

## *Attaccamento e psicoterapia*

Arietta Slade\*, Jeremy Holmes\*\*



### **Sommario**

La teoria dell'attaccamento fornisce un modello per comprendere: 1) lo sviluppo nel contesto delle relazioni primarie e formative del bambino; 2) l'orientamento di un adulto verso legami intimi instaurati nel corso della vita, relazioni sociali ed esplorazione autonoma.

I ricercatori in psicoterapia hanno messo in relazione le modalità di attaccamento dei pazienti con l'alleanza terapeutica, il processo clinico e i risultati. Gli studi di rotture e analisi del discorso distinguono i comportamenti in seduta associati a diversi modelli di attaccamento insicuro e identificano vari modi di lavorare con essi. Anche l'organizzazione dell'attaccamento e la capacità di mentalizzazione del terapeuta svolgono un ruolo significativo nel successo terapeutico. I principi chiave della psicoterapia connessa all'attaccamento sono: 1) la relazione di attaccamento terapeuta-paziente è fondamentale per promuovere il cambiamento; 2) il riconoscimento in vivo delle dinamiche di attaccamento durante la terapia guida la formulazione e l'intervento; 3) la terapia può rimodellare le dinamiche di attaccamento.

*Parole chiave:* psicoterapia informata sull'attaccamento, psicoterapia, ricerca sull'attaccamento in psicoterapia, pratica psicoterapeutica.

\* Yale Child Study Center, 230 South Frontage Road, PO Box 207900, New Haven, CT 06520, USA.

\*\* University of Exeter, Exeter, UK.

Corrispondenza autore: arietta.slade@yale.edu

Traduzione italiana a cura di Gabriella Catalano; we are thankful to the publisher for the permission to translate: Slade A., Holmes J. (2019). Attachment and psychotherapy, *Current Opinion in Psychology*, 25: 152-156. doi: 10.1016/j.copsyc.2018.06.008

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 45/2019*

*Arietta Slade, Jeremy Holmes*

## **Abstract**

### *Attachment and Psychotherapy*

Attachment theory provides a model for understanding: 1) development within the context of the child's primary, and formative relationships; and 2) an adult's orientation toward lifelong intimate connections, social relationships, and autonomous exploration.

Psychotherapy researchers have linked measures of patient attachment with therapeutic alliance, process, and outcomes. Studies of ruptures and discourse analysis distinguish in-session behaviors associated with different patterns of insecure attachments, and identify distinct ways of working with them. The therapist's own attachment organization and mentalizing capacity also play a significant role in therapeutic success. The key tenets of attachment-informed psychotherapy are: 1) the therapist-patient attachment relationship is central to promoting change; 2) the *in vivo* recognition of attachment dynamics during therapy guides formulation and intervention; and 3) therapy can reshape attachment dynamics.

*Key words:* attachment-informed psychotherapy, psychotherapy, attachment, psychotherapy research, psychotherapy practice.

I nostri obiettivi in questo breve report sono: contestualizzare la rilevanza della teoria dell'attaccamento per la psicoterapia dell'adulto; revisionare la ricerca pertinente all'argomento oggetto d'interesse e delineare gli elementi fondamentali della psicoterapia connessa all'attaccamento.

## **L'importanza della teoria dell'attaccamento per la psicoterapia**

L'attaccamento in psicoterapia è emerso come paradigma dello sviluppo infantile negli anni '50, grazie al lavoro dei suoi co-fondatori John Bowlby e Mary Ainsworth (Ainsworth *et al.*, 1978; Bowlby, 1969/1982; Holmes, 1993/2013; Holmes Slade, 2018; Slade e Holmes, 2013). Sebbene entrambi fossero clinici, non prima del secondo millennio il mondo della clinica ha iniziato a considerare seriamente la sua rilevanza per la psicoterapia. Per Bowlby, la dinamica dell'attaccamento fornisce le esperienze relazionali uniche che ci rendono ciò che siamo. I bambini sono pronti a cercare guide "più forti e più sagge" che assicurino la sopravvivenza fisica ed emotiva e facilitino l'esplorazione e la scoperta. Non vi è alcuna garanzia che tali guide siano adeguate; tuttavia, l'imperativo biologico del bambino impone che – tranne nelle circostanze più terribili – si affezionino a coloro che se ne prendono cura nei loro primi istanti di vita.

