, sono ampiamente utilizzati anche questionari *self-report* come l'*Adult Attachment Questionnaire* (AAQ) di Hazan e Shaver (1987), il *Relationship Questionnaire* (RQ) di Bartholomew e Horowitz (1991) e l'*Attachment Style Questionnaire* (ASQ) di Feeney, Noller e Hanrahan (1994).

L'utilizzo di questi strumenti autovalutativi presenta grandissimi vantaggi, ma anche numerosi limiti (Poerio 1998; Baldoni 2004). Un questionario può essere compilato in pochi minuti e codificato da chiunque, anche non esperto. In questo modo si possono valutare ampi campioni di popolazione in breve tempo. Questi strumenti, però presentano numerosi problemi di validità. Le procedure classiche per la valutazione dell'attaccamento, come la *Strange Situation* e l'*Adult Attachment Interview* sono state studiate appositamente per porre l'individuo (bambino o adulto) in una condizione di moderato pericolo, in modo da far emergere in lui comportamenti specifici relativi all'attaccamento. E' evidente che un questionario, non ponendo la persona in queste condizioni, non può fare emergere tali aspetti. I modelli operativi interni relativi all'attaccamento, inoltre, sono preminentemente inconsci, mentre un questionario può rivelare, nella migliore delle ipotesi, ciò di cui siamo consapevoli e che, con onestà, siamo disposti ad ammettere. Per queste ragioni esiste una scarsa correlazione tra i dati dei questionari e i dati della SS e dell'AAI.

L'attaccamento nel ciclo vitale

I modelli operativi interni relativi all'attaccamento si costituiscono a partire dall'infanzia, ma rimangono attivi per tutta la vita ("dalla culla alla tomba", come diceva Bowlby). Anche gli adulti, infatti, sviluppano legami significativi che hanno tutte le caratteristiche della relazione di attaccamento infantili. Si riscontrano, però, anche delle differenze. In primo luogo durante l'infanzia le relazioni di attaccamento sono necessariamente "asimmetriche", cioè il bambino riceve protezione da parte del genitore e non il contrario, mentre tra adulti sono possibili relazioni di attaccamento basate maggiormente sulla reciprocità. Questo lo possiamo vedere nei rapporti di

amicizia, nei legami amorosi di coppia e nella relazione che i giovani adulti hanno con i propri genitori.

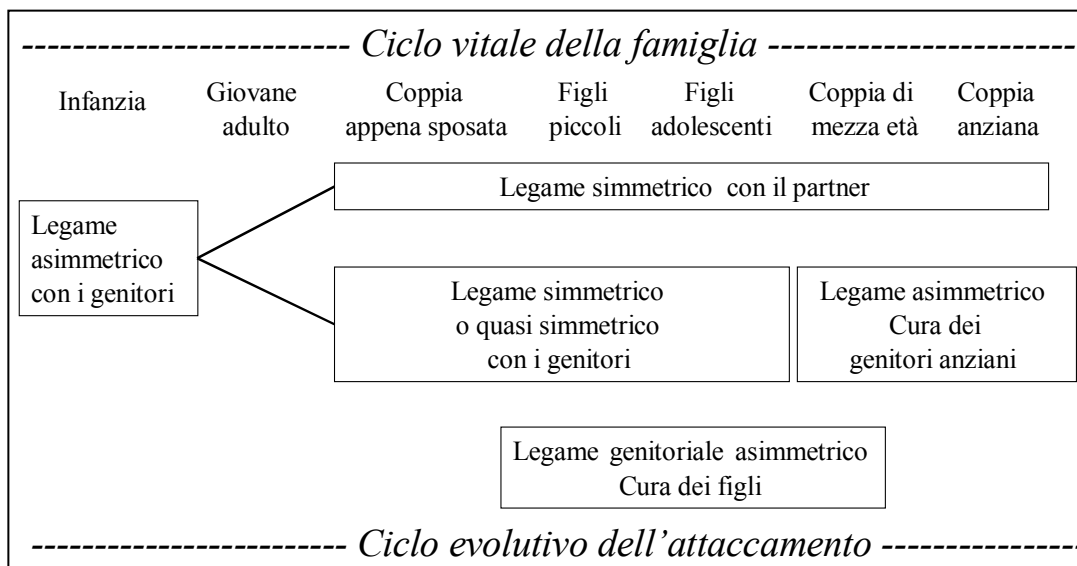


Fig. 4 – L’attaccamento nel ciclo vitale (da Carli 1999, modificato)

Nella Fig. 4 è rappresentato in modo schematico lo sviluppo dell’attaccamento rispetto al ciclo vitale della famiglia: nella prima infanzia il legame con i genitori è asimmetrico, con l’età adulta si possono sviluppare legami simmetrici con il partner o con i genitori, e di nuovo un legame asimmetrico con i propri figli (in questo caso la persona che una volta era protetta diventa la persona che protegge). Nell’ultima fase della vita dei genitori è possibile che la relazione con loro ridiventi asimmetrica, ma in modo inverso rispetto all’infanzia, è il caso di un figlio adulto che si occupa dei propri genitori anziani.

