

L'attaccamento e la relazione terapeutica

Tea Mareschi*, Alessandro Talia**



*[Ricevuto il 7 settembre 2019
Accettato il 5 dicembre 2019]*

Riassunto

Secondo diversi autori clinici che si ispirano alla teoria dell'attaccamento, il concetto di attaccamento sicuro può essere considerato come in parte sovrapponibile a quello di alleanza terapeutica. In questo articolo, illustriamo le ragioni per cui è possibile considerare i pattern di attaccamento e l'alleanza terapeutica come due concetti distinti ma in un rapporto di influenza reciproca. Presentiamo inoltre il Patient Attachment Coding System (PACS), uno strumento di analisi della comunicazione tra paziente e terapeuta, che consente di valutare il pattern di attaccamento del paziente attraverso l'analisi del trascritto di una singola seduta psicoterapeutica. La ricerca con il PACS evidenzia come l'attaccamento sicuro consenta una maggiore vicinanza emotiva all'altro e una migliore capacità di esplorazione e riflessione circa i propri stati interni, mentre i pattern di attaccamento insicuro sono associati a considerevoli difficoltà in queste aree. In questa prospettiva, le differenze individuali riscontrabili nei diversi pattern di attaccamento, sicuri e insicuri, corrispondono a distinte modalità cooperative, che complessivamente rappresentano gli sforzi del parlante di trasmettere i propri vissuti in modo collaborativo nel dialogo con il terapeuta. L'utilizzo del PACS per monitorare le comunicazioni tra paziente e terapeuta può contribuire alla comprensione della negoziazione dell'alleanza terapeutica, offrendo una nuova prospettiva ai clinici interessati a migliorare la propria capacità di co-costruire il rapporto paziente-terapeuta.

* Institute for Psychosocial Prevention, Heidelberg University Hospital, University of Heidelberg, Bergheimerstraße 54, 69115 Heidelberg, Germany. tea.mareschi@gmail.com

** Institute for Psychosocial Prevention, Heidelberg University Hospital, University of Heidelberg, Bergheimerstraße 54, 69115 Heidelberg, Germany. alessandrotaliapsy@gmail.com

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

Tea Mareschi, Alessandro Talia

Parole chiave: modelli di attaccamento, psicoterapia, alleanza terapeutica, stili cooperativi.

Abstract

Attachment and the therapeutic relationship

According to several clinical authors inspired by attachment theory, the concept of secure attachment can be viewed as overlapping with the therapeutic alliance. In this article, we illustrate the reasons why attachment patterns and the therapeutic alliance should be considered as two distinct but reciprocally related concepts. We present the Patient Attachment Coding System (PACS), a tool for the analysis of communication between patient and therapist, which allows to evaluate the patient's pattern of attachment through the analysis of a transcript of a single therapy session. Research with the PACS shows that secure attachment enable greater emotional proximity to the other and a better ability to explore and reflect on the individual's internal states, while patterns of insecure attachment are seen to be associated with considerable difficulties in these areas. In this perspective, the individual differences found in the different attachment patterns correspond to distinct cooperative modalities, which globally represent the patient's best collaborative efforts to convey their experiences in dialogue with the therapist. The use of PACS to monitor communication between patient and therapist can contribute to the understanding of the negotiation and co-construction of the therapeutic alliance, offering a promising new perspective for clinicians who are interested in enhancing the therapeutic power of the patient-therapist relationship.

Key words: attachment patterns, psychotherapy, therapeutic alliance, cooperative styles.

Introduzione

A partire dagli anni '50 del secolo scorso, la teoria dell'attaccamento ha contribuito a introdurre un modello completamente innovativo delle relazioni umane (Bowlby, 1958, 1969/1982). Bowlby per primo difese l'idea che le relazioni in cui chiediamo e riceviamo cure – chiamate *relazioni di attaccamento* – non sono tipiche solo dell'infanzia, ma siano centrali per tutto il corso della vita. Per tale ragione, le capacità di co-regolazione emotiva e le abilità di costruire relazioni significative che si sviluppano tra il bambino e chi se ne prende cura hanno un'influenza pervasiva e duratura. In particolare, la qualità delle cure ricevute nell'infanzia promuove lo sviluppo di modalità distinte in cui gli individui entrano in relazione con gli altri, fino all'età adulta e oltre, specialmente nel modo in cui comunicano le proprie esperienze e si sintonizzano con quelle altrui. Oggi chiamiamo tali modalità *modelli di attaccamento*.

Questo breve articolo illustra le implicazioni della recente ricerca in psicoterapia influenzata dalla teoria dell'attaccamento per come comprendiamo la relazione terapeutica. Dato che la relazione tra paziente e psicoterapeuta può essere considerata per molti versi come una relazione di richiesta e provvigione di aiuto (e quindi come una relazione di attaccamento), le riflessioni della teoria dell'attaccamento hanno importanti ricadute cliniche. Partendo da una breve rassegna del pensiero di Bowlby sulla relazione paziente-terapeuta, ci focalizziamo su un'analisi concettuale del rapporto tra modelli di attaccamento e l'alleanza terapeutica. Discutiamo e criticiamo in particolare l'idea di Bowlby che l'attaccamento sicuro sia sinonimo di una buona alleanza terapeutica (Bowlby, 1988, p. 161). A questo riguardo introduciamo il *Patient Attachment Coding System* (PACS, Talia, Miller-Bottomo e Daniel, 2017), la prima misura dell'attaccamento *observer-based* in psicoterapia, e discutiamo le prove che i pattern di attaccamento sicuri e insicuri corrispondono a stili comunicativi, a volte inefficaci ma comunque cooperativi, che influenzano la connessione del paziente con il terapeuta.

