

## **La relazione fra l'attaccamento, le rappresentazioni interne ed il fenomeno alcolismo: il progetto di recupero dell'amabilità e del senso di efficacia personale**

**di Rossana Travaglini\***

### *Introduzione*

L'attaccamento può essere definito come un sistema comportamentale finalizzato a raggiungere e mantenere il contatto con una figura in grado di dare sicurezza e protezione. Il bisogno che muove i comportamenti del bambino è, dunque, la ricerca della sicurezza e della protezione. Tale sistema si è selezionato per garantire la sopravvivenza della specie ed è un sistema motivazionale primario, indipendente dall'offerta di nutrimento (e quindi dalla gratificazione orale) e legato, invece, alla necessità di intimità e di legami affettivi. (Ainsworth, 1963; Ainsworth & Bowlby, 1991; Ainsworth, Bells, & Stayton, 1974; Bowlby, 1958, 1969, 1973, 1980, 1988; Holmes, 1993; Lorenzini-Sassaroli, 1995; Caviglia, 2003).

Il bambino ha una propensione biologica a formare legami di attaccamento che però poi potranno risultare funzionali o patologici a seconda dell'interazione bambino-caregiver. (Ainsworth, & Eichberg, 1995; Bowlby, 1988; Liotti, 1992; Greenberg, 2002).

La teoria dell'attaccamento propone un modello di mente relazionale perchè ritiene che il mondo interno si costruisca attraverso le relazioni per cui le costruzioni intrapsichiche (definibili come Modelli Operativi Interni o rappresentazioni interne o schemi cognitivi) nascono nella relazione bambino-caregiver. Infatti, sulla base di eventi relazionali ripetuti, il bambino prima e l'adulto poi sviluppano idee di sé e del mondo in base alle quali produrranno aspettative e previsioni da cui dipendono il funzionamento interpersonale ed i comportamenti. Nella memoria si fissano esperienze relazionali (le strategie di attaccamento) che diventano modelli mentalizzati di relazione, una sorta di prototipo di interazione, derivato da ciò che si è appreso e che viene riproposto poi successivamente. Queste esperienze relazionali precoci diventano una guida sia nei rapporti con gli altri sia nella modalità di dare significato all'esperienza perchè sulla base della definizione degli aspetti essenziali di sé e del mondo, impressi nella memoria semantica in modo indelebile, si costruiscono le aspettative che permettono di fare previsioni ed organizzare i comportamenti. (Grossmann, & Grossmann, 1995).

Le informazioni racchiuse nelle esperienze relazionali precoci danno luogo alle rappresentazioni interne, note anche con il termine di Modelli Operativi Interni; esse riguardano varie tematiche: il sentimento di essere degno, amabile, meritevole di cure, capace, forte ed efficace; la possibilità di essere accettato, ascoltato e legittimato nella percezione dei propri bisogni; l'affidabilità ed i comportamenti attesi dagli altri (accettazione, cura, protezione oppure rifiuto, intrusività, maltrattamento); la modalità di chiedere aiuto, le strategie per avvicinare le figure significative e la distanza ottimale nel rapporto con loro (Bowlby, & Robertson, 1992; Brethertoni, 1992; Lorenzini-Sassaroli, 1995).

Dunque gli adulti ricreano, nei rapporti interpersonali, le esperienze relazionali infantili (si potrebbe parlare di una sorta di coazione a ripetere, che ricorda il concetto, a suo tempo, proposto da Freud) (Freud, 1911; Gabbard, 1992); la ripetizione è legata alla fissazione nella memoria di esperienze precoci che diventano modelli mentalizzati di relazione.

L'ipotesi di questo lavoro è che l'alcolismo possa rappresentare un tentativo di recuperare il senso di efficacia personale ed i sentimenti di amabilità e di dignità personale, compromessi a causa dello sviluppo di idee di sé e del mondo, dolenti e pervasive, nate a partire da un accadimento disfunzionale.

