

Terapia Familiare Focalizzata sulle Emozioni: Facilitare il Cambiamento del Sistema Familiare

KATHERINE STAVRIANOPOULOS

Department of Counseling, John Jay College, City University of New York, New York, New York, USA

GEORGE FALLER

New York Center for Emotionally Focused Therapy and Ackerman Institute for the Family, New York, New York, USA

JAMES L. FURROW

Fuller Graduate School of Psychology, Pasadena, California, USA

La transizione dall'adolescenza all'età adulta è spesso complessa nelle famiglie in cui sussistono alti livelli di ansia, distress e conflitto emotivo. La teoria dell'attaccamento costituisce un solido modello evolutivo per la concettualizzazione del distress emotivo e del comportamento sintomatico come risposta adattiva all'insicurezza emotiva nelle relazioni genitori-figli. I recenti sviluppi della Terapia Familiare Focalizzata sulle Emozioni (EFFT, emotionally focused family therapy) e la terapia familiare basata sull'attaccamento sostengono empiricamente, in maniera promettente, l'applicazione della teoria dell'attaccamento al trattamento dei disturbi infantili e del distress familiare. Tuttavia, sono poche le ricerche sulla pratica dell'EFFT e del suo approccio concettuale nella facilitazione del cambiamento in famiglia. Gli autori dimostrano qui l'efficacia dell'EFFT in un problema tra genitori e figlio adolescente e analizzano i momenti fondamentali del processo di cambiamento dal punto di vista dell'attaccamento.

PAROLE CHIAVE *terapia familiare focalizzata sulle emozioni, adolescenza, attaccamento*

INTRODUZIONE

Le famiglie resilienti si adattano al cambiamento dei bisogni evolutivi dei membri della famiglia. Tali cambiamenti creano spesso esigenze pratiche ed emotive alle quali le famiglie devono reagire con sempre crescente flessibilità e, al contempo, confermando accesso e coinvolgimento nei legami emotivi che sono al centro della vita familiare (Walsh, 1998). La transizione verso l'età adulta presenta sfide comuni per coppie e famiglie nel momento in cui cambiano i compiti evolutivi e le esigenze all'interno del sistema familiare.

Le famiglie con figli adolescenti devono adattarsi alla separazione sotto forma di individuazione affinché l'adolescente diventi autonomo pur mantenendo, al contempo, una connessione con i propri genitori (Allen & Land, 1999). Le famiglie che hanno sviluppato e mantenuto legami emotivi sicuri hanno maggiore capacità di tollerare la tempesta e affrontare efficacemente i conflitti abitualmente associati a questa fase fatta di sfide uniche. Purtroppo, le famiglie in cui i legami emotivi non sono saldi potrebbero vivere relazioni fortemente conflittuali, che le porteranno a rivolgersi a professionisti della salute mentale per ricevere assistenza nel gestire il proprio distress relazionale (Aquilino, 1999).

La teoria dell'attaccamento è un approccio promettente al trattamento delle famiglie che sono bloccate in pattern reattivi associati a questo periodo di adattamento. Gli approcci clinici tendono sempre più a concentrarsi sulle modalità per concettualizzare e trattare le situazioni in cui i giovani sono bloccati in pattern negativi di ostilità, critica ed eccessivo coinvolgimento emotivo. Sono emersi interventi familiari basati sull'attaccamento concentrati sugli adolescenti (Mackey, 2003; Moretti & Holland, 2003) e sui bambini (Hughes, 2007). Tuttavia sono solo due i modelli di terapia familiare che si sono rivelati promettenti, sul piano empirico, quanto alla capacità di applicare la teoria dell'attaccamento al trattamento dei disturbi infantili e del distress familiare. Si tratta della terapia familiare basata sull'attaccamento (ABFT, *Attachment-Based Family Therapy*; Diamond, Siqueland, & Diamond, 2003) e della terapia familiare focalizzata sulle emozioni (EFFT, *Emotionally Focused Family Therapy*; Johnson & Lee, 2000; Johnson, Maddeaux, & Blouin, 1998). Ad oggi, tuttavia, sono pochi gli studi incentrati sulla pratica dell'EFFT e sul suo approccio concettuale al cambiamento.

Questo articolo si propone di delineare una panoramica dell'EFFT e illustrare il trattamento efficace del distress familiare nel momento in cui due genitori si sforzano di aiutare il figlio adolescente sintomatico. Il caso si focalizza su due eventi di cambiamento fondamentali che dimostrano come il terapeuta usi l'emozione per promuovere il cambiamento. Esempi di casi precedenti (Johnson, 2004; Johnson et al., 1998) mostrano come il terapeuta si focalizzi sull'interazione diadica genitore-figlio per creare eventi di cambiamento nella triade costituita da genitori e paziente identificato. Il presente articolo illustra come, con flessibilità e creatività, il terapeuta EFFT coinvolga la famiglia e promuova maggiore accessibilità e responsività nel sistema familiare.

ATTACCAMENTO E ADOLESCENZA

L'adolescenza comporta, solitamente, profondi cambiamenti nella relazione tra genitori e figli (Aquilino, 1997, 1999; Bucx & van Wel, 2008). Man mano che i figli cercano di affrancarsi dalla dipendenza dai genitori i conflitti si fanno più duri e ciò compromette l'accessibilità emotiva e la responsività, andando a minare la sicurezza dell'attaccamento. I bisogni di attaccamento in termini di sicurezza, contatto e protezione sono più forti nei momenti di transizione e crisi, ossia quei momenti in cui la responsività dell'altro è particolarmente importante. In presenza di attaccamento sicuro, la persona riesce ad avvicinarsi alle figure di attaccamento per ricevere conforto e supporto (Shaver & Mikulincer, 2002). Se l'attaccamento è insicuro, gli adolescenti tendono ad amplificare l'espressione di reazioni ansiose per ottenere rassicurazione oppure evitano il coinvolgimento e l'espressione del distress, soprattutto nei momenti in cui hanno bisogno di supporto (Bowlby, 1973; Johnson, 2002; Kobak, 1999).

L'ansia e l'evitamento legati all'attaccamento possono essere interpretati come reazioni naturali alla mancanza di fiducia nella disponibilità emotiva dei genitori. Quando il genitore reagisce in modo opportuno al bisogno di connessione del figlio, quest'ultimo, in linea generale, sviluppa attaccamento sicuro (Bowlby, 1988; Gillath, Selcuk, & Shaver, 2008; Waters & Cummings, 2000). Tuttavia, quando i bisogni di attaccamento del figlio non sono efficacemente soddisfatti, egli svilupperà strategie di *coping* per il distress da separazione. Tali strategie assumono due forme principali: ansia ed evitamento (Ainsworth et al., 1978; Brennan, Clarke, & Shaver, 1998; Crowell, Fraley, & Shaver, 2008). Nel pattern ansioso con aggrappamento (*clinging*), il sistema di attaccamento è iper-attivato e i comportamenti sono caratterizzati da aggrappamento ansioso e inseguimento; la rabbia mostrata nel tentativo di elicitare una reazione dalla figura di attaccamento porta a una escalation. Nella strategia di distacco-evitamento, il sistema di attaccamento è disattivato (Cassidy & Kobak, 1988) e vengono repressi i bisogni a esso associati.

