

Franco Baldoni, Alessandro Campailla

Attaccamento, working alliance e relazione terapeutica: cosa rende efficace una psicoterapia?

(doi: 10.1421/88770)

Giornale italiano di psicologia (ISSN 0390-5349)

Fascicolo 4, dicembre 2017

Ente di afferenza:

Università di Bologna (unibo)

Copyright © by Società editrice il Mulino, Bologna. Tutti i diritti sono riservati.

Per altre informazioni si veda <https://www.rivisteweb.it>

Licenza d'uso

L'articolo è messo a disposizione dell'utente in licenza per uso esclusivamente privato e personale, senza scopo di lucro e senza fini direttamente o indirettamente commerciali. Salvo quanto espressamente previsto dalla licenza d'uso Rivisteweb, è fatto divieto di riprodurre, trasmettere, distribuire o altrimenti utilizzare l'articolo, per qualsiasi scopo o fine. Tutti i diritti sono riservati.

ATTACCAMENTO, *WORKING ALLIANCE* E RELAZIONE TERAPEUTICA: COSA RENDE EFFICACE UNA PSICOTERAPIA?

FRANCO BALDONI E ALESSANDRO CAMPAILLA

Università di Bologna

Riassunto. I risultati degli studi *evidence-based* hanno confermato che diversi modelli di psicoterapia producono risultati ampiamente positivi, ma nessuna tecnica psicoterapeutica ha dimostrato una particolare superiorità rispetto alle altre. Un fattore significativamente correlato alla soddisfazione del paziente e al risultato finale di una psicoterapia sembra la qualità dell'alleanza terapeutica o *Working Alliance* e il paradigma dell'attaccamento è stato utilizzato come chiave di interpretazione e misura di questa dimensione. Nonostante i limiti metodologici e la variabilità delle dimensioni indagate, le ricerche hanno evidenziato che la sicurezza dell'attaccamento del terapeuta e del paziente influenzano positivamente la qualità della relazione, il processo terapeutico e l'esito della cura, mentre l'insicurezza, particolarmente di tipo preoccupato, è associata a una minore qualità e un'instabilità dell'alleanza e a una minore efficacia terapeutica.

1. INTRODUZIONE

L'esercizio della psicoterapia viene più frequentemente paragonato a un'arte, piuttosto che a un mestiere basato su procedure apprese in modo pienamente razionale e consapevole. Il lavoro dello psicoterapeuta, però, non deve essere autoreferenziale e non può sottrarsi al confronto con i risultati della ricerca scientifica. In particolare, per onestà intellettuale e deontologica, è necessario porsi alcune domande. Le psicoterapie sono realmente efficaci? Cosa rende efficace una psicoterapia? Esistono differenze di efficacia tra i diversi modelli di psicoterapia e nei diversi disturbi psichici? Quale influenza hanno le caratteristiche del terapeuta sull'esito di una psicoterapia?

Una valutazione corretta degli effetti di una psicoterapia implica una regolare attività di *follow-up* e la conduzione di studi empirici randomizzati e controllati (*Randomized Controlled Trials*, RCT) che confermino l'efficacia del trattamento secondo un modello *evidence-based* che convinca la comunità scientifica. In questa prospettiva è necessario svolgere ricerche sull'*efficacy* (per dimostrare sperimentalmente che un trattamento agisce su un disturbo specifico escludendo l'influenza di altri fattori), sull'*effectiveness* (per valutare l'esito delle psicoterapie così come vengono praticate nella realtà dei contesti cli-

nici), oltre che sull'*efficiency* (per valutare l'efficienza del trattamento in termini di costi-benefici e di applicabilità reale).

Nonostante gli psicoanalisti abbiano manifestato una certa riluttanza a sottoporre il proprio lavoro clinico a ricerche di validazione, anche per problemi metodologici legati alla complessità del trattamento, negli ultimi anni, sotto la spinta dei numerosi lavori pubblicati sull'efficacia delle terapie cognitivo-comportamentali, sono stati organizzati numerosi studi randomizzati e controllati su ampi campioni di pazienti sottoposti a tecniche psicoterapeutiche differenti, a breve e a lungo termine, comprese quelle psicodinamiche (Baldoni, 2015). La maggior parte di questi studi ha valutato protocolli terapeutici individuali, mentre le ricerche sull'efficacia dei trattamenti di coppia (D'Aguzzo, Vellotti, Vari e Zavattini, 2016), familiari (Evans, Turner e Trotter, 2012) o di gruppo (Mikulincer e Shaver, 2007) sono più scarse.

I risultati della ricerca *evidence-based* sugli esiti della psicoterapia sono stati esposti in un documento ufficiale dell'*American Psychological Association* (2012) dal titolo *Recognition of Psychotherapy Effectiveness*, basato su 148 fonti riguardanti studi RCT. Nel loro complesso, le ricerche considerate hanno dimostrato che gli effetti della psicoterapia sono ampiamente significativi, nonostante nessuna tecnica psicoterapeutica abbia dimostrato una particolare superiorità rispetto alle altre. L'efficacia è stata provata per la cura di una varietà di patologie dell'adulto e dell'età evolutiva: disturbi depressivi, disturbi d'ansia, disturbo da stress post traumatico, disturbi correlati all'alcool e altre dipendenze patologiche, disturbi di personalità, disturbi infantili (depressione, ansia, ADHD, disturbo della condotta).

Nello stesso documento si sottolinea che la psicoterapia è basata fondamentalmente su una valida «alleanza terapeutica» tra clinico e paziente, cioè un legame positivo che implica un accordo sugli obiettivi e i compiti del trattamento. La qualità della relazione terapeutica sembra infatti il fattore maggiormente correlato alla soddisfazione del paziente. Il costrutto di alleanza terapeutica e, in anni recenti, la diffusione delle ricerche sull'attaccamento in ambito clinico, hanno permesso di approfondire molti aspetti del legame tra terapeuta e paziente. Le ricerche *evidence-based* che hanno valutato la relazione tra attaccamento e alleanza terapeutica e l'influenza di questi aspetti sui processi terapeutici e sull'efficacia della psicoterapia sono alla base di questa rassegna.

2. LA RELAZIONE TERAPEUTICA COME RELAZIONE DI ATTACAMENTO

Lo studio della relazione terapeutica è stato per anni un ambito di interesse quasi esclusivo della psicoanalisi, che si è prevalentemente

basata su resoconti di casi clinici analizzando aspetti relativi al transfert, al controtransfert e all'influenza di questi sul *setting*, sulla qualità della relazione, sul processo terapeutico e sull'esito della cura. Celebri gli studi condotti negli anni Cinquanta su una popolazione di medici da Karl Menninger, il quale peraltro ha lasciato pochi elementi circa le sue osservazioni psicoanalitiche (Halpert, 2009). Più dettagliati e ricchi di suggerimenti sono i casi descritti da Gabbard e Lester (1995), riguardo a violazioni del *setting* da parte dell'analista tratti da terapie condotte dagli stessi autori.

Nel tentativo di sottoporre la relazione terapeutica a ricerca scientifica, alcuni studiosi si sono sforzati di operazionalizzare questo concetto distinguendo all'interno di esso varie dimensioni e sviluppando strumenti psicometrici specifici per la sua valutazione. Un primo importante filone di ricerca ha approfondito questa problematica attraverso il costrutto di *alleanza terapeutica* o *Working Alliance* (alleanza di lavoro) (Agnew-Davies, Stiles, Hardy, Barkham e Shapiro, 1998; Bordin, 1979; Horvath e Greenberg, 1986, 1989; Horvath e Luborsky, 1993; Stiles *et al.*, 2002; Tracey e Kokotovic, 1989).

Negli ultimi decenni, sotto la spinta dei sempre più numerosi studi sull'efficacia della psicoterapia e della diffusione in ambito clinico delle idee di John Bowlby, l'attenzione dei ricercatori e clinici si è rivolta allo studio dell'attaccamento in psicoterapia e questo costrutto è stato utilizzato come chiave di interpretazione e misura della relazione terapeutica. Va considerato che la maggioranza di questi studi ha valutato l'attaccamento all'interno di un contesto terapeutico di orientamento psicoanalitico, mentre le ricerche in altri ambiti di cura (cognitivista, cognitivo-comportamentale, sistemico) sono decisamente più rare.

In una rassegna del 2008 Joseph Obegi si domanda se la relazione terapeutica possa essere considerata una vera relazione di attaccamento. Nel suo volume *Una base sicura* (1988), infatti, Bowlby aveva evidenziato che il legame tra paziente e psicoterapeuta tende a configurarsi come una relazione di attaccamento in quanto ne presenta le principali caratteristiche (Weiss, 1982, 1991):

1) il bisogno di vicinanza (*proximity seeking*), che si può riconoscere nella necessità di una frequenza regolare delle sedute e nelle reazioni positive al ricongiungimento dopo periodi di lontananza (il paziente sente il bisogno di rimanere in contatto costante con il proprio terapeuta);

2) la protesta per la separazione (*separation protest*), che può manifestarsi in occasione delle sospensioni della cura (ad esempio durante le festività natalizie o le ferie estive) o se il terapeuta interrompe il trattamento perché si trasferisce o si ammala;

3) l'effetto di base sicura (*secure base*), cioè quel senso di sicurezza che permette, una volta sviluppato, di manifestare anche le emozioni

negative o vergognose e di affrontare argomenti angosciosi, colpevolizzanti o spaventosi, con la fiducia di essere protetto dal proprio terapeuta in caso di una sofferenza eccessiva. Bowlby stesso aveva riconosciuto che questa funzione è molto simile a quella descritta da Donald Winnicott come *holding* e da Wilfred Bion come *containing* (Bowlby, 1988, trad. it., 1989, p. 136).