L'organizzazione dell'attaccamento si riferisce – in entrambi, bambini

(Ainsworth *et al.*, 1978) e adulti (Main *et al.*, 1985) – a quattro modelli principali: sicuro, insicuro-organizzato (“respingente/evitante” e “preoccupato/ansioso”), e insicuro-disorganizzato, (“irrisolto”) (Main e Hesse, 1990; Main e Solomon, 1990).

Negli attaccamenti sicuri, i genitori o care giver sono “abbastanza bravi” (Winnicott, 1965) nel soddisfare i bisogni di sicurezza del bambino, e sono in grado di regolare le proprie esperienze emotive, organizzando e dando senso al bene, al male e al brutto.

In un attaccamento insicuro, la sicurezza del bambino è minacciata in modo nascosto o manifesto. Le emozioni che minacciano la relazione sono distorte o ignorate, lasciando che il bambino le gestisca da solo. Il paradosso di un attaccamento insicuro è che maggiori sono le minacce alla sicurezza emotiva e fisica del bambino, più intenso è il bisogno di sicurezza che, tuttavia, è poco probabile che sia disponibile (10). Ulteriormente, maggiore è l’effetto non regolato che tali minacce generano, più è probabile che questo conduca alla psicopatologia, a sua volta motivo di richiesta di psicoterapia in età adulta (Lyons-Ruth e Jacobvitz, 2016; Stovall-McClough e Dozier, 2016).

Van IJzendoorn e Bakermans-Kranenburg (Van IJzendoorn e Bakermans-Kranenburg, 2009) hanno riferito che nelle popolazioni cliniche il 21% risultava sicuro, il 23% evitante il 13% preoccupato. L’irrisolto viene valutato ortogonalmente sulla dimensione sicura/insicura: quasi la metà (43%) risultava irrisolta. Pertanto, la maggior parte delle persone in cerca di trattamento avrà modi insicuri (cioè problematici, dolorosi e autolesionistici) di gestire la propria vita emotiva. I tre modelli di attaccamento insicuro riflettono sforzi distinti e dinamici per difendersi da intense emozioni e regolare le relazioni interpersonali, ponendo sfide specifiche alla terapia.

L’individuo “sottostimolato”, evitante, respinge il terapeuta; le persone sovrastimolate, preoccupate, fanno richieste, ma resistono alla vicinanza, mentre i portatori di una sofferenza in termini di disregolazione, dissociazione e assenza di risoluzione sembrano temere e respingere l’intimità, spesso con veemenza e pericolosamente. Il cambiamento in psicoterapia dipende dall’identificazione e dalla modifica di questi schemi relazionali (Holmes e Slade, 2018).

## **Ricerca su attaccamento e psicoterapia**

Da un punto di vista clinico, le domande più urgenti riguardano la differente disponibilità al processo terapeutico di diversi modelli di

*Arietta Slade, Jeremy Holmes*

attaccamento, i loro esiti diversi in psicoterapia e/o e l'eventuale necessità di nuovi approcci e strategie di trattamento specifici (Slade, 2016).

Ad oggi, la letteratura offre molti suggerimenti, ma poche risposte chiare a queste domande (vedi anche Johnson, su questo numero). Pochi studi hanno avuto il potere sufficiente per distinguere i vari tipi di insicurezza, e ci sono state variazioni tra gli studi in relazione a metodologia, gravità della psicopatologia, lunghezza e tipo di trattamento, oltre al livello di esperienza del terapeuta. Ancora più importante, l'attaccamento stesso è stato misurato in diversi modi. Molti studi si basano sulle misure di stile di attaccamento sviluppate da Philip Shaver e dai suoi colleghi (vale a dire, la scala delle esperienze nelle relazioni strette; ECR) (Brennan *et al.*, 1998), mentre un piccolo numero usa il più articolato, sebbene più impegnativo, sistema di classificazione categoriale (AAI; Main *et al.*, 1985) di intervista sull'attaccamento negli adulti (Adult Attachment Interview), non direttamente paragonabile alle classificazioni dello stile di attaccamento (Roisman *et al.*, 2007).