Le differenze individuali nella teoria dell'attaccamento

Uno dei principali meriti della teoria dell'attaccamento elaborata da John Bowlby (1969/1982) è l'aver introdotto un paradigma di tipo relazionale entro cui concettualizzare lo sviluppo dell'esperienza soggettiva. Secondo la teoria dell'attaccamento, il modo in cui i nostri genitori interagiscono con noi nell'infanzia influenza radicalmente come a nostra volta riusciamo a interagire con altre figure significative. Secondo Bowlby, ciò accade perché il bambino si forma una serie di aspettative di ciò che è possibile fare con gli altri nel momento del bisogno e non, e che lo guidano a costruire delle immagini interiorizzate di se stesso e dell'altro.

Questa ipotesi è stata ampiamente indagata e supportata dalla successiva ricerca empirica. Mary Ainsworth è stata la prima a concentrarsi sullo studio delle differenze individuali nel comportamento di attaccamento (Ainsworth *et al.*, 1978). Tramite la Strange Situation (SSP), Ainsworth ha dimostrato che le differenze individuali nelle risposte alla separazione e alla riunione con la figura di attaccamento sono correlate con la sensibilità e la responsività della figura materna, e influenzano la qualità del legame di attaccamento che si sviluppa. La ricerca con la Strange Situation ha identificato tre principali modalità con cui i bambini ricercano la vicinanza con la propria madre. Alcuni bambini sono capaci di esplorare attivamente l'ambiente in presenza

della madre, protestano in caso di separazione da lei, e riescono a essere facilmente consolati nel momento della riunione. Essi sono denominati “sicuri”. Altri bambini, definiti evitanti, sembrano invece mostrare indifferenza al momento della separazione, ed evitano il contatto fisico ed emotivo con la madre nel momento della riunione, mostrandosi più interessati agli oggetti circostanti. I bambini ambivalenti, infine, tendono a protestare vivacemente nel momento della separazione dalla madre e a resistere ai suoi tentativi di consolazione durante il ricongiungimento, continuando a piangere e rifiutandosi di tornare ad esplorare l’ambiente.

Con il decisivo contributo di Mary Main (Main *et al.*, 1985), la ricerca si è poi interessata alla trasmissione dell’attaccamento tra le generazioni, esplorando la relazione tra l’attaccamento dei bambini e quello dei genitori. Lo strumento principale per indagare l’attaccamento negli adulti è l’*Adult Attachment Interview* (AAI, George *et al.*, 1985, 1996), un’intervista semi-strutturata che indaga la coerenza dei discorsi inerenti alle esperienze di attaccamento infantile. Nel loro studio pionieristico della trasmissione inter-generazionale dell’attaccamento, Main e i suoi colleghi hanno osservato alcune sorprendenti corrispondenze tra lo stile discorsivo della madre durante l’intervista e il pattern di attaccamento del figlio durante la Strange Situation. L’AAI valuta gli stati mentali rispetto all’attaccamento, che si presume operino parzialmente al di fuori della consapevolezza cosciente, e identifica tre principali classificazioni: autonomo, distanziante e preoccupato, corrispondenti all’attaccamento sicuro, insicuro-evitante e insicuro-ambivalente rilevate nei bambini nella Strange Situation, rispettivamente. Le interviste possono inoltre essere classificate come irrisolte rispetto al lutto o ad un trauma, il cui corrispettivo nell’attaccamento infantile è il pattern insicuro-disorganizzato.

L’introduzione dell’AAI ha segnato un punto di svolta per la ricerca nell’attaccamento. Main ha per prima sostenuto che i pattern di attaccamento che emergono nella Strange Situation riflettono differenze individuali che sono universali per tutti gli esseri umani, non solo nella prima infanzia ma per tutto il corso della vita. Numerosi studi hanno confermato tale visione, riconoscendo il potere dell’AAI di predire l’attaccamento del bambino dalla valutazione della capacità comunicativa e narrativa del genitore, e più in generale la qualità delle relazioni con gli altri significativi (Cassidy e Shaver, 2008; Hesse, 2008; Verhage *et al.*, 2016).