Oggi la maggior parte degli studiosi, in accordo con Bowlby, considera la relazione tra paziente e terapeuta come una possibile relazione di attaccamento (Dazzi e Speranza, 2014; Dazzi e Zavattini, 2011; Holmes, 2001; Pace e Zavattini, 2015; Parish e Eagle, 2003; Slade, 2008; Wallin, 2007), pur attribuendole alcune caratteristiche peculiari, quali: *a*) l'organizzazione in fasi distinte, attraverso le quali la relazione procede verso la costruzione del legame di alleanza terapeutica (Obegi, 2008); *b*) l'espressione di aspetti che ricordano la relazione madre-bambino (Beebe e Lachmann, 2002; Schore e Schore, 2008) quali la asimmetricità e la lenta evoluzione nel tempo (Mikulincer e Shaver, 2005, 2007; Obegi, 2008); *c*) la presenza di elementi che rievocano la relazione romantica di coppia (Carli, Cavanna e Zavattini, 2009; Guerriero e Zavattini, 2015; Hazan e Shaver, 1987), pur mediati dalle dinamiche transferali e controtransferali. Secondo questa prospettiva, il compito dello psicoterapeuta è principalmente quello di fornire una base sicura al paziente operando nella sua *zona di sviluppo prossimale* in modo da sostenere l'esplorazione delle proprie rappresentazioni psicologiche, contenere l'angoscia e promuovere l'integrazione delle esperienze (Cortina e Marrone, 2003; Pace e Zavattini, 2015). All'interno della relazione terapeutica, svolge un ruolo importante il particolare *matching* (cioè la combinazione) tra la configurazione di attaccamento del paziente e quella dello psicoterapeuta, che influenza la qualità della relazione, le aree esplorate, gli interventi utilizzati, il processo terapeutico e il suo esito (Baldoni, 2008, 2010, 2013; Hill, 2015; Mohr, Gelso e Hill, 2004; Romano, Janzen e Fitzpatrick, 2009).

3. GLI STUDI SU ATTACCOMENTO ED EFFICACIA TERAPEUTICA

Nelle ultime due decadi si è cercato di affrontare lo studio sull'attaccamento in psicoterapia correlando le varie dimensioni della relazione terapeutica ai diversi stili, *pattern* e comportamenti di attaccamento del paziente e del terapeuta.

Gli studi empirici in questo articolo possono essere classificati sulla base delle dimensioni utilizzate come valutazione dell'attaccamento: *a*) lo *stile di attaccamento* del paziente e/o del terapeuta (il riconoscersi consapevolmente in uno specifico prototipo di attaccamento) valutato tramite strumenti self-report; *b*) lo *stile di attaccamento globale* (consi-

derato come una dimensione unica che coinvolge il paziente e il terapeuta); c) la *configurazione o pattern di attaccamento* del paziente e/o del terapeuta (una dimensione più complessa e meno consapevole espressione delle rappresentazioni mentali interne relative all'attaccamento) valutata attraverso la somministrazione di interviste semistrutturate come l'*Adult Attachment Interview* (AAI) (George, Kaplan e Main, 1984-1996; Steele e Steele, 2008); d) le *strategie di attaccamento dei terapeuti* valutate con strumenti proiettivi.

La maggior parte degli studi ha valutato l'attaccamento dei pazienti confrontandolo con misure di processo (Diener, Hilsenroth e Weinberger, 2009; Diener e Monroe, 2011) e di esito (Marmarosh, Gelso, Markin, Majors, Mallery e Choi, 2009; Schauenburg *et al.*, 2010). Le ricerche sui terapeuti sono più scarse, ma sufficienti per poter delineare un primo quadro dei risultati.

In una rassegna del 2001, Meyer e Pilkonis hanno valutato l'influenza del modello di attaccamento del paziente in relazione a misure di esito e di alleanza terapeutica, confrontandole con l'attaccamento del terapeuta in relazione alle stesse misure. Gli autori hanno sottolineato la necessità, da parte del clinico, di adattare la propria risposta ai bisogni di attaccamento dei pazienti per come emergono di momento in momento nel corso della terapia. Pazienti che mostrano strategie di attaccamento distanziante tendono a indurre il clinico a utilizzare, più o meno consapevolmente, interventi che facilitino l'espressione delle emozioni e il contatto, mentre pazienti preoccupati sembrano richiedere un atteggiamento più controllato che li aiuti a contenere le loro emozioni travolgenti. I pazienti con attaccamento sicuro, a loro volta, manifestano maggiori capacità di *insight* e di adattamento ai diversi contesti terapeutici e sembrano in grado di impegnarsi in maniera relativamente autonoma senza necessitare di una particolare personalizzazione degli interventi.

Alcuni studi hanno preso in considerazione la relazione tra le caratteristiche di attaccamento dei pazienti e le strategie che i terapeuti potrebbero adottare come risposta, considerando l'influenza di questo aspetto sull'aderenza al trattamento e sull'esito della cura (Dozier, 1990; Dozier e Kobak, 1992; Tyrrel, Dozier, Teague e Fallott, 1999). Altri autori hanno utilizzato strumenti che analizzano il modello di attaccamento sia del paziente che del terapeuta, evidenziando aspetti più salienti dell'interazione globale tra gli stati della mente di entrambi. Diamond e collaboratori (Diamond, Stovall-McClough, Clarkin e Levy, 2003), ad esempio, hanno condotto uno studio somministrando a un campione di 10 coppie terapeuta-paziente la *Patient-Therapist Adult Attachment Interview* (PT-AAI) (Diamond, Clarkin, Levy, Levine, Kottov e Stovall-McClough, 1999), raccogliendo informazioni dettagliate sull'interazione dei *pattern* di attaccamento. La PT-AAI è una forma

modificata della *Adult Attachment Interview* nella quale le prime sedici domande, comprese la richiesta dei 5 aggettivi che descrivono la relazione di attaccamento, sono state modificate in riferimento al paziente e al terapeuta. La ricerca ha considerato tre stili di attaccamento: Libero-Autonomo (F); Preoccupato-Invischiato (E); Distanziante (Ds), escludendo la categoria Irrisolto (U), che non è riferibile a una relazione terapeutica. La capacità riflessiva è stata valutata con la *Reflective Functioning Scale*, che operazionalizza il concetto di mentalizzazione (Fonagy, Target, Steele e Steele, 1998). I risultati hanno confermato che, al fine di ottenere un'ottimale regolazione della coppia terapeutica, dovrebbe manifestarsi una sintonia *non sempre perfetta* tra la capacità *riflessiva* del paziente e quella del terapeuta (Fonagy, Gergely e Target, 2008; Slade, 2008). Questo particolare valore positivo dell'imperfezione umana era già stato riconosciuto da Donald Winnicott (1956), il quale riteneva che, per favorire il processo di crescita del proprio figlio, aiutandolo gradualmente ad adattarsi alle difficoltà della vita, una madre non dovesse essere perfetta, ma *sufficientemente buona* (o sufficientemente devota). All'interno della relazione clinica tale regolazione si basa sulla dinamica transfert-controtransfert e implica la possibilità che un terapeuta sicuro in una certa situazione possa presentarsi come insicuro e viceversa (Mohr, Gelso e Hill, 2004; Rubino, Barker, Roth e Fearon, 2000).

Una ricerca (Janzen, Fitzpatrick e Drapeau, 2008) ha evidenziato che i pazienti sicuri, particolarmente dopo interventi significativi da parte del terapeuta, colgono più facilmente l'occasione per imprimere sviluppi positivi alla qualità della relazione e alla terapia, mentre i pazienti distanzianti in questi momenti tendono a utilizzare strategie disattivanti che interferiscono con il trattamento. Secondo gli autori, però, non si stabilisce un attaccamento vero e proprio nei confronti del terapeuta prima che si manifestino eventi significativi sul piano narrativo, interpretativo o relazionale, indipendentemente dal tipo di attaccamento manifestato dal paziente. I pazienti preoccupati, inoltre, tendono a utilizzare gli interventi del terapeuta (ricostruzioni, riformulazioni, aiuti nel ricordare o astensioni dal fornire giudizi di valore in seguito a rivelazioni intime del paziente) per confidare in breve tempo in una base sicura all'interno della relazione, mentre i pazienti moderatamente distanzianti, che anelano all'intimità, ma temono un rifiuto, sviluppano con maggiore difficoltà un senso di sicurezza e fiducia.

