

📄 Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

La dipendenza da sostanze come modalità di disattivazione del sistema dell'attaccamento: una ricerca su un campione di pazienti degenti in comunità terapeutica

Roberto Berrini*, Renato Sidoti*, Federica Beltrami**, Laura De Vecchi***, Eugenia Luraschi****, Lucia Monicchi^o

SUMMARY

■ *Aim of this work is to show the association between insecure attachment pattern and drug or alcohol addiction development in a population of four therapeutic facilities inpatients. Particularly disorganized attachment is postulated being the most frequent internal working model, nonetheless poorly investigated by literature about substance use disorder. Attachment disorganization causes a lack of coping strategies and a vulnerability for depersonalization state of mind or other dissociative symptoms. The addiction substances or alcohol dopaminergic effect may deactivate the attachment system, preventing the depersonalization experience. Separation Anxiety Test (SAT) was administered to ascertain attachment patterns. Results show that disorganized attachment clearly prevail over ambivalent, avoidant and secure patterns. No appreciable differences between alcohol and drug addicted samples is noticed.* ■

Keywords: *Alcohol and drug addicted inpatients, Disorganized attachment, Depersonalization, Separation Anxiety Test (SAT), Therapeutic facilities.*

Parole chiave: *Pazienti ricoverati, Disturbo da dipendenza da alcol, Disturbo da dipendenza da droga, Attaccamento disorganizzato, depersonalizzazione, SAT, comunità terapeutiche.*

Introduzione

L'associazione tra dipendenza da sostanze e una storia di *parenting* carenziente¹ nel corso dello sviluppo infantile e adolescenziale del soggetto è verificata da più ricerche (cfr. ad es. Cirillo, Berrini, Cambiaso, Mazza, 2016; Mantovani, Azzalin, Fabbri, 2015).

Le ricostruzioni storico-circostanziali che si ricavano dalle psicoterapie danno adito ad interpretazioni che evidenziano la presenza di un'elevata risposta da stress alle sollecitazioni relazio-

nali e affettive, sia nei soggetti affetti da dipendenza patologica, sia nei genitori e nell'ambito familiare in generale. A questi rilievi vanno aggiunte possibili esperienze traumatiche nel corso dello sviluppo, sia all'interno della famiglia che in ambito extra-familiare.

L'esito è frequentemente il consolidamento di un pattern insicuro/disorganizzato di attaccamento che rappresenta un fattore di vulnerabilità rispetto allo sviluppo di competenze autoregulative degli stati emozionali e di competenze metacognitive rispetto alle funzioni riflessive della mente (cfr. Main, 1991; Fonagy, Target, 1995; Bateman, Fonagy, 2004; Allen, Fonagy, Bateman, 2008).

La ricerca ha manifestato un interesse crescente per le connessioni tra pattern di attaccamento e dipendenza da sostanze e attualmente la letteratura offre spazi sempre maggiori al rapporto tra il funzionamento del sistema dell'attaccamento e la presenza nell'adulto di un'ampia gamma di disturbi mentali, compreso l'uso, patologico delle sostanze.

Monjaras, Mayes, Potenza, Rutherford (2018) partono dalla premessa che l'inizio dell'uso di sostanze non conduce necessariamente ad un percorso di addiction e quindi per spiegare la condizione di dipendenza bisogna considerare fattori aggiuntivi che

* Medico, psicoterapeuta, docente della Scuola di Psicoterapia "Mara Selvini" di Milano.

** Psicologa, psicoterapeuta presso Comunità terapeutica di Montriasco Arona (NO) Gruppo Abele di Verbania Onlus.

*** Psicologa, psicoterapeuta presso la Comunità terapeutica Cascina Mazzucchelli, Fondazione Somaschi, S. Zenone al Lambro (MI).

**** Psicologa, psicoterapeuta presso la Comunità terapeutica di Cozzo (PV) Associazione Dianova Onlus.

^o Psicologa, psicoterapeuta presso la Comunità terapeutica Saman di Belgioioso (PV).

umentino la suscettibilità alla dipendenza patologica. Gli autori suggeriscono di adottare una visione multidisciplinare per individuare i cofattori implicati nel processo patologico, mettendo in risalto la sovrapposizione neurobiologica tra addiction e attaccamento allo scopo di integrare entrambe le prospettive in un modello di sviluppo attraverso la lente dell'attaccamento.

Fowler, Groat, Ulanday (2013) mostrano che i trattamenti psicosociali per i disturbi mentali in comorbidità con i disturbi da abuso di sostanze sono fortemente influenzati da fattori relazionali; anche i tassi di dropout sono eccessivamente alti per coloro che richiedono trattamento in setting ospedalieri o residenziali.

Gli autori hanno esaminato le caratteristiche dei pazienti, incluso il pattern di attaccamento, come predittori per il completamento di un trattamento in regime di degenza per pazienti con disturbo da uso di sostanze in doppia diagnosi.

L'attaccamento predice la ritenzione indipendentemente dal disturbo psichiatrico in comorbidità, dimostrando una validità predittiva incrementale.

Tra i pazienti con disturbo da uso di sostanze, lo stile di attaccamento ansioso-preoccupato prediceva la ritenzione in trattamento, evidenziando l'importanza delle componenti interpersonali della relazione di cura al fine di completare il trattamento.

La review di Becoña Iglesias *et al.* (2014) mette l'accento sul fatto che i diversi lavori sull'argomento utilizzano il concetto di attaccamento in modo differente da quello definito originariamente da Bowlby (1969, 1973, 1988) e dagli autori che hanno consolidato sperimentalmente le sue intuizioni (Ainsworth, 1978; Main, 1988); ad esempio: attaccamento nel senso di una maggiore vicinanza ad uno dei genitori rispetto ad un altro; attaccamento nei confronti del gruppo dei pari, della scuola o della comunità di appartenenza.

Inoltre la maggior parte degli studi propone una valutazione quantitativa: maggiore o minore attaccamento ai genitori, alla famiglia, alla scuola, ecc. e non mettono in evidenza la differenza tra attaccamento sicuro e attaccamento insicuro.

I disegni sperimentali sono per lo più cross-sectional e non longitudinali, riducendo così la possibilità di valutare il costrutto dell'attaccamento come fattore di rischio.

Gli autori mettono in dubbio la validità degli assessment ottenuti attraverso self-report e criticano anche i lavori in cui non viene fatta distinzione tra sperimentatori e giovani che fanno uso abituale di sostanze, fino a sviluppare una dipendenza, perché di solito solo questi ultimi hanno una connessione con una forma di attaccamento insicuro.

Gli autori continuano sottolineando che il concetto bowlbiano di attaccamento viene impoverito se declinato in termini di vicinanza, fiducia, controllo/supervisione, intimità, comunicazione, ecc. Tuttavia, pur arrivando alla conclusione che dall'esame complessivo della letteratura la dipendenza da sostanze è chiaramente connessa all'attaccamento insicuro, nei pochi lavori che esplorano le differenti tipologie di attaccamento non si trovano rilievi connessi alla disorganizzazione dell'attaccamento.

Per esempio in Schindler *et al.* (2009), nel campione sottoposto ad una valutazione qualitativa del pattern di attaccamento attraverso la somministrazione dell'intervista Family Attachment Interview di Bartholomew e Horowitz (1991), i soggetti dipendenti da oppiacei avevano un attaccamento evitante-timoroso, i soggetti dipendenti da ecstasy sono evitanti-svalutanti, mentre quelli che usano cannabinoidi risultano evitanti-svalutanti e sicuri, con un livello di funzionamento psicosociale progressivamente inferiore passando dai consumatori di cannabis, a quelli di ecstasy fino ai dipendenti da oppiacei che avevano le maggiori problematiche di funzionamento globale.

