

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata
(FISPPA)

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica

Tesi di Laurea Magistrale

*Comportamenti linguistici associati all'attaccamento sicuro
come marker di sincronizzazione fisiologica in psicoterapia*

Linguistic behaviors associated with secure attachment as a marker of
physiological synchronization in psychotherapy

Relatore: Prof. Johann Roland Kleinbub

Laureanda: Aurora Carrozzo

Matricola: 1236018

Anno Accademico
2021/2022

INDICE

INTRODUZIONE	6
CAPITOLO 1: LA TEORIA DELL'ATTACCAMENTO E LA COMUNICAZIONE	10
INTRODUZIONE	10
1.1. LA TEORIA DELL'ATTACCAMENTO	11
1.1.1. <i>Le origini della teoria dell'attaccamento</i>	11
1.1.2 <i>Gli sviluppi successivi della teoria dell'attaccamento: la Strange Situation e l'AAI</i>	14
1.1.3 <i>La teoria dell'attaccamento e la mentalizzazione</i>	18
1.2. IL P.A.C.S. (PATIENT ATTACHMENT CODING SYSTEM)	22
1.2.1. <i>Un'innovativa proposta di lettura per la Teoria dell'Attaccamento</i>	22
1.2.2 <i>La fiducia epistemica: le differenze nell'attaccamento e nello stile epistemico</i>	26
CAPITOLO 2: LA SINCRONIZZAZIONE FISIOLOGICA E IL MODELLO SISTEMICO-DIADICO DELLE INTERAZIONI FRA MADRE-BAMBINO E ADULTO-TERAPEUTA	40
INTRODUZIONE	40
2.1. LA CO-REGOLAZIONE DEL COMPORTAMENTO NON VERBALE E LA SINCRONIZZAZIONE FISIOLOGICA	41
2.2. IL MODELLO SISTEMICO-DIADICO DI AUTOREGOLAZIONE E REGOLAZIONE INTERATTIVA	46
2.2.1 <i>L'organizzazione dei processi interni e relazionali</i>	50
2.2.2 <i>I modelli di regolazione interattiva</i>	53
2.2.3 <i>Strategie autoregolatorie e rapporto interpersonale</i>	62
2.2.4 <i>Il modello sistemico-diadico nel trattamento degli adulti</i>	71
CAPITOLO 3: LA RICERCA: APPLICAZIONE DEL PACS E ANALISI DELLA SINCRONIZZAZIONE FISIOLOGICA	75
INTRODUZIONE	75
3.1 METODO UTILIZZATO	76
3.1.1 <i>Partecipanti</i>	76

3.1.2 Procedura di acquisizione dei dati	76
3.1.3 Strumenti e analisi dei dati	77
3.1.4 Analisi della sincronizzazione fisiologica	77
3.1.5 Analisi del dato testuale	79
3.2 RISULTATI	82
3.2.1 Risultati dell'analisi PACS	82
3.2.2 Risultati dell'analisi quantitativa	83
3.3 ANALISI ESPLORATIVA	87
3.3.1 Teoria di riferimento dell'analisi esplorativa	87
3.3.2 Ipotesi di partenza dell'analisi esplorativa	88
3.3.3 Osservazione preliminare dei dati fisiologici	91
3.3.4 Analisi del contenuto clinico	92
3.4. CONCLUSIONI	102
3.5. DISCUSSIONE	105
BIBLIOGRAFIA	115