Attaccamento e relazione terapeutica

Se le esperienze infantili modulano le aspettative tramite cui il soggetto si mette in relazione con le proprie figure di riferimento e di aiuto, è evidente come, almeno in teoria, tali esperienze debbano esercitare un'influenza significativa sulla relazione terapeutica (Bowlby, 1988). Ciò significa che le caratteristiche fondamentali di tale relazione, come la qualità dell'alleanza terapeutica, ne dovrebbero essere influenzate a loro volta. L'alleanza terapeutica è un elemento riconosciuto come essenziale per la buona riuscita del processo terapeutico. Bowlby (1988) sostiene che l'alleanza terapeutica vada intesa come una "base sicura" che viene offerta al paziente per esplorare ed esprimere i suoi sentimenti e le sue esperienze. Tutto ciò può avvenire grazie al sostegno e al ruolo discreto del terapeuta, che non assume il ruolo di esperto ma quello di "compagno". Poiché la sicurezza dell'attaccamento è un prerequisito perché l'individuo possa esplorare le sue esperienze con fiducia, il compito del terapeuta è di impegnarsi nella costruzione di una relazione di attaccamento sicura con i propri pazienti. L'ipotesi sostenuta da Bowlby è che il pattern di attaccamento sicuro permetta l'instaurarsi di una buona relazione terapeutica, basata sulla fiducia e sull'esplorazione, mentre i pattern di attaccamento insicuro costituirebbero degli ostacoli a tale relazione (Bowlby, 1988). Una parte rilevante della letteratura di ricerca contemporanea ha manifestato sostegno a tale ipotesi (Slade, 2016).

La visione di Bowlby che alleanza terapeutica e attaccamento sicuro siano sostanzialmente sinonimi ha ispirato un ricco corpus di ricerche in campo psicoterapeutico, le quali utilizzano l'AAI e altre misure per testare l'associazione tra attaccamento sicuro e qualità delle alleanze terapeutiche. L'ipotesi sottostante è che i pazienti sicuri, forti di una storia relazionale precoce sufficientemente buona con le proprie figure di attaccamento, siano in grado di sperimentare i propri terapeuti come capaci di fornire loro le cure e il supporto necessari (Daniel, 2014; Eagle, 2013; Holmes, 2001). Allo stesso modo si suppone che i pazienti insicuri, le cui esperienze infantili di attaccamento sono state meno positive e fortunate, formulino aspettative negative nei confronti del terapeuta, e che di conseguenza si relazionino al terapeuta in maniera problematica, eccessivamente dipendente o sospettosa.

L'influenza esercitata dai modelli di attaccamento dei pazienti sulla formazione dell'alleanza terapeutica è dimostrata da diversi studi. Le meta-analisi che hanno esaminato gli studi su questo tema hanno concluso che la sicurezza del paziente è predittiva della qualità dell'alleanza (Bernecker, Levy ed Ellison, 2014; Diener e Monroe, 2011; Smith, Msetfi e Golding,

2010). In sintesi, i pazienti con un pattern di attaccamento sicuro sembrano avere alleanze migliori rispetto ai pazienti con attaccamento insicuro. Gli stessi risultati sono stati confermati anche da un più recente studio di Folke e colleghi (Folke *et al.*, 2015), i quali – usando l’AAI invece dei questionari self-report adottati dagli altri studi inclusi nelle meta-analisi citate in precedenza – hanno confermato che i pazienti sicuri sviluppano alleanze più collaborative, indipendentemente dal tipo di trattamento.

Un’altra ipotesi che viene fatta spesso in letteratura è che i pazienti insicuri sperimentino più spesso “rotture” nell’alleanza terapeutica e che, a tipi diversi di attaccamento insicuro (distanziante o preoccupato), corrispondano comportamenti diversi quando il paziente fa esperienza di una rottura (definiti come diversi *rupture marker*). Le rotture dell’alleanza sono definite come momentanee oscillazioni della qualità dell’alleanza e come il risultato di tensione in uno qualsiasi dei tre domini dell’alleanza terapeutica – obiettivi, compiti, e legame interpersonale – tale per cui il soggetto fa esperienza, consapevolmente o meno, di un certo grado di disagio a livello affettivo o disaccordo. Il lavoro di Safran e Muran (1996, 2000) ha contribuito a stabilire la consapevolezza che il successo della terapia può dipendere dalla capacità del paziente e del terapeuta di risolvere le rotture che si verificano via via nell’alleanza, altrettanto che dalla qualità media dell’alleanza nel trattamento. Il tipo di rotture che si verifica sembra inoltre associato all’attivazione di schemi interpersonali disfunzionali tipici di ciascun paziente e rappresentano quindi una possibilità preziosa per esplorare i conflitti del paziente e i suoi problemi.

All’interno di questa prospettiva, Eames e Roth (2000) si sono occupati di indagare l’influenza dei pattern di attaccamento sullo sviluppo di rotture nell’alleanza terapeutica. I ricercatori si sono domandati se i modelli di attaccamento fossero associati alla frequenza delle rotture in seduta. I risultati emersi indicano che i terapeuti coinvolti nello studio hanno valutato un’alleanza migliore con i pazienti sicuri, mentre riportano una maggiore frequenza delle rotture con i pazienti insicuri, specialmente con i pazienti con attaccamento preoccupato.

Sebbene buona parte della ricerca sull’attaccamento in psicoterapia si sia focalizzata prevalentemente sui pazienti, un numero crescente di studi prende in considerazione il contributo del terapeuta nella relazione terapeutica. La letteratura disponibile sulle differenze individuali dell’attaccamento dei terapeuti vede due principali ipotesi. Innanzitutto, così come i caregiver sono influenzati dalle proprie esperienze di attaccamento precoce, anche le esperienze di attaccamento dei terapeuti possono

verosimilmente influenzare il modo in cui essi sono in grado di stabilire una vicinanza emotiva con i propri pazienti (Holmes, 2001). Nonostante la maggior parte dei terapeuti sia classificata sicura nell'AAI (Klasen *et al.*, 2018), è lecito domandarsi se i terapeuti che tendono ad essere più evitanti possano mostrare meno empatia e mancanza di profondità nei loro interventi. Contemporaneamente, i terapeuti che invece tendono ad essere più preoccupati potrebbero non vedere che i loro pazienti possono farcela da soli e potrebbero sentirsi frustrati qualora avvertano la mancanza di sintonizzazione emotiva con il paziente (Daniel, 2014).

