S.P.C.

SCUOLA DI PSICOTERAPIA COGNITIVA

Sede di Napoli

Direttore: Dr. Mancini Francesco

CORSO DI SPECIALIZZAZIONE

IN

PSICOTERAPIA COGNITIVA

"ALLEANZA TERAPEUTICA E ATTACCAMENTO DISORGANIZZATO : UNA PROSPETTIVA EVOLUZIONISTICA"

Didatti: Egr.

Dr. ssa La Rosa

Dr. Del Castello

Candidato:

Dr./Dr.ssa Parrotta Raffaella

A.A. 2010/2011

INTRODUZIONE

L'alleanza che si crea nelle relazioni di aiuto implica, oltre ad un coinvolgimento emozionale e cognitivo, la creazione di un legame tra un "curatore" ed un "sofferente" (Ellemberger, 1970). Facendo riferimento al classico contesto di cura, ovvero quello medico, già Ippocrate sottolineava quanto potesse essere importante la qualità della relazione all'interno della diade sovra citata per il buon esito della guarigione. Declinando il concetto di cura anche alla dimensione psicologica, o meglio, psicoterapica, ritroviamo la presenza della relazione, del legame tra due individui con due ruoli ben distinti e, sempre più importanza viene data alla qualità di questo rapporto, variabile fondamentale per il raggiungimento della "guarigione".

Ormai da diversi anni, infatti, i diversi orientamenti presenti all'interno del vasto mare della psicologia hanno concentrato la loro attenzione sulla relazione, sull'alleanza terapeutica poiché, al di là dei protocolli o dei fondamenti scientifici, sembra essere sempre più evidente che sia proprio la relazione terapeutica una delle principali fonti di insight per il paziente e per il raggiungimento degli obiettivi terapeutici.

Gli esordi psicoanalitici, facendo riferimento a Freud, declinavano la relazione tra il terapeuta ed il paziente nel concetto di "transfert positivo" (Freud, 1940) ma, con il passare del tempo, tale definizione fu ampliata e, a tutt'oggi, possiamo far riferimento alla definizione data da Bordin (1979) secondo cui, all'interno della relazione terapeutica possiamo individuare tre elementi:

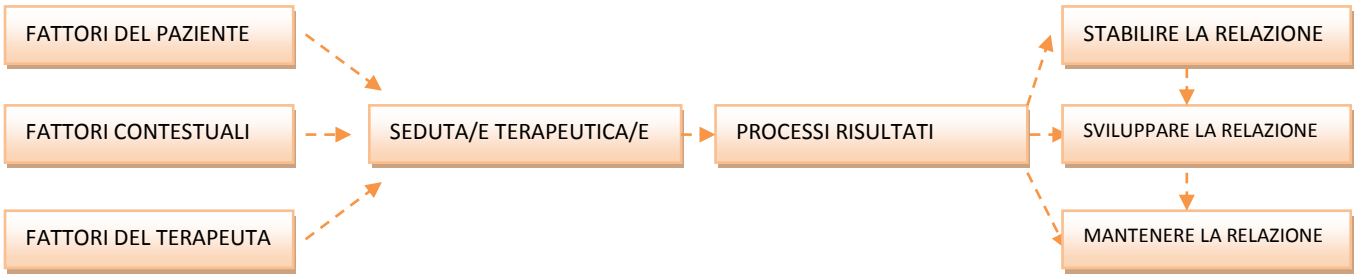
- La definizione degli obiettivi condivisi;
- L'assegnazione dei compiti a casa;
- Lo sviluppo del legame tra terapeuta e paziente;

Questi tre elementi ci permettono di comprendere quanto sia diventata importante l'interdipendenza dei fattori relazionali e tecnici. Nella *definizione degli obiettivi*, paziente e terapeuta iniziano ad accedere ad un primo processo di conoscenza: il paziente individuerà le aree di maggior sofferenza, quelle che maggiormente inficiano la sua quotidianità, ed il terapeuta prenderà atto di queste aree iniziando un processo esplorativo che permetta di renderle sempre più evidenti al paziente. Anche nell'*assegnazione dei compiti a casa*, il terapeuta dovrà sempre porre attenzione alle reazioni del paziente e comprendere quali di questi compiti agevolano il processo meta cognitivo e conoscitivo del paziente e quali, al contrario, lo possono ostacolare. Il *legame* tra terapeuta e paziente potrà variare nella qualità affettiva ed è fondamentale in quanto, oltre a restituire quanto il paziente si possa sentire capito, considerato e rispettato, permette anche di negoziare con maggior facilità sia sulla definizione degli obiettivi che sull'assegnazione dei compiti a casa. Lo sviluppo della relazione diventa quindi strumento di lavoro, e saranno proprio le rotture dell'alleanza le chiavi di accesso alla comprensione dei fondamentali principi organizzativi del paziente (Stolorow, Brandchaft, Atwood, 1994).

COME FUNZIONA LA RELAZIONE TERAPEUTICA?

Riconosciuta l'importanza dell'alleanza terapeutica all'interno dei processi psicoterapeutici, merita attenzione cercare di comprendere come funzioni, quali dimensioni intervengano e in che modo si strutturi.

Secondo una ricerca condotta da Cahill (2003), si possono individuare tre fasi principali e fattori differenti coinvolti nella costruzione dell'alleanza terapeutica, come si può evincere dallo schema di riferimento.



Come si può osservare, le sedute vengono influenzate da fattori del paziente, da fattori contestuali e da fattori del terapeuta. Il paziente, nel momento in cui inizia un percorso psicoterapico, porterà all'interno della relazione le sue modalità comportamentali, il suo modello di attaccamento ed i suoi modelli operativi interni ed ognuno di questi aspetti interagirà con le caratteristiche legate al terapeuta nonché con fattori contestuali quali ad esempio il contesto culturale, quello sociale e demografico.

Nel corso della terapia, i diversi fattori non possono prescindere uno dall'altro e contribuiscono, come già accennato, al consolidarsi di un'alleanza.

Nello specifico, possiamo analizzare le tre fasi considerate nello studio citato.

1) ***Stabilire la relazione***: nella fase iniziale della terapia, l'obiettivo più importante per il terapeuta è quello di "agganciare" il paziente per evitare il drop-out (Martin, Garske, Davis, 2000). Per fare questo, il terapeuta deve essere in grado di coinvolgere quanto più possibile il paziente all'interno di una prospettiva positiva che gli possa permettere di sviluppare fiducia sia nel ruolo del terapeuta che nei risultati perseguibili. Il comportamento del terapeuta dovrà essere quindi caratterizzato da: calore umano, autenticità ed empatia (Bachelor e Horvath, 1990; Rogers, 1957) al fine di alimentare in modo positivo le aspettative, le intenzioni e le motivazioni del paziente. Maggiore sarà la fiducia che il terapeuta saprà infondere nel paziente, maggiore sarà il coinvolgimento del paziente alla terapia.

2) ***Sviluppare la relazione***: l'instaurarsi di un livello di fiducia sufficientemente valido per permettere il proseguo della terapia permette al paziente di essere cooperativo ed accettare le tecniche proposte dal terapeuta che, inizialmente, saranno orientate soprattutto all'esplorazione dei principali temi di vita del paziente.

3) ***Mantenere la relazione***: nella terza fase presentata, l'obiettivo più importante è quello di fare in modo che il paziente sia soddisfatto in merito alla relazione terapeutica e, quando questo accade, solitamente la soddisfazione viene vissuta anche dal terapeuta. Ovviamente, la soddisfazione della qualità della relazione risulta strettamente legata alla solidità della collaborazione creatasi e permette, conseguentemente, la possibilità per il paziente di riuscire a conoscere, accettare nonché ad esprimere i propri vissuti emotivi e cognitivi. Si solidifica, in questo modo, un rapporto basato sulla cooperazione in cui entrambi i membri della diade intervengono reciprocamente per il raggiungimento della meta.