INTRODUZIONE

L'aspetto centrale su cui si concentra il presente lavoro è la relazione terapeutica, intesa come un'interazione attiva e continua fra i membri coinvolti nell'opera di co-costruzione della stessa. Così come in ambito clinico il processo di cura prende forma all'interno della relazione terapeutica, analogamente nel rapporto diadico madre-figlio, il bambino costruisce entro i margini della relazione col *caregiver* gli schemi esperienziali che lo aiuteranno ad orientarsi nel mondo. A partire dal parallelismo fra diade madre-figlio e coppia terapeutica, verranno descritte le modalità attraverso le quali l'alleanza terapeutica (oppure la relazione di cura) viene a costruirsi partendo dalla prospettiva della teoria dell'attaccamento, fino ad arrivare allo sguardo proposto dal modello sistemico-diadico della relazione. Verrà inoltre presentata una parte di ricerca empirica nel campo dell'*infant research*, considerando nello specifico l'analisi delle interazioni *vis a vis* fra madre e bambino secondo per secondo. Tale ricerca costituisce implicazioni notevoli per la clinica: descrive l'origine delle capacità relazionali e dei modelli di comunicazione non verbale nei bambini che continuano ad operare in modo simile anche nell'adulto. La costruzione della capacità relazionale del bambino nel contesto della relazione diadica con la madre è un fenomeno complesso ed estremamente affascinante. Pertanto, ho deciso di presentare tale approfondimento quale chiave di lettura sui processi interattivi impliciti e non verbali che operano parallelamente a quelli espliciti, verbali e simbolici. Tali processi generati nel corso della vita interattiva infantile, permangono rimanendo pressoché immutati nell'età adulta. Attraverso l'analisi dei processi relazionali che si instaurano fra madre e bambino, verranno trattati inoltre i fenomeni di co-regolazione nella diade madre-bambino e quella terapeutica. La comunicazione non viene intesa unicamente a livello esplicito e verbale, ma anche nella sua espressione implicita attraverso comportamenti non verbali. Ciò assume un'importanza non indifferente: permette di ampliare la possibilità di raccolta di un nuovo tipo di dato e di nuove acquisizioni rispetto alla coppia terapeuta-paziente, oltre che madre-bambino. Anche gli studi sulla mentalizzazione hanno permesso di approfondire in modo specifico il ruolo della relazione precoce madre-bambino in funzione dello sviluppo delle capacità relazionali e rappresentazionali infantili, le quali rimangono stabili nel corso della vita.

In un'ottica sistemica la capacità di mentalizzare può essere considerata come un'ulteriore modalità di co-costruzione dell'esperienza. Entro tale prospettiva infatti, la capacità di leggere gli stati mentali dell'altro permette di significare il comportamento proprio e altrui, sulla base della interazione fra i due membri della diade. Inoltre, essenziale per l'istaurarsi della relazione è la comunicazione, intesa come processo interattivo di interconnessione fra individui a livello verbale esplicito, così come a livello implicito e inconsapevole. La comunicazione sarà centrale anche nella proposta di rilettura delle differenze legate all'attaccamento di Talia (2021) considerate come più ampie differenze coinvolte e operate nella comunicazione. Sarà introdotto e presentato a questo proposito il *Patient Attachment Coding System* (PACS, Talia, Miller-Bottomo, 2017), strumento che permette di classificare gli individui sulla base del loro pattern di attaccamento, a partire dalle modalità di produzione del linguaggio e della sua interpretazione. L'introduzione di tale strumento nella ricerca in psicoterapia potrebbe favorire una proliferazione di studi sull'attaccamento, o inerenti ad altri processi che avvengono in seduta fra cui l'alleanza terapeutica, le difese, il transfert e altri. Grazie al PACS è inoltre possibile misurare l'attaccamento dell'individuo osservando, momento per momento, la comunicazione del paziente col terapeuta indipendentemente dal contenuto tematico di tale scambio, senza dover necessariamente orientare il dialogo clinico su esperienze precoci. In aggiunta ai dati raccolti attraverso l'utilizzo del PACS, codificati sulla produzione verbale, ho voluto sondare aspetti legati alla comunicazione implicita. A tal fine ho esplorato il fenomeno della sincronizzazione fisiologica: ambito di ricerca poco approfondito che si riferisce allo studio di come gli individui entrano in interazione co-regolando la loro fisiologia. L'argomento ha suscitato grande interesse nel contesto clinico e nella ricerca in psicoterapia, ambito in cui è stata rilevata un'associazione fra l'attivazione fisiologica in seduta e l'alleanza terapeutica, l'empatia e i risultati terapeutici. Fra i vantaggi di tale strumento, esso non solo consente l'indagine di aspetti della comunicazione non direttamente osservabili, fondamentali nel processo clinico, ma anche la loro misurazione oggettiva. In conclusione la combinazione di analisi della comunicazione implicita ed esplicita ha permesso di fornire una descrizione esaustiva del processo interattivo oggetto dello studio. Nel primo capitolo del presente elaborato verrà presentata la teoria dell'attaccamento, che rappresenta il background teorico di partenza del lavoro di ricerca. La teoria dell'attaccamento evidenzia e sottolinea