Spesso gli studi sull'attaccamento in psicoterapia fanno riferimento al concetto di «complementarietà» tra stili (o *pattern*) di attaccamento nella coppia terapeutica. Questo concetto, però, non è utilizzato in modo univoco. Per esempio nello studio di Tyrrel e collaboratori (1999) il termine si riferisce alle categorie continue di *attivazione* e *disattivazione* ricavate dall'*Attachment Interview Q-set* di Kobak (1989),

che a sua volta utilizza, attraverso la tecnica statistica del Q-sort, la dimensione di *stato della mente* come formulato nell'*Adult Attachment Interview*. Pertanto ad uno stato di maggior attivazione della mente del paziente si suggerisce al terapeuta di adottare un atteggiamento *complementare* e consapevole di minor attivazione e viceversa. Meyer e Pilkonis (2001), invece, nel loro lavoro di revisione della letteratura, descrivono una *complementarietà* di stili (o *pattern*) di attaccamento preoccupato *vs.* distanziante (tra paziente e terapeuta o viceversa), suggerendo che tali differenze possono promuovere una migliore capacità di collaborazione terapeutica. In altri studi il termine *complementarietà* è utilizzato per indicare una collusione inconscia del terapeuta nei confronti delle difese del paziente (Dozier, Cue e Barnett, 1994). In modo più efficace e meno ambiguo, Hill (2015) definisce *congruente* l'accoppiamento tra stessi *pattern* di attaccamento (distanziante-distanziante o preoccupato-preoccupato) e *incongruente* quello tra *pattern* opposti, osservando che ciascuna di queste configurazioni presenta vantaggi e insidie rispetto alla qualità dell'alleanza terapeutica e all'esito della cura.

Romano, Fitzpatrick e Janzen (2008) hanno studiato 59 coppie terapeuta-paziente evidenziando come l'andamento del trattamento (secondo la percezione del paziente) sia influenzato dalla configurazione di attaccamento di entrambi, oltre che dalla qualità dell'attaccamento del paziente nei confronti del terapeuta, con una correlazione positiva tra attaccamento sicuro, alleanza terapeutica e valutazione positiva delle sessioni. In un altro studio (Petrowsky, Pokorny, Nowacky e Buchheim, 2013), se il terapeuta manifestava un attaccamento preoccupato, il paziente tendeva a manifestare nei suoi confronti un attaccamento altrettanto preoccupato, mentre avveniva il contrario se il terapeuta si presentava distanziante. Di fronte ai terapeuti sicuri, però, l'attaccamento dei pazienti non risultava sempre sicuro. I pazienti che sviluppavano un attaccamento sicuro, comunque, erano quelli che presentavano un maggiore miglioramento sintomatico.

In generale dai dati delle ricerche risulta evidente che la particolare combinazione tra le caratteristiche dell'attaccamento del terapeuta e quello del paziente influenza significativamente la qualità della relazione, il processo terapeutico e l'esito della cura, ma le modalità di espressione di questa interazione sono ancora da chiarire.

Il legame di attaccamento tra terapeuta e paziente, inoltre, non deve essere inteso in modo statico, ma come un processo dinamico, che si modifica nel tempo sulla base dei diversi bisogni del paziente (Slade, 2008). Una relazione di cura efficace, infatti tende a organizzarsi in almeno tre momenti diversi (Holmes, 2009; Mallinckrodt, Porter e Kivlighan, 2005):

- 1) una prima fase (corrispondente alle prime sedute) di iniziale concordanza da parte del terapeuta con il modello di attaccamento

del paziente (accettazione del ruolo assegnatogli inconsciamente dal paziente e gratificazione delle sue aspettative). Ad esempio: assumere un atteggiamento più razionale con pazienti distanzianti e una maggiore flessibilità e partecipazione emotiva con quelli preoccupati (accettare lievi violazioni del *setting*, sedute supplementari o spostamenti di appuntamenti, lettere e messaggi, ecc.);

2) una seconda fase (quando la relazione di attaccamento è consolidata e offre una sufficiente base sicura), in cui le rappresentazioni distorte e difensive del paziente possono essere gradualmente analizzate mettendolo di fronte alle sue contraddizioni e aiutandolo a mettersi in discussione;

3) una terza fase di riorganizzazione psicologica del paziente con lo sviluppo di una nuova visione più equilibrata e adattiva di sé e dei propri problemi.

4. ATTACCOMENTO DEL PAZIENTE E *WORKING ALLIANCE*

Il costrutto di *Alleanza di Lavoro* (*Working Alliance*, WA) o *Alleanza Terapeutica* (*Therapeutic Alliance*), derivato principalmente dalla clinica psicoanalitica, si riferisce agli aspetti non nevrotici della relazione psicoterapeutica o non legati al transfert (Zetzel, 1956) ed è stato definito una collaborazione tra paziente e terapeuta basata sulla realtà (Greenson, 1965). La WA è riconosciuta come un importante fattore aspecifico comune a molte forme di terapia (American Psychological Association, 2012; Ardito e Rabellino, 2011; Shedler, 2010). Bordin (1979) ne distingue tre dimensioni: 1) l'accordo sugli obiettivi della terapia (*Goals*); 2) l'accordo sui compiti da affrontare (*Tasks*); 3) lo sviluppo di un legame tra paziente e terapeuta basato su reciproci sentimenti positivi (*Bond*). Quest'ultimo elemento viene considerato il più importante ed è quello maggiormente studiato per la sua similitudine con il concetto di relazione di attaccamento, nonostante le differenze con i legami che si instaurano durante l'infanzia fossero già riconosciute da Bowlby (1988). Di fatto un'alleanza terapeutica positiva rappresenta un ambiente favorevole per la crescita personale, in quanto, fornendo una base sicura al paziente, crea un clima protettivo che sostiene l'esplorazione dei propri processi mentali e incoraggia a nuove esperienze (Hill, 2015); «sicuro, ma non troppo sicuro», come ha scritto Bromberg (2006). In questo senso la dimensione *legame* (*Bond*) della WA si avvicina al concetto di relazione di attaccamento sicuro (Robbins, 1995) e molte ricerche sembrano confermare che questo sia l'aspetto più importante dell'alleanza terapeutica (Bird, Patterson e Turchik, 2010; Mallinckrodt, Gantt e Coble, 1995).

Nell'ambito della ricerca la WA viene solitamente valutata utilizzando questionari autosomministrati quali il *Working Alliance Inventory*

(WAI), la *California Psychotherapy Alliance Scale* (CALPAS) e le *Pennsylvania (Penn) Scales* (Ardito e Rabellino, 2011) compilati dal solo terapeuta, dal solo paziente o, più raramente, da entrambi o da osservatori esterni indipendenti, mentre la dimensione dell'attaccamento viene quasi sempre valutata esclusivamente tramite questionari *self report*.

Gli studi sulla relazione tra caratteristiche dell'attaccamento del paziente e qualità della WA sono relativamente numerosi. Uno di questi (Eames e Roth, 2000) ha evidenziato come pazienti con stile di attaccamento preoccupato incorrano più frequentemente in rotture dell'alleanza di quelli distanzianti. In entrambi i casi, però, l'insicurezza del paziente può produrre un'influenza negativa sul trattamento. I pazienti preoccupati tendono a sentirsi molto coinvolti nella relazione con il terapeuta, vivendola in modo più intenso e conflittuale. I pazienti distanzianti presentano maggiori difficoltà a instaurare il legame e ad addentrarsi nell'esplorazione di argomenti e sentimenti più problematici e profondi. Questi ultimi pazienti, inoltre, tendono ad assumere un atteggiamento più compiacente nei confronti del terapeuta inibendo l'espressione degli affetti negativi come la paura, la rabbia e la vulnerabilità (Baldoni, 2008, 2012, 2013). Pertanto, come ricorda Mary Dozier (1990), l'attivazione dei sistemi di attaccamento viene a essere facilitata dai pazienti con stile preoccupato e ostacolata da pazienti con stile distanziante, influenzando in entrambi i casi la relazione clinica e lo sviluppo della WA. A tal riguardo Daly e Mallinckrodt (2009) ritengono che la terapia con il paziente distanziante possa risultare meno difficoltosa quando il terapeuta abbia valutato adeguatamente le proprie reazioni controtransferali. Al contrario, in accordo con i dati di Eames e Roth (2000), se, durante la seduta o in corso di supervisione, tale elaborazione non è avvenuta, il terapeuta può illudersi che con un paziente distanziante la terapia stia procedendo bene sottovalutando il suo livello di problematicità. In questo caso si è parlato di complementarietà, ma in senso negativamente colusivo (Mohr, Gelso e Hill, 2004).