Gli autori concludono con una serie di ipotesi sulla funzione di automedicazione delle sostanze e ritengono che siano influenzate da specifiche strategie di attaccamento.

L'eroina sembra essere impiegata come sostituto emozionale per la mancanza di strategie di coping. Si può pensare che, non essendo contemplata nell'intervista utilizzata dagli autori la categoria dell'attaccamento disorganizzato, la diagnosi di attaccamento evitante-timoroso, per le sue caratteristiche, assorba anche una percentuale di pazienti disorganizzati e la funzione della droga come tentativo di regolazione per la mancanza di strategie di coping può essere compatibile anche con la vulnerabilità dissociativa caratteristica nei soggetti affetti da disorganizzazione dell'attaccamento.

Caspers *et al.* (2006) hanno valutato la connessione tra le rappresentazioni dell'attaccamento ottenute attraverso la somministrazione dell'Adult Attachment Interview, lo sviluppo della tossicodipendenza come forma di regolazione delle emozioni e la propensione a rivolgersi ai servizi di cura.

I soggetti *dismissing* e preoccupati avevano il maggiore livello di uso di sostanze e i primi avevano anche la frequenza minore di approccio ai servizi per cercare una forma di trattamento.

Le conclusioni degli autori sono orientate a considerare le rappresentazioni dell'attaccamento come un fattore influente per comprendere la discrepanza tra uso problematico di sostanze e utilizzo dei servizi di cura e che per promuovere il trattamento e la regressione della sintomatologia è necessario tenere in conto del pattern di attaccamento del paziente.

Anche in questo caso non viene presa in considerazione la presenza del pattern disorganizzato.

Al contrario, in uno studio su 30 madri tossicodipendenti degenti in una struttura residenziale di cura (De Palo *et al.*, 2014), la somministrazione dell'AAI (oltre alla SCID II per la diagnosi con il DSM-IV e alla SCL-90-R) conferma l'ipotesi della presenza di attaccamento insicuro che si riscontra nel 90% dei casi, ma con una presenza elevata di pattern U (Unresolved), la categorizzazione dell'attaccamento adulto disorganizzato, con i più alti punteggi relativi ad esperienze di esperienze pericolose o non protette in età infantile.

Valori molto elevati sono stati riscontrati nelle scale della trascuratezza e del rifiuto. I differenti pattern sono collegati a differenze diagnostiche riscontrate con la somministrazione della SCID II. Questi risultati forniscono utili indicazioni per il trattamento della psicopatologia, della genitorialità e per le decisioni in merito all'adozione dei figli delle madri tossicodipendenti.

In un lavoro successivo Schindler e Bröning (2015), presentano una review dei principali lavori sulla connessione tra attaccamento e uso di sostanze in adolescenza e conferma che l'attaccamento insicuro rappresenta un fattore di rischio per l'incontro con le sostanze d'abuso nel periodo adolescenziale dello sviluppo.

Qui gli autori fanno riferimento alla categoria dell'attaccamento disorganizzato, nelle varie accezioni determinate dallo strumento utilizzato per la rilevazione del pattern: evitante-timoroso, secondo la terminologia del self-report di Bartholomew e Horowitz (1991), oppure disorganizzato-non risolto, ostile-imponente o non classificabile, secondo la terminologia desumibile dall'Adult Attachment Interview (George, Kaplan, Main, 1985).

Questi concetti sono differenti sul piano descrittivo, ma si riferiscono tutti a individui che mancano di strategie di coping, di attaccamento e sono a rischio di sviluppare disturbi mentali.

Gli studi su campioni di adolescenti, sia cross-sectional che longitudinali, mettono in luce che l'attaccamento evitante è connesso allo sviluppo di disturbi esternalizzati, mentre l'attaccamento ansioso-ambivalente a disturbi internalizzati.

Il pattern disorganizzato è invece connesso alle più gravi psicopatologie, anche se le ricerche in tal senso sono ancora insufficienti. I processi di attaccamento, continuano gli autori, sono un fattore tra gli altri di un modello multifattoriale alla base del disturbo da uso di sostanze in adolescenza.

La loro importanza risiede nelle funzioni che svolgono nella regolazione emozionale, nel comportamento relazionale e nelle strategie di coping, che trova corrispondenza con gli approcci che considerano l'abuso di sostanze in adolescenza come un tentativo di regolare l'instabilità emozionale e la mancanza di controllo, a livello affettivo, comportamentale e cognitivo.

Facendo riferimento alla letteratura gli autori sottolineano che i giovani con disorganizzazione dell'attaccamento hanno alle spalle esperienze traumatiche o genitori con disturbi psicopatologici, per cui utilizzano sostanze per combattere i sintomi del PTSD o per la mancanza di strategie di attaccamento.

Attaccamento disorganizzato e scopo della ricerca

In base alla relativa scarsità di riscontri in letteratura di lavori da cui inferire la connessione tra disturbo da uso di sostanze e attaccamento disorganizzato in età adulta, gli autori hanno ritenuto di porsi come obiettivo di indagare la presenza di disorganizzazione dell'attaccamento in un campione di pazienti trattati per la dipendenza da sostanze o da alcol.

La disorganizzazione dell'attaccamento è una categoria di attaccamento insicuro caratterizzato dal mancato consolidamento di una strategia di coping, di autoregolazione emozionale e comportamentale e di riferimento relazionale che è stata associata allo sviluppo di disturbi dissociativi: stati di depersonalizzazione/derealizzazione, disturbi dissociativi dell'identità (Liotti, Farina, 2011; Lyons Ruth *et al.*, 2009).

Il pattern disorganizzato è connesso con comportamenti genitoriali incongrui nei confronti dei figli nel corso dello sviluppo infantile, che favoriscono la vulnerabilità alla dissociazione del sé come risposta allo stress relazionale.

Tali comportamenti sono stati definiti stati della mente HH (hostile-helpless), indicati anche come atteggiamenti spaventanti/spaventati della figura d'attaccamento, a propria volta disorganizzata, oppure depressa, oppure affetta da DPTS (Main, Hesse, 1990; Main, 1991; Liotti, 1992; Lyons Ruth *et al.*, *op. cit.*; Liotti, Farina, *op. cit.*).

In sintesi la disorganizzazione dell'attaccamento conduce a provare uno stato della mente confuso e angosciante, in quanto generato da motivazioni contraddittorie e incompatibili, connesse con l'attivazione del sistema dell'attaccamento.

In altri termini il soggetto è spinto ad avvicinarsi alla figura di attaccamento e, nel contempo, poiché questa è fonte di ambiguità o di paura (come nel caso dei genitori maltrattanti o abusanti), ad allontanarsi o a difendersene.

Al di fuori delle situazioni traumatiche di maltrattamento, abuso e grave trascuratezza, nelle altre situazioni che esitano nella disorganizzazione dell'attaccamento si ha a che fare con il "trauma nascosto", generato dalla disorganizzazione delle procedure di accudimento del caregiver.

Entrano in conflitto il sistema dell'attaccamento e il sistema di difesa, sistema primitivo di sopravvivenza che attiva la risposta del sistema nervoso ortosimpatico e del suo complementare il sistema parasimpatico vagale (Porges, 2001), attraverso le risposte comportamentali di iperarousal e ipoarousal, come attacco, fuga, congelamento, disattivazione.

Il soggetto si trova così in una condizione di indecidibilità, di "paura senza sbocco", che rappresenta di fatto una situazione

traumatica che porta al consolidamento di un modello operativo interno frammentato e a una vulnerabilità agli stati dissociativi della mente.

Comunemente l'attivazione del sistema di attaccamento disorganizzato si conclude nell'esperienza della depersonalizzazione, che corrisponde alla condizione di disattivazione e di distacco dissociativi.