### *L'attaccamento del paziente e l'alleanza terapeutica*

Un orientamento sicuro dell'attaccamento (come misurato dall'ECR o AAI) e/o l'attaccamento al terapeuta (Mallinckrodt *et al.*, 1995), predicono un'alleanza positiva e un maggiore impegno nella terapia (Diener e Monroe, 2011; Mikulincer *et al.*, 2013). Tuttavia, l'orientamento dell'attaccamento e l'attaccamento del paziente al terapeuta sono solo moderatamente correlati; quindi, un paziente insicuro può potenzialmente sviluppare un attaccamento sicuro con il terapeuta (Mallinckrodt *et al.*, 2005). Poiché molti studi sull'attaccamento e l'alleanza terapeutica si basano su scale di alleanze lineari (cioè da basse ad alte), non si fa distinzione tra i tipi di alleanze associate a diversi tipi di insicurezza, di conseguenza non danno chiarimenti su come la particolare dinamica dell'insicurezza influisca sulla relazione terapeuta-paziente. Un'eccezione è stata lo studio innovativo di Dozier (Dozier, 1990), che ha trovato differenze teoricamente prevedibili tra i pazienti evitanti e preoccupati in termini di compliance, ricerca di aiuto, apertura e uso del trattamento.

Da allora, un piccolo numero di studi ha collegato il grado di evitamento con alleanza debole, scarse rotture e transfert negativo (Mallinckrodt *et al.*, 1995; Eames e Roth, 2000; Kanninen *et al.*, 2000; Woodhouse *et al.*, 2003), anche se i pazienti evitanti, i cui terapeuti sono stati in grado di sfruttare momenti emotivamente carichi nelle sedute, hanno trovato la terapia più utile

(Janzen, 2008). Il corso della terapia per i pazienti ansiosi o preoccupati è molto più irregolare, quindi, con rotture o mutevolezza nell'alleanza e oscillazioni tra sentimenti negativi e positivi nei confronti del terapeuta (Eames e Roth, 2000; Kanninen *et al.*, 2000; Woodhouse *et al.*, 2003). Queste differenze confermano i modelli distinti nel grado di sovra o sotto-stimolazione, tipici degli orientamenti di attaccamento evitante e preoccupato (Holmes e Slade, 2018).

Più recentemente, i ricercatori hanno esaminato gli atti linguistici o il comportamento del discorso durante le sedute terapeutiche, trovando di nuovo differenze teoricamente prevedibili tra pazienti evitanti e pazienti preoccupati. I pazienti sicuri usano il linguaggio per suscitare e mantenere la vicinanza emotiva con il terapeuta e hanno maggiori probabilità di esprimere apertamente disagio, chiedere aiuto, mostrare gratitudine e rispondere in modo creativo agli interventi del terapeuta.

I pazienti preoccupati tendono a ostacolare i tentativi del terapeuta di intervenire, non riescono a dare un senso ai punti di vista dei terapeuti, trasmettendo la propria esperienza in modo vago o confuso, cercando/resistendo al contatto, simultaneamente. I pazienti evitanti tendono a minimizzare la divulgazione, trasmettere autosufficienza e minimizzare lo stress (Talia *et al.*, 2014). Rispetto ai pazienti preoccupati, parlano meno e hanno meno probabilità di iniziare narrazioni (Daniel *et al.*, 2011).

#### *Attaccamento del paziente ed esiti in terapia*

Una recente meta-analisi sulle connessioni tra stile di attaccamento ed esiti del trattamento (Levy *et al.*, 2011) indica che l'attaccamento preoccupato/ansioso predice un processo di trattamento più difficile e potenzialmente meno utile. L'attaccamento evitante, al contrario, sembra non correlato ai risultati del trattamento, e quindi non preclude necessariamente il successo terapeutico. Un piccolo numero di studi ha misurato il cambiamento nella classificazione mediante AAI, nel corso del trattamento con pazienti altamente disturbati/borderline, ottenendo risultati incoraggianti.