Come già evidenziato, l'attaccamento del paziente nei confronti del terapeuta (Mallinckrodt, Gantt e Coble, 1995) e quello manifestato dal terapeuta (Diamond, Clarkin, *et al.*, 2003; Diamond, Stovall-McClough, Clarkin e Levy, 2003) sono stati indagati attraverso strumenti specifici che li hanno correlati con lo sviluppo della WA. In particolare Mallinckrodt, Gantt e Coble (1995), utilizzando la *Client Attachment to Therapist Scale* (CATS), hanno evidenziato una associazione negativa tra sviluppo dell'alleanza terapeutica e attaccamento preoccupato del paziente, moderatamente positiva con l'attaccamento distanziante e decisamente positiva con l'attaccamento sicuro. Questi dati sono stati riscontrati principalmente per la dimensione *legame* (Bond), ovvero la capacità di sviluppare un legame emotivo positivo con il te-

rapeuta, e questo ha portato gli autori a considerare l'alleanza terapeutica come un aspetto a sua volta riferibile all'attaccamento. Robbins (1995), a commento di questo dato, ha ipotizzato che il fattore *attaccamento sicuro* identificato dalla CATS condivide aspetti comuni con il costrutto di alleanza terapeutica. Altri studi (Bird, Patterson e Turchik, 2010) hanno confermato che la dimensione dell'alleanza maggiormente correlata con la relazione terapeutica (intesa come relazione di attaccamento) sia quella di legame.

Anche negli studi sulle relazioni tra WA e attaccamento, comunque, le caratteristiche di attaccamento dei pazienti sono la dimensione maggiormente considerata (Dazzi e Speranza, 2014; Eames e Roth, 2000; Mallinckrodt, Gantt e Coble, 1995; Mallinckrodt, Porter e Kivlighan, 2005; Parish e Eagle, 2003; Sauer, Anderson, Gormley, Richmond e Preacco, 2010) e molto più raramente è stata presa in considerazione l'influenza del terapeuta.

5. ATTACCOMENTO DEL TERAPEUTA E *WORKING ALLIANCE*

Nonostante le limitazioni in termini di validità e attendibilità, i questionari self-report rimangono gli strumenti più utilizzati anche negli studi sull'attaccamento dei terapeuti e i risultati in questo ambito sono comunque concordi, in linea di massima, nell'indicare la sicurezza del clinico come il maggior predittore di una buona alleanza terapeutica e di un buon esito della cura, mentre l'attaccamento preoccupato risulta quello associato a maggiori difficoltà. Per quanto riguarda l'influenza dell'attaccamento sulle reazioni di controtrasferimento, i dati non sono così chiari e uno dei motivi potrebbe essere la difficoltà di isolare una variabile personale così complessa dal contesto dell'alleanza terapeutica.

Uno studio su un campione di 73 terapeuti (Dunkle e Friedlander, 1998) valutati con l'*Adult Attachment Scale* (AAS; Collins e Read, 1990) ha evidenziato che i pazienti tendevano a valutare più negativamente la qualità della WA in presenza di un terapeuta preoccupato, e che tale giudizio era correlato al livello di ostilità auto-diretta del terapeuta stesso (un'attività dell'Io di tipo riflessivo con valenza negativa). In questi casi l'ostilità auto-diretta del clinico, assieme a una sua maggior insicurezza nelle relazioni familiari e sociali, potrebbe essere comunicata inconsciamente al paziente all'interno della relazione terapeutica. Sauer, Lopez e Gormley (2003) hanno confermato questo dato evidenziando come l'attaccamento preoccupato dello psicoterapeuta, nonostante possa essere associato a uno sviluppo positivo dell'alleanza nelle prime sedute, risulta predittivo di un netto peggioramento dopo la quarta e la settima seduta.

Ligiero e Gelso (2002), al contrario, non hanno riscontrato alcuna correlazione significativa tra modello di attaccamento del clinico, sviluppo di alleanza e reazioni di controtransfert. Gli autori hanno spiegato il risultato ipotizzando che il sistema di attaccamento del terapeuta sia meno attivato di quello del paziente, tuttavia tale opinione, eccettuato un unico studio effettuato da uno dei due autori (Crook e Gelso, 2000), non è confermata da dati sufficienti ed è in contraddizione con altri studi che hanno utilizzato l'AAI (Dinger, Strack, Sachse e Schauenburg, 2009; Schauenburg *et al.*, 2010) o la PT-AAI (Diamond *et al.*, 2003; Diamond, Clarkin *et al.*, 2003).

A loro volta Mohr, Gelso e Hill (2004), hanno valutato le caratteristiche di attaccamento di un gruppo di 93 *counselor* tirocinanti attraverso l'*Experiences in Close Relationships Scale* (ECRS) (Brennan, Clark e Shaver, 1998) e, dopo averle confrontate con quelle dei loro clienti, hanno riscontrato che i *counselor* con attaccamento distanziante/evitante tendevano a manifestare reazioni di controtransfert ostili, critiche e rifiutanti con clienti con attaccamento timoroso/preoccupato, mentre i *counselor* con attaccamento timoroso/preoccupato tendevano a mostrare queste risposte negative di controtransfert nei confronti di clienti con attaccamento distanziante/evitante. I più elevati livelli di controtransfert distanziante e ostile sono stati evidenziati nella diade *counselor* evitante-cliente preoccupato. Quando gli attaccamenti insicuri del terapeuta e del paziente risultavano collusivi in senso *complementare* (ad esempio distanziante-preoccupato) è stata riscontrata una più elevata possibilità di agiti controtransferali che potevano sollecitare nel paziente reazioni e comportamenti abituali e consolidati. I risultati di questo studio confermano l'ipotesi che le dinamiche di controtransfert sono in funzione della configurazione dei *pattern* di attaccamento all'interno della diade terapeutica e che le reazioni negative di controtransfert sono più frequenti quando terapeuta e paziente manifestano *pattern* di attaccamento insicuro opposti. Nei *counselor* insicuri, infatti, è stata evidenziata l'adozione di comportamenti che rispecchiano in modo inappropriato il modello di attaccamento del cliente, anche quando il proprio sia differente o il cliente necessiti di altro. Queste reazioni problematiche possono essere favorite da una inadeguata elaborazione del controtransfert in sede di supervisione o ad una formazione analitica personale inefficace.

Un ulteriore studio su 491 terapeuti (Black, Hardy, Turpin e Parry, 2005), ha valutato la relazione tra attaccamento del terapeuta e qualità della WA confermando un'associazione positiva con l'attaccamento sicuro e una negativa con l'attaccamento preoccupato.

In controtendenza rispetto ai dati degli altri studi, in ricerche condotte da Romano, Fitzpatrick e Janzen (2008; Romano, Janzen e Fitzpatrick, 2009) in cui, utilizzando l'ECRS, è stata studiata la rela-

zione tra stile di attaccamento e tipo di interventi terapeutici in coppie di *counselor* tirocinanti e soggetti volontari, non è stata riscontrata sostanzialmente alcuna relazione significativa. Facevano eccezione le coppie in cui entrambi i soggetti risultavano distanzianti. In questi casi, infatti, gli interventi terapeutici tendono solitamente ad essere più direttivi e paziente e terapeuta possono assumere atteggiamenti collusivi evitando gli argomenti più ansiogeni e emotivamente impegnativi, dirottando la conversazione su aspetti tecnici e razionali.

Le ricerche sulla relazione terapeutica basate sulla somministrazione di *Adult Attachment Interview* (AAI) sono decisamente meno frequenti di quelle che hanno utilizzato questionari, per i problemi di costo, di tempo, di necessità di formazione legati allo strumento e di complessità dei dati considerati. I risultati di questi studi, però, sono particolarmente utili sul piano clinico, in quanto mettono in luce le rappresentazioni relative all'attaccamento meno consapevoli e le strategie difensive attivate in condizioni di stress o di pericolo.

In uno studio che è divenuto un riferimento per i lavori successivi, Dozier, Cue e Barnett (1994) hanno somministrato l'AAI a un campione di terapeuti di formazione eterogenea e a pazienti con gravi disturbi mentali, evidenziando come i terapeuti sicuri tendano a utilizzare interventi più adeguati e approfonditi con ogni tipo di paziente e quelli insicuri ad agire il controtransfert rispondendo ai propri bisogni, a prescindere dal modello di relazione esibito dal paziente. I pazienti che manifestano strategie distanzianti, infatti, tendono a presentarsi come autosufficienti, a minimizzare i propri problemi e ad aspettarsi che gli altri non siano disponibili, e questo potrebbe suscitare un minore interesse da parte del clinico. Al contrario i pazienti preoccupati tendono a presentare se stessi come indifesi e sofferenti, suscitando nel terapeuta una risposta che gratifichi i propri bisogni immediati. I terapeuti sicuri riuscirebbero ad adattare le proprie risposte ai bisogni reali dei pazienti senza farsi fuorviare dai loro atteggiamenti transferali. I terapeuti insicuri distanzianti e preoccupati, invece, tendono a colludere con i comportamenti del paziente, oppure a fornire risposte controtransferali in funzione dei propri problemi piuttosto che come conseguenza di una riflessione sull'interazione transfert-controtransfert. Relativamente a questo aspetto, uno studio (Tyrrell *et al.*, 1999) ha evidenziato, ai fini di buona alleanza di lavoro, l'importanza di una complementarità della coppia terapeutica, nel senso che a una maggior attivazione del paziente sarebbe opportuno contrapporre una minore attivazione del terapeuta e viceversa. Di fronte a uno stile disattivante/distanziante del paziente, ad esempio, è utile che il terapeuta assuma una modalità complementare iperattivante.