La ricerca finora svolta ha fornito alcuni risultati a favore di queste ipotesi. La review di Berant e Obegi (2008) ha fornito alcune prove preliminari a sostegno di quanto predetto da Bowlby, ovvero che l'attaccamento sicuro dei terapeuti sembri predire un'alleanza qualitativamente migliore. Degan e colleghi (Degan *et al.*, 2016) hanno condotto una successiva review, supportando l'ipotesi che l'attaccamento del terapeuta influenzi la qualità dell'alleanza e gli esiti della terapia: il pattern di attaccamento sicuro sembra predire alleanze qualitativamente più forti, nonché esiti migliori della terapia. Tali risultati sono stati infine confermati dalla più recente review di Steel e colleghi (Steel *et al.*, 2018), avvalorando così l'idea che il ruolo del terapeuta, mosso dalla propria predisposizione a formare determinati modelli di relazione con sé e gli altri, sia altrettanto rilevante per lo sviluppo di una buona alleanza.

Commento

Gli studi riassunti in precedenza confermano l'idea che un senso di sicurezza percepito dal paziente (e dal terapeuta) in terapia consenta la vicinanza nelle relazioni e promuova l'esplorazione, la curiosità e la riflessione, mentre l'insicurezza inibisce lo sviluppo di una relazione di cura. Ciò che emerge tuttavia non è altro che una conferma di ciò che è già noto: i pazienti più sani e più flessibili si adattano meglio alla relazione terapeutica indipendentemente dal tipo di trattamento terapeutico, mentre i pazienti più rigidi, difesi o disorganizzati hanno più difficoltà ad entrare in connessione con il terapeuta e quindi a farsi aiutare (Slade, 2016).

L'idea che il costrutto dell'attaccamento (sicuro) sia equivalente al concetto di alleanza terapeutica presenta alcuni punti critici. Innanzitutto, anche se l'attaccamento insicuro non è di per sé considerato un "disturbo", le popolazioni cliniche tendono a presentare un modello di attaccamento

insicuro con maggiore probabilità della popolazione generale (Bakermans-Kranenburg e van IJzendoorn, 2009). I clinici hanno così maggiori probabilità di condurre terapie con pazienti con pattern di attaccamento insicuro che con pazienti sicuri. Questo significherebbe che la maggior parte delle psicoterapie sarebbero fondate su una “cattiva alleanza” tra paziente e terapeuta; il che non è certo ciò che gli studi in ricerca in psicoterapia ci mostrano. Allargando il discorso a tutta la popolazione non-clinica, la percentuale dei pattern di attaccamento insicuri è considerevolmente alta (oltre il 40% secondo Bakermans-Kranenburg e van IJzendoorn, 2009), e di conseguenza ne deriverebbe che buona parte della popolazione sana non sia in grado di instaurare relazioni di fiducia reciproca con i loro altri significativi.

Inoltre, mentre i modelli di attaccamento negli adulti sono in larga misura un tratto individuale, la qualità dell’alleanza non può che dipendere in egual misura dal terapeuta come dal paziente. Ci sono dunque buone ragioni per considerare il modello di attaccamento e di alleanza terapeutica due concetti distinti; è piuttosto l’insieme delle caratteristiche personali del paziente e del terapeuta a influenzare la qualità dell’alleanza, e spetta alla coppia terapeutica lavorare in modo tale da costruire quest’ultima durante il percorso terapeutico (Bernecker *et al.*, 2014).

Il lavoro di Safran e Muran sembra presentare ulteriori problematiche rispetto all’idea, in qualche misura troppo semplicistica, che l’attaccamento sicuro corrisponda a una buona alleanza terapeutica. Gli autori si sono concentrati prevalentemente sull’osservazione di quanto accade direttamente in seduta, domandandosi in che modo la coppia terapeuta-paziente sia in grado di gestire e risolvere le “rotture” all’alleanza terapeutica. Secondo gli autori, l’alleanza non è assolutamente qualcosa di dato una volta per tutte, ma una proprietà della relazione terapeutica che di volta in volta – momento per momento – deve essere negoziata in maniera collaborativa, in particolare attraverso l’elaborazione di momenti di tensione e rottura e la crescita della comprensione nella diade paziente-terapeuta. Anche nella prospettiva di Safran e Muran sembra necessario distinguere con chiarezza il concetto di modello di attaccamento dalla qualità dell’alleanza terapeutica poiché, mentre le classificazioni di attaccamento degli adulti si sono rivelate relativamente stabili nel tempo (Hesse, 2016), l’esperienza clinica suggerisce che il vissuto in seduta della relazione terapeutica sia molto più variabile e in continua evoluzione (Wachtel, 2010; Safran e Muran, 2006).