Come si evince da quanto detto fin'ora, costruire una valida alleanza terapeutica rappresenta un aspetto fondamentale per il buon esito della terapia e l'attenzione deve essere posta sin dalle prime sedute. È nelle fasi iniziali dell'assessment che il paziente ricerca una "base sicura" a cui affidarsi per la risoluzione delle sue sofferenze emotive.

UNA PROSPETTIVA EVOLUZIONISTICA: L'ALLEANZA TERAPEUTICA COME BASE SICURA

"In questo capitolo presto un'attenzione più dettagliata ai modi in cui le prime esperienze di un paziente influiscono sulla relazione di transfert e discuto dell'obiettivo del terapeuta, che è quello di rendere il paziente in grado di ricostruire i modelli operanti di sé e della/e sua/e figura/e d'attaccamento, così da subire meno le influenze dei dolori e da essere meglio in grado di valutare i compagni del tempo presente per quello che sono in realtà"

(John Bowlby)

Parlare di alleanza terapeutica significa, come visto fin'ora, parlare di una relazione interpersonale all'interno di una diade che, nel mantenimento dei ruoli, collabora per raggiungere obiettivi condivisi. Bowlby, con poche ma chiare parole, esprime in modo impeccabile questo concetto, sottolineando il compito principale del terapeuta: "… rendere il paziente in grado di ricostruire i modelli operanti di sé e della sua/e figura/e di attaccamento …".
Ma è sempre così facile fare ciò? Esistono momenti in cui il lavoro terapeutico rischia di essere compromesso proprio in quanto svolto all'interno di una diade relazionale? Per poter rispondere è opportuno prima di tutto considerare, in una prospettiva evoluzionistica, quali siano, secondo Bowlby, i principali compiti terapeutici.

1. In primo luogo, il terapeuta deve essere in grado di fungere da base sicura per il paziente; solo in questo modo il paziente sentirà di poter esplorare le parti più dolorose della sua storia e delle sue esperienze.
2. In secondo luogo, è necessario che il terapeuta aiuti il paziente in questo suo percorso esplorativo guidandolo e portandolo ad osservare con attenzione quali sono le modalità relazionali messe in atto all'interno del suo contesto, quali siano le aspettative nei confronti degli altri all'interno delle relazioni significative e quali siano le sua modalità di risposta ai comportamenti altrui.
3. Terzo compito del terapeuta è quello di aiutare il paziente a considerare ed osservare quello che accade all'interno della relazione terapeutica, luogo elettivo per la messa in atto delle dinamiche normalmente messe in atto al di fuori della seduta.
4. Quarto compito è quello di agevolare il paziente in un continuo lavoro di confronto che gli permetta di comprendere come i suoi atteggiamenti di oggi, le sue percezioni, le sue aspettative ed emozioni non

siano qualcosa di “nuovo” o di “anomalo” ma come, al contrario, non siano altro che modalità apprese nell’infanzia o nell’adolescenza nel suo rapporto con i caregiver.

5. Il quinto compito consiste nel permettere al paziente di riconoscere in modo autonomo i modelli di sé che sono stati appresi e costruiti dalle esperienze dolorose del passato. Questo ultimo punto, cioè, porta con sé la possibilità che il paziente possa diventare padrone delle proprie esperienze non più subendole ma utilizzandole come strumenti utili per attuare un cambiamento.

Dalla sintesi di questi cinque punti, si evidenzia quindi come l’alleanza terapeutica, nella sua definizione di base sicura, diventi strumento fondamentale per permettere al paziente di mettere in atto un comportamento esplorativo con una figura di attaccamento disponibile e pronta ad ascoltare le difficoltà e ad accogliere le richieste di aiuto. Diversamente dalle prime teorizzazioni sul rapporto terapeuta-paziente, in cui il primo diventava detentore di una sapere sconosciuto al secondo, la prospettiva di Bowlby ribalta questa posizione, affermando esattamente il contrario: il vero ed unico detentore del sapere, l’unico conoscitore della propria verità storica è il paziente; il terapeuta assume il ruolo di una guida, di un sostegno, un detentore di strumenti disposto a fornire aiuto ma non più in grado di svelare qualcosa di sconosciuto al paziente. Molto chiaro, per spiegare questo concetto, è l’utilizzo della metafora in cui il terapeuta viene paragonato alla figura del medico ortopedico: il suo compito non è guarire le ferite, bensì creare le condizioni per permettere l’auto guarigione, un processo certamente doloroso ma l’unico possibile per poter stare meglio dopo. Nel creare le condizioni adatte, il terapeuta, proprio come una madre, si dovrà mostrare attento, disponibile all’ascolto empatico, all’incoraggiamento e al sostegno non in modo passivo ma mostrandosi pronto ad intervenire quando questo sia necessario.

Come emerge chiaramente dalla pratica clinica, fare ciò non è sempre, o meglio, non è quasi mai un lavoro semplice e lineare. Per rispondere alle domande iniziali del paragrafo, per poter fungere da base sicura è necessario conoscere e riconoscere da dove arrivino i comportamenti del paziente; quali siano state le sue esperienze precoci con le sue figure di attaccamento, e quali MOI si siano strutturati nel corso di queste esperienze. Fare questo vuol dire accettare il paziente in tutta la sua complessità non solo comportamentale, ma anche e soprattutto cognitiva ed emozionale. Così come una madre avrà il compito di comprendere le inclinazioni del proprio figlio, accettandole ed aiutandolo a coltivarle, allo stesso modo il terapeuta dovrà rispettare, comprendere ed accettare gli stati di rabbia, di frustrazione o sofferenza dei proprio pazienti, astenendosi dal giudizio o dall’assumere una posizione di superiorità. La possibilità che si creino fratture è quasi inevitabile, proprio come accade nella relazione madre-bambino, ma fondamentale è andare a comprendere insieme al paziente quali siano o quali possano esserne state le cause. La maggior parte dei pazienti che affrontano un percorso psicoterapico portano con sé storie di sofferenze, di accudimenti mancati o abusanti e riuscire a stare all’interno di una relazione “sana” non è sempre facile; le rotture dell’alleanza diventano quindi risorsa, strumento di conoscenza per il terapeuta, chiave di comprensione per il paziente.

ALLEANZA TERAPEUTICA E MODELLI OPERATIVI INTERNI

Quanto detto fin'ora, inizia a mettere in evidenza che le difficoltà, all'interno della relazione psicoterapica, emergono laddove il paziente porti quanto di disfunzionale esiste all'interno dei suoi schemi di riferimento, quelli costruiti, come visto, soprattutto nella relazione con la propria figura di attaccamento. Ma quali sono i sistemi di riferimento all'interno di queste dinamiche? In che modo si originano, si sviluppano e si mantengono?
Partendo da questa prospettiva, sappiamo ormai che gli uomini sono biologicamente predisposti a mettere in atto quattro tipi di modalità relazionale, guidati da quattro sistemi motivazionali derivati dalla filogenesi:

ATTACCAMENTO-ACCUDIMENTO

RANGO

SESSUALITA'