Il lavoro del gruppo di Dozier (1990; Dozier, Cue e Barnett, 1994; Tyrrel, Dozier, Teague e Fallot, 1999) è stato successivamente appro-

fondito da altri studi effettuati presso l'Università tedesca di Heidelberg. Il primo di questi (Dinger, Strack, Sachsse e Schauenburg, 2009) ha valutato 281 pazienti con diverse patologie psichiatriche e 12 terapeuti prevalentemente di orientamento psicodinamico. La ricerca ha evidenziato che i terapeuti preoccupati, dopo le prime sedute, tendono a favorire un peggioramento della WA a causa delle loro modalità relazionali iperattivanti e intrusive (legate alla paura di perdere il paziente e alla necessità di controllarlo) che possono indurre il paziente ad allentare il legame percependo il terapeuta come poco empatico, ansioso e insicuro. I risultati dello studio di Dinger e collaboratori (2009), però, sono stati criticati da Jeremy Holmes (2009), il quale ha obiettato che gli autori hanno operato in un ambito clinico tedesco, differente dalla maggior parte dei sistemi sanitari occidentali (soprattutto per le maggiori risorse economiche) e che il particolare *setting* terapeutico non potesse rendere conto dell'efficacia della terapia psicodinamica, come proposto dagli autori, dal momento che i pazienti erano sottoposti a differenti programmi terapeutici individuali e di gruppo. Successivamente gli stessi ricercatori (Schauenburg *et al.*, 2010) hanno replicato lo studio somministrando l'AAI a un campione di 31 terapeuti e confermando l'importanza dell'attaccamento sicuro del terapeuta al fine di moderare i disturbi e i livelli di *distress* dei pazienti, nonostante questo dipenda anche dal livello di compromissione del paziente.

Infine, un aspetto interessante, ancora trascurato dalla ricerca, riguarda le caratteristiche personali degli psicoterapeuti in termini di attaccamento confrontate con quelle della popolazione generale e dei pazienti psichiatrici. In un recente studio italiano (Lambruschi, 2008) l'AAI è stata somministrata a un campione di 59 psicoterapeuti di diverso orientamento teorico codificando le interviste secondo i criteri del *Modello Dinamico-Maturativo (Dynamic Maturational Model, DMM)* (Crittenden, 1999; Crittenden e Landini, 2011). Lo studio ha evidenziato che gli psicoterapeuti si differenziano dalla popolazione generale, avvicinandosi alle caratteristiche dei soggetti clinici, non tanto per la diversa configurazione di attaccamento, ma soprattutto per la maggiore presenza di traumi e di lutti irrisolti. Questi aspetti, spesso legati a vicende personali (malattie, incidenti) o familiari (malattia o morte di un familiare, separazioni traumatiche), sono spesso all'origine della motivazione a intraprendere una professione di aiuto, ma, se non elaborati, possono interferire pesantemente sull'atteggiamento terapeutico e pregiudicare l'esito del trattamento (Baldoni, 2008, 2013; Hill, 2015). La paura dell'abbandono o la necessità di essere amato dal paziente, ad esempio, potrebbe portare un clinico preoccupato a violare i confini del *setting* considerando il legame terapeutico come una relazione di amicizia o sentimentale, oppure ad

assumere un ruolo genitoriale e salvifico sospinto dall'idea che il paziente debba meritare l'amore di cui non ha goduto nell'infanzia (Gabbard e Lester 1995; Celenza e Gabbard, 2002). D'altra parte, come si è detto, le similitudini tra relazione clinica, relazione romantica di attaccamento e relazione tra genitori e figli sono state evidenziate da diversi autori (Mallinckrodt, Porter e Kivlighan, 2005; Mikulincer e Shaver, 2005), confermando la necessità di una formazione del terapeuta che comporti la consapevolezza di questi aspetti e una riflessione su di sé come paziente.

In conclusione, la maggior parte degli studi ha evidenziato una correlazione positiva tra attaccamento sicuro del terapeuta e qualità della WA, mentre l'insicurezza dell'attaccamento, particolarmente di tipo preoccupato, è risultata associata a una minore qualità e a un'instabilità dell'alleanza. Lo sviluppo di una valida WA e il buon esito del trattamento, quindi, sono risultati associati positivamente non solo con l'attaccamento sicuro del paziente (Mallinckrodt, Gantt e Coble, 1995; Mallinckrodt, Porter e Kivlighan, 2005), ma anche con quello del terapeuta (Sauer, Lopez e Gormley, 2003). Ad esempio, Dunkle e Friedlander (1996) hanno evidenziato come l'ostilità auto-diretta di alcuni pazienti costituisca una seria minaccia per lo sviluppo di una buona WA, particolarmente per le conseguenze distruttive sul legame terapeutico (mentre un valido sostegno sociale e un buon grado di sicurezza favoriscono l'alleanza). In questi casi, uno psicoterapeuta sicuro, in grado di gestire appropriatamente le proprie reazioni controtransferali senza colludere con agiti inappropriati, sin dalle prime fasi della terapia può aiutare il paziente ad affrontare l'odio e la rabbia che prova verso di sé favorendo lo sviluppo di una buona alleanza. I pazienti con attaccamento sicuro, comunque, sono quelli in grado di utilizzare con maggiore successo gli interventi del terapeuta (Janzen, Fitzpatrick e Drapeau, 2008) e di procedere con profondità verso l'esplorazione di se stessi, soprattutto quando il terapeuta manifesta a sua volta un attaccamento sicuro (Bruck, Winston, Aderholt e Muran, 2006; Romano, Fitzpatrick e Janzen, 2008).

Un ruolo importante, come si è detto, è svolto dal particolare *matching* (cioè dalla combinazione) tra il *pattern* di attaccamento del paziente e quella del terapeuta, che influenza la qualità della relazione, le aree esplorate, gli interventi utilizzati, il processo terapeutico e il suo esito (Baldoni, 2008, 2013; Hill, 2015; Mohr, Gelso e Hill, 2004; Romano, Janzen e Fitzpatrick, 2009).

Bisogna considerare che molti clinici hanno sofferto durante la loro infanzia e manifestano dei modelli di attaccamento insicuro, ma possono essere ugualmente dei buoni terapeuti. Le ricerche dimostrano che, in questi casi, la qualità della relazione tende a migliorare se il terapeuta manifesta una configurazione di attaccamento opposta a

quella del paziente (Bruck, Winston, Aderholt e Muran, 2006; Meyer e Pilkonis, 2001), anche se i terapeuti evitanti (ipoattivanti) si rivelano tendenzialmente più efficaci dei preoccupati (iperattivanti), forse per una maggiore capacità di contenimento delle ansie del paziente. Un clinico insicuro, inoltre, all'interno del suo ruolo professionale può manifestare una relativa sicurezza con un paziente insicuro e le ricerche hanno dimostrato che un'ottimale autoregolazione della coppia terapeutica si esprime in una sintonia «non perfetta» tra i bisogni del paziente e la funzione di rispecchiamento del terapeuta (Diamond *et al.*, 2003; Diamond, Clarkin *et al.*, 2003).

I dati delle ricerche sull'attaccamento in psicoterapia, però, devono essere considerati con cautela. Il confronto tra gli studi risulta infatti difficoltoso a causa delle differenze di campionamento e dell'eterogeneità degli strumenti di valutazione e dei costrutti utilizzati. La maggior parte delle ricerche è stata condotta su piccoli campioni, a volte non clinici e spesso composti da terapeuti in formazione e pazienti volontari. Inoltre la valutazione dello stile (o del *pattern*) di attaccamento è molto influenzata dagli strumenti e dai sistemi di classificazione utilizzati. Uno studio tedesco (Schauenburg *et al.*, 2010), ad esempio, ha evidenziato una percentuale elevata di terapeuti con attaccamento Irrisolto/disorganizzato (valutato con la AAI secondo il sistema di classificazione di Main, Goldwyn e Hesse, 1984-2003), peraltro in linea con le più recenti metanalisi relative alla distribuzione dell'attaccamento adulto in campioni non clinici (Bakermas-Kranenburg e Van Ijzendoorn, 2009), ma questa categoria non è considerata da altri sistemi di classificazione, come il *Modello Dinamico-Maturo* (DMM) (Crittenden, 1999; Crittenden e Landini, 2011).

6. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

I risultati degli studi *evidence-based* hanno confermato che, nel loro complesso, le diverse forme di psicoterapia producono risultati ampiamente positivi (*Effect size* globale su 475 studi: 0.85) e superiori a quelli della farmacoterapia antidepressiva (*Effect size*: 0.17-0.31) (Shedler, 2010), ma che nessuna tecnica psicoterapeutica ha dimostrato una particolare superiorità rispetto alle altre. I cambiamenti più profondi della personalità e il minor numero di ricadute, inoltre, sono associati alla durata della terapia (> 1 anno o più di 50 sedute) (*Effect size*: 0.78-1.8), piuttosto che alla tecnica. Le lievi differenze evidenziate da alcuni studi tendono a corrispondere più alle preferenze e alla formazione teorica del ricercatore, che a reali effetti dovuti al trattamento.