Basandosi sulla teoria dell'attaccamento, i terapeuti EFFT concettualizzano il distress in termini di dilemmi di attaccamento in cui le reazioni inefficaci ai bisogni di attaccamento portano a problemi di comunicazione in famiglia, creando disfunzione genitoriale e inasprando i sintomi della psicopatologia individuale (Johnson et al., 1998). Per il terapeuta EFFT l'"acting out" adolescenziale è visto come l'espressione della dicotomia tra il bisogno di autonomia e il bisogno, ancora presente, di connessione emotiva con i genitori (Palmer & Efron, 2007).

Nell'EFFT il terapeuta deve capire pienamente il comportamento sintomatico dell'adolescente che porta al distress familiare per poi valutare, dal punto di vista sistemico, la qualità della relazione tra adolescente e genitore/i. Il terapeuta valuta la disponibilità genitoriale e la fiducia dell'adolescente verso tale disponibilità. Osservare le interazioni tra genitori e adolescente consente al terapeuta di reperire informazioni utili per soppesare la qualità dell'attaccamento.

L'attaccamento sicuro è evidente quando il genitore è in grado di empatizzare con gli obiettivi dell'adolescente e capirli, comunicando direttamente le opportune preoccupazioni e negoziando, con flessibilità, i conflitti (Allen & Land, 1999; Kobak & Duemmler, 1994). L'attaccamento insicuro si manifesta nella forte limitazione della capacità del genitore di mostrare empatia (Fonagy & Target, 1997). Quando sono le emozioni di ansia e rabbia a prendere il sopravvento, il genitore inizia a guardare all'adolescente come a una persona ostile. La frustrazione genitoriale nei confronti dell'adolescente riduce ancora di più la capacità mentale di esplorare visioni alternative, di assumere una prospettiva efficace e risolvere i problemi (Bugental, 1992). Ne consegue che il genitore (o i genitori) riterrà l'adolescente negativo, non collaborativo e ostile e farà fatica a cogliere le cause profonde della paura, della rabbia o della tristezza dell'adolescente, ritenendo che sia quest'ultimo ad avere un problema (Kobak & Mandelbaum, 2003).

Il terapeuta EFFT collega i sintomi dell'adolescente alle minacce percepite rispetto alla disponibilità e responsività del caregiver e ad altri elementi di insicurezza nella sua vita. Quando la comunicazione tra adolescente e genitore si fa difficile, la percezione che il genitore sia indisponibile diventa ancora più forte. Tale percezione acuisce l'ansia, la rabbia e il comportamento di difesa del figlio, il che alimenta i problemi portati in terapia dall'adolescente (Bowlby, 1973; Miccuci, 1998). Il terapeuta EFFT formula il problema in termini di attaccamento e normalizza il distress familiare come un distress che affonda le sue radici nell'attaccamento, appunto (Johnson et al, 2005).

PANORAMICA DELL'EFFT

L'EFFT propone un approccio specifico alla facilitazione del cambiamento nei pattern familiari di distress emotivo relativi ai comportamenti problematici o ai sintomi psicologici dei figli (Johnson et al., 1998). I cicli negativi di reattività emotiva si rafforzano reciprocamente con pattern di insicurezza nelle relazioni genitore-figlio e tra fratelli e sorelle (Johnson, 2004). La mancanza di accessibilità e responsività da parte del genitore riducono la capacità della famiglia di gestire e reagire alle esigenze emotive che, spesso, sono legate ai sintomi. L'EFFT guida genitori e figli nel ricreare un legame emotivo sicuro accedendo alle emozioni primarie, per poi espanderle e attivarle in modo da appagare i bisogni di attaccamento insoddisfatti (Johnson, 2004; Johnson & Lee, 2000).

Il terapeuta EFFT usa la teoria dell'attaccamento come mappa per organizzare i pattern di disregolazione emotiva comuni alle famiglie in distress (Johnson et al., 2005). I pattern di distress all'interno della famiglia diventano più rigidi e impattanti nel momento in cui genitori e figli assumono posizioni complementari e si adoperano sempre di più per forzare il cambiamento o si ritirano completamente dall'interazione (Kobak & Mandelbaum, 2003). I conflitti all'interno della famiglia sono visti come dilemmi relazionali che affondano le proprie radici nei bisogni di attaccamento insoddisfatti e, spesso, inespressi dei membri della famiglia

(Furrow & Palmer, 2007).

Gli obiettivi terapeutici dell'EFFT sono: cambiare i cicli di interazione che provocano distress e amplificano il conflitto, minando la connessione potenzialmente sicura tra genitori e adolescenti; aumentare accessibilità e responsività aiutando la famiglia a creare una base sicura in cui il figlio possa crescere e che possa, poi, lasciare (Johnson, 2004). La sicurezza dell'attaccamento dipende dalla fiducia nutrita da ogni membro della famiglia nel fatto che gli altri membri diano supporto, conforto e protezione e rimangano emotivamente disponibili (Johnson et al., 2005).

IL PROCESSO DELL'EFFT

Il terapeuta EFFT inizia il trattamento con una o due sedute focalizzate sul problema portato dalla famiglia in cui valuta le dinamiche tra i membri della famiglia coinvolti. Il terapeuta costruisce un'alleanza con i membri della famiglia invitando ognuno a esprimere la propria visione sul problema presentato e su come la famiglia ha cercato di risolvere il proprio distress. Il terapeuta si mostra accessibile e responsivo nei confronti dei membri della famiglia andando a riflettere e validare l'esperienza o le preoccupazioni di ognuno (Johnson, 2004). Nel momento in cui i membri della famiglia parlano della propria percezione delle loro preoccupazioni, la reattività emotiva sarà espressa o repressa, il che consente al terapeuta di vedere, direttamente, il pattern di interazione negativo. Il terapeuta tiene traccia dei comportamenti che elicitano reazioni negative e li riflette, iniziando a delineare il pattern familiare associato al problema (Johnson, 1996, 2004).

Spesso, il terapeuta coinvolge vari sottosistemi familiari, solitamente in diadi o triadi, per esplorare l'impatto dei pattern negativi su questi sottosistemi. Le diadi e triadi della famiglia comprendono il sottosistema dei genitori, il sottosistema di fratelli e sorelle, il paziente identificato (adolescente), madre e adolescente, padre e adolescente (Johnson, 2004). Queste sedute focalizzate sui sottosistemi consentono al terapeuta e alla famiglia di avere un'idea più chiara dei pattern di interazione della famiglia e delle emozioni specifiche che li alimentano. L'obiettivo del terapeuta è rendere esplicita la relazione dei pattern di reazioni emotive rispetto al problema portato in terapia (Johnson et al., 1998). Il terapeuta riformula il problema presentato dalla famiglia come la conseguenza di una crisi di attaccamento, normalizzando, così, le difficoltà della famiglia senza attribuirne la colpa a nessuno (Palmer & Efron, 2007).