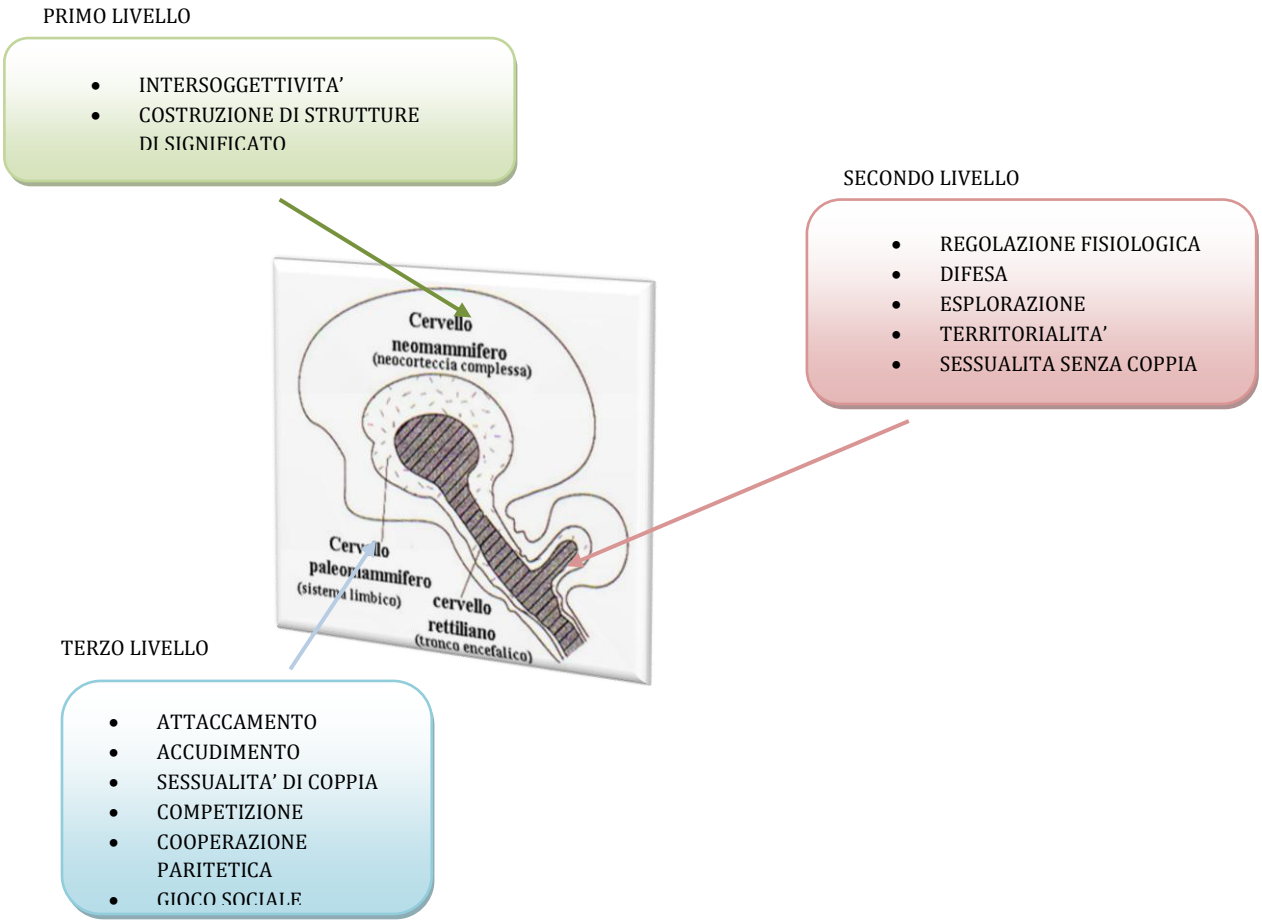
COOPERAZIONE

Il **sistema di attaccamento** si attiva nel momento in cui vi è una richiesta di protezione. Pensando alla relazione madre-bambino, il sistema di attaccamento, quando si attiva, permette alla diade di creare un legame all'interno del quale, alla richiesta di accudimento da parte del bambino possa corrispondere una risposta di accudimento da parte della madre. Questo meccanismo, però, non si attiva solo nella dimensione infantile ma lo ritroviamo anche nell'età adulta quando, in alcuni momenti particolarmente critici o difficili, si va alla ricerca di qualcuno più saggio o più forte che possa offrire un aiuto (Bowlby). Tutto ciò viene regolato dai Modelli Operativi Interni, ovvero da strutture create nel corso della propria esperienza che aiutano a prevedere quale potrà essere la modalità di risposta alla richiesta di aiuto.

Il **sistema di rango** trova la sua declinazione in due subroutine fondamentali: dominanza e sottomissione. A livello evoluzionistico, la funzione di questo SMI è quello di fare in modo che all'interno di un gruppo si possa originare una giusta gerarchia a cui guardare per il rispetto delle regole, una gerarchia all'interno della quale il capogruppo possa mettere in atto comportamenti volti al mantenimento del proprio territorio e delle proprie provviste. Il SMI di rango si inizia ad osservare sotto forma di RAB (Ritual Agonistic Behavior) all'età di circa due anni e porta con sé i valori trasmessi nel modello educativo e dal contesto sociale.
Il **sistema della sessualità**, la cui funzione iniziale è quella di poter provvedere al successo riproduttivo per il proseguo della specie, si è gradatamente evoluto fino a diventare strumento utile al mantenimento del legame di coppia con lo scopo finale di poter accudire e proteggere la prole. Il sistema sessuale, cioè, non è semplicemente legato all'atto sessuale dell'accoppiamento, ma si declina nella coppia con lo sviluppo di un legame sentimentale equivalente ad una vera e propria relazione di attaccamento basata non sulla complementarietà come quella madre-bambino bensì sulla reciprocità.
Il **sistema della cooperazione** si attiva nel momento in cui è possibile condividere con qualcuno un obiettivo, uno scopo ed unire le risorse per poterlo raggiungere. L'evoluzione ha dato come "mandato" la necessità di cercare e trovare all'interno delle relazioni interpersonali una fonte di aiuto e di cooperazione per non restare soli.

MOI: Strutture cognitivo – emozionali originate nel corso della crescita e costruite sulla base dei ricordi delle relazioni di attaccamento – accudimento avvenute nell'infanzia. In base al tipo di MOI maturato, si potranno avere aspettative positive o negative sulle relazioni interpersonali e sulla possibilità di essere aiutato o meno in caso di necessità.

I sistemi motivazionali non si caratterizzano solo per una specifica funzione evolutiva, ma si organizzano a livello architettonico in modo specifico per ogni specie, andando così a creare dei livelli funzionali organizzati gerarchicamente. Come si può osservare dall'illustrazione, nell'Uomo troviamo sistemi più recenti, strettamente connessi alla formazione della neocorteccia che intervengono sul controllo, sull'inibizione e sulla modulazione dei sistemi più antichi e questi ultimi che, a loro volta, "controllano" i sistemi più arcaici.



All'interno di un discorso terapeutico, il sistema maggiormente coinvolto all'interno della relazione è quello basato sulla cooperazione, ovvero sulla possibilità di condividere non solo gli obiettivi e le mete ma anche gli strumenti migliori per poterle raggiungere. La cooperazione non prescinde, ovviamente, la distinzione dei ruoli ma predilige le competenze e le risorse che ciascun membro della diade può apportare all'interno del lavoro terapeutico in quello che, nella prospettiva cognitivista, viene definito *empirismo collaborativo*. Secondo questa concezione, il terapeuta ed il paziente sono impegnati in una interazione basata sulla cooperazione paritetica in

cui collaborano in modo attivo con l'obiettivo di individuare, riconoscere e valutare le credenze disfunzionali del paziente.

Talvolta, all'interno della relazione si possono verificare delle rotture che, in quest'ottica, equivalgono al passaggio da un piano cooperativo ad uno agonistico o, addirittura, sessuale. Quando ciò avviene, compito del terapeuta è quello di individuare queste rotture e comprenderne la natura per poterli non solo risolvere ma anche contestualizzarli nella storia di vita del paziente. Il fatto che la relazione terapeutica fondi il suo essere sulla cooperazione, però, non significa che escluda l'attivazione del sistema di attaccamento. L'incontro con il terapeuta, infatti, rappresenta per il paziente la possibilità di poter finalmente esternare un disagio, una sofferenza o una colpa con la speranza di poter ricevere un aiuto da chi, in quel momento, dovrebbe possedere gli strumenti e le conoscenze giuste per poterlo fare.