Il fattore maggiormente correlato alla soddisfazione del paziente e al risultato finale di una psicoterapia sembra la qualità della rela-

zione, in particolare della WA (Safran e Muran, 2000; Ardito e Rabbellino, 2011) e del legame di attaccamento tra terapeuta e paziente. Gli altri elementi che risultano significativamente associati all'efficacia della cura sono anch'essi riferibili alla qualità della relazione clinica e alle caratteristiche del terapeuta, piuttosto che agli aspetti inerenti la tecnica: le capacità empatiche, la condivisione degli obiettivi con il paziente, assumere un atteggiamento positivo e assertivo (cioè riuscire a esprimere in modo efficace le proprie emozioni ed opinioni senza prevaricare il paziente), risultare coerenti e autentici. Le diverse metanalisi della letteratura di ricerca sull'efficacia della psicoterapia (Wampold, 2014) hanno chiarito, nel loro complesso, che sono questi gli elementi determinanti (gli unici con un *effect size* significativo, superiore a 0.2), mentre, al contrario, la tipologia di trattamento, l'aderenza a un protocollo manualizzato, o il risultare competenti riguardo una particolare tecnica sembrano svolgere un ruolo decisamente secondario (vedi fig. 1). Le ricerche *evidence-based*, quindi, hanno confermato l'efficacia della psicoterapia in un'ampia gamma di patologie, ma ai fini del trattamento le caratteristiche del terapeuta e la qualità della relazione assumono un'importanza maggiore della tecnica terapeutica e della specificità della diagnosi (Balconi, 2015).

Bruce Wampold (2007, 2012), uno degli esperti più autorevoli in questo campo, che ha collaborato alla stesura del documento dell'*American Psychological Association* (2012), sostiene che i fattori che influenzano maggiormente l'efficacia delle psicoterapie sono relativi ad alcune caratteristiche tipicamente umane (che lui definisce nel loro complesso la «componente umanistica» della psicoterapia):

1) la tendenza ad attribuire un significato al mondo (attraverso l'interpretazione, la spiegazione, l'attribuzione di un nesso causale, la mentalizzazione di Sé e degli altri, l'organizzazione dell'esperienza in forma di narrazione);

2) la tendenza a influenzare e ad essere influenzati dagli altri (cioè a vivere in relazione con le altre persone, ad agire su di loro e ad essere soggetti a un'influenza sociale);

3) La tendenza a cambiare nel corso del tempo attraverso:

a) una relazione significativa (in particolare i legami di attaccamento, come quello tra genitori e figli, tra i partner all'interno di un legame di coppia e tra psicoterapeuta e paziente);

b) la creazione di aspettative (che spiega la grande influenza in ambito terapeutico della suggestione, dell'effetto placebo e dei rituali);

c) acquisire una nuova capacità (*mastery*) (cioè sviluppare un senso di autoefficacia e di controllo nei confronti degli eventi, in particolare quelli interni legati a reazioni emotive come la paura, la rabbia, l'ansia e la depressione).

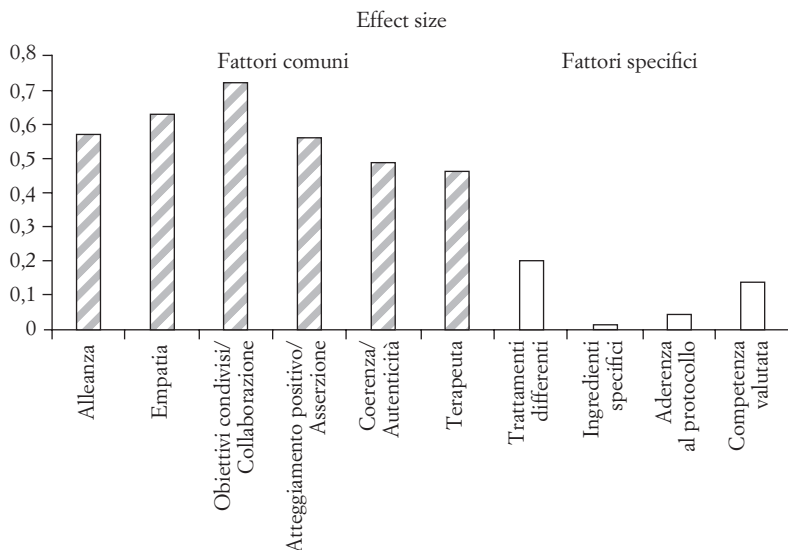


FIG. 1. Fattori che influenzano l'esito delle psicoterapie: risultati delle metanalisi.

Nota: risultano significativi i valori di *effect size* superiori a 0.2.

Fonte: Wampold, 2014, riprodotto con il permesso dell'Autore.

Nonostante i limiti metodologici e la variabilità e complessità delle dimensioni indagate, i dati degli studi che hanno valutato l'influenza dell'attaccamento e della *Working Alliance* in psicoterapia hanno confermato che la componente umana e relazionale costituisce l'anima della cura ed è alla base della sua efficacia. I terapeuti più sicuri e che manifestano migliori capacità empatiche e relazionali possono sviluppare con i propri pazienti un'alleanza di lavoro più solida e duratura e sono maggiormente in grado di condurre terapie a breve e lungo termine adattandosi alle esigenze personali dei diversi pazienti. Risultano, quindi, più efficaci al di là del modello terapeutico utilizzato.

Secondo Allan Schore (Shore, 2017; Shore e Shore, 2008) un fattore importante di *effectiveness* e di valida alleanza terapeutica è rappresentato dalla capacità inconscia del terapeuta di sintonizzarsi «psicobiologicamente» con gli stati interni del paziente. Tale qualità si potrebbe ricondurre a quella che Freud, in *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico* (1912), descrisse come una «sintonia tra inconsci». Oggi sappiamo che queste comunicazioni implicite profonde richiedono al terapeuta la capacità di *abitare* con piacere e consapevolezza il proprio corpo e sono veicolate principalmente dalla componente non verbale ed emozionale della relazione clinica. In particolare lo psicoterapeuta deve essere in grado di autoregolarsi emozional-

mente, tollerando affetti negativi iper o ipo-attivanti (quali la rabbia, la paura, la noia o l'eccitazione sessuale) e, quando avverte di essere disregolato o non adeguatamente sintonizzato, deve sapere riparare alla rottura e recuperare la sintonia con il paziente (Hill, 2015). Queste capacità sono in funzione delle caratteristiche personali del clinico e dipendono dalla sua storia, dalla sua personalità, dal suo modello di attaccamento, dalla sua maturazione e dalla qualità della sua formazione, in particolare dalla disponibilità a riflettere su di sé come paziente attraverso un'esperienza analitica, come aveva già evidenziato Freud (1912). Gli aspetti corporei e non verbali, quindi, dovrebbero essere maggiormente considerati dalla ricerca in psicoterapia e l'acquisizione di una sicurezza nella relazione clinica dovrebbe essere favorita da programmi di formazione specifici basati sulle attuali teorie sulla regolazione delle emozioni (Caretti, Craparo e Schimmenti, 2013; Craparo e Mucci, 2017; Hill, 2015; Porges, 1995; Van der Kolk, 2014) che permettano di acquisire una maggiore autenticità ed efficacia nella comunicazione non verbale, mitigando gli effetti di eventuali traumi irrisolti e i danni conseguenti a carico del sistema di attaccamento. La regolazione emotiva, infatti, influenza parametri biologici, quali l'utilizzo della voce e la prosodia (intonazione, ritmo e accento del parlato), l'espressione facciale e lo sguardo, il tono muscolare e la gestualità, la frequenza cardiaca e la respirazione. Una buona regolazione di queste funzioni permette allo psicoterapeuta di essere più efficace nella relazione clinica, favorendo la sicurezza del paziente ed esercitando, al tempo stesso, una influenza positiva sulle capacità di regolazione emotiva, sulle modalità relazionali, sul modello di attaccamento e sulle strategie difensive da lui utilizzate (Dazzi e Speranza, 2014; Diamond, Clarkin *et al.*, 2003; Woodhouse *et al.*, 2003).

Questo non vuol dire che l'adozione di un solido modello di intervento clinico non sia importante, ma lo psicoterapeuta è come un pittore. Le tecniche terapeutiche sono necessarie, sono i suoi pennelli, i colori, i modelli a cui si ispira. Il risultato della cura, però, è qualcosa di irripetibile ed è profondamente influenzato dalle caratteristiche umane delle persone coinvolte nella relazione.

BIBLIOGRAFIA

- AGNEW-DAVIES R., STILES W.B., HARDY G.E., BARKHAM M., SHAPIRO D.A. (1998). Alliance structure assessed by the Agnew Relationship Measure (ARM). *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 155-172.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (2012). *Recognition of psychotherapy effectiveness*. Documento scaricabile online, <http://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy.aspx>.