Nella letteratura sulla relazione madre-bambino nei primi mesi di vita c’è ampio consenso che le rotture siano pervasive in tutte le interazioni, e

l'aspetto più vitale perché il bambino sviluppi delle capacità di *agency* e un attaccamento sicuro va ricercato in una storia di riparazioni riuscite con il caregiver (Beebe e Lachmann, 2013; Tronick, 1989). La relazione tra il bambino e il suo caregiver è caratterizzata da una continua oscillazione tra periodi di buona sintonizzazione affettiva e altri di scarsa sintonizzazione. Tronick (1989) ha osservato che nelle coppie madre-bambino sane i momenti di scarsa sintonizzazione sono seguiti da momenti di "riparazione", fondamentali perché la diade possa ritrovare la sintonizzazione. Questo movimento oscillatorio consente al bambino di sviluppare uno schema relazionale adattivo attraverso il quale rappresentare gli altri come potenzialmente disponibili, e se stesso come capace di negoziare la relazione anche al momento di una rottura. Riportando queste concettualizzazioni alla relazione terapeutica, si può supporre che l'aspetto fondamentale nel determinare la qualità dell'alleanza non sia tanto la frequenza delle rotture, quanto piuttosto la capacità della diade di riparare a tali momenti di "scarsa sintonizzazione".

Attaccamento e cooperazione in psicoterapia

Da quanto abbiamo detto fin qui appare probabile che, specialmente dal punto di vista clinico, sapere che l'attaccamento sicuro sia associato a una alleanza più forte non è sufficiente; la questione fondamentale sembra essere il capire come potersi relazionare nella maniera più efficace con pazienti con modelli di attaccamento insicuro, tramite la negoziazione e la co-costruzione di una buona alleanza terapeutica (Miller-Bottomo *et al.*, 2017).

L'introduzione del *Patient Attachment Coding System* (PACS, Talia *et al.*, 2017) ha consentito un progresso in tal senso, esplorando come l'attaccamento dei pazienti influenzi la relazione terapeutica. Grazie a questi strumenti di ricerca, è possibile valutare l'attaccamento monitorando le comunicazioni verbali momento-per-momento del paziente con il terapeuta. L'assunto basilare è che il linguaggio possa soddisfare specifiche funzioni interpersonali, tra le quali suscitare e mantenere vicinanza emotiva, conforto e rassicurazione da parte del *caregiver*, ovvero le tipiche caratteristiche che definiscono il comportamento di attaccamento (Ainsworth *et al.*, 1978). Il PACS offre così un cambio di prospettiva rispetto all'AAI. La codifica dell'AAI si basa sulla forma e sul modo in cui il paziente esprime le proprie narrative, focalizzandosi sulla misura in cui le descrizioni generalizzate delle esperienze di attaccamento sono supportate da ricordi specifici. Il

PACS guarda invece alla funzione interpersonale svolta dal discorso nel regolare la sintonia con l'ascoltatore, rendendo così possibile la codifica non solo delle sequenze narrative, ma di qualsiasi parte del discorso riportato dal paziente (Talia *et al.*, 2017).

A partire da questi presupposti, il PACS è stato sviluppato dalla scoperta di una serie di caratteristiche del discorso in seduta che si sono dimostrate essere statisticamente associate con le classificazioni ottenute tramite l'AAI dei pazienti prima del trattamento dei pazienti (Talia *et al.*, 2014). L'analisi del trascritto di una seduta consente di valutare l'attaccamento del paziente secondo una delle tre classificazioni PACS (sicuro, evitante, preoccupato), le quali sono state validate in uno studio su larga scala come indicatori indipendenti e attendibili delle tre classificazioni secondo l'AAI (0.86, N = 160, k = 0.82; Talia, Miller-Bottomo e Daniel, 2017).

Nell'ottica degli autori, i pazienti in seduta manifestano i propri pattern di attaccamento attraverso modi distinti con i quali comunicano i propri vissuti interni. I pazienti sicuri riportano la propria esperienza presente in maniera aperta e permettono al terapeuta di partecipare nell'elaborazione di quanto espresso. Per esempio, i pazienti sicuri riescono a parlare delle proprie emozioni vissute nel qui ed ora e si esprimono attraverso racconti vividi relativi a esperienze passate ma connettendole a emozioni riportate nel presente. Questi atti linguistici, o *marker*, sono valutati in PACS nelle scale di *Proximity Seeking*, *Contact Maintaining* e *Explore*. I pazienti evitanti, d'altro canto, tendono a declinare le richieste da parte del terapeuta di esprimere i propri vissuti nel qui ed ora, o comunque a minimizzarne e sminuirne l'importanza. Questi marker rientrano nella scala *Avoidance*. I pazienti preoccupati, infine, sono propensi a condividere le proprie esperienze ma in modo uni-laterale, esagerato o confuso, lasciando poco spazio al terapeuta per intervenire, se non attivamente ignorando i suoi interventi. Entrambi i modelli comunicativi, valutati nella scala *Resistance*, tendono a limitare la misura in cui il terapeuta può contribuire a dare un senso all'esperienza del paziente.