Attaccamento e amore nella coppia

Il legame amoroso di coppia (*romantic love*) può essere considerato, come si è detto, una relazione d’attaccamento, infatti ne presenta tutte le caratteristiche fondamentali: la ricerca della vicinanza, la protesta per la separazione e l’effetto base sicura. Abbiamo visto che, in questo caso, l’attaccamento è solitamente caratterizzato da una maggiore simmetria e reciprocità del rapporto. In una relazione

amorosa tra adulti, infatti, entrambi i membri della coppia dovrebbero essere in grado di svolgere funzioni di attaccamento nei confronti del partner. Questo legame, però, si distingue da ogni altra forma di attaccamento infantile o adulto per l'integrazione dell'attaccamento con i comportamenti sessuali e di accudimento .

Non tutte le relazioni di coppia, ovviamente, presentano queste caratteristiche, ma quando manca una componente il legame perde la sua connotazione e non può essere considerato amoroso. Un rapporto che non offre conforto e sicurezza, ma è basato soltanto sulla attrazione sessuale, tende a configurarsi più come una relazione tra amanti. Allo stesso modo, anche l'espressione della sessualità genitale è indispensabile, in caso contrario il legame di coppia risulterebbe simile a quello tra parenti o tra amici (Baldoni 2004).

Nell'ambito delle ricerche sull'attaccamento di coppia vi sono molti dati interessanti ottenuti sia tramite l'utilizzo di questionari *self-report*, che attraverso la somministrazione di interviste semistrutturate come l'AAI (Carli 1995, 1999; Baldoni 2004).

Da studi svolti su ampi campioni della popolazione si è visto che nelle relazioni amorose possono manifestarsi sostanzialmente tre tipologie di attaccamento (Hazan e Shaver 1987). Oltre la metà delle persone (55%) manifestano una forma di *attaccamento sicuro*, caratterizzato dalla capacità di vivere esperienze intime, di porsi con il partner in una relazione di reciprocità e di offrire e ricevere aiuto se necessario. Un'altra parte, circa un quarto, presenta una forma di *attaccamento insicuro evitante*, cioè manifesta la tendenza a minimizzare i propri bisogni, a distanziare i sentimenti negativi del sé (rabbia, paura, vulnerabilità), a non coinvolgersi nella vita intima della coppia e a non chiedere aiuto agli altri anche in caso di bisogno. Nel 20% circa è presente, invece, un *attaccamento insicuro preoccupato* (o *ansioso-ambivalente*), si tratta di persone costantemente in tensione che si lamentano della affidabilità, della disponibilità e della capacità di amare del proprio partner.

E' particolarmente interessante considerare come i diversi stili di attaccamento si combinano all'interno della coppia. Riguardo alla scelta del partner, infatti, i dati emersi dalle ricerche concordano ampiamente (Carli 1995; Baldoni 2003, 2004). Le persone che manifestano una forma di attaccamento sicuro

solitamente si legano con persone altrettanto sicure. Le persone insicure possono legarsi ad una persona sicura, ma, più frequentemente, sviluppano una relazione con un'altra persona insicura di polarità opposta: le persone evitanti tendono a legarsi con soggetti preoccupati e quelle preoccupate con evitanti. Le relazioni tra persone insicure dello stesso tipo sono molto rare e di breve durata. Su questo punto i dati delle AAI e dei questionari sono concordi.

Per spiegare questa tendenza si può ipotizzare una ragione di carattere evolutivo. Probabilmente la nostra specie è dotata della capacità, attraverso il rapporto di coppia, di correggere aspetti sfavorevoli dei modelli individuali di attaccamento. La relazione con una persona di caratteristiche opposte può ampliare le possibilità di adattamento e la tenuta nel tempo della coppia, permettendole di esprimere al meglio le proprie potenzialità, compresa quella di avere figli.

Riguardo alla *generatività* e alla *genitorialità*, le persone con attaccamento sicuro sono quelle che manifestano le maggiori capacità di fornire un supporto reciproco al partner e di sviluppare progetti di coppia comuni, come quello di diventare genitori. Anche i soggetti insicuri, ovviamente, possono avere dei figli, ma si differenziano per come vivono questa esperienza. Le persone evitanti tendono a sviluppare con gli altri relazioni di tipo strumentale e opportunistico, spesso non desiderano avere figli o si riconoscono poco nel ruolo di genitori, delegando al coniuge questo compito. Le persone preoccupate, invece, vivono le relazioni intime in modo intrusivo e manipolatorio e si attendono di ricevere da esse aiuto e protezione; solitamente desiderano diventare genitori, ma si aspettano di essere accuditi e rassicurati dai figli, confondendo i propri bisogni con i loro. In questo modo la relazione di attaccamento tende paradossalmente ad invertirsi (Belsky 1997; Baldoni 2004).

Attaccamento e funzione paterna

Come accennato nell'introduzione, gli studi psicoanalitici sui primi anni di vita hanno approfondito le dinamiche della relazione madre-bambino trascurando le

funzioni svolte dal padre. La maggior parte delle ricerche, inoltre, si è limitata a studiare il bambino nell'interazione con un solo genitore, all'interno di una diade.

I dati delle ricerche sull'attaccamento depongono per il fatto che il padre è estremamente importante anche nei primi tre anni di vita, ma il suo ruolo va studiato non tanto nel rapporto diretto con il bambino, ma all'interno di una triade. Se consideriamo il padre in questa prospettiva, potremmo riconoscere la sua funzione in almeno tre momenti dello sviluppo del ciclo familiare: la prima infanzia, il periodo edipico e l'adolescenza (vedi Fig, 5).