Poiché una persona con questa tipologia di attaccamento non potrebbe avere relazioni di intimità o comunque di riferimento sociale senza provare stati caotici di depersonalizzazione, sin dalla prima infanzia è necessario individuare delle strategie che consentano di attivare il meno frequentemente possibile quelle procedure relazionali implicite che portano ad avvicinarsi all'altro con finalità di accudimento, sostegno, e affidamento.

In questo caso si parla di strategie di riorganizzazione: riorganizzazione punitiva, sottomessa, protettiva, autarchica e sessuale.

Nel caso delle riorganizzazioni punitiva e sottomessa il bambino impara ad utilizzare le procedure di comportamento prescritte dalle motivazioni agoniste al posto di quelle dell'attaccamento per mantenere una relazione di prossimità con il caregiver: la prima corrisponde ad atteggiamenti che hanno lo scopo di assumere un rango dominante nella relazione e la seconda si riferisce all'attivazione della subroutine di sottomissione del sistema agonista.

Altre volte l'attaccamento viene disattivato in favore del sistema di accudimento e in queste circostanze il bambino impara a prendersi cura della propria figura di attaccamento, attuando una riorganizzazione protettiva, con inversione dei ruoli genitore-figlio.

Nella riorganizzazione autarchica viene mantenuta una distanza emotiva di sicurezza dalle relazioni, in modo di non rischiare di attivare il sistema dell'attaccamento, mentre in altri casi sono le motivazioni sessuali a prescrivere le modalità di avvicinamento e relazione con il caregiver.

Nel presente lavoro gli autori hanno voluto indagare la prevalenza della disorganizzazione dell'attaccamento in un campione di pazienti adulti in trattamento residenziale per un disturbo da uso di sostanze o di alcol.

Inoltre è stato eseguito un raffronto tra la popolazione che utilizza prevalentemente oppiacei e/o cocaina e la popolazione per la quale l'alcol è la sostanza principale con la quale hanno sviluppato una dipendenza.

Come già citato in Schindler *et al.* (2009, 2015) le ricerche sulla disorganizzazione dell'attaccamento non sono ancora molto frequenti nel campo delle dipendenze patologiche e quindi questo lavoro si propone di dare un contributo alla comprensione dell'eziologia multifattoriale alla base di questo disturbo.

Inoltre, per quanto, nonostante alcuni tentativi (cfr. Schindler *et al.*, *op. cit.*) abbiano cercato di connettere pattern di attaccamento e tipologia di sostanza assunta, ancora non è chiaro se determinati modelli operativi interni predispongano all'utilizzo di specifiche sostanze, oppure se questa associazione non sia significativa.

Il confronto tra pazienti alcolisti e pazienti dipendenti da eroina si propone di valutare se la presenza di modelli operativi disorganizzati sia più frequentemente alla base della dipendenza da alcol oppure nei pazienti che usano sostanze oppiacee e psicostimolanti come la cocaina.

Inoltre viene considerata l'ipotesi che l'uso di sostanze possa essere accostato alle forme di riorganizzazione sopra ricordate, nel senso che nei soggetti in cui prevale il pattern di attaccamento disorganizzato l'uso di sostanze ha una funzione disattivante nei confronti delle esperienze di depersonalizzazione che emergono nel momento in cui le contingenze evolutive portano a sintonizzarsi su tematiche di attaccamento.

In altri termini la funzione principale delle sostanze d'abuso consiste nel prevenire l'attivazione dell'attaccamento, cioè del sistema motivazionale che permette di promuovere relazioni interpersonali favorevoli allo sviluppo individuale.

Casistica e strumenti

Tutti i pazienti del campione di ricerca sono stati reclutati all'interno di strutture residenziali per il trattamento delle tossicodipendenze all'interno delle quali lavorano alcuni degli autori del presente lavoro; è stata fatta la scelta di radunare solo pazienti di sesso maschile, in quanto i pazienti di genere femminile era numericamente molto ridotti (poche unità) e non avrebbero avuto rilievo nelle considerazioni relative al presente lavoro.

Sono stati selezionati 60 pazienti la cui età media è 39.9 DS 8,93. Di questi 28 sono dipendenti da alcol, e 32 dipendenti da oppiacei e cocaina.

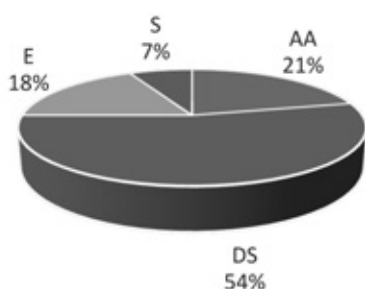
Siamo consapevoli che è raro che un paziente selezionato in un contesto di comunità terapeutica non abbia sperimentato oltre all'alcol anche altre sostanze stupefacenti illegali e, viceversa pazienti che utilizzino oppiacei e cocaina non abusino anche di alcol; tuttavia i pazienti definiti come alcol-dipendenti erano stati inseriti nelle strutture residenziali a causa delle problematiche connesse a questa sostanza, mentre negli altri soggetti la dipendenza da sostanze illegali rappresentava il sintomo principale.

Per la misura dei modelli operativi interni, a questi pazienti è stato somministrato il Separation Anxiety Test (SAT) di Klagsbrun e Bowlby (1976), nella versione modificata e validata per l'Italia da Attili (2001).

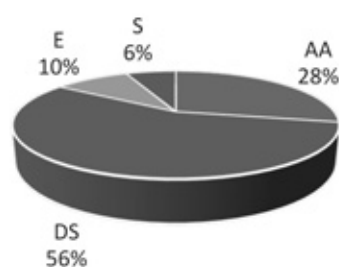
Tutti i pazienti, al momento dell'esecuzione del test si trovavano in una condizione di compenso psichico e di remissione della sintomatologia connessa all'intossicazione o all'astinenza dalle sostanze. Il SAT è un test semi-proiettivo, indirizzato a bambini e adolescenti, ma utilizzabile anche con gli adulti, che valuta gli assetti mentali relativi all'attaccamento attraverso le reazioni emotive che vengono ipotizzate come risposte ad eventuali separazioni dalle figure di attaccamento, ovvero coloro che garantiscono al bambino, e in generale al soggetto, la protezione e la cura. Le risposte dei soggetti vengono poi riportate ad 8 classi quali *Attaccamento*, *Manca di autostima*, *Ostilità*, *Fidarsi di sé stesso*, *Evitamento*, *Ansia*, *Ansia incontrollabile/Angoscia*, *Confusione*. Attraverso la somma dei punteggi ottenuti per ciascuna classe è possibile arrivare ad una classificazione dei modelli mentali dell'attaccamento dei soggetti in termini di Sicuri, Ambivalenti, Evitanti, Disorganizzati (per i dettagli relativi allo scoring, si veda Attili, 2001, pp. 59-62).

Fig. 2

TIPO DI ATTACCAMENTO E ASSUNZIONE DI ALCOOL



TIPO DI ATTACCAMENTO E ASSUNZIONE DI EROINA E COCAINA



Ciò che può rendere stimolante l'uso di questo test è la certezza di ottenere informazioni molto interessanti e valide in tema di comprensione della tipologia di attaccamento del soggetto esaminato.

Tale test può essere inoltre impiegato in ambito clinico, con la finalità di comprendere eventuali angosce che possono affliggere il soggetto nel momento di allontanamento (reale o simbolico) dalle sue figure di attaccamento, con l'obiettivo di avanzare un adeguato intervento nella gestione delle emozioni durante tali episodi, che si verificano spesso nel contesto residenziale che abbiamo descritto.