Vediamo ora quali sono i principali modelli operativi interni e come si declinano nelle diverse forme di attaccamento.

1) **ATTACCAMENTO SICURO**: Si sviluppa quando la figura di attaccamento si mostra pronta e disponibile alle richieste di aiuto. Il MOI che si originerà conterrà la consapevolezza che la propria richiesta di aiuto potrà essere ascoltata e accolta.
2) **ATTACCAMENTO INSICURO EVITANTE**: Si sviluppa quando la figura di attaccamento non risponde in modo disponibile ma, più frequentemente, con fastidio e/o disappunto. Il MOI che si originerà conterrà la consapevolezza o la convinzione che la propria richiesta di aiuto potrebbe creare fastidio, non essere accolta con lealtà e disponibilità.
3) **ATTACCAMENTO INSICURO AMBIVALENTE**: Si sviluppa quando la figura di attaccamento non solo non si mostra disponibile, ma spesso si mostra resistente alla richiesta. Il MOI sarà caratterizzato dalla credenza di non poter chiedere aiuto perché la risposta potrebbe essere negativa o ambivalente, la previsione sarà cioè quella di non poter essere confortato.
4) **ATTACCAMENTO DISORGANIZZATO**: Si origina quando la figura di attaccamento non solo non è in grado di fornire aiuto, ma mostra di essere spesso contraddittoria, dissociata e spesso mette in atto comportamenti aggressivi o abusanti. Il MOI che si originerà sarà caratterizzato dall'aspettativa negativa che non sarà possibile chiedere aiuto perché potrebbe provocare risposte devastanti o pericolose.

I MOI si originano a livello della memoria implicita e, quelli formatisi nella prima infanzia, mantengono un'alta sensibilità nel tempo, ovvero tendono a conservare una certa stabilità. È pur vero però che, nel corso delle esperienze di vita, i MOI sono suscettibili a modifiche e cambiamenti, possono cioè in qualche modo essere ristrutturati, in positivo od in negativo, sulla base di esperienze di attaccamento correttive o, al contrario, traumatiche. La loro funzione, quindi, è quella di permettere all'individuo di creare degli schemi operativi di riferimento a cui guardare nel corso della vita ogniqualvolta si trovi coinvolto all'interno di una relazione affettiva. In una prospettiva evoluzionistica, infatti, si presuppone che lo scambio interpersonale ed affettivo non solo sia parte fondamentale di un individuo ma sia un vero e proprio "mandato" atavico. Ecco quindi l'importanza dei SMI e dei MOI che ne guidano, di volta in volta, l'attivazione.

In questa prospettiva, la relazione terapeutica diventa luogo elettivo della messa in atto di quelli che sono i MOI costruiti dal paziente nel corso della sua vita e la relazione terapeutica stessa diventa condizione in cui poter sperimentare un'esperienza nuova di attaccamento, una nuova esperienza affettiva all'interno della quale imparare a conoscere, riconoscere e gestire i propri stati emotivi, le proprie sofferenze ed i propri traumi.

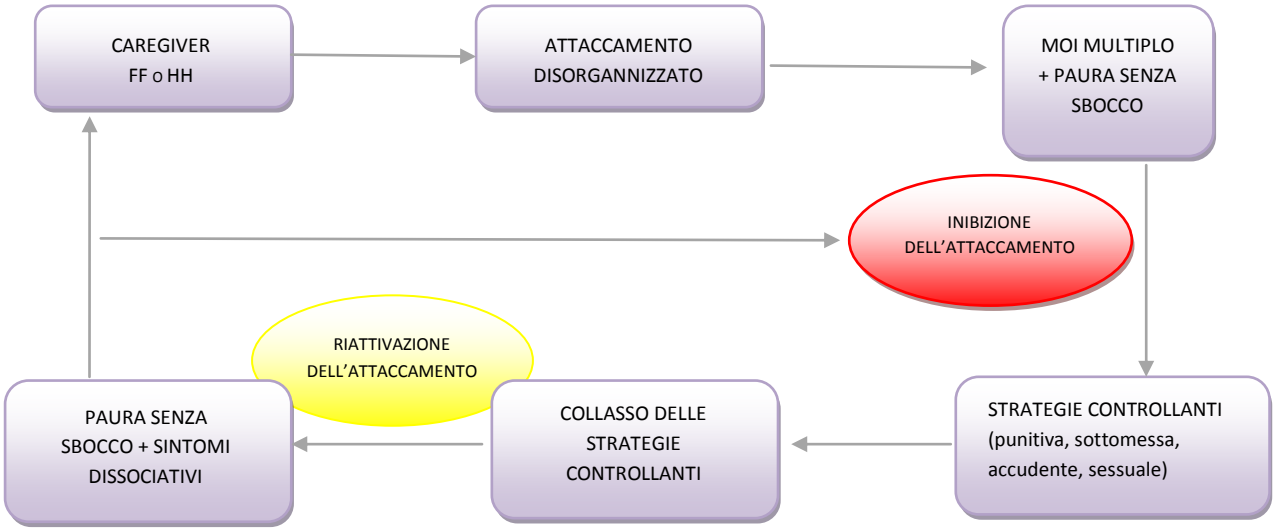
E' importante ricordare, infatti, che spesso le storie dei pazienti che giungono in terapia sono storie caratterizzate dal dolore, dalla colpa e anche da traumi. In quest'ultimo caso, all'interno della relazione emergeranno tutte le difficoltà legate alla possibilità di fidarsi del terapeuta, della reale possibilità di essere aiutato e della reale possibilità di poter guardare ad una nuova meta: emergeranno cioè le principali caratteristiche di un attaccamento disorganizzato.
Ma in che modo il sistema di attaccamento interviene nella risposta ai traumi?

ATTACCAMENTO E TRAUMA: L'EVOLUZIONE DEL DISTURBO TRAUMATICO

La Marsha Linehan, nella sua trattazione sul disturbo borderline, descrive il paziente adulto avvicinandolo al "bambino difficile" di Thomas e Chess (Marsha Linehan, "Trattamento cognitivo - comportamentale del disturbo borderline", 2001), un bambino caratterizzato da irregolarità nelle funzioni biologiche, da tendenza al ritiro, da difficoltà di adattamento ai cambiamenti, da aggressività e da ampia espressività dei propri stati emotivi. Premettendo che, ovviamente, non tutti i bambini che presentavano queste caratteristiche da adulti hanno manifestato l'insorgere del DBP, l'autrice porta la sua attenzione su una distinzione importante già citata dai due autori sovra citati, parlando di ***goodness of fit*** e ***poorness of fit***.
Il goodness of fit, ovvero il buon adattamento, si crea nel momento in cui le caratteristiche, le risorse e le risposte ambientali sono congrue alle richieste ed alle necessità del bambino, mentre il poorness of fit si origina nel momento in cui l'ambiente non è più risorsa bensì elemento disfunzionale ed invalidante per le richieste del bambino. Viene così introdotto il termine di ***ambiente invalidante*** per indicare un ambiente all'interno del quale le richieste interne ed emotive del bambino vengono seguite da risposte imprevedibili ed inappropriate. In questo tipo di ambiente, cioè, gli stati interni ed emotivi non verrebbero mai legittimati per quello che sono realmente, ma ogni volta andrebbero incontro a risposte estreme di disconferma e di frustrazione.
La Main, nei suoi studi sull'attaccamento (Solomon J.; George C.; Cavanna D. 2007), aveva osservato l'attaccamento disorganizzato reiterando la Strange Situation della Ainsworth (Mary D. Ainsworth, 2006). I bambini con attaccamento disorganizzato mostrano condotte incoerenti, spesso associabili a veri e propri stati dissociativi, durante le quali dopo essersi avvicinati alla figura di attaccamento ne prendono immediatamente le distanze, evitano di incrociare lo sguardo del caregiver, palesano alienazione o detachment, si mostrano estraniati, immobili e rigidi come nel freezing.
In entrambe le teorie citate, emerge un contesto ambientale che non si mostra "adatto" a restituire risposte pronte, accoglienti ed accudenti alle richieste di aiuto. Liotti, nella sua trattazione sulla dissociazione e sul trauma (Liotti G., Farina 2011) sottolinea come, ogniqualvolta ci si trovi di fronte ad uno stato di attaccamento disorganizzato, si ritroveranno nel caregiver lutti o traumi non risolti, ostilità e accudimenti mancati. La conseguenza di queste memorie traumatiche si traduce in comportamenti spaventanti nei confronti del bambino, in violenze verbali o fisiche, in espressioni drammatizzate di paura e di impotenza non codificabili per il bambino. Un aspetto importante da sottolineare è che non è la paura ad essere disorganizzante, poiché, la sua funzione è quella di indirizzare a tre modalità di risposta adattive e funzionali e funzionali: sistema di difesa attraverso la fuga o l'attacco, sistema di attaccamento con la ricerca di protezione e di accudimento, sistema di rango attraverso la sottomissione. Queste tre risposte sono adattive, sono evoluzionisticamente utili e non sono disorganizzanti. Ciò che rende la paura un'emozione disorganizzante è l'impossibilità di risolverla in una di