---

\* Dirigente Medico I Livello Psichiatra ASL 10 Firenze. Consulente Psichiatra del Centro di Alcologia dell'AOU Careggi, Firenze

## *Materiali e Metodi*

Ho considerato cinque pazienti (quattro femmine ed un maschio, di età compresa fra 37 e 60 anni) afferenti ad un centro alcologico all'interno di un'azienda ospedaliera, in astinenza da almeno tre settimane, con esclusione di disturbi indotti secondo i criteri del DSM IV. Due di essi presentano anche disturbi del comportamento alimentare (bulimia nervosa), diagnosticabili sempre secondo i criteri del DSM IV (Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali IV Edizione). Le rappresentazioni interne e gli schemi cognitivi sono stati individuati e valutati attraverso colloqui clinici con setting variabile ma con frequenza almeno quindicinale e attraverso l'uso di strumenti cognitivo-costruttivisti: schede ABC (trasformate in una sorta di diario dell'uso di alcool) e autocaratterizzazione (Cionini, 1991; Fonagy, & Target, 2001; Guidano, 1988; Kelly, 2004; Semerari, 2002). Le schede ABC vengono date da compilare al paziente al di fuori della seduta quando vive stati emotivi problematici (nel caso di alcolisti quando sentono il desiderio di bere e/o lo fanno, per cui di fatto diventano una sorta di diario dell'impulso a bere e dei consumi); la scheda è suddivisa in quattro colonne: nella prima devono essere annotati gli eventi e gli antecedenti dello stato emotivo problematico; nella seconda i pensieri che la persona riconosce prima, durante o dopo; nella terza le emozioni provate e riconosciute; nella quarta i comportamenti scelti per fronteggiare e gestire la situazione. Attraverso una serie di domande a partire dalle emozioni e dai pensieri connessi è possibile risalire alle idee più profonde e pervasive che le persone hanno di sé e del mondo e capire il ruolo del comportamento scelto (in tal caso l'assunzione dell'alcool). L'autocaratterizzazione consiste nello scrivere un breve profilo di se stessi, in terza persona singolare, come se a parlare fosse una persona intima che conosce bene il soggetto; poi a partire dagli aggettivi utilizzati per questa autodescrizione, attraverso domande specifiche ("cosa non le va nel fatto di essere/non essere...? Cosa non le piace del fatto di essere/non essere...? Come definirebbe una persona che...?) ed analizzando i poli opposti degli aggettivi stessi è possibile risalire alle rappresentazioni interne.

## *Scopo dello Studio*

1) *Individuare se esiste un rapporto fra le rappresentazioni interne e l'uso dell'alcool:* l'assunzione dell'alcool può avere un significato strumentale rispetto alla gestione di stati emotivi problematici derivanti da idee dolenti, disfunzionali ma pervasive di sé e del mondo (alcolismo come comportamento ripetitivo e tentativo, ovviamente fallimentare, di gestione/risoluzione di dinamiche intrapsichiche ed interpersonali fonte di sofferenza); oppure può diventare una sorta di "base sicura", cioè un punto di riferimento, una specie di rifugio o di figura di attaccamento in persone che non hanno mai fatto sincere esperienze di accudimento.

2) *Individuare in modo più approfondito il ruolo dell'alcool nell'economia mentale della persona:* in linea teorica ci possono essere, a mio avviso, tre possibilità, anche se poi non è sempre facile, praticamente, fare una netta distinzione:

a) *uso dell'alcool come strategia di mastery per affrontare e gestire stati emotivi problematici.*

L'uso strumentale della sostanza, in tali casi, si verifica a partire da un processo di regolazione narcisistica tutto sommato abbastanza riuscito e completato. Si tratta di persone che scelgono strategie di *problem solving* errate e/o dannose, non riuscendo ad effettuare un bilancio appropriato fra rischi e benefici del comportamento scelto per gestire i propri stati emotivi problematici. In questi casi le rappresentazioni di sé sono soprattutto quelle di persone inefficaci, incapaci o inadeguate e del mondo come giudicante. Si sentono spesso al centro dell'attenzione degli altri, sotto giudizio o sotto esame e danno la stessa importanza alla

considerazione di chiunque stia loro intorno, senza riuscire a fare delle differenze. Fra i cinque casi da me considerati in questo lavoro due soggetti presentavano tali caratteristiche.

*b) uso dell'alcool come sostituto di figure di accudimento (alcool come una sorta di base sicura):* tentativo improprio di colmare un bisogno di accudimento/relazione profondo ed idealizzato. In questi casi il distacco dalla sostanza deve essere attentamente ponderato e tentato solo quando la persona sia effettivamente pronta, per non incorrere in un peggioramento del quadro clinico (tentativo si suicidio, destrutturazione psicotica, spostamento e trasformazione del sintomo). In questi casi le rappresentazioni di sé sono di persone non amabili ed indegne mentre quelle del mondo essenzialmente come rifiutante: si aspettano di essere rifiutate ed abbandonate sempre e comunque. Due dei pazienti da me considerati presentavano tale funzionamento.