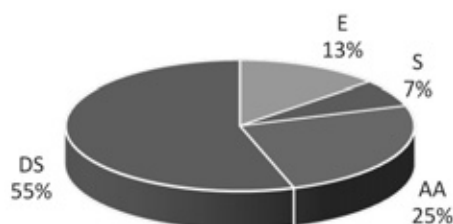
Risultati

Nella Figura 1 vengono illustrate le percentuali di distribuzione dei diversi pattern di attaccamento risultati dalla somministrazione del SAT.

L'attaccamento disorganizzato prevale nettamente sulle altre tipologie di attaccamento, oltrepassando la metà del campione esaminato: 55%; l'attaccamento ansioso-ambivalente è rappresentato in un quarto circa dei casi, 25%. Seguono i pattern evitanti e sicuri, presenti rispettivamente con il 13% e il 7%.

Fig. 1

TIPO DI ATTACCAMENTO



Sono quindi stati raggruppati e confrontati per la distribuzione dei pattern di attaccamento i pazienti alcolisti e i pazienti dipendenti da cocaina/eroina, allo scopo di individuare una possibile differenziazione dei due gruppi rispetto alla disorganizzazione dell'attaccamento, che è stata ipotizzata essere un cofattore importante di vulnerabilità per lo sviluppo di una dipendenza da sostanze.

I risultati evidenziati nella Figura 2 evidenziano che, in entrambi i casi, la percentuale maggiore è di attaccamento disorganizzato.

zato (54% per i pazienti alcol dipendenti e 56% per i pazienti tossicodipendenti), seguono l'attaccamento ansioso-ambivalente (21% nel primo caso e 28% nel secondo), l'attaccamento evitante con il 18% nei casi di alcol dipendenza e il 10% in quelli di tossicodipendenza, infine, l'attaccamento sicuro che si trova in una bassa percentuale in entrambi i casi (7% per i pazienti alcol dipendenti e 6% per quelli tossicodipendenti).

Si può notare che il pattern ansioso-ambivalente prevale nei tossicodipendenti e quello evitante negli alcolisti.

Successivamente sono state messe in correlazione le qualità della relazione madre-figlio, desunte dalle verbalizzazioni dei pazienti durante i percorsi psicoterapeutici sostenuti all'interno delle strutture residenziali che li ospitavano e raggruppate in cinque tipologie definite in base alla terminologia che meglio sintetizzava lo schema relazionale prevalente consolidatosi nel tempo tra il paziente e la propria madre: maltrattante; anaffettiva; invischiante; assente; positiva.

La distinzione tra madri assenti e madri anaffettive si basa sulla non presenza delle prime rispetto alla non responsività delle seconde.

I risultati sono illustrati nella Figura 3, dove si può notare la correlazione netta tra relazione maltrattante e disorganizzazione dell'attaccamento (100%) e che l'unica modalità relazionale in cui prevale la presenza di un pattern insicuro organizzato è quella invischiante, dove l'attaccamento ansioso ambivalente è presente in percentuale maggiore, anche se in misura non significativa (38%) rispetto a quello disorganizzato (35%).

Madri anaffettive e assenti sembrano causare una percentuale simile di attaccamenti disorganizzati (69% nel primo caso; 67% nel secondo caso), ma si correlano in modo diverso rispetto alla presenza degli altri tipi di attaccamento.

Le madri assenti, assieme a quelle invischanti, causano la presenza di attaccamenti ansiosi ambivalenti in percentuale mag-

giore, rispetto a quelle anaffettive (22% e 38% contro l'8%) ed evidenziano anche una percentuale di attaccamento sicuro (11% per le madri assenti e 10% per le madri invischanti), che non si riscontra nella relazione con le madri anaffettive.

Un solo paziente ha descritto la relazione con la madre in termini positivi, pur con un riscontro di attaccamento ansioso-ambivalente.

Lo stesso procedimento è stato eseguito per la relazione padre-figlio, utilizzando le stesse tipologie descritte per la relazione tra i pazienti e le rispettive madri.

Abbiamo distinto i padri assenti da quelli anaffettivi in quanto i primi sono assenti fisicamente, per un lutto, per avere abbandonato la famiglia, per prolungate carcerazioni o comunque interessati ai propri obiettivi personali e non a quelli familiari.

Il padre anaffettivo è invece un padre che non riesce a declinare una offerta affettiva coerente con il proprio ruolo, che risulta quindi svuotato di senso rispetto all'efficacia delle mansioni paterne.

I risultati sono illustrati nella Figura 4.

Si nota come i pattern disorganizzati siano sempre quelli che si correlano più frequentemente con una relazione disfunzionale anche nel caso del rapporto padre-figlio.

Colpisce come questo si verifichi anche nel caso di una relazione descritta come positiva dal paziente, anche se la percentuale di disorganizzazione è inferiore e equilibrata rispetto ai pattern insicuri-organizzati.

Nello specifico, troviamo pattern disorganizzati in percentuale maggiore nei casi di relazioni con padri descritti dai pazienti come anaffettivi (69%), percentuale identica a quella con le madri anaffettive.

Un dato interessante, se correlato con i risultati relativi al rapporto tra i pazienti e le proprie madri è la minor percentuale di attaccamenti disorganizzati correlata con i padri maltrattanti