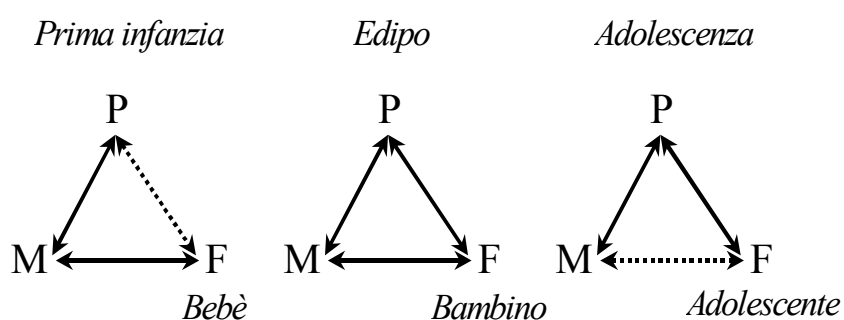


Fig. 5 – Relazioni triadiche nel ciclo vitale della famiglia

Nella prima infanzia il rapporto diretto del padre con il bebè è secondario rispetto a quello della madre (linea tratteggiata), ma la qualità della relazione con la propria compagna è fondamentale per consentire alla madre e al bambino di svolgere adeguatamente il proprio compito evolutivo. Nel periodo edipico il coinvolgimento tra i tre componenti della triade è ugualmente intenso (questa è la fase maggiormente studiata dalla psicoanalisi). Durante l'adolescenza, la relazione diretta del padre con la propria compagna e quella con il figlio sono entrambe molto importanti. In questo caso la linea tratteggiata sta tra la madre e il figlio ad indicare la necessità per entrambi di una graduale separazione e autonomia psicologica.

Vediamo ora come può essere interpretata la funzione paterna nella triade alla luce della teoria dell'attaccamento e in particolare attraverso il concetto di base sicura (vedi Tab. 3).

Prima infanzia

- Favorire e tutelare la relazione madre-bambino (abitazione adeguata, sostegno economico, procurare cibo ed altri beni necessari, rappresentare e proteggere il nucleo familiare)
- Supporto e contenimento emotivo della madre durante la gravidanza e nel post-partum (*funzione antidepressiva*)

Adolescenza

- Sostenere il figlio nel processo di emancipazione
- Proteggere la propria compagna dalla depressione per la separazione dal figlio e i cambiamenti delle funzioni affettive (ruolo materno) e sessuali (menopausa)

Tab. 3 – La funzione paterna come base sicura

Nella prima infanzia un compito fondamentale del padre è quello di favorire le condizioni perché la relazione tra madre e bambino si sviluppi e si mantenga in modo adeguato. Questo avviene in primo luogo occupandosi di problemi di ordine pratico: garantire una dimora comoda e sicura, procurare il cibo e altri beni necessari, proteggere il nucleo familiare nel rapporto con l'ambiente esterno. Questi compiti sono condivisi dalla maggior parte dei primati.

Una seconda funzione maschile di straordinaria importanza, per lungo tempo sottovalutata e solo recentemente oggetto di ricerche, è quella di proteggere la propria compagna nei periodi di cambiamento psicofisico in cui è maggiormente esposta a problemi emotivi, particolarmente alla depressione.

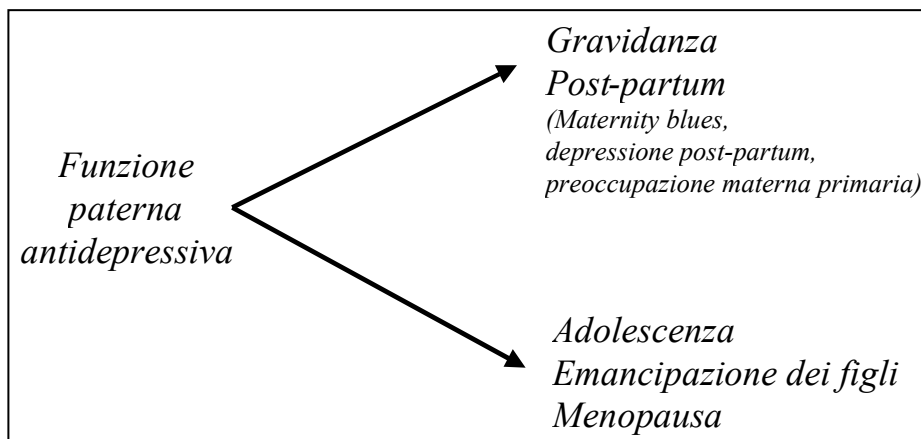


Fig. 6 - Ruolo paterno e funzione antidepressiva

Questi momenti cruciali sono fondamentalmente due (vedi Fig. 6): il primo è quello relativo alla gravidanza e ai primi mesi dopo il parto, il secondo coincide con l'adolescenza e l'emancipazione dei figli. In questi due momenti le donne sono maggiormente esposte a difficoltà emotive e reazioni di carattere depressivo legate non solo ai mutamenti fisici e ormonali, ma anche ai cambiamenti del proprio ruolo sessuale femminile di donna e di madre. La funzione del maschio, in questi casi, è quella di aiutare la propria compagna a superare le difficoltà mantenendo la sofferenza e la problematicità a livelli tollerabili.