*c) ruolo dell'alcool nel processo di regolazione narcisistica:* uso della sostanza come modalità di volere bene a se stessi, nel tentativo di raggiungere un'adeguata affermazione personale, nel costruire un'immagine di sé accettabile ai propri occhi, nel gestire disconferme e frustrazioni senza che esse diventino destrutturanti. Uno dei pazienti dello studio presentava un chiaro blocco del processo di regolazione narcisistica.

#### *Risultati e Discussione*

In tutti i cinque pazienti è stato possibile individuare precise rappresentazioni di sé e del mondo: in tre casi idee di Sé come indegno, disgustoso, non amabile, inutile e del mondo come rifiutante mentre negli altri due casi Sé come incapace, inadeguato, inefficace e mondo come giudicante/rifiutante. In due casi vi era un uso strumentale dell'alcool, a partire, però, da un processo di regolazione narcisistica tutto sommato riuscito e completato; le persone usavano strategie di *mastery* errate e/o dannose, a causa di una scorretta valutazione del rapporto costi/benefici del comportamento scelto (uso dell'alcool).

In tre dei pazienti presi in considerazione, attraverso i colloqui clinici (con particolare attenzione alla ricostruzione della storia di vita e delle relazioni con le figure significative), ho potuto rilevare un accudimento disfunzionale che ha portato ad un blocco o ad una anomalia nel processo di regolazione narcisistica; in due casi l'alcool era vissuto come una sorta di figura di attaccamento ed andava a colmare un bisogno di relazione ed accudimento profondo ed idealizzato. Così il legame con la sostanza era talmente profondo e viscerale, da far dubitare al terapeuta dell'opportunità di metterlo in discussione, per evitare un possibile peggioramento del quadro clinico. Infine uno dei pazienti da me considerato in questo lavoro presentava un blocco nel processo di regolazione narcisistica che si era, infatti, arrestato all'inizio. Il paziente si è sempre sentito criticato e giudicato dal padre che di fatto lo ha come "castrato", impedendogli di riuscire ad accettarsi, di legittimare le proprie inclinazioni e percezioni e di tollerare i propri limiti. Così il paziente da sempre rincorre un'immagine ideale di sé che però non può raggiungere mai: ogni conquista è sminuita, vissuta come dovuta e accantonata perchè confrontata con ciò che non è e/o che non riesce ad essere; non sa dare valore né gioire dei risultati raggiunti, si sente sempre sotto esame e vive ogni situazione come prestazione da cui dovrà essere definito e dedotto il valore della sua persona. L'alcool gli è servito per sopportare il fatto di non riuscire ad essere come pensa di dover essere (perfetto) e per accettare i propri limiti, talvolta anche per poter staccare da un rimuginio continuo e doloroso su queste tematiche ("per non pensare...").

Come si arriva all'uso di alcool da tali rappresentazioni? A mio avviso a partire da queste rappresentazioni (con le caratteristiche che ho cercato di mostrare), si verificano una o più anomalie all'interno del processo di regolazione narcisistica.

Esso prevede diverse tappe: 1) l'essere riconosciuti speciali dalle figure di accudimento (gli occhi dei genitori che si illuminano di fronte al proprio figlio, comunque esso sia); 2) il bisogno di rifornimento narcisistico: necessità di vedere riconosciuti i propri bisogni, percezioni, scelte, inclinazioni; 3) l'individuazione/separazione dalle figure genitoriali; 4) il raggiungimento di un preciso ruolo nel mondo e la conquista di una propria originalità.

La disregolazione nel processo di accettazione e di voler bene a se stessi può avvenire a vari livelli e con diverse modalità; le più frequenti ed importanti sono:

1) *Non sentirsi riconosciuti come speciali agli occhi delle figure significative;*

2) *Mancata legittimazione dei bisogni e delle percezioni:* ne deriva l'impossibilità di fidarsi di sé, quindi un eccessivo bisogno di rifornimento narcisistico che si traduce in una ricerca, continua ed instancabile, di essere considerati speciali dall'altro significativo (perché unica fonte di legittimazione di se stessi e di validazione delle proprie scelte), ed un sentimento di impotenza appreso. Così non è possibile trovare la giusta distanza nelle relazioni, a causa dell'impossibilità di separazione/individuazione e del vitale bisogno di approvazione/accettazione dell'altro significativo.