I pattern familiari sono evidenziati prestando particolare attenzione alle posizioni assunte da genitori e figli in momenti di forte distress. In questo senso, il processo è simile a quello della EFT per coppie; i membri della famiglia tendono a reagire all'insicurezza con risposte al distress emotivo che sono prevedibili (Johnson, 2004). Per fare degli esempi: ritiro, inseguimento, tendenza a incolpare gli altri o reprimere le emozioni per calmarsi. Se guardiamo al di sotto di queste reazioni, troviamo strategie di attaccamento di evitamento e ansia che costituiscono tentativi adattivi di porre rimedio all'insicurezza vissuta nel sistema familiare (Kobak & Mandelbaum, 2003). Emergono pattern rigidi nel momento in cui gli sforzi per controllare o imporre il cambiamento portano al ritiro o a un atteggiamento ancora più

difensivo.

Il terapeuta EFFT riformula le reazioni emotive maladattive o secondarie come una componente di un pattern di interazione negativo più ampio che porta la famiglia a basarsi sull'insicurezza invece che sulla vulnerabilità. Il terapeuta aiuta i membri della famiglia ad accedere alle emozioni e ai bisogni di attaccamento più profondi (Johnson, 2004). Accedere alle emozioni primarie come paura, dolore e tristezza fa emergere empatia tra i membri della famiglia, facilita la responsività e aiuta la de-escalation della famiglia. (Johnson et al., 2005).

Nel secondo stadio dell'EFFT, il terapeuta incoraggia la ristrutturazione dei pattern reattivi della famiglia precedentemente individuati nel primo Stadio. Solitamente il focus del secondo Stadio è sull'accesso e l'espansione dei bisogni di attaccamento insoddisfatti di bambini e adolescenti e sull'aumento dell'accessibilità e della responsività dei genitori nei confronti delle emozioni e dei bisogni più profondi dei figli (Johnson, 2004). Nell'evento di cambiamento del secondo Stadio il terapeuta aiuta i figli, con l'*enactment*, a esplicitare i bisogni più profondi con i genitori (Johnson et al., 1998). Il presupposto fondamentale di questo cambiamento è la responsività del genitore (o dei genitori) verso la vulnerabilità del figlio e verso la richiesta diretta di cura, contatto, conforto. Come sostenuto da Bowlby (1988), la paura potrebbe impedire a un bambino di formulare richieste di attaccamento. Nel secondo Stadio il terapeuta riconosce il bisogno di supporto di figli e genitori e lavora in modo diretto sulle paure che sono spesso associate alla vulnerabilità esperita nelle relazioni familiari in distress, andando a creare i presupposti per nuovi pattern di disponibilità e responsività (Johnson, 2004).

L'ultimo Stadio dell'EFFT si concentra sul consolidamento del cambiamento conseguito nel secondo Stadio. Alla fine di questo Stadio, la famiglia è in grado di integrare nuove modalità di discussione e la sicurezza è aumentata (Johnson et al., 2005). Nelle discussioni si notano maggiore apertura, responsività e coinvolgimento tra i membri della famiglia. È fondamentale che essi imparino a riparare i tentativi falliti di creare connessioni al di fuori delle sedute. Prima della conclusione del percorso, il terapeuta farà in modo di vedere come la famiglia gestisce i vecchi problemi, andando più in profondità e risolvendoli così in modo nuovo. Inoltre, il terapeuta aiuta la famiglia ad aprire la propria prospettiva, in modo da essere più consapevole delle emozioni positive, dei tentativi di avvicinamento caratterizzati da vulnerabilità e dei benefici della connessione.

Il seguente esempio di caso illustra il trattamento efficace del distress di una famiglia con figlio adolescente. Il caso si focalizza su due eventi di cambiamento fondamentali nel trattamento: la de-escalation e la creazione di nuovi pattern di accessibilità e responsività nella famiglia.

ESEMPIO DI CASO

Joseph e Jenna, di circa 40 anni, sono sposati da 20 anni e hanno quattro figli maschi: Stephen (17 anni), Tony (14), Michael (12) e Ben (10).

Il problema portato in terapia dai genitori riguarda il figlio Tony che, con i suoi comportamenti negativi, mina l'unione familiare. Di solito, i terapeuti EFFT iniziano incontrando tutta la famiglia, per poi effettuare sedute con i sottosistemi familiari (Johnson, 1998). In questo caso, il terapeuta incontra per primi i genitori, poi nella seconda seduta conosce i quattro fratelli e, infine, tutta la famiglia insieme. I genitori concentrano la propria preoccupazione sul comportamento sempre più oppositivo di Tony che litiga spesso con i fratelli, si mostra irrispettoso nei confronti dei genitori, litiga con i pari e ha voti molto bassi a scuola. Joseph e Jenna ritengono che gli sforzi di Tony in direzione dell'individuazione mettano in crescente difficoltà la famiglia e non hanno idea di come gestire al meglio la sua sempre più grande indipendenza. Tony è stato trattato, in precedenza, per disturbo da deficit di attenzione/iperattività con prescrizione di terapia farmacologica. I genitori, tra loro, hanno atteggiamenti affettuosi, si sostengono a vicenda e amano molto il figlio; tuttavia, si sentono impotenti nell'affrontare il suo comportamento. Nella seduta tra fratelli, tutti i fratelli si mostrano motivati ad andare più d'accordo e litigare meno, mostrando però scetticismo circa la capacità di Tony di cambiare.

Nella seduta in cui la famiglia si riunisce emerge chiaramente, agli occhi del terapeuta, il pattern reattivo di difesa che accomuna tutti i membri e che subisce un'escalation che porta a rabbia e frustrazione crescenti. La famiglia cerca di risolvere i conflitti andando a concentrarsi su dettagli relativi ai contenuti e cercando di dimostrare che l'altro ha torto. Nell'escalation tipica si osservano tentativi iniziali di interrompere i litigi e le grida; poi, il padre e due dei fratelli (Stephen e Ben) si ritirano, mentre la madre, Tony e Michael portano avanti un conflitto caratterizzato dalla rabbia che raramente sarà risolto. L'impatto di questi litigi va a inasprire la tensione e la disconnessione che, sempre più, segnano l'esperienza della famiglia.

EVENTI FONDAMENTALI NEL PROCESSO DI CAMBIAMENTO

Primo Stadio: De-scalation del Ciclo

Dopo le tre sedute iniziali, il terapeuta incontra tutta la famiglia nelle sedute 4 e 5. Gli estratti delle sedute riportati colgono appieno gli elementi significativi del processo di cambiamento che avviene nei primi due Stadi dell'EFFT. Il primo estratto mostra l'operato del terapeuta nel riflettere i pattern presenti seguendo il processo di interazione tra i membri della famiglia e focalizzandosi sulla relazione tra Stephen e Tony. Il terapeuta esplora ed espande l'elaborazione delle emozioni di attaccamento e usa la propria esperienza per creare compiti di interazione che chiariscono, in modo concreto, le posizioni attualmente ricoperte nell'interazione.