Sappiamo, infatti, che durante la gravidanza e nei primi mesi successivi alla nascita del bambino sono frequenti le reazioni emotive di carattere depressivo, che possono andare alla semplice disforia post-partum o *maternity blues* (un'alterazione transitoria dell'umore che si manifesta nel 60-70% delle puerpere nei giorni immediatamente successivi al parto) fino alle vere e proprie depressioni post-partum. Le modificazioni corporee dovute alla gravidanza e al parto e i cambiamenti ormonali legati alla montata latte svolgono sicuramente un ruolo importante nel favorire lo sviluppo di queste reazioni emotive. Donald Winnicott parlava di *preoccupazione materna primaria* (1956) e riteneva che se questa condizione si fosse manifestata al di fuori della maternità sarebbe stata considerata uno stato psichiatrico, mentre nei primi mesi dalla nascita del bambino è uno stato fisiologico e normale di regressione utile per l'accudimento del bambino.

In questi momenti, la funzione del maschio sembra essere quella di fornire alla propria compagna supporto emotivo e sicurezza proteggendola da un'eccessiva

sofferenza psicologica. Questa funzione antidepressiva può essere interpretata in termini di base sicura.

I padri preoccupati, troppo emotivi o depressi possono, quindi, costituire uno svantaggio per l'equilibrio emotivo della propria compagna e per il buon andamento del rapporto tra madre e bambino (Luca, Bydlowsky 2001). Questo deve fare riflettere, in quanto una tendenza attuale della nostra società è quella di valorizzare nei padri lo svolgimento di funzioni sostanzialmente materne, come l'accudimento fisico del bambino, l'alimentazione o il cambio del pannolino. E' sempre più frequente assistere, durante la gravidanza, alle manifestazioni preoccupate e ansiose dei padri che in alcuni casi arrivano ad accusare sensazioni corporee e disturbi simili a quelli della moglie (fenomeno noto come "sindrome della *couvade*"). Questi atteggiamenti, simili per certi aspetti alla condizione di "preoccupazione materna primaria" descritta da Winnicott, quando si manifestano nel maschio dovrebbero essere considerati con preoccupazione, in quanto pregiudicano la funzione maritale e paterna di base sicura.

Un altro periodo molto delicato della vita della madre è quello dell'adolescenza e della graduale emancipazione dei figli dal nucleo familiare. Anche in questo momento il ruolo del compagno si rivela importante. La madre deve saper rinunciare alla funzione svolta durante l'infanzia e prepararsi a vedere il figlio uscire dalla famiglia. La funzione paterna, in questo caso, non è solo quella di sostenere il giovane in questo processo (fornendogli una base sicura), ma anche proteggere la moglie dalla depressione legata alla perdita della propria funzione materna e al cambiamento concomitante del proprio ruolo affettivo e sessuale. Un padre troppo invadente e protettivo, che si sovrappone alle preoccupazioni materne aggravandole, può limitare il processo di separazione dalla madre e l'autonomizzazione del figlio, favorendo nella propria compagna un'elaborazione di tipo depressivo di questa fase del ciclo vitale.

Ancora una volta fattori di carattere psicologico e biologico si intrecciano (bisogna infatti ricordare che questo periodo coincide in molte donne con l'inizio della menopausa) (Baldoni 2003). L'uomo deve sapere aiutare madre e figlio a separarsi psicologicamente e ricondurre amorevolmente la propria compagna all'interno di un rapporto di coppia in cui possa di nuovo sentirsi valorizzata.

Dati di ricerca

Abbiamo visto quanto la funzione paterna sia importante anche al di fuori della problematica edipica e come questo possa essere riferibile, almeno in parte, a una funzione protettiva svolta nei confronti della propria compagna. Alcuni dati di ricerca depongono a sostegno di questa tesi.

a) Confronti tra attaccamento paterno e quello dei figli

Le ricerche svolte confrontando le AAI dei genitori con le SS dei figli hanno evidenziato che la correlazione con l'attaccamento paterno è limitata (40-50%), ma aumenta (fino all'82%) quando i padri manifestano forme di attaccamento insicuro accompagnate da disturbi emotivi o comportamentali (van IJzendoorn, 1995; van IJzendoorn, De Wolff 1997). Uno studio ha dimostrato che l'abuso di alcool nel padre favorisce la depressione e l'insensibilità materna ed è predittivo dello sviluppo di una relazione insicura tra madre e bambino (Das-Eiden, Leonard 1996). E' legittimo ipotizzare che un padre sicuro sia in grado di svolgere una funzione adeguata di base sicura e quindi abbia minore influenza sullo sviluppo dell'attaccamento del figlio (che è maggiormente condizionato da quello materno). Quando invece il padre è insicuro possono presentarsi difficoltà che si riversano sulla coppia madre-bambino influenzando lo sviluppo dell'attaccamento.

b) Studi sulle coppie durante la gravidanza e il post-partum

Studi svolti sulle coppie nel periodo che va dalla gravidanza al post-partum hanno dimostrato che le donne affette da disturbi affettivi post-partum hanno frequentemente un partner che manifesta disturbi emotivi già dai primi mesi della gravidanza. Questo dato è molto significativo in quanto testimonia l'importanza per

la donna impegnata a diventare madre, di condividere l'esperienza con un partner protettivo e affidabile.