queste risposte con coerenza e stabilità. Il caregiver disorganizzato sarà per il bambino fonte di protezione ma anche di pericolo ed il bambino non saprà in quale di questi sistemi risolvere la sua paura. Questi stati irrisolti di paura, i continui stati di attivazione disattivazione del sistema di attaccamento e le risposte imprevedibili di un caregiver spaventato/spaventante hanno inevitabilmente un ruolo nella strutturazione di MOI che, nell'età adulta, si risolvono spesso in un disturbo di personalità, un disturbo strutturato sugli sviluppi traumatici dell'infanzia all'interno del quale ritroviamo deficit di natura interpersonale, cognitiva e meta cognitiva. rappresentativa ed emozionale (Dimaggio G., Semerari A., 2009).

Proviamo a seguire, attraverso lo schema proposto da Liotti e Farina, lo sviluppo traumatico:



Come si evince dallo schema, nello sviluppo traumatico quando la paura non trova una risoluzione organizzata nelle tre forme citate precedentemente, origina la messa in atto delle strategie controllanti che, come vedremo, saranno riattivate anche nella relazione terapeutica. Le strategie controllanti, osservabili a partire dai tre anni di età nel bambino con attaccamento disorganizzato, hanno la funzione di mantenere in maniera costante l'attenzione della propria figura di attaccamento attraverso modalità disfunzionali quali la minaccia, l'attaccamento invertito, la sottomissione o la sessualizzazione della relazione. Benché queste strategie non siano un presupposto ottimale per lo sviluppo della personalità, è altrettanto vero che da una parte rappresentano un comportamento adattativo e funzionale che permette al bambino di mantenere una rappresentazione coerente di sé, dall'altra consentono di non far emergere a livello di coscienza e di quotidianità il MOI disorganizzato.

Lo schema di riferimento ci mostra però che le strategie controllanti possono venire meno. Quando accade ciò?

Il collasso delle strategie controllanti avviene ogniqualvolta venga riattivato il sistema di attaccamento; alcune di queste situazioni possono essere:

- Una separazione dai caregiver per il bambino;
- Un evento traumatico;
- La minaccia di abbandono o l'abbandono effettivo di un partner per l'adulto,
- La formazione di un nuovo legame affettivo

Il collasso delle strategie controllanti si declina attraverso la manifestazione dei sintomi dissociativi. Questo, ovviamente, può avvenire anche all'interno della relazione terapeutica, magari durante una seduta in cui il tema trattato riguarda proprio le figure di accudimento.
Come incide tutto ciò all'interno della relazione terapeutica?
È possibile attuare un lavoro terapeutico sostenuto da una sufficientemente valida alleanza terapeutica?
Proviamo a vedere quali implicazioni comporti l'attaccamento disorganizzato all'interno del percorso psicoterapico.

ALLEANZA TERAPEUTICA E ATTACCAMENTO DISORGANIZZATO

Quanto detto fin'ora in merito all'alleanza terapeutica ci permette di comprendere quanto importante sia la possibilità di fidarsi del terapeuta. È altrettanto vero che la trattazione fatta in merito allo sviluppo dell'attaccamento disorganizzato non permette d instaurare, in modo così scontato, il clima di fiducia utile allo sviluppo di una valida alleanza terapeutica. Come fa un paziente le cui richieste di aiuto in passato sono sempre state invalidate a riuscire a chiedere aiuto ad un estraneo? Nelle storie dei nostri pazienti, le figure invalidanti o abusanti sono molto spesso proprio i caregiver, le figure che avrebbero dovuto provvedere a rispondere in modo accudente alle richieste di aiuto. Una volta venuta meno la fiducia in queste persone non è facile riuscire a pensare che qualcun altro possa restituire un'esperienza diversa. Eppure, è proprio il raggiungimento di una valida alleanza uno dei fattori più importanti per poter affrontare una psicoterapia che possa portare a buoni risultati. Solo attraverso la formazione di questo nuovo legame è possibile accedere e comprendere ai modelli operativi interni di questi pazienti, il cui accesso solitamente è precluso dalle strategie messe in atto nel corso degli anni per tutelarsi e riuscire a "sopravvivere" in modo sufficientemente integrato alle esperienze traumatiche. Solo in questo modo il paziente può gradatamente imparare ad accedere alle proprie credenze, comprenderle e metterle in discussione.

❖ È POSSIBILE INDIVIDUARE AZIONI UTILI PER LA COSTRUZIONE DELL'ALLEANZA?

Per rispondere a questa domanda è utile fare ancora riferimento alla trattazione di Liotti e Farina che individuano una serie di comportamenti del terapeuta che possono agevolare la formazione dell'alleanza terapeutica nei disturbi conseguenti ad attaccamento disorganizzato. Vediamo quali sono:

- ***Atteggiamento del terapeuta***: i due autori sottolineano che il paziente, per poter sperimentare un'esperienza correttiva nuova ha bisogno di poter contare su una persona sincera, autentica e disponibile; queste caratteristiche richieste al terapeuta, in realtà, non sono altro che le caratteristiche generali che si sarebbero dovute riconoscere nelle proprie figure di attaccamento.
- ***Autenticità e chiarezza***: queste due caratteristiche sono fondamentali e vanno rispettate non solo nella comunicazioni di aspetti positivi della terapia ma anche e soprattutto di quelli negativi. Relazionarsi con un paziente con attaccamento disorganizzato significa andare incontro anche a momenti di distacco e fallimento empatico che vanno sempre condivisi con il

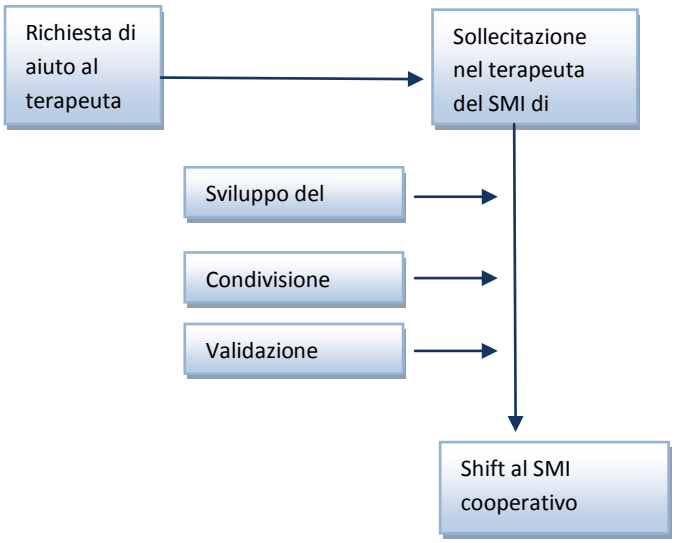
paziente un motivo molto importante: il paziente coglierà questi momenti attraverso l'azione dei neuroni specchio e non condividerli non farebbe altro che confermare le aspettative negative con cui il paziente arriva in terapia. L'enactment, ovvero il fallimento empatico, non deve essere considerato come un fallimento terapeutico ma, al contrario, come l'opportunità per recuperare schemi disfunzionali associati a traumi e a memorie implicite. La condivisione di tutto ciò permette al paziente sia di sperimentare l'importanza del sistema cooperativo sia di sentirsi parte attiva e competente di una relazione sicura. Questa autenticità, però, non va solo esplicitata verbalmente, ma deve essere realmente presente nella mente del terapeuta, o la discrepanza verrà subito colta dal paziente.