Un secondo strumento, il *Therapist Attunement Scales* (TASc, Talia e Muzi, 2017), ideato secondo gli stessi presupposti del PACS, ha permesso di indagare l'associazione tra le classificazioni dei pattern di attaccamento dei terapeuti e le differenti modalità in cui i terapeuti si sintonizzano con i propri pazienti. Il processo di sintonizzazione (in inglese *attunement*; Stern, 1985) riflette il modo in cui il terapeuta sa comunicare e riflettere sugli stati interni del paziente, aiutandolo a dare senso alle sue esperienze vissute. Per esempio, un terapeuta sicuro potrebbe provvisoriamente suggerire che l'esperienza del paziente con un altro significativo debba essere valutata in

una certa maniera, per poi lasciare al paziente la possibilità di proporre una prospettiva diversa. L'ipotesi è che i terapeuti classificati come evitanti si astengano dall'aggiungere troppo alle informazioni riportate dai pazienti, mentre i terapeuti classificati come preoccupati cerchino di riflettere sull'esperienza dei loro pazienti limitando però i contributi da parte dei pazienti stessi.

Talia e colleghi (2018) hanno ottenuto conferme empiriche in merito a queste ipotesi, scoprendo che le classificazioni AAI dei terapeuti sono altamente associate a differenti modelli tramite cui i terapeuti entrano in sintonia coi pazienti. Analizzando una singola seduta di terapia, è così possibile utilizzare il TASC per indagare la sintonizzazione e ottenere classificazione dell'attaccamento dei terapeuti. Anche se gli studi con questo strumento inaugurati da Talia e colleghi sono ancora all'inizio, il TASC sembra avere eccellenti affidabilità inter-rater e stabilità, nonché un alto accordo con l'AAI. Poiché il TASC è in grado di predire le classificazioni AAI valutate in maniera indipendente, i pattern di sintonizzazione dei terapeuti sembrano essere relativamente indipendenti rispetto all'influenza esercitata dalle caratteristiche individuali dei pazienti.

Miller-Bottomo e colleghi (2017) si sono serviti del PACS per indagare in che modo le differenze individuali nell'attaccamento influenzino la risoluzione delle rotture dell'alleanza terapeutica. Sulla base delle classificazioni dell'attaccamento PACS dei pazienti, gli autori hanno esaminato alcuni momenti di rottura dell'alleanza presi dagli estratti dei trascritti delle sedute, e hanno identificato così diversi pattern di comunicazione che sono particolarmente facilitanti oppure problematici per la risoluzione delle rotture. Dalle osservazioni svolte, è emerso che comunicare apertamente l'esperienza interna presente, come fanno i pazienti sicuri, contribuisce positivamente al compito di risolvere la rottura, mentre i modi in cui i pazienti evitanti e preoccupati minimizzano il proprio contributo o ostacolano i contributi del terapeuta, rispettivamente, pongono particolari sfide al processo di riparazione. Gli autori ipotizzano tuttavia che i pazienti con attaccamento sicuro facciano esperienza delle rotture tanto quanto i pazienti insicuri, in accordo con quanto proposto dall'Infant Research (Beebe e Lachmann, 2013; Tronick, 1989).

Muovendo da queste osservazioni, uno studio più recente (Miller-Bottomo *et al.*, 2019) ha voluto indagare se l'attaccamento dei pazienti in seduta possa predire la riparazione delle rotture terapeutiche sulla base delle valutazioni dei pazienti e dei loro terapeuti. L'ipotesi è che, nel momento in cui ha luogo una rottura nell'alleanza terapeutica, i pazienti con pattern di

attaccamento sicuro possano facilitare il processo di riparazione. D'altra parte, i pazienti evitanti e preoccupati hanno capacità inferiori di parlare della loro esperienza interna e avranno dunque maggiori difficoltà nell'iniziare e sostenere un dialogo che favorisca la riparazione. I risultati ottenuti in questo studio confermano l'ipotesi iniziale, mostrando che la comunicazione sicura in seduta è associata a una maggiore riparazione delle rotture, secondo quanto riportato sia dai pazienti che dai terapeuti. Questo suggerisce che la capacità di comunicare gli stati interni vissuti nel presente durante la terapia, tipica dei pazienti sicuri, possa facilitare il processo di riparazione. È particolarmente interessante notare che l'associazione tra attaccamento sicuro e riparazione delle rotture sembra aumentare in funzione dell'intensità delle rotture, così come valutate dal paziente. Si può quindi ipotizzare che la capacità di parlare apertamente e in maniera collaborativa delle proprie esperienze interne possa essere facilitante, in particolare rispetto a momenti d'impasse più difficili o intensi.

Un aspetto importante che vale la pena sottolineare è che i *marker* di PACS che contraddistinguono l'attaccamento insicuro non corrispondono a momenti di rottura dell'alleanza, ad agiti di transfert negativi, o ad altre forme di resistenza. Le differenti modalità comunicative dei pazienti sicuri, evitanti, e preoccupati sono abilità individuali pre-esistenti a una data relazione terapeutica, e che il soggetto "porta" nell'interazione terapeutica. Ciò è dimostrato dal fatto che sia possibile predire tali modalità comunicative individuali sulla base delle classificazioni dell'AAI ottenute pre-trattamento (Talia *et al.*, 2017). Queste differenze comunicative non sono inquadrabili come mere reazioni al terapeuta o ai suoi interventi, e non emergono esclusivamente nel momento in cui l'argomento di discussione verte su esperienze connesse all'attaccamento. I risultati della ricerca di Talia e colleghi (2014, 2017) mostrano, infatti, che i vari marker utilizzati emergono in ogni seduta, e anche in interviste all'infuori della psicoterapia (Talia *et al.*, 2019), indipendentemente dal fatto che sia avvenuta o meno una rottura.