In una ricerca su 44 coppie svolta in collaborazione con la clinica Ostetrico Ginecologica del Policlinico S. Orsola di Bologna (Baldoni et al. 2001) abbiamo valutato entrambi i partner dal quinto mese di gravidanza al secondo mese dopo il parto attraverso una batteria di questionari psicologici (CES-D, *Symptom Questionnaire*, *Illness Behaviour Questionnaire*). Successivamente al parto le coppie sono state suddivise in *gruppo 1* (quando le madri avevano manifestato il maternity blues o un altro disturbo affettivo legato al parto) e *gruppo 2* (quando non era stata evidenziata alcuna sintomatologia depressiva).

Dall'analisi dei dati è emerso che, nelle diverse somministrazioni, la sintomatologia depressiva dei padri è risultata sempre correlata a quella delle madri (i punteggi aumentavano fino al momento del parto per poi diminuire) (vedi Fig. 7). In particolare i padri del gruppo 1 hanno presentato una sintomatologia depressiva più marcata e sono risultati più ostili, più ansiosi e più ipopcondriaci dei padri del gruppo 2 (vedi Figg. 8-10)). Queste differenze erano rilevabili già alla prima somministrazione dei questionari (al V° mese di gravidanza). I padri le cui compagne avevano sviluppato un disturbo affettivo successivamente al parto si differenziavano da quelli dell'altro gruppo anche per altri aspetti riconducibili alla relazione di coppia, come la maggiore frequenza con cui avevano lamentato disturbi di salute durante la gravidanza (in alcuni casi si era manifestata la sindrome della *couvade*) e la minore presenza al momento parto (50% nel primo gruppo e 93% nel secondo) (vedi Figg. 11-12).

Fig. 7- Depressione valutata con il CES-D correlazione tra madri e padri

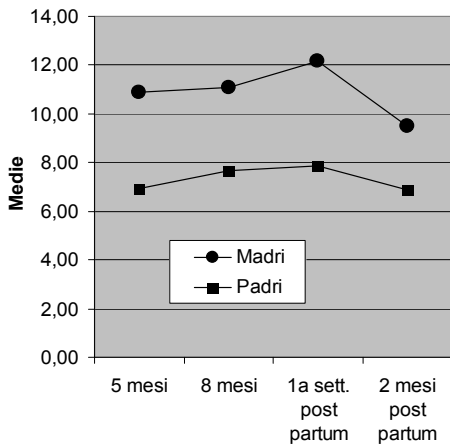


Fig. 8 - Depressione valutata con il CES-D nei padri

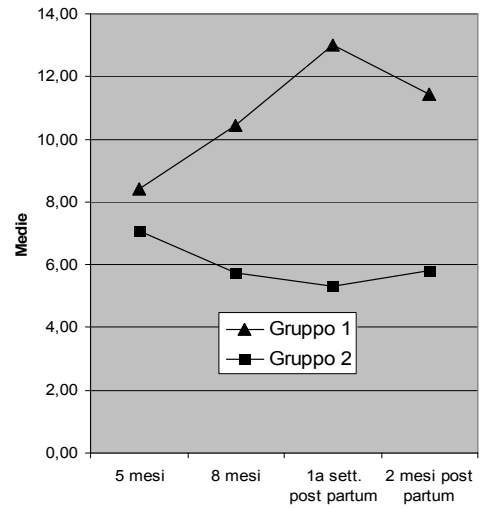


Fig. 9 - Ansia valutata con il SQ nei padri

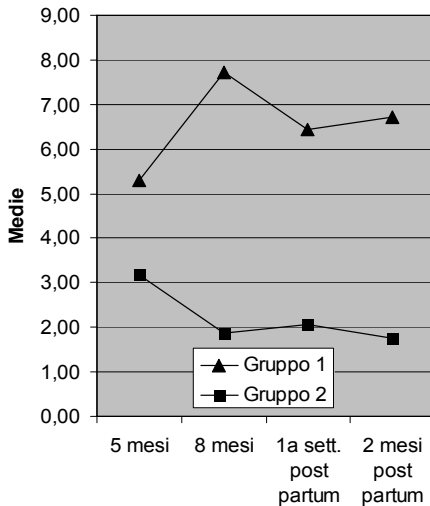


Fig. 10 - Ipocondria generale valutata con l'IBQ nei padri

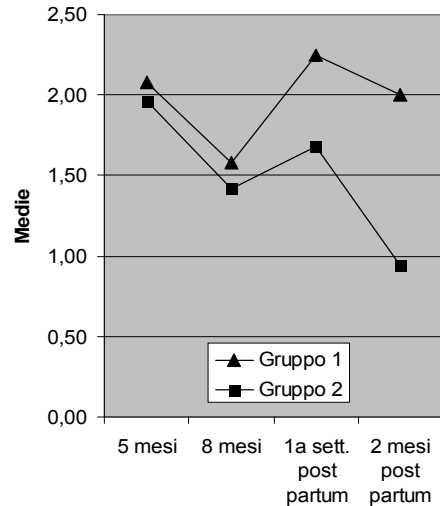


Fig. 11 - Problemi di salute nei padri durante la gravidanza (sig.=0.048)