- ***Formulazione di obiettivi condivisi***: coerentemente con il punto precedente, la condivisione della formulazione degli obiettivi ha la funzione di elicitare l'attivazione del sistema motivazionale della cooperazione. Sarà il paziente a comunicare al terapeuta quali siano i suoi obiettivi, quali siano le mete che desidera raggiungere; il terapeuta, nel corso della terapia, aiuterà il paziente in una eventuale formulazione, lo sosterrà nelle difficoltà e lo validerà anche negli stati emotivi.
- ***Validazione delle emozioni ed interventi di mentalizzazione***: abbiamo già visto che nelle loro storie, i pazienti con attaccamento disorganizzato non hanno conosciuto la possibilità di essere validati nelle loro emozioni o nelle loro inclinazioni. Nella relazione terapeutica, l'esperienza che dovrebbe vivere il paziente è quella di sentirsi riconosciuto come "giusto" e "amabile" indipendentemente dai suoi vissuti di rabbia, tristezza o colpa. La libertà di esprimere i propri stati emotivi deve corrispondere ad una accettazione e validazione del terapeuta che solo in un secondo momento potrà guidare il paziente a comprendere la motivazione e le origini delle sue credenze negative aiutandolo a rivederle e a "ristrutturarle" su nuove attribuzioni di significato. La mentalizzazione dei propri stati interni, dei propri MOI e delle proprie credenze permette al paziente di non sentirsi "sbagliato" ma di comprendere che i suoi comportamenti sono frutto di una storia evolutiva.
- ***Prevedere le difficoltà del paziente***: per quanto sia importante tutto ciò che è stato detto, è opportuno e necessario ricordare che per il paziente non sarà facile riuscire a narrare la propria storia. I vissuti interni sono legati spesso alla vergogna per quanto accaduto, talvolta anche alla colpa, ed importante ricordarsi che non sempre verrà raccontato tutto subito. Verosimilmente, nelle prime narrazioni potranno mancare episodi o dettagli, ed il terapeuta dovrà tenere in conto questo, ricordandosi di non forzare il racconto e di rispettare i tempi del paziente.
- ***Definizione e difesa delle regole del setting***: questo punto diventa fondamentale per dimostrare al paziente l'affidabilità del terapeuta. Concordare il numero degli incontri, l'orario, l'onorario e la possibilità di contatti telefonici extra seduta permette al paziente di avere dei limiti, delle regole all'interno delle quali impara a muoversi. I loro vissuti traumatici spesso implicano continue ricerche di rassicurazione ed è educativo fare in modo che queste richieste possano trovare all'interno della relazione terapeutica una modalità più stabile e strutturata di espressione.

Questa breve elencazione ci permette di comprendere come, in generale, per poter costruire una buona alleanza sia importante per il paziente, incontrare una figura terapeutica "genuina", realmente interessata alla sua storia e capace di sostenere la sua sofferenza

❖ COMPRENDERE, REGOLARE E CONDIVIDERE LO SVILUPPO TRAUMATICO NELLA RELAZIONE PSICOTERAPICA

Sulla base di quanto detto, risulta chiaro che, per quanto importante, costruire una valida alleanza terapeutica non è compito facile. Per evitare il drop-out, il paziente deve riuscire a sviluppare un livello minimo di fiducia.
La prima difficoltà, però, è proprio legata alla richiesta del paziente che solitamente, quando riesce ad arrivare in terapia ha raggiunto ormai un così alto livello di sofferenza che vorrebbe risolverla nel minor tempo possibile. Il terapeuta dovrà riuscire a chiarire l'importanza della determinazione degli obiettivi e che il percorso terapeutico sarà organizzato sulla base di piccoli step ogni volta concordati insieme.
Cosa accade nel paziente quando inizia la terapia? Poiché la relazione terapeutica rappresenta per il paziente una relazione di attaccamento, verranno elicitati gli stati interni legati al passato: il desiderio di vicinanza e la fobia della perdita comporteranno la messa in atto delle strategie controllanti, la cui funzione sarà proprio quella di poter aiutare il paziente a gestire l'ambivalenza sentita tra il desiderio di potersi fidarsi ed il timore di essere abbandonato nel caso lo riesca a fare. Diventa fondamentale, quindi, fare in modo di limitare e contenere il sistema di accudimento cercando di spostare il lavoro a livello del sistema motivazionale cooperativo. Per fare questo, prima di tutto è necessario accettare che il paziente possa mettere in atto le sue strategie - pena l'abbandono della terapia o la possibilità che inizi a fidarsi – perché solo in questo modo si possono evitare il sintomo dissociativo o la disorganizzazione. La messa in atto delle strategie controllanti comporterà inevitabilmente l'attivazione dei cicli interpersonali che caratterizzano la vita del paziente, ed il terapeuta li potrà riconoscerli solo nel momento in cui, attraverso la sua onestà emotiva, inizierà a sentire la rabbia del controllo, l'attivazione erotica causata dalla sessualizzazione della relazione o uno stato di agio derivante dalla messa in atto di strategie accudenti. La differenza tra la vita reale del paziente e quanto può accadere nella relazione terapeutica è che in quest'ultima i cicli interpersonali non saranno mantenuti ed alimentati, bensì individuati ed interrotti. Come si può osservare dallo schema, la richiesta di aiuto potrà attivare nel terapeuta il SMI di accudimento ma, una volta riconosciuto ciò, sarà proprio la creazione del legame, unitamente a comportamenti quali ad esempio la condivisione degli obiettivi o la validazione emotiva a permettere lo shift al SMI cooperativo.



La messa in atto di quanto schematizzato permette da un lato, di iniziare a porre le basi di fiducia per l'alleanza, dall'altro consente di raggiungere un buon grado di stabilità relazionale. Sulla base di questo, il lavoro terapeutico volgerà a fare in modo che gradatamente il paziente possa superare la fobia dell'attaccamento e, poiché non sarà possibile ottenere ciò attraverso un lavoro di intellettualizzazione, la via maestra la si potrà trovare proprio nella relazione. Nel corso delle sedute, cioè, il paziente dovrà avere il modo di sperimentare "in vivo" nuove esperienze di aiuto, esperienze correttive.