Talia e i suoi colleghi sostengono che i marker che nel PACS sono caratteristici dell'attaccamento sicuro riflettono tentativi di cooperare, piuttosto che modalità difensive messe in atto nei confronti di talune configurazioni relazionali temute. A un esame più attento, i marker insicuri sono tipicamente riconosciuti come istanze tramite cui il parlante rivela le proprie convinzioni e le proprie esperienze, fornendo esempi – dettagliati o meno – a sostegno delle proprie affermazioni e giustificando le proprie azioni e i propri piani. Nonostante gli individui insicuri possano presentare dei limiti nel modo in cui tentano di descrivere le proprie esperienze

all'ascoltatore, questi marker rappresentano lo sforzo del parlante di essere compreso e creduto. Contrariamente a quanto avviene nelle rotture dell'alleanza, in cui il paziente in qualche modo sfugge al dialogo o blocca la collaborazione con il terapeuta, i marker di PACS, sicuri e insicuri, ci consentono di osservare differenti "modi di stare" nella relazione quando le acque sono calme o quando si tenta di ristabilire la fiducia reciproca.

Di conseguenza, è importante porre una distinzione tra i pattern comunicativi descritti da PACS e gli stili di attaccamento così come definiti dalla ricerca influenzata dalla teoria dell'attaccamento che fa uso di self-report. Questi ultimi si riferiscono a come le persone tendono a sperimentare relazioni significative, inclusa la relazione terapeutica. Ad esempio, secondo questo punto di vista i pazienti evitanti sperimentano un disagio maggiore a livello di vicinanza affettiva nella relazione terapeutica, mentre i pazienti preoccupati tendono a essere eccessivamente dipendenti dal terapeuta. Il PACS, d'altra parte, esamina le modalità in cui i pazienti riescono a trasmettere i propri vissuti interni nel dialogo con il terapeuta. Il focus è quindi sui modi particolari in cui è possibile comunicare l'esperienza interpersonale quando la relazione terapeutica è collaborativa (Miller-Bottomo *et al.*, 2017).

Conclusion

Nella pratica clinica è fin troppo comune incontrare pazienti che sembrano difficili da raggiungere e sui quali tutti gli sforzi che il clinico fa per migliorare la qualità dell'alleanza terapeutica sembrano naufragare. La conoscenza delle caratteristiche di pazienti con diversi modelli di attaccamento attraverso il PACS può aiutare a restringere il nostro focus sulle ostruzioni particolari e momentanee nella comunicazione che potrebbero bloccare il processo terapeutico e compromettere la connessione tra paziente e terapeuta. In questo articolo, abbiamo esaminato come le differenze nei tentativi dei pazienti di comunicare la loro esperienza della relazione terapeutica hanno un ruolo immediato, potente, e profondo sulla negoziazione dell'alleanza momento per momento. Sugeriamo che usare il PACS per monitorare le comunicazioni del paziente e valutare gli effetti dei diversi interventi terapeutici potrebbe portare a rifinire ulteriormente le tecniche di risoluzione delle rotture e offrire una promettente nuova direzione ai tentativi dei clinici di consolidare la loro capacità di co-costruire l'alleanza terapeutica.

BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth M.S., Blehar M.C., Waters E., Wall S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Bakermans-Kranenburg M.J., van IJzendoorn M.H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development*, 11(3): 223-263. doi: 10.1080/14616730902814762
- Beebe B., Lachmann F. (2013). *Infant research and adult treatment: co-constructing interactions*. London, UK: Routledge.
- Berant J.H., Obegi E. (2008). *Attachment-informed psychotherapy research with adults*. In: Obegi J.H., Berant E. (eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults*. New York: The Guilford Press, pp. 481-489.
- Bernecker S.L., Levy K.N., Ellison W.D. (2014). A meta-analysis of the relation between patient adult attachment style and the working alliance. *Psychotherapy Research*, 24(1): 12-24. doi: 10.1080/10503307.2013.809561
- Bordin E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16: 252-260.
- Bowlby J. (1969/1982). *Attachment and loss: vol 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby J. (1988). *A secure base: clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Cassidy J., Shaver P.R. (2008). *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (2nd ed). New York: Guilford.
- Daniel S.I.F. (2006). Adult attachment patterns and individual psychotherapy: a review. *Clinical Psychology Review*, 26: 968-984. doi: 10.1016/j.cpr.2006.02.001
- Daniel S.I.F. (2014). *Adult attachment patterns in a treatment context: relationship and narrative*. London: Routledge.
- Degnan A., Seymour-Hyde A., Harris A., Berry K. (2016). The role of therapist attachment in alliance and outcome: A systematic literature review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(1): 47-65. doi: 10.1002/cpp.1937
- 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: 237-248. doi: 10.1037/a0022425
- Eagle M. (2013). *Attachment and psychoanalysis*. New York: Guilford Press.
- Eagle M., Wolitzky D.L. (2009). Adult psychotherapy from the perspectives of attachment theory and psychoanalysis. In: Obegi J.H. (ed.), *Attachment theory and research in clinical work with adults*. New York: Guilford Press, pp. 351-378.
- 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(4): 421-434. doi: 10.1093/ptr/10.4.421
- Folke S., Daniel S.I., Poulsen S., Lunn S. (2015). Client attachment security predicts alliance in a randomized controlled trial of two psychotherapies for bulimia