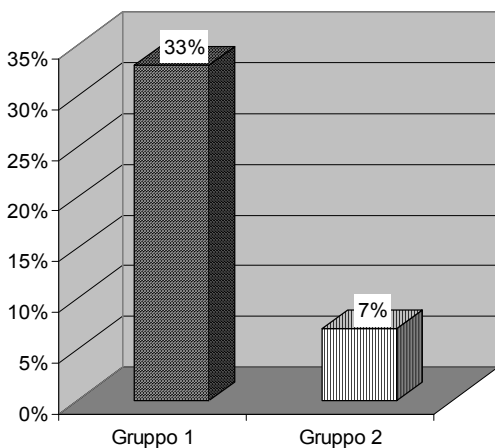
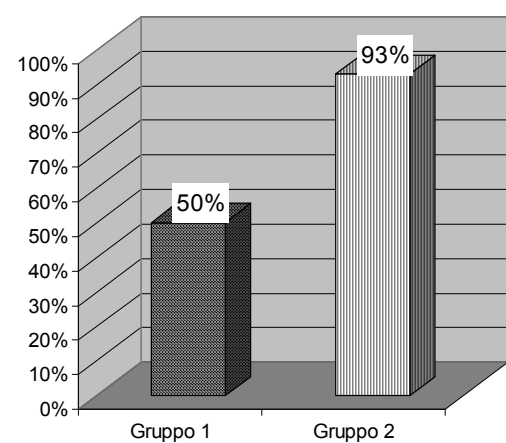


Fig.12 - Presenza dei padri al momento del parto (sig.=0.006)



3) Studi sulla fecondazione assistita in vitro

L'importanza della funzione protettiva antidepressiva svolta dal maschio nei confronti della propria compagna è confermata da ricerche svolte su coppie che si sono sottoposte alla fecondazione assistita in vitro. In questi casi il padre, solitamente, non è quello biologico.

In un recente studio svolto in collaborazione con l'Unità di Riproduzione Assistita del Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia dell'Università di Modena e Reggio Emilia (Policlinico di Modena) (Baldoni et al. in corso di stampa) abbiamo esaminato 25 coppie sterili che si sono sottoposte alla fecondazione assistita attraverso la procedura IVF-ET (*In Vitro Fertilization and Embryo Transfer*). Entrambi i partner sono stati valutati con questionari psicologici (CES-D; *Symptom Questionnaire*; *Indice Whiteley*; *Valutazione Rapida dello Stress*) in più occasioni dall'inizio del trattamento fino a 30 giorni dal prelievo ovocitario (*pick up*), data in cui può essere accertata l'eventuale gravidanza.

La procedura di fecondazione in vitro prevede una terapia ormonale molto impegnativa che può comportare l'insorgenza di sintomi somatici intensi che inducono alcune donne a interrompere il trattamento. Indipendentemente dall'esito della procedura, l'intensità dei disturbi somatici delle madri è risultata correlata al livello di ansia e di depressione dei padri. L'ansia delle madri, inoltre, è risultata correlata all'ansia e all'ostilità dei padri e il livello di depressione manifestato dalle madri alla fine della procedura è risultato correlato a quello rilevato nei padri sin dall'inizio del trattamento. Il dato più significativo è che le madri che risultavano maggiormente depresse alla fine della procedura, anche quando non lo erano state precedentemente, avevano dei compagni che manifestavano sintomi emotivi (ansia, depressione, ostilità) già all'inizio del trattamento.

Prospettive di studio

Alla luce di quanto esposto, quali possono essere le prospettive per la ricerca sulle funzioni paterne?

In primo luogo è necessario sviluppare strumenti adeguati per lo studio dell'influenza paterna sull'attaccamento infantile, perché la SS, inventata per studiare l'attaccamento materno, risulta probabilmente meno efficace per valutare la relazione con il padre.

Una metodologia alternativa per lo studio delle capacità paterne potrebbe essere il *Child-Adult Relationship Experimental Index* (*CARE Index*) di Patricia Crittenden (1994), una procedura che valuta la capacità dell'adulto di svolgere la propria funzione di attaccamento. Consiste in una videoregistrazione di 3-4 minuti in cui si chiede a un adulto di giocare liberamente con il proprio bambino come è solito fare. La registrazione avviene solitamente a domicilio, in un ambiente il più possibile familiare. La codifica del *CARE Index* permette di individuare le situazioni maggiormente a rischio di trascuratezza, abuso o maltrattamenti, per esempio può essere utilissima, assieme ad altre valutazioni, per prendere decisioni nell'ambito di processi di affido, di adozione o di interventi dal punto di vista psico-sociale. Attraverso il *CARE Index* sono stati recentemente raccolti dati interessanti, non ancora pubblicati, sulle capacità dei padri di accudire e proteggere i loro figli (Crittenden, comunicazione personale).

Abbiamo visto che la maggior parte delle procedure di valutazione sono basate sullo studio di interazioni a due. Un ambito di ricerca molto promettente è, invece, lo studio delle funzioni paterne all'interno della triade, una prospettiva che tiene conto delle teorie sistemiche, della cibernetica e dei risultati dell'*infant research*. Un'esperienza interessante in tal senso è quella condotta in Svizzera da Elisabeth Fivaz-Depeursinge e Antoniette Corboz-Warnery (1999), che hanno sviluppato il "Gioco Triadico di Losanna" (*Lausanne Triadic Play*), una tecnica di studio del "triangolo primario" madre-padre-bambino. La procedura inizia dalla valutazione di configurazioni relazionali del tipo "due più uno" per arrivare a quella delle interazioni a tre, e consiste in una sorta di "gioco familiare" strutturato in quattro parti: 1) la madre e il bambino giocano assieme mentre il padre assume una posizione periferica; 2) il padre e il bambino giocano assieme e la madre sta in disparte; 3) i tre partner giocano assieme; 4) il bambino sta in posizione periferica, mentre i genitori parlano tra di loro. L'intera seduta viene videoregistrata e analizzata microanaliticamente, successivamente viene valutata da uno

psicoterapeuta infantile. Questa procedura apre nuove strade non solo per lo studio dello sviluppo normale delle relazioni familiari, ma permette di vedere in una luce diversa alcune condizioni patologiche, in particolare i disturbi di relazione tra bambino e madre psicotica o depressa (Zavattini 1999). In questo modo possono essere ampliate le conoscenze sulla funzione protettiva antidepressiva svolta dal padre, un aspetto sul quale si sa ancora troppo poco, essendo necessarie nuove ricerche.