- ARDITO R.B., RABELLINO D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: Historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology*, 2, 1-11.
- BACHERMANS-KRANENBURG M.J., VAN IJZENDOORN M.H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in non-clinical and clinical groups. *Attachment and Human Development*, 11, 223-263.
- BALDONI F. (2008). L'influenza dell'attaccamento sulla relazione clinica: collaborazione, collusione e fallimento riflessivo. *Maieutica*, 27-30 (Giugno 2007-Giugno 2008), 57-72.
- BALDONI F. (2010). *La prospettiva psicosomatica. Dalla teoria alla pratica clinica*. Bologna: Il Mulino.
- BALDONI F. (2012). La Psicoterapia dinamica basata sul modello dinamico-maturativo. In L. Cena, A. Imbasciati, F. Baldoni (a cura di), *Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori. La ricerca clinica per l'intervento*. Milano: Springer-Verlag, pp. 209-228.
- BALDONI F. (2013). Psicoterapia e attaccamento. Il paradigma dell'attaccamento nella pratica clinica. In D. Lazzari (a cura di), *Psicoterapia: effetti integrati, efficacia e costi-benefici*. Milano: Tecniche Nuove, pp. 106-140.
- BALDONI F. (2015). L'efficacia della psicoterapia nel trattamento dei disturbi psichici. *La Mente che Cura*, 1, 17-20.
- BEEBE B., LACHMANN F.M. (2002). *Infant Research e trattamento degli adulti. Un modello sistemico-diadico delle interazioni* (trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2003).
- BIRD K.R., PATTERSON C.L., TURCHIK J.A. (2010). Working alliance as a mediator of client attachment dimension and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47 (4), 631-636.
- BLACK S., HARDY G., TURPIN G., PARRY G. (2005). Self-reported attachment styles and therapeutic orientation of therapists and their relationship with reported general alliance quality and problems in therapy. *Psychology and Psychotherapy*, 78, 363-377.
- BORDIN E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16, 252-260.
- BOWLBY J. (1988). *A Secure Base. Clinical Applications of Attachment Theory*. London: Routledge (trad. it. *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina, 1989).
- BRENNAN K.A., CLARK C.L., SHAVER P.R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J.A. Simpson, W.S. Rholes (eds.), *Attachment Theory and Close Relationships*. New York: Guilford Press, pp. 46-76.
- BROMBERG P.M. (2006). *Awakening the Dreamer: Clinical Journeys*. London: Analytic Press (trad. it. *Destare il sognatore. Percorsi clinici*. Milano: Raffaello Cortina, 2009).
- BRUCK E., WINSTON A., ADERHOLT S., MURAN J.C. (2006). Predictive validity of patient and therapist attachment and introject styles. *American Journal of Psychotherapy*, 60 (4), 393-406.
- CARETTI V., CRAPARO G., SCHIMMENTI A. (a cura di) (2013). *Memorie traumatiche e mentalizzazione. Teoria, ricerca e clinica*. Roma: Astrolabio.
- CARLI L., CAVANNA D., ZAVATTINI G.C. (2009). *Psicologia della relazione di coppia. Modelli teorici e intervento clinico*. Bologna: Il Mulino.
- CELENZA A., GABBARD G.O. (2002). Analysts who commit sexual boundary violations: A lost cause? *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51 (2), 617-636.

- COLLINS N.L., REED S.J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-663.
- CORTINA M., MARRONE M. (eds.) (2003). *Attachment Theory and the Therapeutic Process*. London: Whurr.
- CRAPARO G., MUCCI C. (eds.) (2017). *Unrepressed Unconscious, Implicit Memory, and Clinical Work*. London: Karnac Books.
- CRITTENDEN P.M. (1999). *L'attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo all'Adult Attachment Interview*. Milano: Raffaello Cortina.
- CRITTENDEN P.M., LANDINI A. (2011). *Assessing Adult Attachment: A Dynamic-maturational Approach to Discourse Analysis*. New York: Norton.
- CROOK R., GELSO C. (2000). *Counselor and client attachment contributions to the working alliance: An analogue study*. Paper presented at the 108th Annual Convention of the American Psychological Association, Washington, D.C.
- D'AGUANNO M., VELOTTI P., VARI C., ZAVATTINI G.C. (2016). L'efficacia della psicoterapia di coppia: una overview di rassegne sistematiche. *Giornale Italiano di Psicologia*, 43 (1-2), 17-52.
- DALY K.D., MALLINCKRODT B. (2009). Experienced therapists' approach to psychotherapy for adults with attachment avoidance or attachment anxiety. *Journal of Counseling Psychology*, 56 (4), 549-563.
- DAZZI N., SPERANZA A.M. (2014). Apporti della teoria dell'attaccamento allo studio del cambiamento. *Giornale Italiano di Psicologia*, 41 (4), 703-713.
- DAZZI N., ZAVATTINI G.C. (2011). Il paradigma dell'attaccamento e la pratica clinica. *Giornale Italiano di Psicologia*, 38 (4), 729-756.
- DIAMOND D., CLARKIN J., LEVY K., LEVINE H., KOTOV H., STOVALL-MC-CLOUGH C. (1999). *The Patient Therapist Adult Attachment Interview (PT-AAI)*. Unpublished manuscript. New York: The City University of New York, Department of Psychology.
- DIAMOND D., CLARKIN J.F., STOVALL-MC-CLOUGH C., LEVY K.N., FOELSCH P.A., LEVINE H., YEOMANS F. (2003). Patient-therapist attachment: Impact on the therapeutic process and outcome. In M. Cortina, M. Marrone (eds.), *Attachment theory and the therapeutic process*. London: Whurr.
- DIAMOND D., STOVALL-MC-CLOUGH K., CLARKIN J., LEVY K. (2003). Patient-therapist attachment in the treatment of borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67, 227-259.
- DIENER M.J., HILSENROTH M.J., WEINBERGER J. (2009). A primer on meta-analysis of correlation coefficients: The relationship between patient report therapeutic alliance and adult attachment style as an illustration. *Psychotherapy Research*, 19 (4-5), 519-526.
- DIENER M.J., MONROE J.M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 48 (3), 237-248.
- DINGER U., STRACK M., SACHSSE T., SCHAUBENBURG H. (2009). Therapists' attachment, patients' interpersonal problems and alliance development over time in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 46 (3), 277-290.
- DOZIER M. (1990). Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology*, 2, 47-60.
- DOZIER M., CUE K., BARNETT L. (1994). Clinicians as caregivers. Role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 793-800.

- DOZIER M., KOBAK R.R. (1992). Psychophysiology in attachment interviews: Converging evidence for deactivating strategies. *Child Development*, 63, 1473-1480.
- DUNKLE J.H., FRIEDLANDER M. (1996). Contribution of the therapist experience and personal characteristics to the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 456-460.
- EAMES V., ROTH A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance. A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research*, 10, 421-434.
- EVANS P., TURNER S., TROTTER C. (2012). *The Effectiveness of Family and Relationship Therapy: A Review of the Literature*. Melbourne: PACFA.
- FONAGY P., GERGELY G., TARGET M. (2008). Costrutti psicoanalitici, teoria dell'attaccamento e ricerca. In J. Cassidy, P.R. Shaver (a cura di), *Manuale dell'attaccamento: Teoria ricerca e applicazione clinica* (2ª ed.). Roma: Giovanni Fioriti, 2010, pp. 902-931.
- FONAGY P., TARGET M., STEELE H., STEELE M. (1998). *Reflecting Functioning Manual, Version 5, for Application to Adult Attachment Interviews*. Unpublished manuscript. London: University College London.
- FREUD S. (1912). *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*. Trad. it. in *Tecnica della psicoanalisi* (1911-12), *Opere*, vol. 6, Torino: Bollati Boringhieri, 1989, pp. 532-541.
- GABBARD G.O., LESTER E.P. (1995). *Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis*. New York: Basic Books (trad. it. *Violazioni del setting*. Milano: Raffaello Cortina, 1997).
- GEORGE C., KAPLAN N., MAIN M. (1984-1996). *Adult Attachment Interview Protocol*. Unpublished manuscript. Berkeley, CA: University of California, Berkeley.
- GREENSON R.R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 155-179.
- GUERRIERO V., ZAVATTINI G.C. (2015). Questioni d'amore: teoria dell'attaccamento e relazioni sentimentali. *Attaccamento e Sistemi Complessi*, 2 (1), 27-44.
- HALPERT E. (2009). Some aspects of the psychoanalytic psychology of physicians. *International Journal of Psychoanalysis*, 90, 1039-1056.
- HAZAN C., SHAVER P.R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (3), 511-524.
- HILL D. (2015). *Affect Regulation Theory: A Clinical Model*. New York: Norton (trad. it. *Teoria della regolazione affettiva. Un modello clinico*. Milano: Raffaello Cortina, 2017).
- HOLMES J. (2001). *The Search for the Secure Base: Attachment Theory and Psychotherapy*. London: Routledge (trad. it. *Psicoterapia per una base sicura*. Milano: Raffaello Cortina, 2004).
- HOLMES J. (2009). Commentary on Dinger et al.: Therapist's attachment, interpersonal problems and alliance development over time in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46 (3), 291-294.
- HORVATH A.O., GREENBERG L. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. In L. Greenberg, W. Pinsoff (eds.), *The Psychotherapeutic Process: A Resource Handbook*. New York: Guilford Press, pp. 529-556.
- HORVATH A.O., GREENBERG L. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, pp. 223-232.
- HORVATH A.O., LUBORSKY L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 61, 561-573.