3) *Impossibilità di individuazione/separazione:* incapacità di sostenere il conflitto: catastrofizzazione dell'eventuale rifiuto (che viene vissuto come un evento estremamente probabile ma dirompente e destrutturante) ed impossibilità di gestire le frustrazioni.

4) *Attuazioni di peculiari strategie di adattamento:* per gestire la paura del rifiuto, il sentimento di impotenza, il disgusto verso se stessi e le frustrazioni:

- a) controllo ossessivo e pervasivo
- b) perfezionismo
- c) idealizzazione

Tali strategie di adattamento, alla lunga, si rivelano disfunzionali ed inutili al punto che la persona finisce con il rivolgersi alla sostanza, per non pensare e per non sentire la fatica di tali meccanismi intrapsichici oppure per la convinzione che serva a gestire gli stati emotivi (ansioso-depressivi) che ne derivano. L'alcool può acquistare, così, un ruolo sia nella gestione di stati emotivi problematici (alcool come strategia di *mastery*) sia nel processo di regolazione narcisistica; può anche diventare un sostituto di figure di accudimento, una sorta di base di sicura a cui la persona si attacca nel tentativo (fallimentare) di colmare un grosso vuoto ed un profondo bisogno di legami intimi. Nella mia esperienza clinica ciò si verifica quando è toccato il tema del corpo oppure del sentimento di dignità e di amabilità, come accade in persone che hanno subito esperienze di violenza fisica e/o abuso sessuale (uno dei cinque casi considerati). L'uso dell'alcool può così diventare un tentativo di risoluzione/gestione di dinamiche intrapsichiche ed interpersonali legate a peculiari rappresentazioni di sé e del mondo derivate dalle esperienze...Una sorta di "deliroide" costruito a partire dall'esperienza di accudimento.

### *Conclusioni*

Ho cercato di capire l'importanza ed il ruolo dell'uso dell'alcool a partire dallo studio della teoria dell'attaccamento. Sulla base di tale teoria il bisogno principale che muove i comportamenti del bambino è la ricerca della sicurezza e della protezione ed essa propone un modello di mente relazionale per cui il mondo intrapsichico si costruisce sulla base delle relazioni. Così il bambino prima e l'adulto poi, sulla base delle interazioni ripetute con le figure significative, si

costruiscono idee di sé e del mondo sulla cui base fanno previsioni, da cui nascono aspettative e vengono organizzati i comportamenti. Con questo studio ho cercato di individuare quali rappresentazioni di sé e del mondo siano presenti negli alcolisti e che ruolo esse abbiano nell'attaccamento al sintomo e nell'uso della sostanza. Ho rilevato che nei cinque pazienti presi in considerazione vi sono rappresentazioni peculiari che possono essere collegate con l'uso dell'alcool e spiegare il ruolo che esso riveste nell'economia mentale della persona.

Queste considerazioni comportano alcune conseguenze sul piano clinico-terapeutico:

1) *Necessità di comprendere caso per caso il ruolo della sostanza prima di eliminarla*: altrimenti vi è il rischio di lasciare il soggetto sguarnito di strategie di adattamento, con la possibilità di un peggioramento clinico (destrutturazione psicotica, tentativo di suicidio, spostamento del sintomo)

2) *Lentezza nell'ottenere un cambiamento significativo*: considerare le cosiddette "manipolazioni" dei pazienti come tentativo di difesa della propria identità, comprensibili sulla base della loro storia di accudimento.

3) *Necessità di intervenire prima possibile*: allo scopo di evitare che le rappresentazioni di sé e del mondo si consolidino, cristallizzino e diventino così centrali nella definizione di sé da non poter essere modificate.

4) *Necessità di concordare riformulare continuamente gli obiettivi del percorso terapeutico*: bisogno di lavorare contemporaneamente sul sintomo e sullo sfondo, cercando di confutare l'effettiva utilità dell'uso dell'alcool per risolvere problematiche esistenziali effettive. Agire al posto del paziente non solo è inutile ma si traduce, inevitabilmente, per il terapeuta in un sentimento di impotenza, fallimento e frustrazione che sono fra le principali cause di burn-out.

#### Bibliografia

Ainsworth, M.D.S. (1963). *The Development of Infant-Mother Interaction among the Ganda*. In B.M. Foss (ed.), *Determinants of Infant Behaviour* (vol. II, pp. 67-104). New York: Wiley.