TERAPEUTA: L'ultima volta abbiamo parlato dei vari modi in cui le persone imparano a proteggersi quando si sentono minacciate. C'è chi cerca di fuggire per evitare che arrivino altre minacce, mentre altri calcano la mano. Mi rendo conto che tutti mettiamo in atto, in una certa misura, entrambe le strategie, ma sto cercando di farmi un'idea di come

si comporta, solitamente, ognuno di voi per proteggersi durante un litigio o un momento di stress. *(Il terapeuta valuta la consapevolezza dei membri della famiglia circa le loro reazioni emotive secondarie prevedibili).*

MICHAEL: Beh, Stephen, Ben, e Papà si chiudono nelle loro stanze quando sono arrabbiati. Mamma e Tony di solito iniziano a gridare contro tutti e io cerco di mantenere la pace provando a parlare.

TONY: Sì, certo! Crei problemi tanto quanto me. Sei tu che provochi tantissimi litigi rubando le mie cose. È che tutti danno la colpa a me.

MAMMA: Ehy, smettetela voi due. Non siamo qua per litigare.

La seduta è iniziata da un minuto e il terapeuta può già vedere il ciclo negativo che prende piede; Mamma, Tony e Michael entrano nella conversazione, mentre Papà, Stephen e Ben se ne tengono fuori.

TERAPEUTA: Stephen, ho notato che quando Tony e Michael litigavano hai alzato gli occhi al cielo e hai guardato da un'altra parte. Cosa succede per te quando litigano? *(Il terapeuta pone domande evocative per evidenziare una possibile reazione del corpo e una risposta emotiva secondaria).*

STEPHEN: È così stupida questa cosa. Non fanno altro che litigare e nessuno di loro ascolta l'altro. Vorrei che entrambi crescessero.

TONY: Certo, è arrivato il Signor Maturo, il Signor Calma in Persona. Sei proprio uno sfigato!

STEPHEN: Come stavo dicendo prima che Tony il Combina Casini mi interrompesse, va sempre

TERAPEUTA: Aspetta un attimo, Stephen. Voglio farti rallentare un pochino. Cos'è successo quando Tony è intervenuto e ha detto "il Signor Calma in Persona, lo sfigato"? *(Domanda evocativa che si focalizza su un trigger emotivo che porta a una reazione emotiva secondaria).*

STEPHEN: Mi sento frustrato e voglio rispondergli, ma tanto che senso ha?

TERAPEUTA: Ok, quindi cosa succede se rispondi in qualche modo a Tony?

STEPHEN: Peggiora le cose e basta. Tony non ascolta nessuno. Me ne vado per far finire il litigio, me ne tiro fuori.

TERAPEUTA: Quindi, se parlarne peggiora le cose e basta, ha senso che cerchi di non rimanere coinvolto. Correggimi se sbaglio, ma è quasi come se, quando ci sono questi litigi, non ci fosse niente che puoi fare tranne andartene. *(Il terapeuta riflette e valida la tendenza all'azione a ritirarsi e fa congetture sul senso di impotenza sottostante)*. Senti che non c'è niente che puoi fare quando inizia il litigio?

STEPHEN: Assolutamente niente. Sento che non posso cambiare niente, l'unica scelta che ho è evitare il litigio.

TERAPEUTA: Quindi te ne vai perché senti che non puoi fermare i litigi. Lo trovo sensato. Come credi che sarebbe dire a tuo fratello Tony che la ragione per cui te ne vai è che non sai cosa dire per fare la differenza? *(Il terapeuta valida la reazione secondaria ed evoca un nuovo livello dell'esperienza chiedendo a Stephen di iniziare col fratello una discussione sulla sua tendenza a ritirarsi)*.

STEPHEN: Sarebbe strano. Mi ha sentito mentre lo dicevo a te.

TERAPEUTA: Certo, sarebbe strano. Molte famiglie non sanno come parlare delle proprie emozioni. Stai facendo un ottimo lavoro a descrivere come si sentirebbe chiunque quando si sente bloccato e non sa cosa fare. La ragione per cui questa cosa è importante è che tuo fratello vede solo che te ne vai e si ritrova a non sapere cosa sia succedendo. Credo sia un passo importante per mostrare a tutta la tua famiglia come parlare in modo diverso. Che ne pensi ... puoi provare? Se pensi che sia troppo strano possiamo passare oltre. *(Il terapeuta valida l'esperienza di Stephen e fornisce supporto per l'enactment proposto)*.

STEPHEN: Ok, ci provo. *(Guarda Tony e sorride)*. Quando me ne vado lo faccio perché sento che non posso fare niente per interrompere i litigi. Non voglio litigare e non so che altro fare.

TONY: *(Ha uno sguardo confuso)*.

TERAPEUTA: Tony, ho notato il tuo sguardo ... sorpreso o confuso. Cosa succede per te? *(Il terapeuta usa una domanda evocativa per far sì che Tony reagisca)*.

TONY: Wow, non avevo idea che non sapesse cosa fare. Davo per scontato che non gli importasse e non volesse entrarci. *(L'enactment è stato efficace. Tony guarda al comportamento del fratello sotto una nuova luce e hanno condiviso l'esperienza di coinvolgimento)*.

TERAPEUTA: Quindi WOW, stai scoprendo qualcosa di nuovo su Stephen. Fantastico. Com'è per te? *(Il terapeuta fa domande evocative concentrate sulle emozioni positive)*.

TONY: Non lo so. Lui in quei momenti non c'è mai, non gliene importa. Si limita a starsene per conto suo. *(Tony non riesce a stare con l'emozione positiva di meraviglia. Se ne allontana e assume l'atteggiamento familiare di sfiducia nei confronti del ciclo di interazione negativo. Questa escalation dall'emozione primaria alle risposte secondarie reattive è una reazione di protezione comune dello Stadio 1).*

TERAPEUTA: Bene, e quando a te sembra che lui se ne vada perché non gli importa, che succede per te? *(Il terapeuta fa domande evocative focalizzate sulle possibili emozioni negative).*

TONY: Mi incavolo. Odio quando se ne va. Di solito lo inseguo e gli dico che è un deficiente. Ai fratelli dovrebbe importare l'uno dell'altro, non stare ognuno nel proprio mondo.