- JANZEN J., FITZPATRICK, DRAPEAU M. (2008). Processes involved in client-nominated Relationship Building Incidents: Client attachment, attachment to therapist, and session impact. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 45 (3), 377-390.
- KOBAK R.R. (1989). *The Attachment Interview Q-Set*. Unpublished manuscript. Newark: University of Delaware.
- LAMBRUSCHI F. (2008). Minds that heal: Characteristics of therapists that promote successful therapy. *DMM News*, 6, 10-11.
- LIGIERO D.P., GELSO C.J. (2002). Countertransference, attachment and the working alliance: The therapist's contribution. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39 (1), 3-11.
- MAIN M., GOLDWYN R., HESSE E. (1984-2003). *Adult Attachment Scoring and Classification Systems*. Unpublished manuscript. Berkeley, CA: University of California, Berkeley.
- MALLINCKRODT B., GANTT D.L., COBLE H.M. (1995). Attachment patterns in the psychotherapy relationship: Development of the client attachment to therapist scale. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 307-317.
- MALLINCKRODT B., PORTER M.J., KIVLIGHAN D.M. JR (2005). Client attachment to therapist, depth of in-session exploration, and object relations in brief psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 85-100.
- MARMAROSH C.L., GELSO C.J., MARKIN R.D., MAJORS R., MALLERY C., CHOI J. (2009). The real relationship in psychotherapy: Relationships to adult attachments, working alliance, transference, and therapy outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 337-350.
- MEYER B., PILKONIS P.A. (2001). Attachment Style. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38 (4), 466-472.
- MIKULINER M., SHAVER P.R. (2005). Attachment theory and emotions in close relationship: Exploring the attachment-related dynamics of emotional reactions to rational events. *Personal Relationships*, 12, 149-168.
- MIKULINER M., SHAVER P.R. (2007). Attachment, group-related processes, and psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57, 233-245.
- MOHR J.J., GELSO C.J., HILL C.E. (2004). Client and counselor trainee attachment as predictors of session evaluation and countertransference behavior in first counseling sessions. *Journal of Counseling Psychology*, 52 (3), 298-309.
- OBEGI J.H. (2008). The development of the client-therapist bond through the lens of attachment theory. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training*, 45 (4), 431-446.
- PACE C.S., ZAVATTINI G.C. (2015). Paradigma dell'attaccamento e intervento clinico. In G. Amadei, D. Cavanna, G.C. Zavattini, *Psicologia dinamica*. Bologna: Il Mulino, pp. 353-376.
- PARISH M., EAGLE M.N. (2003). Attachment to therapist. *Psychoanalytic Psychology*, 20 (2), 271-286.
- PETROWSKY K., POKORNY D., NOWACKY K., BUCHHEIM A. (2013). The therapist's attachment representation and the patient's attachment to the therapist. *Psychotherapy Research*, 23 (1), 25-34.
- PORGES S.W. (2011). *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, Self-regulation*. New York: Norton (trad. it. *La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*. Roma: Giovanni Fioriti, 2014).

- ROBBINS S.B. (1995). Attachment perspective on the counseling relationship: Comment on Mallinckrodt, Gantt, and Coble (1995). *Journal of Counseling Psychology*, 42, 318-319.
- ROMANO V., FITZPATRICK M., JANZEN J. (2008). The secure-base hypothesis: Global attachment, attachment to counselor, and session exploration in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 55 (4), 495-504.
- ROMANO V., JANZEN J., FITZPATRICK M. (2009). Volunteer client attachment moderates the relationship between trainee therapist attachment and therapist interventions. *Psychotherapy Research*, 19 (6), 666-676.
- RUBINO G., BARKER C., ROTH T., FEARON P. (2000). Therapist empathy of interpretation in response to potential alliance ruptures: The role of therapist and patient attachment styles. *Psychotherapy Research*, 10 (4), 408-420.
- SAFRAN J.D., MURAN J.C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance. A Relational Treatment Guide*. New York: Guilford Press.
- SAUER E.M., ANDERSON M.Z., GORMLEY B., RICHMOND C.J., PREACCO L. (2010). Client attachment orientations, working alliances, and responses to therapy: A psychology training clinic study. *Psychotherapy Research*, 20 (6), 702-711.
- SAUER E.M., LOPEZ F.G., GORMLEY B.A. (2003). Respective contributions of therapist and client adult attachment orientations to the development of the early working alliance: A preliminary growth modeling study. *Psychotherapy Research*, 13, 371-382.
- SCHAUENBURG H. BUCHHEIM A., BECKH K., NOLTE T., BRENK-FRANZ K., LEICHENRING F., STRACK M., DINGER U. (2010). The influence of psychodynamically oriented therapists' attachment representations on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 20 (2), 193-202.
- SCHORE A.N. (2017). The right brain implicit self: A central mechanism of the psychology process. In G. Craparo, C. Mucci (eds.), *Unrepressed Unconscious, Implicit Memory, and Clinical Work*. London: Karnac Books, pp. 177-202.
- SCHORE J.R., SCHORE A.N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36, 9-20.
- SHEDLER J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65 (2), 98-109.
- SLADE A. (2008). Le implicazioni della teoria e della ricerca sull'attaccamento per la psicoterapia dell'adulto. Prospettive cliniche e di ricerca. In J. Cassidy, P.R. Shaver (a cura di), *Manuale dell'attaccamento: Teoria ricerca e applicazione clinica* (2ª ed.). Roma: Giovanni Fioriti, 2010, pp. 877-899.
- STEELE H., STEELE M. (2008). *Clinical Applications of the Adult Attachment Interview*. New York: Guilford Press (trad. it. *Adult Attachment Interview. Applicazioni cliniche*. Milano: Raffaello Cortina, 2010).
- STILES W.B., AGNEW-DAVIES R., HARDY G.E, BARKHAM M., CULVERWELL A., GOLDFRIED M.R., HALSTEAD J., HARDY G.E, RAUE P.J., REES A., SHAPIRO D.A. (2002). Convergent validity of the Agnew Relationship Measure and the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment*, 14 (2), 209-220.
- TRACEY T.J., KOKOTOVIC A.M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 207-210.
- TYRRELL C.L., DOZIER M., TEAGUE G.B, FALLOT R.D. (1999). Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders. The importance of attachment states of mind. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 725-733.

- VAN DER KOLK B. (2014). *The Body Keeps the Score: Mind, Brain and Body in the Transformation of Trauma*. New York: Viking Press (trad. it. *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Milano: Raffaello Cortina, 2015).
- WALLIN D.J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York: Guilford Press (trad. it. *Psicoterapia e teoria dell'attaccamento*. Bologna: Il Mulino, 2009).
- WAMPOLD B.E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and affective) treatment. *American Psychologist*, 62 (8), 857-873.
- WAMPOLD B.E. (2012). Humanism as a common factor in psychotherapy. *Psychotherapy*, 49 (4), 445-449.
- WAMPOLD B.E. (2014). What makes psychotherapy work? The humanistic elements! Relazione al X Congresso Nazionale SPR Italy Area Group. *La ricerca in psicoterapia nell'era del DSM-5: Back or forth?* (Padova, 12-14 Settembre 2014).
- WEISS R.S. (1982). Attachment in adult life. In C.M. Parkes, J. Stevenson Hinde (eds.), *The place of attachment in human behaviour*. London: Routledge.
- WEISS R.S. (1991). Il legame di attaccamento nell'infanzia e nell'età adulta. In C.M. Parkes, J. Stevenson Hinde, P. Marris (a cura di), *L'attaccamento nel ciclo di vita*. Roma: Il Pensiero Scientifico, 1995, pp. 63-74.
- WINNICOTT D.W. (1956). La preoccupazione materna primaria. Trad. it. in D.W. Winnicott, *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli: Firenze, 1975, pp. 357-363.
- WOODHOUSE S.S., SCHLOSSER L.Z., CROOK R.E., LIGIERO D.P., GELSO C.J. (2003). Client attachment to therapist: Relations to transference and client recollections of parental caregiving. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 35-408.
- ZETZEL E.R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-375.

Attachment, Working Alliance and therapeutic relationship: What makes a psychotherapy work?

Summary. The results of the evidence-based research have confirmed that various models of psychotherapy produce very positive results, but no psychotherapeutic technique has shown a significant superiority compared to the others. A factor significantly related to patient satisfaction and to the final result of psychotherapy seems to be the quality of the therapeutic alliance or Working Alliance, and the attachment paradigm has been used as a key for interpretation and assessment of this dimension. Despite methodological limitations, and the variability of the investigated dimensions, research has shown that attachment security of the patient and the therapist positively influence the quality of the relationship, the therapeutic process and the outcome of the treatment, while insecurity in attachment, particularly preoccupied type, is associated with a lower quality and instability of the alliance and a decreased therapeutic efficacy.

Keywords: attachment, working alliance, therapeutic relationship, psychotherapy, efficacy, effectiveness.

La corrispondenza va inviata a Franco Baldoni, Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna, Via Berti Pichat 5, 40127 Bologna. E-mail: franco.baldoni@unibo.it