Fig. 3

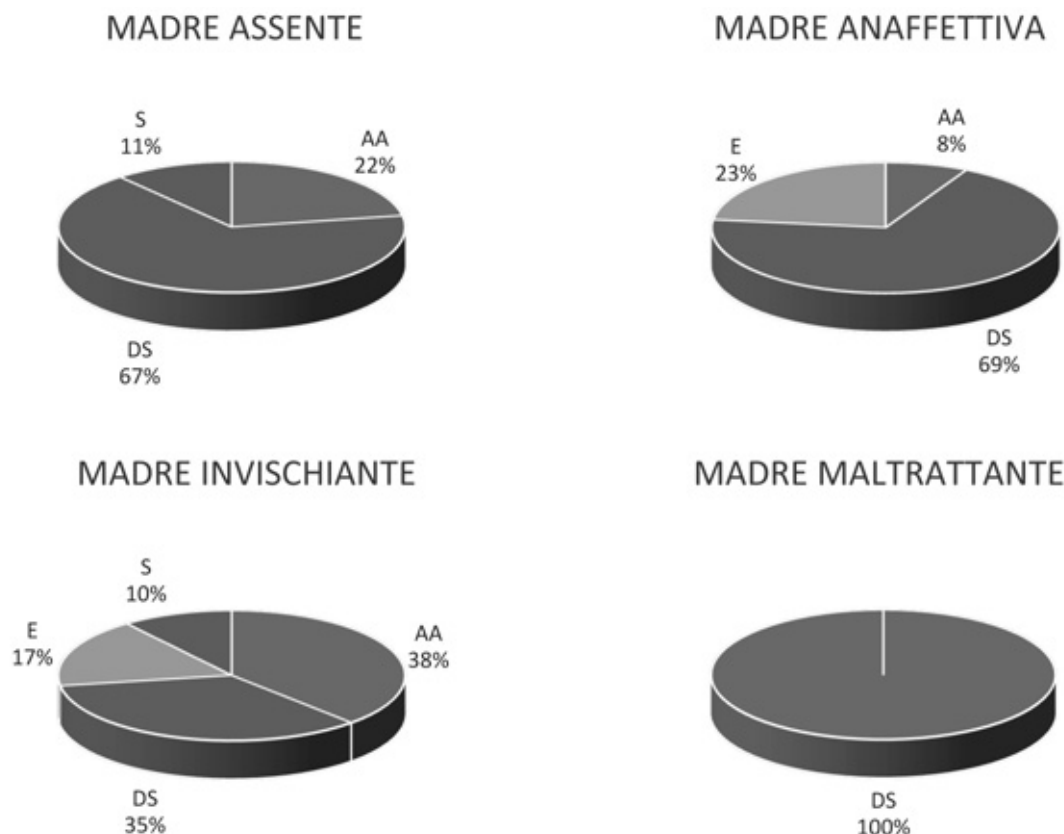
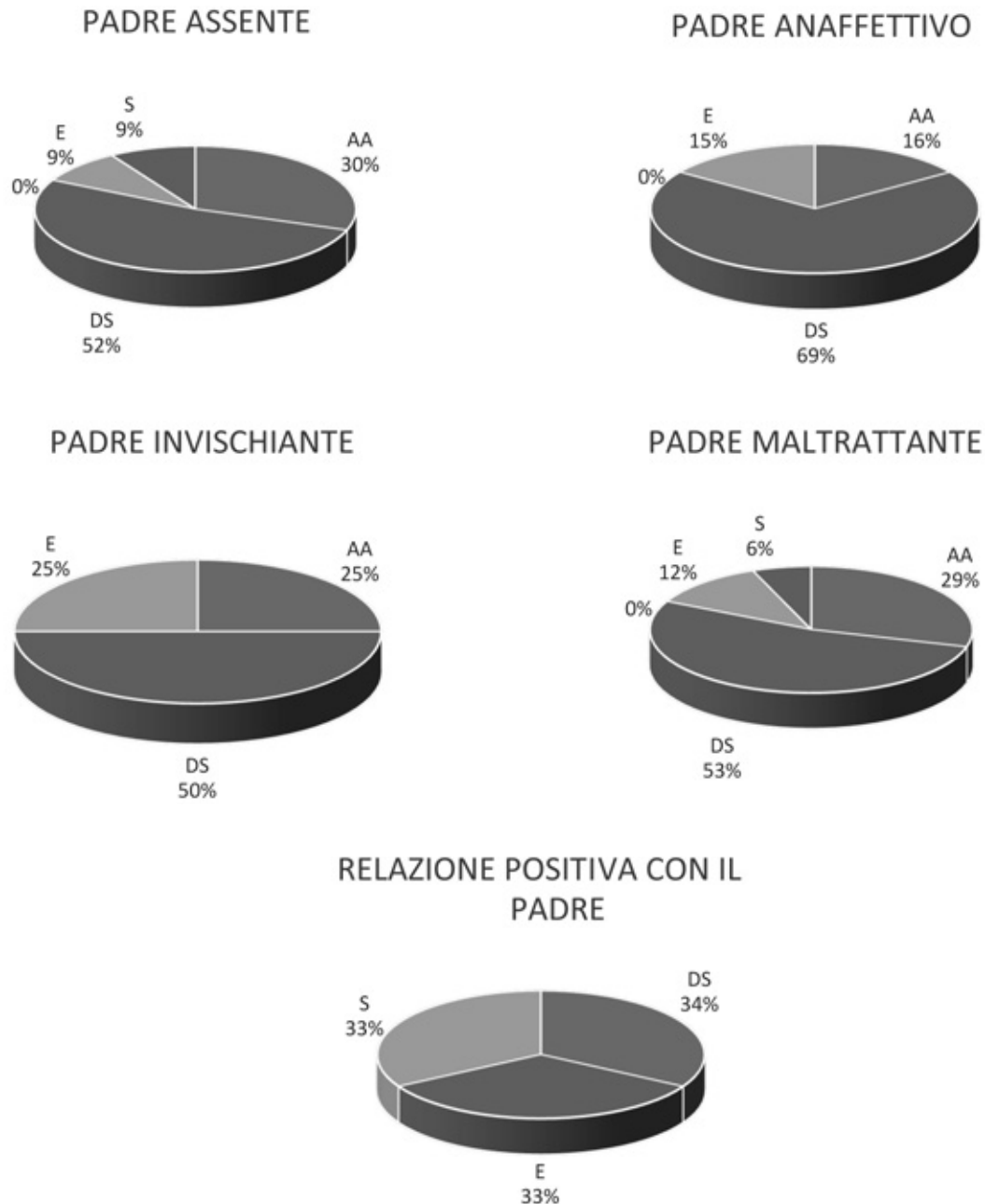


Fig. 4



(53% contro il 100% di disorganizzazione con le madri maltrattanti).

Rimanendo sul tema della fenomenologia della relazione tra genitori e figli, se raggruppiamo le diverse categorie, troviamo che nella relazione madre-figlio il raggruppamento invischiante/anaffettivo è quello più rappresentato, rilevabile nel 70% del campione.

Nella relazione padre-figlio il raggruppamento assente/maltrattante è quello più frequente, presente nel 67% dei casi.

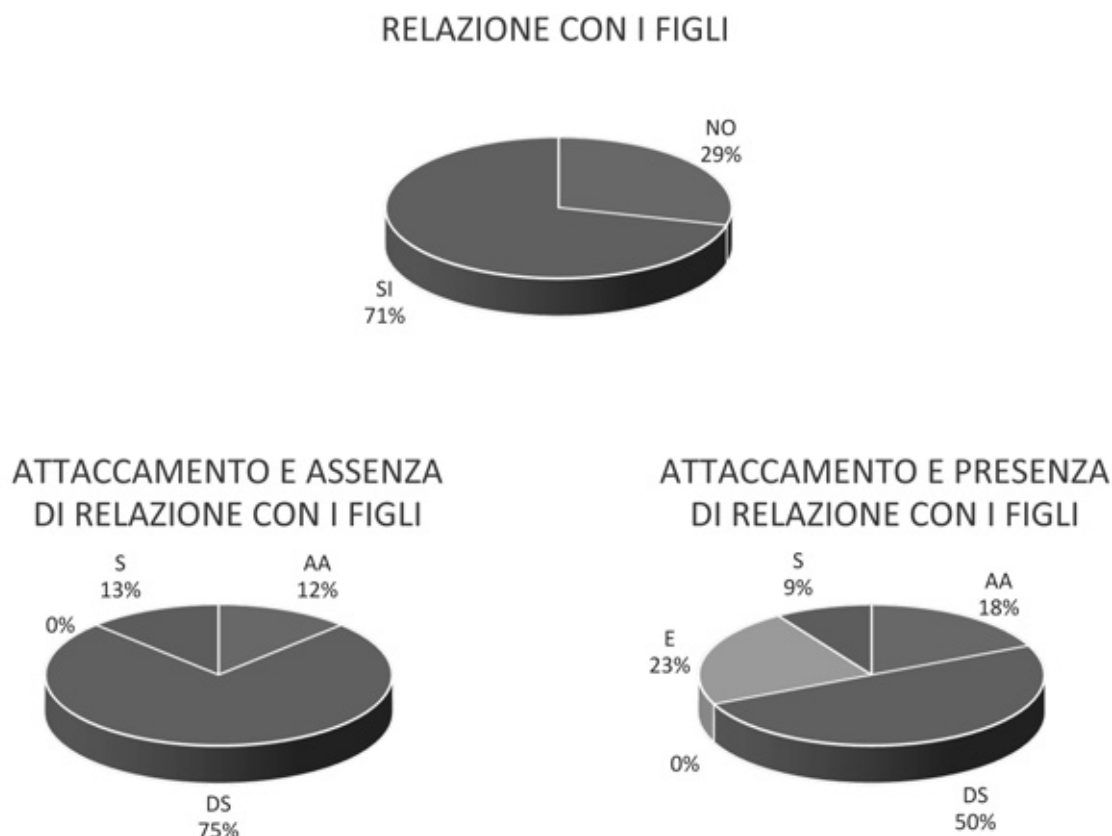
Il padre assente/maltrattante e la madre invischiante sono le descrizioni più "classiche" della letteratura in materia di tossicodipendenza; è invece da sottolineare la non trascurabile presenza di descrizioni di madri assenti e anaffettive, che forse non fanno altro che mettere in luce sfaccettature differenti di un caregiving inadeguato con forti potenzialità disorganizzanti.