TERAPEUTA: Certo che ti arrabbi. Sono curioso ... mi chiedo come ti fa sentire pensare che a Stephen non importi di te. *(Il terapeuta valida la rabbia difensiva e prosegue con una domanda evocativa focalizzata sul tema di attaccamento "sono importante?").*

TONY: Mi sembra ingiusto. È brutto. Voglio che gli importi *(guarda il pavimento).*

TERAPEUTA: Tutti vogliamo che alla nostra famiglia importi di noi. Certo che ti fa stare male. Vuoi passare del tempo col tuo fratellone ed è triste quando sembra che a lui non importi. *(Il terapeuta valida e riflette un'emozione sottostante che sembra possa emergere).*

TONY: Sì *(continua a guardare il pavimento).*

TERAPEUTA: Tony, ho notato che guardi il pavimento. È difficile parlarne. Come Stephen, anche tu stai facendo un ottimo lavoro nel parlare in modo diverso. Come credi che sarebbe dire a Stephen che al di sotto della rabbia stai male perché pensi che lui non voglia stare con te? *(Il terapeuta valida e riflette una possibile emozione sottostante e prepara il terreno per un potenziale enactment).*

TONY: *(Continua a guardare il pavimento ma parla con Stephen)* Sembra che non vuoi mai stare con me, come se fossi troppo fastidioso e non ti piacessi.

STEPHEN: Certo che mi importa di te, è che non voglio stare in mezzo ai litigi. Non voglio che tu stia male e non voglio stare male nemmeno io.

Tony voleva passare del tempo con Stephen, ma spesso succedeva qualcosa che faceva a pensare al fratello che ci sarebbe stato un litigio. La sua reazione era respingerlo immediatamente e ritirarsi per evitare il litigio.

Il ritiro del fratello fa sentire Tony rifiutato e lo convince che a Stephen non vada di passare del tempo con lui. Tony si sente frustrato e questo rafforza l'allontanamento di Stephen, che a sua volta conferma la paura del rifiuto di Tony. Le posizioni che assumono i fratelli in questa interazione hanno senso ma, una volta combinate, la reazione di ognuno dei fratelli va ad alimentare consistentemente le paure di attaccamento sottostanti (Stephen — impotenza/fallimento, Tony — rifiuto). Nessuno dei due è in grado di parlare delle proprie emozioni sottostanti: a organizzare la loro relazione rimangono litigi e allontanamento.

La de-escalation avviene nel momento in cui i membri della famiglia individuano ed esperiscono le reazioni secondarie che mettono in atto per controllare ed evitare le esperienze negative, i bisogni di attaccamento sottostanti che le alimentano e il modo in cui le risposte difensive per bisogni di attaccamento insoddisfatti attivano i meccanismi di protezione dell'altro. Per cambiare il ciclo, il terapeuta deve far sì che tutti i membri della famiglia capiscano il proprio ruolo nel pattern e vedano come i loro comportamenti di attaccamento portano a reazioni prevedibili da parte degli altri. Questa consapevolezza è fondamentale per portare la posizione dei membri della famiglia dal rimprovero e l'evitamento alla collaborazione. Per quanto Tony e Stephen, alla fine di questo Stadio, potrebbero non sapere ancora come cambiare i propri pattern, riconoscono i bisogni di attaccamento sottostanti dell'altro e vedono come le loro difese rafforzino il loro dilemma. Riformulare il problema in termini di interazione tra difese, non di tratti personali, è il modo per far sì che si uniscano contro un problema esterno per creare maggiore sicurezza. Questa trasformazione è il primo evento di cambiamento dell'EFFT, la de-escalation del ciclo.

La de-escalation diventa evidente a seguito della trasformazione nell'interazione tra Tony e Stephen. I fratelli hanno gettato le fondamenta per la condivisione della loro vulnerabilità, alimentando la speranza della famiglia sul fatto che i fratelli tengono l'uno all'altro e la loro relazione è importante. Gli sforzi di entrambi nell'esprimersi e reagire, a livello primario, hanno dato agli altri membri della famiglia una nuova opportunità per reagire. In questa seduta, Jenna reagisce alle proprie emozioni di vulnerabilità condividendo la tristezza che sente per i figli, dimostrando la propria sintonizzazione nei confronti della loro esperienza e assumendo una nuova posizione nei litigi tra fratelli.

Tutti, in seduta, hanno visto come una conversazione che solitamente finiva in modo negativo e creava ulteriore distanza si è conclusa positivamente. Assistere alla conversazione tra i figli consente ai genitori di vivere una rinnovata e più forte consapevolezza dei bisogni dei figli; ciò fa diminuire la reattività dei genitori e la loro ansia, aumentando al contempo gratitudine e speranza per la famiglia. La prospettiva ristretta secondo cui Tony è quello che "combina casini" cambia e diventa più aperta: i comportamenti del figlio sono interpretati come una forma di protezione nei confronti di bisogni insoddisfatti. Questa transizione verso la calma e la volontà di trovare nuovi modi di coinvolgimento denota che la famiglia è pronta alla ristrutturazione del secondo Stadio.

Secondo Stadio: Plasmare Nuovi Cicli di Responsività e Accessibilità

La sesta seduta si svolge con i genitori e il terapeuta procede nella valutazione dei progressi della famiglia e della consapevolezza del ciclo di interazione negativo. Entrambi sono più speranzosi, accettano le proprie responsabilità per le reazioni difensive che, spesso, alimentano le escalation in famiglia e riconoscono le proprie paure e preoccupazioni. Mostrano il desiderio di avere l'opportunità di riparare con Tony, malgrado il fallimento dei precedenti tentativi. Entrambi i genitori riconoscono come le proprie posizioni reattive blocchino i loro sforzi per manifestare attenzioni nei confronti di Tony. Jenny parla della sua critica e della sua rabbia come protezioni delle emozioni sottostanti di vergogna e fallimento. Il suo approccio rabbioso solitamente porta Tony a ritirarsi. Joseph esprime spesso la propria frustrazione per non riuscire a "aggiustare" Tony che si manifesta tramite tentativi di convincerlo della non veridicità del proprio vissuto, il che consolida l'atteggiamento di ritiro del figlio. Quando i genitori provano a parlare del comportamento di Tony attivano spesso il proprio ciclo problematico, in cui Jenna incolpa Joseph, che si difende. Questi litigi aumentano la tendenza al ritiro di Tony e la sua paura di essere il "figlio problematico". Il passaggio, da parte dei genitori, da difesa e rimprovero a curiosità verso l'esperienza profonda di Tony è il segnale che desiderano essere più responsivi e accessibili nei confronti del figlio. Proprio questo desiderio di responsività e accessibilità verso le sue preoccupazioni è la premessa a una modalità sicura di accudimento.

Il terapeuta, per la settima seduta, chiede a Tony e ai genitori di essere presenti, per aiutare questi ultimi ad assumere una nuova posizione di coinvolgimento nei confronti dei bisogni del figlio. Il terapeuta inizia la seduta validando e avvicinandosi alla rabbia e alla frustrazione di Tony, invece di cercare di allontanarlo, con le proprie parole, dal suo vissuto. Dare modo a Tony di esprimere rabbia e sfiducia è un primo passo fondamentale per far sì che abbassi le proprie difese, accedendo alle emozioni sottostanti di tristezza e paura di non essere abbastanza. Nel momento in cui i genitori hanno iniziato a sintonizzarsi col suo dolore di attaccamento, si sono potuti avvicinare, con Tony, a questo dolore. L'estratto che segue è tratto dalla settima seduta.