Ainsworth, M.D.S., Bells, M., & Stayton, D.J. (1974). *L'attaccamento madre-bambino e lo sviluppo sociale: la socializzazione come prodotto delle reciproche risposte ai segnali*. In M.P.M. Richar (ed). (1992) *L'integrazione del bambino in un mondo sociale* (pp.119-58). Milano: FrancoAngeli.

Ainsworth, M.D.S., & Bowlby, J. (1991). An Ethological Approach to Personality Development. *American Psychologist*, 46, 333-41.

Ainsworth, M.D.S., & Eichberg, C. (1995). *Effetti sull'attaccamento bambino-madre del lutto irrisolto della madre per una figura di attaccamento o di un'altra esperienza traumatica* In Parkes, Stevenson-Hinde, Marris. Trad.it 1995, (pp167-90).

American Psychiatric Association (1994), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV)*, Trad. it. Masson, Milano, 1996.

Bowlby, J. (1958). The Nature of the Child's Tie to His Mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350-73.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books. [Trad. it *Attaccamento e perdita. Vol. 1: L'attaccamento alla madre*. Torino: Boringhieri, 1972].

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss. Vol. 2: Separation*. New York: Basic Books. [Trad. it *Attaccamento e perdita. Vol. 2: La separazione dalla madre*. Torino: Boringhieri, 1975].

Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss. Vol. 3: Loss, Sadness and Depression*. New York: Basic Books. [Trad. it *Attaccamento e perdita. Vol. 3: La perdita della madre*. Torino: Boringhieri, 1983].

- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-child Attachment and Health Human Development*. New York: Basic Books. [Trad. it *Una base sicura*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1989].
- Bowlby J. (1988). Dalla teoria dell'attaccamento alla psicopatologia dello sviluppo. *Rivista di psichiatria* 23, 2, 57-68.
- Bowlby, J., & Robertson, J. (1992). *Modelli operativi interni e trasmissione intergenerazionale dei modelli di attaccamento*. In M. Ammanniti & D.N. Stern (eds) *Attaccamento e psicoanalisi*. Bari-Roma: Laterza.
- Bretherton, I. (1992). *Modelli operativi interni e trasmissione intergenerazionale dei modelli di attaccamento*. In M. Ammanniti & D.N. Stern (eds) *Attaccamento e psicoanalisi*. Bari-Roma: Laterza.
- Caviglia, G. (2003). *Attaccamento e psicopatologia*. Roma: Carocci Editore.
- Cionini, L. (1991). *Psicoterapia cognitiva: teoria e metodo dell'intervento terapeutico*. Roma: Carocci Editore.
- Fonagy, P., & Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Freud, S. (1911). Formulations on the two principles of mental functioning. *S.E.*, 12: 218-226. [Trad. it. *Precisazioni sui due principi dell'accadere psichico*, OSF, Vol. 6, Torino: 1974].
- Gabbard, G.O. (1994). *Psychodynamic Psychiatry in clinical practice*, (4rd ed. 2005). New York: American Psychiatric Press.
- Greenberg, M.T. (2002). *L'attaccamento e la psicopatologia nell'infanzia*. In J. Cassidy & P.R. Shaker (eds) *Manuale dell'attaccamento*. [Trad. it. Roma: Fioriti Editore]
- Grossmann, K.E., & Grossmann, K. (1995). *Il tipo di attaccamento come organizzazione delle risposte emotive e comportamentali in una prospettiva longitudinale*. In Parkes, C., Stevenson-Hinde, J., & Marris, P. (eds) *L'attaccamento nel ciclo della vita* (pp 193-115). Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Guidano, V.F. (1988). *La complessità del Sé*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Holmes, J. (1993). *La teoria dell'attaccamento. John Bowlby e la sua scuola*. [Trad. it. 1994. Milano: Raffaello Cortina].
- Kelly, G.A (2004). *La psicologia dei costrutti personali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Liotti, G. (1992). *Disorganizzazione dell'attaccamento e predisposizione allo sviluppo di disturbi funzionali della coscienza*. In M. Ammanniti & D.N. Stern (eds) *Attaccamento e psicoanalisi* pp. 219-232. Bari-Roma: Laterza.
- Lorenzini, R., & Sassaroli, S. (1995). *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità*. Roma: Carocci.
- Main, M. (1995). *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*. Hillsdale: Analytic Press.
- Semerari, A. (2002). *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*. Bari-Roma: Editori Laterza.