Non è azzardato accostare queste tipologie (invischiante e anaffettiva) alle modalità di caregiving *Hostile/Helpless* individuate dalla Lyons Ruth (*op. cit.*).

Si possono ricordare anche le ricerche effettuate con il PBI (Torresani *et al.*, 2000) in cui l'invischiamento e l'anaffettività erano rappresentate entrambi nella voce "controllo anaffettivo" in cui si collocavano la maggior parte delle madri dei campioni.

Sono stati quindi presi in considerazione i pazienti che sono a loro volta padri, mettendo in correlazione il loro pattern di attaccamento con il tipo di relazione che hanno con i propri figli, limitando l'indagine a due raggruppamenti oggettivamente rilevabili: i padri che hanno mantenuto una relazione con i propri figli e quelli che l'hanno persa del tutto (Figura 5).

Il dato interessante è osservare come i padri tossico e alcol-dipendenti che non sono riusciti a mantenere una relazione con i propri figli presentano una percentuale maggiore di attaccamento disorganizzato (75%) rispetto a quelli che la mantengono (50%). Questi ultimi, inoltre, presentano anche in minima parte, un attaccamento sicuro (9%) ed evitante (23%), che non è rilevabile nel gruppo di padri che non hanno più relazioni con i propri figli.



Discussione

Alcune considerazioni sui dati.

La fascia di età più rappresentata è quella degli over 40, come ci si può aspettare dalla casistica selezionata in contesti residenziali, dove approdano spesso soggetti pluritrattati, con una storia di tossicodipendenza prolungata.

Tuttavia la stessa percentuale si ottiene sommando i pazienti tra i 22 e i 40 anni, a suggerire che il fenomeno della dipendenza da sostanze, alcol compreso, è ancora attivo a livello sociale e coinvolge sempre nuovi soggetti.

Bisogna tenere inoltre in considerazione che gli alcolisti arrivano al trattamento più tardi, come suggerisce la differenza di età media tra gli alcolisti e i tossicodipendenti.

Per quanto riguarda la diagnosi di comorbidità, meno del 30% dei soggetti esaminati aveva un'evidenza clinica di una sindrome psichiatrica associata all'uso di sostanze, in linea con i riscontri classici della letteratura (cfr. ad es. Dixon, 1991, 1999; Shaner *et al.*, 1993; Cantwell *et al.*, 1999; Zimberg, 1999; Maremmani, 1999), che evidenziano percentuali variabili di disturbi di Asse I (DSM IV, 1994) compresi tra il 20 e il 50% e la presenza virtuale di disturbi della personalità (Asse II secondo il DSM IV) nella quasi totalità dei casi, quando la diagnosi viene effettuata all'interno dei contesti di cura per le dipendenze patologiche (cfr. ad es. Grilo, 1997; Skodol *et al.*, 1999).

Rispetto al pattern di attaccamento, i disorganizzati sono più rappresentati e questo non stupisce, analogamente alla maggior parte dei campioni clinici (cfr. ad es. Liotti, 1992; Liotti e Farina, 2011; Crittenden, 1999; Attili, 2007) tra gli insicuri organizzati prevalgono i pattern ansioso-ambivalente, aspetto che si può connettere con alcune osservazioni della letteratura che assegnano alla personalità borderline (diagnosi frequente tra i tossicodipendenti) un pattern di questo tipo (Linhean, 1993).

Un certo interesse è suscitato dalla percentuale non trascurabile (17%) di soggetti che raggiungevano un punteggio al SAT che permetteva di diagnosticare una disorganizzazione dell'attaccamento, anche se la maggior parte delle risposte rivelavano strategie operative di tipo evitante.

È possibile che in questi casi, nel corso dello sviluppo, si sia verificata una parziale riorganizzazione, che non sia però arrivata al punto da disattivare il sistema dell'attaccamento oppure che sia intervenuta una serie di esperienze riparative, ma non sufficienti per consolidare un pattern insicuro-organizzato.

Se sommati al gruppo degli evitanti organizzati questo gruppo raggiunge una percentuale sovrapponibile agli ansioso-ambivalenti, mettendo in luce che le due strategie (E e AA) sono utilizzate in misura equivalente, ma che quella evitante sembra meno "efficace", o meglio si riferisce a una percentuale più ristretta di pazienti in grado di utilizzare difese distanzianti che richiedono un miglior funzionamento dell'emisfero sinistro (per es. pazienti narcisisti).

Dall'analisi dei dati emerge che le strategie evitanti sono più rappresentate tra gli alcolisti rispetto ai tossicodipendenti che sono in gran parte disorganizzati e ansioso-ambivalenti.

Sembra quindi che gli alcolisti del nostro campione siano più frequentemente autarchici, meno propensi a chiedere un trattamento, coerentemente al dato della loro più elevata età media, come già messo in evidenza.

Le correlazioni tra il tipo di relazione descritta dal paziente con la propria madre sembrano predittive del tipo di pattern di attaccamento.

Non abbiamo il dato del pattern delle madri, ma la descrizione fatta dai pazienti si rivela comunque valida: le madri maltrattanti sono correlate a pazienti esclusivamente disorganizzati; le madri invischianti a pazienti più frequentemente ansioso-ambivalenti, le madri assenti a pazienti più spesso disorganizzati ma

con percentuali equilibrate tra strategie evitanti e ansioso-ambivalenti; le madri anaffettive invece si correlano a pazienti con prevalenza di strategie disorganizzate ed evitanti. Le madri sono infine descritte come positive solo da un paziente con un attaccamento ansioso-ambivalente, una strategia che maggiormente permette di apprezzare e sperimentare le componenti emozionali di una relazione, anche se fatica a regolarne l'intensità.

Per quanto riguarda le relazioni con il padre, i padri anaffettivi si correlano allo sviluppo di strategie prevalentemente evitanti e a disorganizzazione, come nel caso delle madri; il padre assente si correla a pazienti che sono in maggioranza disorganizzati e ansioso-ambivalenti, a differenza delle madri in cui le strategie organizzate erano più equidistribuite; questo aspetto si ritrova nella relazione con un padre invischiante, anche se il pattern decisamente preponderante (50%) è quello disorganizzato; il padre maltrattante sembra dare luogo a minore disorganizzazione e lascia spazio a strategie più organizzate (41% tra evitanti e ansioso-ambivalenti); infine la relazione positiva con il padre non riesce a risparmiare i due terzi dei pazienti che così la descrivono, dalla disorganizzazione o dall'impiego di strategie evitanti.

Prendendo in considerazione i *padri* tossicodipendenti/alcolisti, il pattern di attaccamento è prevalentemente disorganizzato con una rappresentanza di insicuri organizzati equamente distribuita tra evitanti e ansioso-ambivalenti.

I padri che mantengono una continuità di relazione con i propri figli sono percentualmente meno disorganizzati di quelli che hanno perso la relazione con i figli e sviluppano in buona percentuale strategie evitanti.

Sembra contraddittorio il dato relativo ai pattern sicuri, più numerosi nei genitori che non hanno più rapporti con i figli, che rappresentano però un numero molto esiguo e non rappresentativo.

Conclusioni e considerazioni cliniche

I dati raccolti dal lavoro degli autori si allineano ai risultati dei lavori precedentemente citati che hanno riscontrato una correlazione costante tra dipendenza da sostanze e attaccamento insicuro. Inoltre l'utilizzo di uno strumento come il SAT che offre indicazioni anche per i modelli operativi interni disorganizzati, ha permesso di rilevare come la maggior parte dei pattern insicuri della casistica testata è significativamente rappresentata da quelli disorganizzati.