- nervosa. *Psychotherapy Research*, 26: 459-471. doi: 10.1080/10503307.2015.1027319
- George C., Kaplan N., Main M. (1985). *The Berkley Adult Attachment Interview*. Unpublished protocol. Berkley: University of California at Berkeley.
- George C., Kaplan N., Main M. (1996). *Adult Attachment Interview* (3rd ed.). Unpublished Manuscript. Department of Psychology, University of California, Berkeley.
- Hesse E. (2008). The Adult Attachment Interview: protocol, method of analysis, and empirical studies. In: Cassidy J., Shaver P.R. (eds.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (2nd ed.). New York: Guilford Press, pp. 552-598.
- Hesse E. (2016). The adult attachment interview. In: Cassidy J., Shaver P.R. (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Holmes J. (2001). *The search for a secure base: attachment theory and psychotherapy*. London: Routledge.
- Klasen J., Nolte T., Möller H., Taubner S. (2018). Aversive Kindheitserfahrungen, Bindungsrepräsentationen und Mentalisierungsfähigkeit von Psychotherapeuten in. *Ausbildung Zeitschrift für Psychosomatische Medizin* (in press).
- Main M., Kaplan N., Cassidy J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: a move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2, Serial n. 219): 66-104.
- Miller-Bottome M., Talia A., Safran J.D., Muran J.C. (2017). Resolving alliance ruptures from an attachment-informed perspective. *Psychoanalytic Psychology*, 35: 175-183. doi: 10.1037/pap0000152
- Miller-Bottome M., Talia A., Eubanks C.F., Safran J.D., Muran J.C. (2019). Secure in-session attachment predicts rupture resolution: negotiating a secure base. *Psychoanalytic Psychology*, 36(2): 132. doi: 10.1037/pap0000232
- Reijman S., Foster S., Duschinsky R. (2018). The infant disorganised attachment classification: "Patterning within the disturbance of coherence". *Social Science & Medicine*. 200: 52-58. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.12.034
- 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(4): 678. doi: 10.1037/0022-3514.92.4.678
- Safran J.D., Muran J.C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(3): 447.
- Safran J.D., Muran J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Slade A. (2008). The implications of attachment theory and research for adult psychotherapy: research and clinical perspectives. In: Cassidy J., Shaver P.R. (eds.), *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press, pp. 762-783.

- Slade A. (2016). Attachment and adult psychotherapy: theory, research, and practice. In: Cassidy J., Shaver P.R. (eds.), *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (3rd ed.). New York: Guilford Press, pp. 131-157.
- Smith A.E.M., Msetfi R.M., Golding L. (2010). Client self rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: a systematic review. *Clinical Psychology Review*, 30: 326-337. doi: 10.1016/j.cpr.2009.12.007
- Steel C., MacDonald J., Schroder T. (2018). A systematic review of the effect of therapists' internalized models of relationships on the quality of the therapeutic relationship. *Journal Of Clinical Psychology*, 74(1): 5-42. doi: 10.1002/jclp.22484
- Talia A., Daniel S.I.F., Miller-Bottome M., Brambilla D., Miccoli D., Safran J.D., Lingiardi V. (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: 192-209. doi: 10.1080/14616734.2013.859161
- Talia A., Miller-Bottome M. (2015). *Patient Attachment Coding System 2.0*. Unpublished manuscript, Institute of Psychosocial Prevention, Heidelberg University. doi: 10.1037/pap0000152
- Talia A., Miller-Bottome M., Daniel S.I.F. (2017). Assessing attachment in psychotherapy: validation of the Patient Attachment Coding System (PACS). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24: 149-161. doi: 10.1002/cpp.1990
- Talia A., Miller-Bottome M., Katznelson H., Pedersen S.H., Steele H., Schröder P., Lingiardi V. (2019). Mentalizing in the presence of another: measuring reflective functioning and attachment in the therapy process. *Psychotherapy Research*, 29(5): 652-665. doi: 10.1080/10503307.2017.1417651
- Talia A., Muzi L., Lingiardi V., Taubner S. (2018). How to be a secure base: therapists' attachment representations and their link to attunement in psychotherapy. *Attachment & Human Development*. Advance online publication. doi: 10.1080/14616734.2018.1534247
- Tronick E.Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44: 112-119. doi: 10.1037/0003-066X.44.2.112
- van IJzendoorn M.H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117: 387-403. doi: 10.1037/0033-2909.117.3.387
- Verhage M.L., Schuengel C., Madigan S., Fearon R.M., Oosterman M., Cassibba R., van IJzendoorn, M.H. (2016). Narrowing the transmission gap: A synthesis of three decades of research on intergenerational transmission of attachment. *Psychological Bulletin*, 2(4): 337-366. doi: 10.1037/bul0000038
- Wachtel P.L. (2010). One-person and two-person conceptions of attachment and their implications for psychoanalytic thought. *The International Journal of Psychoanalysis*, 91: 561-581. doi: 10.1111/j.1745-8315.2010.00265.x