TERAPEUTA: Quindi, senti che sei sempre escluso dalla famiglia, il che deve essere abbastanza fastidioso. Se cerchi di rimediare il problema e parlarne i litigi aumentano e se te ne vai ti arriva il messaggio che sbagli. In entrambi i casi sei bloccato. Deve essere davvero frustrante. (*Il terapeuta traccia e valida l'emozione secondaria*).

TONY: Il fatto è che tutti mi vedono come il problema. Anche se non lo ammettono, mi guardano con occhi diversi. Anche se pensano che non me ne renda conto è stupido, perché io lo vedo eccome.

TERAPEUTA: Deve essere terribile. Sono curioso ... come pensi che si sentirebbe Ben se tutti lo vedessero come un problema? (*Il terapeuta riflette e amplifica l'emozione sottostante focalizzandosi sull'esperienza immaginata del fratello di Tony*).

TONY: Morirebbe. Non vorrebbe più vivere e si ucciderebbe. Se qualcuno di loro capisse il mio dolore farebbe qualcosa per risolverlo, mi capirebbero e mi tratterebbero molto meglio. Ma nessuno lo capisce perché nessuno è nella mia posizione. *(Per la prima volta Tony parla del suo dolore. Fin qui ha espresso solo rabbia e indifferenza. Il terapeuta, prima di proseguire, valuta l'ideazione suicidaria).*

TERAPEUTA: È fantastico il modo in cui sei riuscito a sopravvivere nonostante tutto questo dolore. *(Il terapeuta valida e riconosce il fatto che Tony ha sopportato questo dolore).*

TONY: Cerco di non pensarci.

TERAPEUTA: E poi, quando ci pensi e cerchi di parlare di questo dolore terribile, che succede? Nessuno ti sente o reagisce? *(Il terapeuta accetta la strategia di protezione: se nessuno reagisce ai nostri bisogni allora non li esprimiamo).*

TONY: Nessuno capisce. Anche se pensano che mi stanno ascoltando, non fanno niente. Non capiscono mai perché il cambiamento che dovrebbe esserci non viene fatto. Non lo riesco nemmeno a spiegare, sembra una follia.

TERAPEUTA: Non è affatto una follia. Il modo in cui l'hai descritto per Ben ... mi ha toccato molto. Mi ha toccato sentire quanto combatti e lotti con questo dolore ... quanto spesso blocchi queste emozioni perché sembra non ci sia nessuno per ascoltarle. L'unica cosa che ti rimane è la tua rabbia per proteggerti da questo dolore e da questa tristezza. Se dovessi scegliere tra sentire tutto questo dolore e la rabbia anche io sceglierei la rabbia. È terribile questa sensazione che hai *(Il terapeuta normalizza il vissuto di Tony e usa l'auto-rivelazione per dire a Tony che la sua esperienza emotiva ha un impatto su di lui).*

Tony guarda in basso e trattiene le lacrime. La madre si avvicina a lui per toccarlo e lui ritrae il braccio e le chiede di smettere, rifiutando il suo tentativo di confortarlo.

TONY: Non toccarmi. Sono stufo di essere considerato diverso, come se fossi il vostro progetto. Tutti si aspettano che io cambi mentre continuano a fare sempre le stesse cose.

TERAPEUTA: Certo, è difficile per te. Senti che qualcosa in te non va, che devi cambiare, Credo che quello che rende il tutto difficile sia che arrivi al cuore del problema, hai le lacrime agli occhi e parli di questo grandissimo dolore che vivi. Quando mamma e papà vedono questa cosa stanno male e vogliono fare qualcosa di diverso, vogliono avvicinarsi a te, ma il tuo corpo dice "No, non mi fido" e li respinge. *(Il terapeuta riflette l'interazione presente e normalizza la sfiducia di Tony).*

TONY: Poi non è la prima volta che ci provano e lo fanno perché non vogliono litigi, ma non capiscono che per me le cose non si chiudono lì.

MAMMA: *(con le lacrime agli occhi)*. È per questo che siamo qua, per trovare un modo nuovo. Aiutami ... aiutaci a capire cosa ti succede.

Pausa.

TERAPEUTA: Tony, hai sentito cosa ha detto la mamma? Vuole sapere. Vuole sapere del tuo dolore. Credi di poterla far entrare? Le puoi dire com'è per te quando ti senti solo e sembra che nessuno ti capisca? *(Il terapeuta cerca di accedere all'emozione primaria di Tony al di sotto della sfiducia e sposta il focus del ragazzo dalla madre a sé stesso)*.

TONY: *(guarda in basso)* Da quando ero piccolo sentivo che qualcosa non andava in me. Non importava quello che facevo o volevo, tanto non andava bene e voi dovevate aggiustare le cose o farmi cambiare idea. Era come se fossi il vostro "progetto per sempre". Adesso, sento che non vado bene e quando vi arrabbiate con me vi dico che non m'importa. Non faccio mai la cosa giusta e non vi rendo mai orgogliosi di me e se anche sembra che possa quasi riuscirci, alzate immediatamente l'asticella. E io allora mi arrendo e basta".

TERAPEUTA: È terribile per te, deve essere difficilissimo sentirsi così. Provarci con tutte le tue forze senza che il tentativo di fare la cosa giusta venga visto. *(Il terapeuta riflette il dilemma di attaccamento di Tony e usa l'empatia per aiutarlo a rimanere con la propria vulnerabilità)*.

MAMMA: Tony, mi fa stare male che non riesco ad avvicinarmi a te come vorresti, che non riesco ad ascoltarti. Non voglio che tu senta che qualcosa non va in te e che voglio aggiustarti o cambiarti. Non voglio che tu ti arrenda con me e voglio imparare a sostenerti." *(Piange vistosamente)*.

TONY: *(a voce bassa)* Vi dicevo che avevo torto, ma nessuno mi ascoltava, e per voi l'opzione migliore è stata darmi dei farmaci, portarmi in ospedale e in terapia.

PAPÀ: Quando abbiamo iniziato a preoccuparci per te, per il fatto che eri infelice, dovevamo fare qualcosa. Abbiamo iniziato a preoccuparci, come fanno tutti i genitori ... I genitori si preoccupano sempre per i loro figli e non sapevamo cosa fare e abbiamo cercato aiuto. E questo ci ha portato a quello che sai e ti ha portato a stare così male. Non mi ero mai reso conto di quanto fosse doloroso per te. Evidentemente abbiamo sbagliato. Abbiamo sbagliato. Sbagliato nel non ascoltarti di più, anche se eri solo in quinta elementare. Abbiamo sbagliato con i farmaci Noi ... avevamo bisogno di aiuto e non sapevamo cosa fare, né lo sappiamo adesso. L'unica cosa che ci ha guidato, in tutto quello che abbiamo fatto, è l'amore che abbiamo per te. E *(inizia a piangere)* mi dispiace se abbiamo fatto cose sbagliate. E mi dispiace che ti abbia fatto soffrire così tanto. *(La madre adesso si asciuga le lacrime, mentre si avvicina al marito, gli tocca la spalla e*

si abbracciano. Continuano a piangere nell'abbraccio, per un bel po'. Tony guarda i genitori).