Il trattamento intensivo in regime ospedaliero (Fonagy *et al.*, 1996), la psicoterapia focalizzata sul transfert (Levy *et al.*, 2006) e la terapia dell'esposizione (Stovall-McClough e Cloitre, 2003) sono stati tutti associati a cambiamenti da attaccamento disorganizzato a un tipo insicuro-organizzato o sicuro.

*Arietta Slade, Jeremy Holmes*

### *L'attaccamento del terapeuta, l'alleanza terapeutica e i risultati*

Vi è un ampio consenso sul fatto che la capacità del terapeuta di promuovere una “relazione terapeutica facilitante” sia la chiave del successo terapeutico (Wampold, 2005). I primi studi hanno collegato la sicurezza dell'attaccamento proprio del terapeuta alle valutazioni dell'alleanza e all'esperienza di utilità della terapia (Daniel, 2006; Dozier *et al.*, 1994; Mikulincer *et al.*, 2013).

Hanno indicato che gli stili di attaccamento del paziente e del terapeuta interagiscono, in modo tale che i terapeuti insicuri probabilmente amplificheranno le difese del paziente piuttosto che esplorare i bisogni sottostanti, presumibilmente perché le proprie difese e ansie sono inconsciamente attivate dal paziente, senza essere accessibili alla mentalizzazione (Dozier *et al.*, 1994). Studi recenti suggeriscono che il funzionamento riflessivo del terapeuta (RF) o la capacità di mentalizzazione possono essere più importanti dell'organizzazione dell'attaccamento nel prevedere l'efficacia della terapia, pertanto, l'attaccamento sicuro sembra compensare gli effetti di una ridotta capacità riflessiva (RF) del terapeuta, mentre un'elevata capacità riflessiva può rendere meno dannosi gli effetti dell'attaccamento insicuro del terapeuta (Cologon *et al.*, 2017).

### *Adattare gli approcci clinici allo stile di attaccamento del paziente*

Un'implicazione della ricerca sopra descritta è che i terapeuti dovrebbero adattare le loro tecniche in base all'orientamento dell'attaccamento di un singolo paziente. Il contenimento (o le strategie di disattivazione) risulta più utile per coloro che sono ansiosi o preoccupati in relazione all'attaccamento, mentre una maggiore reattività emotiva (strategie di attivazione) sembra utile per i pazienti con una tendenza a respingere o evitare emozioni negative (Tyrrell *et al.*, 1999).

Tuttavia, il tipo di attaccamento del terapeuta determina l'esito della modifica applicata alle tecniche, in relazione agli esiti desiderati. I terapeuti che erano sicuri – ma tendevano ad essere più disattivanti ed evitanti – erano ritenuti più utili dai pazienti preoccupati, mentre i pazienti con un attaccamento di tipo ansioso-preoccupato trovavano più funzionali i terapeuti sicuri, ma piuttosto distanzianti (Tyrrell *et al.*, 1999).

Daly e Mallinckrodt (Daly e Mallinckrodt, 2009) hanno aggiunto argomenti a questo problema, riferendo che i terapeuti esperti (probabilmente

più sicuri come terapeuti rispetto ai principianti) tendevano a rispondere in modo complementare allo stile di attaccamento del paziente, durante la fase di coinvolgimento e costruzione delle relazioni, ma più tardi, una volta stabilito un clima di fiducia, avrebbero sfidato delicatamente il paziente rispondendo “fuori stile” alle loro difese di attaccamento. Questi terapeuti sicuri o esperti (o entrambi!) cambiano il loro modo di rispondere nel tempo, in funzione dei bisogni di sicurezza e di splorazione dei pazienti.

La capacità del terapeuta di rispondere sia in maniera congrua che non allo stile di attaccamento può anche essere una manifestazione di capacità di mentalizzazione più elevate (Cologon *et al.*, 2017), e ricerche recenti indicano che un training su questa abilità può migliorare la capacità riflessiva del terapeuta (Ensink *et al.*, 2013).