Alcune considerazioni conclusive

Per concludere, vorrei ricordare che nella nostra società si sta verificando una sorta di “femminilizzazione” del ruolo paterno e assistiamo sempre più frequentemente alla sovrapposizione del padre a compiti tradizionalmente materni. Non ci sarebbe niente di male, se questo non si sostituisse alla funzione paterna di base sicura. Vi sono, invece, alcuni padri che si trovano a proprio agio nello svolgere funzioni materne (alimentare il bambino, cambiarlo, lavarlo, addormentarlo) e che arrivano a mettersi in competizione con la madre per questo, ma non sono affatto adeguati allo svolgimento della loro funzione principale: proteggere la coppia madre-bambino nei periodi più delicati, nei primi mesi di vita, nei primi anni, durante i quali il padre non può sostituirsi alla figura materna.

Bisogna però essere realisti. Sarebbe bellissimo che tutti i padri fossero adeguati e capaci di sostenere le loro compagne durante la gravidanza, il parto e i successivi anni di vita del bambino, ma questa è una condizione ideale. Nella realtà dei fatti ritengo che i genitori vadano aiutati a esprimere e sviluppare le proprie capacità, piuttosto che acquisire competenze che sono loro lontane. Mi guarderei bene, per esempio, dall’insistere sulla presenza del padre durante il parto quando questi manifesta un disagio che può portare a comportamenti scorretti. E’ necessario distinguere, perché i padri non sono tutti uguali.

Ho due ricordi personali che mi orientano su questo argomento.

Quando facevo il tirocinio in medicina ho assistito al mio primo parto: era presente l’ostetrica, il ginecologo e il padre, che era a fianco della madre. La donna

era impegnata nel parto, un parto naturale senza particolari complicanze. Nasce il bambino, anzi ...una bambina. La madre, ancor prima di riceverla in braccio, guarda il proprio compagno in piedi al proprio fianco e gli sorride, cercando un segnale di conforto e di gratificazione. Il padre, aspettandosi un maschio, l'ha guardata con una smorfia di delusione. L'impressione che ho ricevuto è stata fortissima. Quelli sono momenti estremamente importanti per lo svolgimento del ruolo di base sicura, ma bisogna sentirselo. Mi guarderei bene dallo spingere persone a svolgere un ruolo per il quale non sono preparati. Ad esempio, un padre in sala parto che non conosce il sesso del nascituro potrebbe manifestare comportamenti di questo genere.

Un altro aspetto potenzialmente negativo riguarda il rischio di un'eccessiva enfaticizzazione del ruolo del padre in sala parto. Porto ancora un mio esempio: ero presente quando è nata mia figlia. Appena uscita l'ostetrica la porse nelle mie braccia, solo successivamente fu messa sulla pancia di mia moglie. Io mi sono sentito un po' in colpa (e ancora avverto questo sentimento quando ci penso), perché in quel momento ho avuto la sensazione di essere stato invadente. Non avevo richiesto io questo, ma la mia presenza aveva indotto l'ostetrica a fare i conti direttamente con me piuttosto che con mia moglie. Anche questo è un esempio di sovrapposizione di ruoli. Il compito del maschio è semmai un altro: quello di rivolgersi alla propria compagna, ricambiare il sorriso e tranquillizzarla, come per dire "Non preoccuparti, ti sono vicino".

Bibliografia

1. Ainsworth M.D.S., Witting B.A. (1969): *Attachment and exploratory behaviour of one-year olds in a Strange Situation*. In Foss B.M. (a cura di): *Determinants of infant behavior*. Methuen, London, vol.4, pp.11-136.
2. Baldoni F. (2003): *Attaccamento e funzione genitoriale*. In Galli G. (a cura di): *Interpretazione e nascita*. Atti XXIII Colloquio sull'Interpretazione "Interpretazione e Nascita" (Macerata 4-5 Aprile 2003). Istituti Editoriali e Poligrafici Internazionali, Pisa-Roma.