L'esperienza correttiva, quindi, si sviluppa in seduta, nei momenti in cui il paziente si trova a fare i conti con il proprio passato. Offrire rassicurazione (e quindi accudimento) non è sbagliato a prescindere, e soprattutto non lo è nel momento in cui viene recuperato l'aspetto cooperativo e paritetico. Il paziente dovrà imparare a riconoscere il suo timore di potersi fidare, la sua fobia di attaccamento e lo potrà fare solo nel momento in cui il terapeuta lo aiuterà a contestualizzare questa diffidenza e questo timore attraverso la ***normalizzazione***. Come già detto precedentemente, infatti, il paziente ha bisogno di capire che i suoi timori sono frutto di una difesa utile al mantenimento della sua integrità, deve comprendere che le sue risposte emotive non sono pericolose, e che la paura di poter essere aiutato non viene dal nulla, ma da esperienze precoci in cui era proprio il chiedere aiuto causa di sofferenza o eventi catastrofici. Gli interventi di normalizzazione permetteranno inoltre al paziente, nel momento in cui inizierà a superare i suoi timori, di riconoscere emozioni positive derivanti dalla terapia e dal suo essere parte di un sistema relazionale non più invalidante.

Attraverso questi passaggi, mai così lineari e non sempre facili, il terapeuta avrà modo di comprendere i cicli interpersonali del paziente e al momento opportuno, al paziente verrà restituito quanto osservato cercando di trovare insieme modalità comportamentali alternative e magari più funzionali.

Nei casi più gravi di attaccamento disorganizzato, il terapeuta, oltre alle difficoltà provenienti dai deficit meta cognitive e rappresentazionali, dai neglect legati ai contenuti delle memorie implicite e da quelle traumatiche, si troverà ad affrontare sintomi la cui gestione deve essere contenitiva ma soprattutto immediata. Questi sintomi comprendono importanti compulsioni, attacchi di panico, pensieri suicidari, atti autolesionistici e momenti di detachment, ovvero di alienazione. Gestire questi sintomi da subito con prontezza ed immediatezza non solo serve ad evitare che il paziente possa farsi del male, ma ha anche l'obiettivo di dimostrare al paziente la possibilità reale e concreta di gestire sintomi così complessi. Nel fare questo, si andrà da un lato a lavorare sulla stabilizzazione del sintomo, dall'altro a non perdere mai di vista il lavoro sulla costruzione dell'alleanza. Il paziente imparerà a fidarsi del terapeuta, delle sue tecniche, dei suoi consigli e ne vedrà l'effetto immediato quando ad esempio riuscirà a controllare il sintomo compulsivo.

È opportuno ricordare inoltre che nel lavoro di costruzione e mantenimento dell'alleanza, il terapeuta deve sostenere un importante carico di lavoro sia cognitivo che emotivo. Il carico emozionale, definito ***compassion***

fatigue, deriva dalla necessità di prestare la propria attenzione in modo continuativo a tutte le dinamiche interpersonali che derivano dalla relazione con il paziente. Non vi solo il lavoro terapeutico abituale, ma la necessità di dover fronteggiare le strategie controllanti, le fratture dell'alleanza nonché le eventuali minacce del paziente. Proprio per questo, alcuni studi condotti da Pearlman e Caringi hanno individuato quattro fattori di rischio per l'insorgenza del trauma vicario nel terapeuta.

FATTORI DI RISCHIO PER IL TERAPEUTA:

- GRADO DI COINVOLGIMENTO EMPATICO.
- GRAVITA' DEL TRAUMA E DEI SINTOMI DEL PAZIENTE.
- CARATTERISTICHE PERSONALI ED EVENTUALE STORIA TRAUMATICA PERSONALE.
- CONTESTO PROTETTO O NON PROTETTO DELLA PSICOTERAPIA

❖ LE STRATEGIE CONTROLLANTI: COME INCIDONO SULL'ALLEANZA TERAPEUTICA?

Abbiamo visto, facendo riferimento allo sviluppo traumatico, che spesso il paziente, quando arriva in terapia, giunge "attrezzato" di strategie costruite e coltivate durante la sua esperienza di crescita. Nel caso dell'attaccamento disorganizzato, le strategie che possono essere individuate nella vita relazionale del paziente e, conseguentemente, anche in terapia, sono fondamentalmente di tre tipologie.

- ***STRATEGIA CONTROLLANTE PUNITIVA***: Le strategie controllanti punitive si possono individuare a partire dai tre anni di età del bambino e consistono, fondamentalmente, in uno shift disfunzionale che porta da SMI di Accudimento al SMI di Rango. Caregiver sprezzanti ed istiganti o al contrario totalmente sottomessi o sconfitti elicitano nel bambino comportamenti aggressivi, svilenti e quindi prevalentemente legati alla necessità di controllare la propria figura di attaccamento in modo coercitivo. L'iperattivazione del SMI di rango in sostituzione del SMI di attaccamento struttura, nel corso del tempo, una personalità prevalentemente atta a mostrare la propria superiorità ed il proprio disprezzo per gli altri. Ne sono un esempio i casi gravi di disturbo di personalità narcisista nelle cui storie il "bozzolo" svilito non emerge mai a livello di coscienza (se non nel momento in cui la strategia collassa) lasciando il posto alla competitività, all'alienazione sociale ed al distacco empatico. All'interno del contesto psicoterapico, la messa in atto di questo tipo di strategia potrà indurre il terapeuta a provare rabbia e frustrazione o potrà sollecitare la necessità di dimostrare la sua competenza, continuamente messa in discussione dalle osservazioni critiche del paziente. Come già accennato, sarà proprio la sollecitazione di questi stati d'animo a segnalare al terapeuta l'attivazione di un circolo interpersonale caratteristico del paziente e sarà proprio attraverso questa attivazione che si potrà aiutare il paziente ad effettuare il passaggio dal SMI di rango a quello più funzionale di cooperazione.
- ***STRATEGIA CONTROLLANTE ACCUDENTE***: le strategie controllanti accudenti, caratteristiche delle forme di attaccamento invertito, innescano nel bambino la necessità ed il dovere di prendersi cura della propria figura di attaccamento, percepita come fragile e vulnerabile. La strutturazione di queste

strategie comporta, anche nell'adulto, una tendenza ad accudire declinata nella necessità di dover far stare bene l'altro, pena la perdita della figura di attaccamento. Il terapeuta, di fronte a questi pazienti, inizia a percepire un senso di benessere, sii accorge delle attenzioni del paziente nei suoi confronti e si sentirà, come visto nello schema precedente, sollecitato nel suo SMI di accudimento. Questo tipo di strategia non è meno invalidante di quella di tipo punitivo, e rischia, quando e se non riconosciuta di ricreare e riproporre il ruolo di "salvatore" già portato avanti con tanta fatica dal paziente nella sua storia personale.

- ***STRATEGIA CONTROLLANTE SESSUALIZZATA***: le strategie controllanti sessualizzate si originano spesso nelle storie traumatiche di abusi infantili, quando la strutturazione del SMI di accudimento da parte del caregiver viene sostituito dal SMI sessuale: il bambino riceverà sessualità al posto di accudimento. La dinamica che sottende all'instaurarsi delle strategie sessualizzate è simile a quelle delle altre strategie, con la differenza che questa volta la perdita della propria figura di attaccamento verrà salvaguardata attraverso l'uso del corpo, della sessualità e dell'erotizzazione. All'interno della relazione terapeutica il terapista potrà cogliere l'erotizzazione del setting da parte del paziente e dovrà utilizzarla portando il paziente a comprendere come non sia errata l'attivazione del SMI sessuale in sé e per sé ma come lo diventi all'interno di una relazione di aiuto: l'obiettivo sarà quello di mostrare al paziente che la sua iper-sessualizzazione delle relazioni altro non è che un modello appreso, e che la sessualità, nella sua storia, ha sostituito la possibilità di sperimentare un modello cooperativo. Più precisamente, la relazione terapeutica, affrontando l'erotizzazione del setting, permetterà di comprendere come l'iper attivazione del SMI sessuale altro non è che una strategia controllante volta alla salvaguardia del proprio equilibrio.