TERAPEUTA: Che succede per te, Tony, quando vedi mamma e papà che piangono?

TONY: *(esita)* Beh, è bello sentire quello che dicono, sapere che pensano sia stato sbagliato darmi farmaci e terapia senza chiedermelo, ma non so bene cosa dire. *(La reazione di Tony è esitante e non formulata).*

TERAPEUTA: Mi sembra una cosa molto importante che loro vedano il tuo punto di vista. Com'è per te vedere papà così triste perché sta molto male per tutto il dolore che hai vissuto? *(Il terapeuta restringe il focus e amplifica la reazione emotiva di Tony alla posizione di maggiore responsabilità del padre).*

TONY: È bello vedere che mi capiscono.

TERAPEUTA: Ti sembra che papà finalmente capisca il dolore per il fatto che ti senti diverso? *(Il terapeuta fa una congettura empatica sulla reazione del padre all'emozione di attaccamento del figlio).*

TONY: È la prima volta nella mia vita in cui sento che ammette di aver preso una decisione che non era esattamente la migliore possibile. Penso stia vedendo il mio punto di vista per la prima volta. Non pensavo che avrebbe capito.

TERAPEUTA: Beh, questa è una cosa bellissima: essere visti e capiti, finalmente.

PAPÀ: *(tiene la mano della madre)* Tutto quello che abbiamo fatto l'abbiamo fatto insieme e per te. Condividiamo il peso degli errori e delle cose che avremmo potuto fare meglio. Voglio che tu sappia che *(Ha il volto segnato dalle lacrime. La madre si avvicina a Tony e gli poggia un braccio sulla spalla e questa volta Tony glielo lascia fare. Papà si alza dal divano su cui era seduto accanto alla moglie e si sposta su una sedia accanto a Tony. Si avvicina e lo abbraccia con trasporto).*

PAPÀ: Mi dispiace tanto. *(Accarezza vigorosamente la schiena del figlio. Tony accetta il gesto di affetto).*

La madre, piangendo, si alza e si inginocchia accanto a Tony. Inizia ad accarezzargli la gamba.

MAMMA: Mi dispiace davvero tanto ... Ti voglio tanto bene. Non immaginavo che sentissi così tanto dolore. Faremo le cose diversamente adesso che abbiamo capito. Capisco che per te sia stato difficilissimo, capisco perché sei dubbioso e sfiduciato. Non sarai più solo in questo dolore. *(Il corpo di Tony si rilassa mentre si lascia andare all'abbraccio del padre e al conforto della madre.).*

Questa seduta costituisce un esempio molto chiaro del potere dei legami di attaccamento familiari e di quanto la ristrutturazione porti con sé guarigione e trasformazione. Per la prima volta Joseph si scusa e mostra a Tony la propria vulnerabilità con le proprie lacrime. Solitamente, Joseph giustificava le proprie azioni e minimizzava le lamentele di Tony. In seduta, Joseph prende sul serio l'esperienza di Tony e si assume il rischio di avvicinarsi al dolore del figlio. Tony è stato in grado di andare più in profondità rispetto alle sue proteste rabbiose e condividere il suo dolore di attaccamento e il bisogno di comprensione, nessuno dei quali era stato formulato prima. Lo fa come reazione al conforto e al livello di coinvolgimento emotivo dei genitori. Ciò illustra chiaramente il lavoro congiunto dei genitori nel rispondere ai bisogni di attaccamento del figlio. La capacità di mantenere il focus su Tony e connettersi con lui nel dolore è stata fondamentale. Spesso, i genitori non riescono a empatizzare perché rimangono bloccati nelle loro risposte secondarie legate alla paura del proprio ruolo e, così, non riescono a sostenersi a vicenda nel reagire alla causa stessa delle loro paure.

Il fatto di avvicinarsi alla vulnerabilità di Tony ha consentito ai genitori di percepire, chiaramente, quando i suoi comportamenti problematici fossero intrinsecamente collegati al pattern di interazione negativo della famiglia, che spingeva i membri verso livelli sempre più profondi di distress emotivo e, in particolare, lasciava Tony isolato nel suo dolore e nella sua paura senza modo di trovare supporto relazionale. Tony si rivolta contro sé stesso e, purtroppo ma prevedibilmente, il risultato dell'isolamento sono auto-disprezzo e vergogna.

L'EFFT è molto promettente perché aiuta le famiglie a lavorare su questi sintomi, pattern ed emozioni negativi in maniera diversa, dando conforto, cura, connessione, ossia gli antidoti all'isolamento (Johnson, 2004). I genitori di Tony reagiscono con empatia e cura, il che consente a Tony di tornare sul proprio percorso di sviluppo grazie all'attaccamento sicuro con la famiglia (Byng-Hall, 2000). Grazie a reciprocità e conseguente sicurezza dell'attaccamento, l'individuazione di Tony non viene più vista come una minaccia per la famiglia, ma invece come una forma sana di sviluppo. Il processo dell'EFFT sprigiona il potere della connessione affinché cambino positivamente le visioni di sé e dell'altro (Johnson et al., 2005). Con l'amore manifestatosi nella comprensione e nelle reazioni dei genitori, Tony riesce ad abbassare le proprie difese, attivare emozioni più positive e usare questa nuova energia per fiorire e crescere.

RIASSUNTO E IMPLICAZIONI DI TRATTAMENTO

Il caso illustrato nei paragrafi precedenti descrive due eventi di cambiamento dell'EFFT all'interno di una famiglia che affronta questioni di attaccamento ed evolutive dell'adolescenza. Il caso spiega quanto la relazioni familiari siano risorse di attaccamento essenziali rispetto all'alleanza di accudimento primaria instaurata tra figli e genitori. Il terapeuta EFFT alimenta la de-escalation del distress familiare accedendo ai legami di attaccamento tra fratelli, in modo che la famiglia possa vedere non solo il pattern negativo tra loro ma anche le posizioni reattive degli altri membri della famiglia dovute al crescente dolore e all'insicurezza del sistema familiare. Analogamente, il secondo evento di cambiamento mette in luce come la responsività della coppia nella propria relazione consolidi le reazioni di accudimento individuali rispetto ai bisogni di attaccamento avanzati dal figlio. Sono, questi, esempi chiari dell'esito finale dell'EFFT e dei modi diversi in cui il terapeuta può alimentare la sicurezza percepita per trasformare i pattern familiari.