La vulnerabilità alla presenza di stati di depersonalizzazione connessa con la disorganizzazione dell'attaccamento rende i soggetti esposti all'impiego delle sostanze con finalità di *self-therapy*. Pensare in termini di attaccamento consente di avanzare delle ipotesi riguardo alla specificità dell'effetto delle sostanze: le sostanze psicostimolanti sono in grado di disattivare la componente "base sicura" del sistema dell'attaccamento e spostare le motivazioni sul piano assertivo/agonista. Le sostanze oppiacee simulano una riorganizzazione autarchica e disattivano globalmente il bisogno di relazioni di vicinanza e intimità.

L'alcol può avere probabilmente un effetto bifasico, inducendo inizialmente stati mentali generati da motivazioni assertive e agoniste e secondariamente, nelle fasi più avanzate e cronicizzate della dipendenza, l'effetto dell'alcol sembra determinare stati di progressivo ritiro relazionale.

Ciò che accomuna le varie sostanze d'abuso è la capacità di spostare le motivazioni di attaccamento e i relativi stati di depersonalizzazione connessi alla disorganizzazione dell'attacca-

mento verso altri sistemi motivazionali, dall'attivazione dei sistemi motivazionali assertivo e agonista, fino alla disattivazione globale del sistema dell'attaccamento.

Dal punto di vista clinico conoscere il pattern di attaccamento del paziente può essere predittivo per il terapeuta dello stile relazionale che il paziente adotterà anche nella relazione terapeutica.

Ad esempio, da persone con stile di attaccamento evitante, caratterizzate da distanza emotiva e distacco nelle relazioni, ci si può facilmente attendere un atteggiamento formalmente molto collaborante ed adeguato ma caratterizzato da colloqui sempre uguali e da una grande difficoltà ad accedere a livelli emotivi più profondi.

Questo stile emotivo e relazionale ha alla base il tentativo di prendere le distanze dai propri stati interni che in una relazione di accudimento emotivamente distanziante non sono stati considerati e in cui oggi nel paziente è rimasta l'aspettativa che verranno nuovamente ignorati.

Sappiamo però che tale barriera difensiva causa ansia, dolore e un profondo senso di solitudine. Compito del terapeuta in questi casi sarà quello di cogliere i deboli segnali di malessere espressi nel colloquio, legittimare il senso, accoglierli e restituirli come importanti stati emotivi da ascoltare e a cui dare importanza.

Ovviamente sottovalutare questi deboli segnali riconfermerebbe al paziente il pensiero della non validità delle proprie emozioni. In modo del tutto diverso i pazienti con stile di attaccamento ansioso ambivalente appaiono fortemente tormentati e irrisolti nella gestione delle loro emozioni di ansia, inadeguatezza, rabbia e paura.

Sono spesso molto richiedenti a causa di un bisogno incolmabile di attenzioni, che li spinge ad esagerare i propri bisogni, tendendo allo stesso tempo a vedere nell'operatore una scarsa disponibilità che li porta a provare collera nei suoi confronti.

In questi casi risulterà importante riuscire ad accogliere il senso delle loro emozioni fornendo al tempo stesso un contenimento (per esempio: "Capisco che adesso per te questa cosa è molto urgente e che stai molto male e che quello che senti ha delle ragioni, ma non si può fare adesso"). Questo tipo di risposta terapeutica può aiutare i pazienti con un pattern ansioso-ambivalente a diventare più capaci di riconoscere le proprie parti infantili trascurate e richiedenti e a imparare a gestirle e modularle attraverso l'attivazione di parti adulte autonome e competenti.

Al contrario, una risposta rifiutante e irritata alle continue richieste riconfermerebbe l'aspettativa di rifiuto del paziente mantenendo attive le parti insicure e l'attaccamento ansioso ambivalente.

Più complessa è la gestione dei pazienti con stile di attaccamento disorganizzato caratterizzati da profonda angoscia e parti interne dissociate fortemente in contrasto fra loro che danno origine a comportamenti oscillanti ed incoerenti (Karpman, 1968). La grande difficoltà che i terapeuti si trovano ad affrontare con pazienti con questo stile di attaccamento è quella di riuscire a trovare un equilibrio fra favorire e permettere una relazione accogliente e sicura e la consapevolezza che questa attiverà probabilmente nel paziente una reazione di paura e difesa nei confronti della relazione stessa, con probabile tentativo di fuga.

A questo riguardo portiamo l'esempio clinico di un paziente, Filippo, il cui stile di attaccamento era stato caratterizzato dalla presenza di una figura materna trascurante, svalutante e aggressiva e una figura paterna periferica soprattutto sul piano relazionale ed affettivo.

Presentava tratti di personalità di tipo borderline con parti narcisistiche e autarchiche che si alternavano a parti estremamente

svalutanti di sé, dipendenza da sostanze e agiti autolesionistici. La relazione terapeutica è iniziata in un buon clima di affidamento da parte del paziente che ha condiviso il dolore, la rabbia e il senso di sopraffazione della propria storia personale.

Dopo qualche tempo però ha cominciato ad emergere una grande rabbia che ha implicato un blocco nel lavoro terapeutico e una forte sensazione di impotenza nel terapeuta.

Comprendere che la rabbia e il conseguente blocco nella relazione terapeutica fossero connessi allo stile di attaccamento disorganizzato è stato fondamentale per poter sbloccare l'impasse in cui ci si era venuti a trovare: il terapeuta ha cioè ipotizzato che Filippo nelle sue prime fasi di sviluppo avesse sperimentato un grande conflitto tra il sistema motivazionale di attaccamento che lo spingeva ad affidarsi al caregiver e il sistema motivazionale di difesa che lo spingeva, al contrario, ad allontanarsi da esso perché spaventante e non capace di rispondere ai suoi bisogni.

Sperimentare, a distanza di 35 anni, la possibilità di affidarsi al terapeuta ha probabilmente riattivato quello stesso conflitto insano fra desiderio di affidarsi ed essere amato e allo stesso tempo paura, rifiuto e allontanamento da quella stessa relazione. Ciò che il terapeuta ha ipotizzato che stesse accadendo sotto i suoi occhi era proprio la difficoltà e la rabbia del paziente di non poter trovare un equilibrio fra queste opposte spinte motivazionali che avevano fino ad allora governato la sua vita impedendone la possibilità di avere delle relazioni affettive stabili e durature.

Un momento importante è stato quello in cui il terapeuta ha spiegato la propria ipotesi al paziente che ha ascoltato in silenzio, con grande concentrazione e commozione, come se finalmente fossero state trovate le parole e le ragioni che spiegassero quello che da sempre sentiva.

Questo passaggio si è rivelato fondamentale per la relazione terapeutica poiché ha permesso il proseguimento del lavoro clinico con una scomparsa delle emozioni di rabbia e allo stesso tempo con la possibilità da parte di Filippo di dire quanto desiderasse proseguire il lavoro terapeutico e allo stesso tempo esplicitare che ne aveva paura, paura di perderlo, paura di essere rifiutato.

Condividere con il paziente una rilettura dei propri agiti automatici (Janet, 1889) in termini di attaccamento, gli ha permesso di comprendere e dare un senso ai propri comportamenti e, passando attraverso un processo di mentalizzazione, poterli verbalizzare e in qualche modo riconoscere e controllare, anziché agirli impulsivamente e inconsapevolmente.

La somministrazione del SAT in soggetti tossicodipendenti si è rivelato uno strumento in grado di riattivare in maniera "controllata" le memorie affettive, attraverso immagini che permettono di avvicinarsi gradualmente alle tematiche dell'attaccamento, anche grazie alla "messa in sicurezza" del paziente nel contesto di cura in cui è stato somministrato.