Come emerge da questa breve panoramica sulle strategie controllanti, e come sottolinea Liotti nella sua teoria multi motivazionale già citata, il terapeuta non deve essere spaventato dalla loro attivazione, ma deve sempre tener presente che queste attivazioni corrispondono sempre all'inibizione del sistema di accudimento, ogni volta shiftato su un altro SMI.
Per quanto questo possa essere alquanto lineare, nella pratica clinica le cose non sono sempre così semplici e, nel corso della relazione si può andare incontro a "fratture" dell'alleanza terapeutica. Quando ciò avviene quanto costruito fino a quel momento è perso o può essere recuperato?

❖ LE FRATTURE RELAZIONALI

Abbiamo visto che la relazione psicoterapica oltre ad elicitare quanto di strutturato e non esista nel paziente comporta, inevitabilmente, la sollecitazione di stati interni presenti nel terapeuta, ed abbiamo anche visto come il grado di coinvolgimento messo in atto dal terapeuta o la presenza di traumi personali possano essere fattori di rischio per il suo benessere psicologico. Poiché in apertura abbiamo considerato questa relazione psicoterapica anche una relazione umana, vien da sé che, in alcuni momenti, possa andare incontro a momenti di impasse o, come tecnicamente vengono definiti, a ***fratture dell'alleanza***.
Safran e Muran (Jeremy D. Safran, J. Christopher Muran, 2003) nella loro trattazione sulla teoria e la pratica dell'alleanza terapeutica sottolineano che sono proprio le problematiche relazionali del paziente, la sua

sofferenza, la sua rabbia, la sua vergogna o colpa a minare la possibilità di creare un'alleanza terapeutica poiché nella maggior parte dei casi le storie narrate sono piene di richieste di aiuto mancate. Proprio per questo motivo, il timore del terapeuta di poter essere devastato dalla rabbia del paziente, o la noia provata al racconto di estenuanti compulsioni, quando colte, possono rappresentare per il paziente un'ennesima conferma del suo scarso valore e portare una frattura all'interno della relazione. In quest'ottica, i MOI del paziente diventano un ostacolo anche nella relazione terapeutica, esattamente come già succede nella vita privata. Come trasformare questi ostacoli in risorse? Safran e Muran, citando Stolorow, guardano a questi momenti definendoli la "via maestra per la comprensione analitica". Nella prospettiva cognitivo evoluzionistica considerata fino ad ora, possiamo tradurre tutto ciò nella possibilità di utilizzare lo stato emotivo provato dal terapeuta lo strumento utile per permettere al paziente di vivere i suoi cicli interpersonali all'interno di un contesto protetto. Ecco quindi, che partendo proprio dalla definizione iniziale di questa breve trattazione, l'iter dato dallo stabilire, sviluppare e mantenere la relazione non sarà mai un processo lineare e non è detto che avvenga in momenti così distanti uno dall'altro. Le fratture che intercorrono all'interno di queste tre fasi possono crearsi, sottoforma di microfratture, anche all'interno della stessa seduta ed è proprio il recupero di questi "fallimenti" a rappresentare un principio terapeutico, un'esperienza correttiva utile alla revisione dei cicli interpersonali del paziente (La Rosa, Muscetta). Qual è la variante utile al raggiungimento di questo obiettivo? Safran e Muran ribadiscono l'importanza del "clima". Non si può pensare che all'interno di una relazione terapeutica, spesso spazio privilegiato per storie traumatiche, non ci possano essere fratture o impasse; quando questa avvenga, verosimilmente qualcosa potrebbe non star funzionando come dovrebbe. Premesso questo, l'esperienza migliore che il paziente possa vivere non sarà quella di non poter esprimere i propri stati interni per il timore di poter danneggiare il terapeuta, bensì quella di poter sperimentare la sua rabbia, la sua vergogna o la sua colpa all'interno di un rapporto che, anche con momenti di fallimento o difficoltà, continua ad esistere mantenendo il suo ruolo di base sicura. Sarà proprio la possibilità di guardare ad una base sicura che permetterà al paziente di correggere i propri MOI. Questo, come sottolineano La Rosa e Muscetta, non può avvenire attraverso un'analisi esplicita degli schemi disfunzionali, bensì avverrà ad un livello "implicito", attraverso la condivisione degli obiettivi, l'uso del "noi" paritetico, momenti di self-disclosoure ed interesse sincero ed autentico alla storia del paziente. Solo così, con il tempo, si potrà arrivare ad un livello più esplicito di conoscenza e di gestione dei propri MOI da parte del paziente.

CONCLUSIONI

All'interno del processo psicoterapeutico, la possibilità di sperimentare una buona relazione terapeutica è un requisito fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi terapeutici, ma abbiamo visto come questo nella maggior parte dei casi possa essere problematico. Uno dei vantaggi più importanti di una buona relazione terapeutica è quello di permettere al paziente di accedere a livelli di funzionamento meta cognitivo altrimenti non accessibili. Semerari (Semerari, 1999), all'interno delle teorie sulla relazione terapeutica, tra la "teoria della cura" e la "teoria dei fatti" tende a prediligere quest'ultima in quanto basata su interrogativi volti a comprendere soprattutto che cosa accada nella relazione terapeutica, quali siano le dinamiche che la caratterizzano e dove il paziente le abbia apprese per riproporle all'interno della relazione. Lo stesso interrogativo, in chiave evoluzionistica, lo possiamo porre ogniqualvolta ci si interroghi su quale sia stata la funzione di quel MOI consolidato dal paziente e del perché sia più propenso ad attivare un SMI piuttosto che un altro. Come ben spiega

Liotti (Liotti, 1994), i sistemi motivazionali sono innati e regolati dallo scopo del raggiungimento di un equilibrio personale che permetta la salvaguardia del proprio benessere. La relazione terapeutica, in questa prospettiva, assume un'importanza ancora più rilevante poiché diventa strumento utile a regolamentare qualcosa non è più sogno o inconscio, bensì mandato filogenetico, modulo innato a cui nessuno di noi si può sottrarre. La relazione terapeutica assume quindi un ruolo vicariante nel momento in cui agevola il paziente a raggiungere livelli meta cognitivi e rappresentazionali non accessibili in maniera autonoma.

L'attaccamento disorganizzato, declinato in strutture problematiche di personalità, rappresenta, nella sua disfunzionalità, un'occasione per imparare che talvolta riuscire a sentire il "vuoto devastante" del paziente permette non solo di comprenderlo ma anche di iniziarlo a stimare per tutto quello che, nonostante questo vuoto, è riuscito a costruire nella sua storia: uno tra tutto, riuscire a chiedere aiuto ad un terapeuta.

BIBLIOGRAFIA

- Bowlby, J. (1988). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Raffaello Cortina Ed.

- Dimaggio G., Semerari A. (2009) *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento. Stati mentali, meta rappresentazioni, cicli interpersonali*. Laterza Ed.

- Gilbert P. & R. L. Leahy, a cura di. Edizione italiana a cura di C. La Mela, N. Marsigli e G. Melli (2007) *La relazione terapeutica in terapia cognitivo comportamentale*. Eclipsi Ed.

- La Rosa C., Muscetta. Relazioni precoci e relazioni terapeutica. Come raggiungere l'alleanza terapeutica.

- Liotti G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.

- Liotti G., Farina. (2011) *Sviluppi traumatici.* Raffaello Cortina Ed.

- Mary D. Ainsworth (2006). *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità. Scritti scelti*. Raffaello Cortina Ed.

- Marsha Linehan (2001) *Trattamento cognitivo - comportamentale del disturbo borderline*. Raffaello Cortina Ed.

- Safran Jeremy D., Muran J. Christopher (2003). Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica". Laterza Ed.

- Semerari A., a cura di (1999). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Meta cognizione e relazione terapeutica.* Raffaello Cortina Ed.

- Solomon J., George C., Cavanna D. (2007) *L' attaccamento disorganizzato. Gli effetti dei traumi e delle separazioni.* Il Mulino Ed.