Il distress familiare risulta dall'insicurezza dell'attaccamento, che è solitamente evidente nell'incapacità del bambino o dell'adolescente di ottenere la soddisfazione dei propri bisogni di attaccamento. I membri della famiglia non sono molto consapevoli né inclini a esprimere i bisogni di attaccamento e si proteggono in maniera coerente. I cambiamenti evolutivi aumentano lo stress che grava sulla famiglia. In termini di attaccamento, questi cambiamenti possono minare accessibilità e responsività nelle relazioni tra genitori e figli. L'insicurezza può essere esperita anche in altri sottosistemi. Accedere alle emozioni di attaccamento sottostanti e ai bisogni a esse associati fa sì che la famiglia affronti in maniera nuova i bisogni (Johnson, 2004). Trovare modalità prevedibili per mitigare il distress e consolidare la connessione è la grande sfida attuale. Il terapeuta ha una mappa per dare senso ai dilemmi di attaccamento e, così, guida la famiglia infondendo speranza. La famiglia si assume il rischio di condividere i propri bisogni e accettare le reazioni di un altro membro: così, traccia la strada che potrà seguire per fiorire e creare sicurezza.

Malgrado l'indiscutibile rilevanza clinica e il fatto che studi clinici preliminari comprovino l'efficacia dell'EFFT (Johnson et al., 1998), il modello, in quanto modello di terapia familiare, non è ancora pienamente studiato. Cambiare le interazioni fondamentali con le persone che amiamo è un modo efficace e potente per creare cambiamento, ma la molteplicità e la complessità delle relazioni familiari rende difficoltosa l'organizzazione delle dinamiche. (Johnson et al., 2005). L'EFFT si propone come modello che prende in considerazione i cambiamenti evolutivi delle famiglie con un solido impianto teorico per far sì che il terapeuta vada al cuore delle risorse e dei bisogno delle famiglie stesse. Grazie a quasi 30 anni di ricerche in Terapia di Coppia Focalizzata sulle Emozioni, l'EFFT può essere, per il terapeuta, un modello pratico ed efficace per aumentare la resilienza e le risorse delle famiglie grazie alle relazioni che le compongono.

RIFERIMENTI

- 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.
- Allen, J. P., & Land, D. (1999). Attachment in adolescence. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 319–335). New York, NY: The Guilford Press.
- Aquilino, W. S. (1997). From adolescent to young adult: A prospective study of parent-child relations during the transition to adulthood. *Journal of Marriage and the Family*, *59*, 670–686.
- Aquilino, W. S. (1999). Two views of one relationship: Comparing parents' and young adult children's reports of the quality of intergenerational relations. *Journal of Marriage and the Family*, *61*, 858–870.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London, England: Routledge.
- Brennan, K. A., Clarke, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult romantic attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). New York, NY: The Guilford Press.
- Bucx F., & van Wel, F. (2008). Parental bond and life course transitions from adolescence to young adulthood. *Family Therapy*, *35*, 109–126.
- Bugental, D. (1992). Affective and cognitive processes within threat-oriented family systems. In I. E. Sigel, A. V. McGillicuddy-DeLisi, & J. J. Goodnow (Eds.), *Parental belief systems: Psychological consequences for children* (2nd ed., pp. 219–248). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Byng-Hall, J. (2000). Diverse developmental pathways for the family. *Journal of Family Therapy*, *22*, 264–272.
- Cassidy, J., & Kobak, R. (1988). Avoidance and its relation to other defensive processes. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 300–323). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Crowell, J. A., Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2008). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. In J. C. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 599–634). New York, NY: The Guilford Press.
- Diamond, G. S., Siqueland, L., & Diamond, G. M. (2003). Attachment-based family therapy: A program of treatment development. *Clinical Child and Family Psychology*, *6*, 107–127.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, *9*, 679–700.
- Furrow, J. L., & Palmer, G. (2007). EFFT and blended families: Building bonds from the inside out. *Journal of Systemic Therapies*, *26*, 44–58.
- Gillath, O., Selcuk, E., & Shaver, P. R. (2008). Moving toward a secure attachment: Can repeated security priming help? *Social and Personality Psychology Compass*, *2*, 1651–1666.

- Hughes, D. A. (2007). *Attachment-focused family therapy*. New York, NY: Norton.
- Johnson, S. M. (1996). *The practice of emotionally focused marital therapy: Creating connection*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Johnson, S. M. (2002). *Emotionally focused couple therapy with trauma survivors: Strengthening attachment bonds*. New York, NY: The Guilford Press.
- Johnson, S. M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection* (2nd ed.). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Johnson, S. M., Bradley, B., Furrow, J., Lee, A., Palmer, G., Tilley, D., & Wooley, S. (2005). *Becoming an emotionally focused couple therapist: The workbook*. New York, NY: Brunner-Routledge.
- Johnson, S. M., & Lee, A. (2000). Emotionally focused family therapy: Restructuring attachment. In C. E. Bailey (Ed.), *Children in therapy: Using the family as a resource* (pp. 112–136). New York, NY: Norton.
- Johnson, S. M., Maddeaux, C., & Blouin, J. (1998). Emotionally focused family therapy for bulimia: Changing attachment patterns. *Psychotherapy, 35*, 238–247.
- Kobak, R. (1999). The emotional dynamics of disruption in attachment relationships: Implications for theory, research, and clinical intervention. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 21–43). New York, NY: The Guilford Press.
- Kobak, R., & Duemmler, S. (1994). Attachment and conversation: Toward a discourse analysis of adolescent security. In K. Bartholomew & D. Perlam (Eds.), *Advances in personal relationships: Vol. 5. Attachment processes in adulthood* (pp. 121–149). London, England: Jessica Kingsley.
- Kobak, R., & Mandelbaum, T. (2003). Caring for the caregiver: An attachment approach to assessment and treatment of child problems. In S. Johnson & V. Whiffen (Eds.), *Attachment process in couple and family therapy* (pp. 144–164). New York, NY: The Guilford Press.
- Mackey, S. K. (2003). Adolescence and attachment: From theory to treatment implications. In P. Erdman & T. Caffery (Eds.), *Attachment and family systems: Conceptual, empirical, and therapeutic relatedness* (pp. 79–113). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Miccuci, J. A. (1998). *The adolescent in family therapy: Breaking the cycle of conflict and control*. New York, NY: The Guilford Press.
- Moretti, M. M., & Holland, R. (2003). The journey of adolescence: Transitions in self in the context of attachment relationships. In S. M. Johnson & V. Whiffen (Eds.), *Attachment processes in couple and family therapy* (pp. 234–257). New York, NY: The Guilford Press.
- Palmer, G., & Efron, D. (2007). Emotionally focused family therapy: Developing the model. *Journal of Systemic Therapies, 26*, 17–24.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment and Human Development, 4*, 133–161.
- Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience*. New York, NY: The Guilford Press.
- Waters, E., & Cummings, E. M. (2000). A secure base from which to explore close relationships. *Child Development, 71*, 164–172.