In conclusione, la conoscenza dello stile di attaccamento del paziente può aiutare il terapeuta a comprendere emozioni e comportamenti che si verificano durante la terapia; a evitare il rischio di riprodurre e riconfermare indirettamente al paziente i suoi modelli operativi interni riattivandone l'attaccamento disfunzionale; a sapere quale può essere la risposta più adeguata al fine di rendere anche il paziente più consapevole del proprio funzionamento emotivo, cognitivo e comportamentale in modo che possa diventare più capace di trovare strategie di regolazione e controllo dei propri stati mentali.

Inoltre parlando di contesti residenziali, il costruito dell'attaccamento/accudimento si declina attraverso un linguaggio ateorico,

facilmente trasferibile agli educatori ed operatori che si trovano a relazionarsi con i pazienti in vari momenti della giornata, non tutti strutturati come invece avviene nella situazione di colloquio strutturato.

La casistica che accede alle comunità residenziali presenta una gravità importante e quindi costruire relazioni e alleanze con questi pazienti è ancora più complesso, in questo la conoscenza del MOI permette di dare linee di intervento il più possibile corrette per lavorare con il paziente.

Bibliografia

- Allen J.G., Fonagy P., Bateman A.W. (2008). Trad. it. *La mentalizzazione nella pratica clinica*. Milano: Raffaello Cortina, 2010.
- Attili G. (2001). *Ansia da separazione e misura dell'attaccamento normale e patologico*. Versione modificata e adattamento italiano del Separation Anxiety Test (SAT). Milano: Unicopli.
- Attili G. (2007). *Attaccamento e costruzione evolutiva della mente*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bartholomew K., Horowitz L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2): 226-44.
- Bateman A. W., Fonagy P. (2004). *Il trattamento basato sulla mentalizzazione*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2006.
- Becoña Iglesias E., del Río E.F., Calafat A., Fernández-Hermida J.R. (2014). Attachment and substance use in adolescence: A review of conceptual and methodological aspects. *Addiciones*, 26(1): 77-86.
- Bowlby J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. London: Hogart Press (trad. it. *Attaccamento e perdita, Vol. 1: L'attaccamento alla madre*. Torino: Boringhieri, 1972).
- Bowlby J. (1973). *Attachment and loss, Vol. 2: Fear and Anxiety*. London: Hogart Press (trad. it. *Attaccamento e perdita, Vol. 2: La separazione dalla madre*. Torino: Boringhieri, 1978).
- Bowlby J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. London: Routledge (trad. it. *Una base sicura*. Milano: Raffaello Cortina, 1989).
- Cantwell R., Brewin J., Glazebrook C., Dalkin T., Fox R., Medley I., Harrison G. (1999). Prevalence of substance misuse in first-episode psychosis. *Br. J. Psychiatry*, 174.
- Caspers K.M., Yucuis R., Troutman B., Spinks R. (2006). Attachment as an organizer of behavior: implications for substance abuse problems and willingness to seek treatment. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 1(32): 1-10.
- Cirillo S., Berrini R., Cambiaso G., Mazza R. (2016). *La famiglia del tossicodipendente*. Milano: Raffaello Cortina.
- Crittenden P. (1999). *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo alla Adult Attachment Interview*. Milano: Raffaello Cortina.
- De Palo F., Capra N., Simonelli A., Salcuni S., Di Riso D. (2014). Parenting quality in drug-addicted mothers in a therapeutic mother-child community: the contribution of attachment and personality assessment. *Frontiers in Psychology*, Articolo 1009, 5, settembre.
- Dixon L., Haas G., Weiden P.J., Sweeney, Frances A.J. (1991). Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. *American Journal of Psychiatry*, 148(2): 224-230.
- Dixon L. (1999). Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcomes. *Schizophrenia Research*, 35(Supplement 1): 93-100.
- Fonagy P., Target M. (1995). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2001.
- Fowler J.-C., Groat M., Ulanday M. (2013). Attachment style and treatment completion among psychiatric inpatients with substance use disorders. *American Journal of Addiction*, Jan, 22(1): 14-7.
- George C., Kaplan N., Main M. (1985). *Adult Attachment Interview*, manoscritto non pubblicato, Department of Psychology, University of California, Berkeley, CA.

- Gerra G., Leonardi C., Cortese E., Zaimovic A., Dell'Agnello G., Manfredini M. (2007). Childhood neglect and parental care perception in cocaine addicts: relation with psychiatric symptoms and biological correlates. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 33(4): 601-610.
- Gerra G., Leonardi C., Cortese E., Zaimovic A., Dell'Agnello G., Manfredini M. (2008). Adrenocorticotrophic hormone and cortisol plasma levels directly correlate with childhood neglect and depression measures in addicted patients. *Addiction Biology*, 13(1): 95-104.
- Grilo C.M., Martino S., Walker M.L., Becker D.F., Edell W.S., McGlashan T.H. (1997). Controlled study of psychiatric comorbidity in psychiatrically hospitalized young adults with substance use disorders. *Am. J. Psychiatry*, 154(9).
- Janet P. (1889). *L'automatismo psicologico*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2013.
- Karpman S. (1968). Fairy tales and script drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin*, 26(7): 39-43.
- Linehan M. (1993). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2011.
- Liotti G. (1992). Disorganizzazione dell'attaccamento e predisposizione ai disturbi funzionali della coscienza. In: Ammaniti M., Stern D. (a cura di). *Attaccamento e psicoanalisi* (pp. 219-232). Bari: Laterza.
- Liotti G., Farina B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lyons-Ruth K., Dutra L., Schuder M.R., Bianchi I. (2009). Il legame tra disorganizzazione dell'attaccamento e dissociazione in età adulta. In: Williams R. (Ed.). *Trauma e relazioni* (pp. 313-343). Milano: Raffaello Cortina.
- Main M., Hesse E. (1990). Parents unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behaviour the linking mechanism? In: Greenberg M., Cicchetti D., Cummings E.M. (a cura di). *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Main M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) model of attachment. In: Parkes C.M., Stevenson-Hinde J., Marris P. *Attachment across life cycle*. London-New York: Routledge.
- Mantovani A., Azzalin F., Fabbri M. (2015). Dipendenze e modelli operativi dell'attaccamento. *Dal Fare al Dire*, 2: 38-47.
- Maremmani I. (1999). Mantenimento metadonico. Dosaggio di stabilizzazione in pazienti con comorbilità psichiatrica. *Boll. Farmacodip. Alcolis.*, XXII(2).
- Monjaras M.A., Mayes L.C., Potenza M.C., Rutherford H.J.V. (2018). A developmental model of addictions: integrating neurobiological and psychodynamic theories through the lens of attachment. *Attachment & Human Development*. doi: 10.1080/14616734.2018.1498113.
- Porges S.W. (2001). The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology*, 42: 123-146.
- Schindler A., Thomasius R., Petersen K., Sack P.M. (2009). Heroin as an attachment substitute? Differences in attachment representations between opioid, ecstasy and cannabis abusers. *Attachment & Human Development*, 11(3): 307-330.
- Schindler A., Broning S. (2015). A Review on Attachment and Adolescent Substance Abuse: Empirical Evidence and Implications for Prevention and Treatment. *Substance Abuse*, 36: 304-313.
- Shaner A., Khalsa M.E., Roberts L., Wilkins J., Anglin D., Hsieh S.C. (1993). Unrecognized cocaine use among schizophrenic patients. *Am. J. Psychiatry*, 150.
- Skodol A.E., Oldham J.M., Gallaher P.E. (1999). Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *Am. J. Psychiatry*, 156.
- Torresani S. (2000). Parental representations in drug-dependent patients and their parents. *Comprehensive Psychiatry*, Mar-Apr, 41(2): 123-9.
- Zimberg S. (1999). A dual diagnosis typology to improve diagnosis and treatment of dual disorder patients. *Journal of Psychoactive Drugs*, 31(1): 47-51.