Come evidenziato in precedenza, i pazienti con orientamenti di attaccamento non risolti o disorganizzati costituiscono quasi la metà se non la maggior parte della popolazione clinica (Van IJzendoorn e Bakermans-Kranenburg, 2009); hanno anche maggiori probabilità di ricevere diagnosi di borderline o di altri gravi disturbi della personalità (Lyons-Ruth e Jacobvitz, 2016; Linhean, 1993). È ampiamente riconosciuto che questi pazienti siano più difficili da trattare e richiedano terapie mirate specificamente alla loro diagnosi (Fonagy *et al.*, 1996; Westen *et al.*, 2007; Bateman e Fonagy, 2009). Gli individui con gravi disturbi della personalità tendono ad essere sottorappresentati negli studi sopra descritti. Eccezioni sono gli esiti di studi su tre terapie progettate specificamente per i pazienti con disturbo borderline di personalità (Levy *et al.*, 2006; Bateman e Fonagy, 2009; Linhean, 1993). Lavorare con la dinamica dell’attaccamento è fondamentale in ciascuno di questi trattamenti.

### **Psicoterapia informata sull’attaccamento**

Oggi, i professionisti appartenenti a diversi orientamenti (comportamentali, psicodinamici, focalizzati sul trauma) vedono la dinamica dell’attaccamento come fondamentale per il processo terapeutico e come un processo informativo sul modo in cui dar senso all’esperienza dei loro pazienti e lavorare per apportare un cambiamento.

Principi di base di una psicoterapia informata sull’attaccamento includono quanto segue.

*1. La relazione di attaccamento terapeuta-paziente è fondamentale per promuovere il cambiamento. Un compito terapeutico primario è quello di*

*Arietta Slade, Jeremy Holmes*

fornire sia sicurezza emotiva che una base sicura per l'esplorazione. Le competenze terapeutiche chiave includono la capacità di formare e sostenere relazioni di fiducia sicure, regolare con sensibilità le emozioni, mentalizzare, validare l'autonomia e l'agire intrinseci del paziente e adottare una posizione di "radicale accettazione" degli adattamenti dei pazienti e della loro necessità di sopravvivenza, specialmente quando sono molto problematici<sup>1</sup>. Queste capacità sono cruciali per ridurre la minaccia che i pazienti sentono nell'affrontare il loro dolore e la loro sofferenza e nel riuscire a fidarsi del terapeuta (Slade, 2014). La dinamica dell'attaccamento può essere attivata sia nei terapeuti che nei pazienti; di conseguenza, i terapeuti efficaci devono essere attenti e riflettere sui propri stati mentali di attaccamento.

*2. Il riconoscimento delle dinamiche di attaccamento in vivo durante le sessioni terapeutiche fornisce una ricca fonte di informazioni per la formulazione e l'intervento.* Una competenza terapeutica chiave è la capacità di osservare ed essere consapevoli dell'orientamento dell'attaccamento del paziente sia nella vita quotidiana che nella relazione terapeutica. L'invito a dare voce alle proprie emozioni in terapia attiverà invariabilmente difese diverse in pazienti diversi, portando il terapeuta a chiedersi quale sia la natura delle dinamiche di attaccamento specifiche dell'individuo e la qualità dei suoi sforzi per la sopravvivenza emotiva. Più importante della classificazione/stile dell'attaccamento di un paziente, di per sé, è l'attenzione clinica agli sforzi, momento per momento, per regolare la paura e l'ansia.

*3. La terapia ha il potenziale per rimodellare la dinamica dell'attaccamento.* Poiché l'attaccamento è un sistema dinamico piuttosto che statico, attivato dai processi relazionali della psicoterapia, diventano possibili sia la ricapitolazione che la trasformazione. I terapeuti mirano a migliorare la flessibilità e l'apertura, promuovere la vicinanza e favorire l'esplorazione e l'autonomia, aiutare a generare competenza narrativa e, attraverso queste, un senso di sé più ampio e affettivamente coerente.

Questi usano la loro comprensione dell'attaccamento per immaginare e co-creare un'immagine del primo ambiente emotivo alla base delle disposizioni e delle difese dell'attaccamento. L'espressione delle emozioni negative è utile per i pazienti con stili di attaccamento evitante, ma meno con quelli preoccupati.