3. Baldoni F. (2004): *Attaccamento di coppia e cambiamento sociale*. In Crocetti G. (a cura di): *Il girasole e l'ombra. Intimità e solitudine del bambino nella cultura del clamore*. Edizioni Pendragon, Bologna, pp. 95-109.
4. Baldoni F., Baldaro B., Gentile G., Trombini E., Trombini G. (2001): *Affective suffering and attachment relationships in couples during pregnancy and post-partum*. Abstracts III Congresso Europeo di Psicopatologia del Bambino e dell'Adolescente (Lisbona, 31 Maggio-3 Giugno 2001), p.14.
5. Baldoni F., Garutti F., Baldaro B., Gallinelli A., Facchinetti F. (in corso di stampa): "Sofferenza emotiva e insuccesso della procedura IVF-ET (In Vitro Fertilization and Embryo Transfer)".
6. Bartolomew K., Horowitz L.M. (1991): "Attachment styles among young adults: a test of a four-category model". *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, pp.226-244.
7. Belsky J. (1997): "Variation in susceptibility to environmental influence: an evolutionary argument. *Psychological Inquiry*, 8, pp.182-186.
8. Bowlby J. (1951): *Cure materne e igiene mentale del fanciullo*. Giunti- Barbera, Firenze, 1957.
9. Bowlby J., Robertson J. (1952): "A two years-old goes to hospital: a scientific film". *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 46, pp.425-427.
10. Bowlby J. (1958): "The nature of the child's tie to his mother". *International Journal of Psychoanalysis*, 39, pp.350-373.
11. Bowlby J. (1969): *Attaccamento e perdita, vol. 1: L'attaccamento alla madre*. Boringhieri, Torino, 1972.
12. Bowlby J. (1973): *Attaccamento e perdita, vol. 2: La separazione dalla madre*. Boringhieri, Torino, 1975.
13. Bowlby J. (1979): *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Raffaello Cortina, Milano, 1982.
14. Bowlby J. (1980): *Attaccamento e perdita, vol. 3: La perdita della madre*. Boringhieri, Torino, 1983.
15. Bowlby J. (1988): *Una base sicura*. Raffaello Cortina, Milano, 1989.
16. Carli L. (a cura di) (1995): *Attaccamento e rapporto di coppia*. Raffaello Cortina, Milano.

17. Carli L. (a cura di) (1999): *Dalla diade alla famiglia. I legami di attaccamento nella rete familiare*. Raffaello Cortina, Milano.
1. Cassidy J., Shaver P.R. (1999): *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2002.
18. Crittenden P.M. (1994): *Nuove prospettive sull'attaccamento. Teoria e pratica in famiglie ad alto rischio*. Guerini Studio, Milano.
19. Crittenden P.M. (1997): *Pericolo, sviluppo e attaccamento*. Masson, Milano.
20. Crittenden P.M. (1999): *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo all'Adult Attachment Interview*. Raffaello Cortina, Milano.
21. Das-Eiden R., Leonard K.E. (1996): "Paternal alcohol use and the mother infant relationship". *Development and Psychopathology*, 8, pp.307-323.
22. Feeney J.A., Noller P., Hanrahan M. (1994): *Assessing adult attachment*. In: M.B. Sperling, W.H. Berman (a cura di): *Attachment in adults: clinical and developmental perspectives*. Guilford Press, New York, pp.128-152.
23. Fivaz-Depeursinge E., Corboz-Warnery A. (1999): *Il triangolo primario*. Raffaello Cortina, Milano, 2000.
24. Fonagy P. (2001): *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*. Raffaello Cortina, Milano, 2002.
25. George C., Kaplan N., Main M. (1986): *Adult Attachment Interview*. Manoscritto non pubblicato, Department of Psychology, University of California, Berkeley (CA).
26. Harlow H. (1958): "The nature of love". *American Psychologist*, 13, pp. 673-685.
27. Hazan C., Shaver P.R. (1987): "Romantic love conceptualized as an attachment process". *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), pp.511-524.
28. Holmes J. (1993): *La teoria dell'attaccamento*. Raffaello Cortina, Milano, 1994.
29. Holmes J. (2001): *Psicoterapia per una base sicura*. Raffaello Cortina, Milano, 2003.
30. Lorenz K. (1949): *L'anello di re Salomone*. Adelphi, Milano, 1967.
31. Luca D., Bydlowski M. (2001): "Dépression Paternelle et périnatalité". *Le CarnetPsy*, 67: 28-33.

32. Main M., Goldwyn R. (1985-1994): *Adult Attachment Scoring and Classification System*. Manoscritto non pubblicato, University of California, Berkeley.
33. Main M., Solomon J. (1986): *Discovery of a new insecure-disorganized/disoriented attachment pattern*. In: Brazelton T.B., Yogman M. (a cura di): *Affective development in infancy*. Ablex, Norwood, pp. 95-124.
34. Poerio V. (1998): "Stili di attaccamento nell'adulto: dimensioni psicologiche sottostanti". *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, 4(1), pp.35-51.
35. Trombini G., Baldoni F. (1999): *Psicosomatica. L'equilibrio tra mente e corpo*. Il Mulino, Bologna.
36. van IJzendoorn M.H. (1995): "Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview". *Psychological Bulletin*, 117, pp.387-403.
37. van IJzendoorn M.H., De Wolff M.S. (1997): "In search of the absent father - Meta-analyses of infant-father attachment". *Child Development*, 68 (4): 604-609.
38. Weiss R. (1982): "Attachment in adult life". In: Parkes C.M., Stevenson Hinde J. (a cura di): *The place of attachment in human behaviour*. Routledge, London.
39. Winnicott D.W. (1956) *La preoccupazione materna primaria*. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze, Martinelli, 1975, pp.357-363.
40. Zavattini G.C. (2000): "Introduzione all'edizione italiana". In: Fivaz-Depeursinge E., Corboz-Warnery A. (1999): *Il triangolo primario*. Raffaello Cortina, Milano, 2000, pp.XI-XXIII.