<sup>1</sup> L'accettazione radicale qui differisce dall'utilizzo che ne fa la Linehan, la quale si riferisce alla capacità del paziente di accettare radicalmente le cose nel modo in cui si presentano. Qui descriviamo l'atteggiamento del terapeuta.



Qui, “abitare nel negativo” è una posizione abituale, che può essere rafforzata dall’enfasi incessante dei terapeuti sulla collera/rabbia/invidia, ecc. Nel complesso, con i pazienti evitanti, l’obiettivo è “rompere” rappresentazioni rigide e anaffettive; con le persone preoccupate e disorganizzate portare la narrazione fuori da emozioni travolgenti, illimitate e caotiche (Holmes, 2001).

## Conclusioni

Mentre il numero di studi sull’attaccamento e sulla psicoterapia continua ad aumentare, il campo è ricco di possibilità. Recenti scoperte, in particolare nel campo dell’analisi del discorso, offrono interessanti opportunità per esplorare le componenti fondamentali di terapie efficaci e, insieme al fiorente campo della neuroscienza relazionale (Moutoussis *et al.*, 2014), svolgeranno un ruolo crescente nella formazione e nella valutazione della psicoterapia degli adulti nei prossimi anni. Data la complessa interazione tra le dinamiche di attaccamento del terapeuta e del paziente, le ricerche future dovrebbero essere rivolte ai complementari effetti dell’attaccamento sicuro e della capacità di mentalizzazione dei terapeuti nel promuovere il cambiamento e migliorare il mancato adattamento legato all’attaccamento. Sulla stessa linea, risulta cruciale un training per i terapeuti volto a stabilire una fiducia epistemica con il paziente (Fonagy e Allison, 2014).

## BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E., Wall S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bateman A., Fonagy P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166: 1355-1364.
- Bowlby J. (1969/1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books (original work published 1969).
- Brennan K.A., Clark C.L., Shaver P.R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In Simpson J.A., Rholes W.S. (eds.), *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press, pp. 46-76.
- Cologon J., Schweitzer R., King R., Nolte T. (2017). Therapist reflective functioning, therapist attachment style, and therapist effectiveness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44: 614-625.

Arietta Slade, Jeremy Holmes

- Daly K., Mallinckrodt B. (2009). A grounded-theory model of experts' approach to psychotherapy for clients with attachment avoidance or attachment anxiety. *Journal of Counseling Psychology*, 56: 549-563.
- Daniel S.I.F. (2006). Adult attachment patterns and individual psychotherapy: A review. *Clinical Psychology Review*, 26: 968-984.
- Daniel S.I.F. (2011). Adult attachment insecurity and narrative processes in psychotherapy: An exploratory study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18: 498-511.
- Diener M.J., Monroe J.M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 48(3): 237-248.
- Dozier M. (1990). Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology*, 2: 47-60.
- Dozier M., Cue K., Barnett L. (1994). Clinicians as caregivers: Role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62: 793-800.
- Eames V., Roth A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance: A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research*, 10: 421-434.
- Ensink K., Maheux J., Normandin L., Sabourin S. (2013). The impact of mentalization training on the reflective function of novice therapists: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 23: 526-538.
- Fonagy P., Leigh T., Steele M., Steele H., Kennedy R., Mattoon G. *et al.* (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64: 22-31.
- Fonagy P, Allison E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51: 372-380. doi: 10.1037/a0036505
- Holmes J.A. (1993/2013). *John Bowlby and attachment theory*. London: Routledge.
- Holmes J.A. (2001). *The search for the secure base: Attachment theory and psychotherapy*. London: Routledge.
- Holmes J.A. Slade A. (2018). *Attachment in therapeutic practice*. London: Sage Publications.
- Janzen J., Fitzpatrick M., Drapeau M. (2008). Processes involved in client-nominated relationship building incidents: Client attachment, attachment to therapist, and session impact. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45: 377-390.
- Kanninen K., Salo J., Punamaki R.L. (2000). Attachment patterns and working alliance in trauma therapy for victims of political violence. *Psychotherapy Research*, 10: 435-449.
- Levy K.N., Ellison W.D., Scott L.N., Bernecker S.L. (2011). Attachment style. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2): 193-203.
- Levy K.N., Meehan K., Kelly K.M., Reynoso J., Weber M., Clarkin J. *et al.* (2006). Changes in attachment patterns and reflective function in a randomized control

- trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74: 1027-1040.
- Linehan M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lyons-Ruth K., Jacobvitz D. (2016). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In: Cassidy J., Shaver P. (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 3rd ed. New York: Guilford Publications, pp. 667-696.
- Main M., Hesse E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In: Greenberg M.T., Cicchetti D., Cummings E.M. (eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago: University of Chicago Press, pp. 161-182.
- Main M., Kaplan N., Cassidy J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. In: Bretherton I., Waters E. (eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2, Serial n. 209): 66-107.
- Main M., Solomon J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg M.T., Cicchetti D., Cummings E.M. (eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago: University of Chicago Press, pp. 95-124.
- Mallinckrodt B., Gantt D.L., Coble H.M. (1995). Attachment patterns in the psychotherapy relationship: Development of the client attachment to therapist scale. *Journal of Counseling Psychology*, 42: 307-317.
- Mallinckrodt B., Porter M.J., Kivlighan D.M. Jr. (2005). Client attachment to therapist, depth of in-session exploration, and object relations in brief psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42: 85-100.
- Mikulincer M., Shaver P.R., Berant E. (2013). An attachment perspective on therapeutic processes and outcomes. *Journal of Personality*, 81: 606-616.
- Moutoussis M., Fearon P., Eel-Deredy W., Dolan R., Friston K. (2014) Bayesian inferences about the self (and others): a review. *Consciousness and Cognition*, 25: 67-78. doi: 10.1016/j.concog.2014.01.009
- Roisman G.I., Holland A., Fortuna K., Fraley R.C., Clausell E., Clarke A. (2007). The adult attachment interview and self-reports of attachment style: An empirical rapprochement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92: 678-697.
- Slade A. (2014). Imagining fear: Attachment, threat, and psychic experience. *Psychoanalytic Dialogues*, 24: 254-266.
- Slade A. (2016). Attachment and adult psychotherapy: Theory, research, and practice. In: Cassidy J., Shaver P. (eds.), *The Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*, 3rd Edition. New York: Guilford Publications, pp. 759-779.

Arietta Slade, Jeremy Holmes

- Slade A., Holmes J.A. (2013). *Attachment theory*. London: Sage.
- Stovall-McClough C., Cloitre M. (2003). Reorganization of traumatic childhood memories following exposure therapy. *Annals of the New York Academy of Science*, 1008: 297-299.
- Stovall-McClough C., Dozier M. (2016). Attachment states of mind and psychopathology in adulthood. In: Cassidy J., Shaver P. (eds.), *The Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*, 3rd Edition. New York: Guilford Publications, pp. 715-738.
- Talia A. *et al.* (2014). AAI predicts patients' in-session interpersonal behavior and discourse: A "move to the level of the relation" for attachment-informed psychotherapy research. *Attachment and Human Development*, 16(2): 192-209.
- Tyrrell C.L., Dozier M., Teague G.B., Falot R.D. (1999). Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders: The importance of attachment states of mind. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67: 725-733.
- Van IJzendoorn M.H., Bakermans-Kranenburg M.J. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment and Human Development*, 11: 223-263.
- Wampold B. (2015). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*, 2<sup>nd</sup> edition. Hillsdale, NJ: Jason Aronson.
- Westen D., Nakash O., Thomas C., Bradley R. (2007). Clinical assessment of attachment patterns and personality disorder in adolescents and adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74: 1065-1085.
- Winnicott D.W. (1965). *Maturational processes and the facilitating environment*. London: Taylor & Francis.
- Woodhouse S.S., Schlosser L.Z., Crook R.E., Ligiero D.P., Gelso C.J. (2003). Client attachment to therapist: Relations to transference and client recollections of parental caregiving. *Journal of Counseling Psychology*, 50: 395-408.