come l'essere umano sia in primo luogo un essere relazionale, sin dalle prime fasi di vita orientato verso la relazione. Attraverso lo studio e la rilevazione dei primi rapporti fra madre e figlio verrà tratteggiato una sorta di *continuum* "relazionale": a partire dai pattern di attaccamento che si instaurano nelle prime fasi di vita, fino ad arrivare alla teoria della mentalizzazione. È attraverso l'introduzione di quest'ultimo costrutto che verrà introdotto il concetto di fiducia epistemica, la quale permette di acquisire informazioni sul mondo attraverso l'altro significativo. Tale inquadramento teorico permetterà di sviluppare il discorso sul *Patient Attachment Coding System* (Talia, Miller-Bottome, Daniel, 2017) e presentare delle moderne traiettorie della teoria dell'attaccamento. Successivamente, nel secondo capitolo verrà trattata la relazione intesa in termini di regolazione dinamica. Inoltre, verrà posto il focus sulla sincronizzazione fisiologica, la quale, come abbiamo detto, sembra essere correlata con una serie di conseguenze positive, deduzione dalla quale prenderà le mosse l'ipotesi di partenza dello studio presentato. Sarà inoltre illustrato il modello sistemico-diadico che integra il contributo della diade e del soggetto alla relazione, presentando poi le ricerche sopra citate provenienti dall'*infant research*, in virtù dell'osservazione che molti dei modi propri del bambino di organizzare l'esperienza interna e esterna sembrano mantenersi inalterati anche nell'adulto. Il discorso sui comportamenti non verbali e non intenzionali in continua co-regolazione con i comportamenti dell'altro, che verrà sviluppato nella prima parte dell'elaborato, permetterà di entrare nel vivo del lavoro di ricerca presentato nel capitolo tre. Lo studio consiste nell'analisi della sincronizzazione dei segnali di conduttanza cutanea all'interno della diade terapeutica, in particolare durante lo svolgimento di quattordici sedute di psicoterapia cognitivo-comportamentale. I segnali fisiologici raccolti sono stati successivamente confrontati con il *Patient Attachment Coding System* (PACS) grazie al quale è stato possibile individuare le dimensioni di attaccamento dei pazienti. La ricerca ha cercato di indagare l'associazione fra il pattern di attaccamento e la sincronizzazione elettrodermica, in particolare ipotizzando che la sincronizzazione fosse maggiore durante gli interventi sicuri del paziente, e minore durante gli interventi classificati come insicuri. Successivamente, ho effettuato un'analisi esplorativa al fine di individuare altre caratteristiche del fenomeno indagato, sviluppando delle ipotesi ulteriori fondate sulla teoria del modello sistemico di equilibrio tra autoregolazione e regolazione interattiva di Jaffe e colleghi (2001). I risultati saranno riportati di seguito nel terzo capitolo.

CAPITOLO 1: La teoria dell'attaccamento e la comunicazione

Introduzione

La teoria dell'attaccamento ha guidato molti degli assunti e degli strumenti che verranno presentati in questo lavoro di tesi. Uno degli aspetti su cui porre maggiore attenzione è proprio il concetto alla base di tale teoria: l'uomo come essere relazionale. Infatti, la spinta a relazionarsi è insita nell'uomo sin dalle prime fasi di vita.

Dunque, saranno presentati i vari pattern di attaccamento, modi diversi di stare nella relazione con il caregiver, per poi arrivare a trattare le differenze nei pattern di attaccamento nell'adulto. Inoltre, a partire dalla trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento, arriveremo ad introdurre il concetto di fiducia epistemica. Tale concetto sarà utilizzato dagli autori dello strumento da noi utilizzato, ossia il *Patient Attachment Coding System* (PACS; Talia et al., 2014), per strutturare un innovativo modo di leggere le differenze legate all'attaccamento viste come più ampie differenze nella comunicazione. L'attenzione verrà posta anche sul concetto di mentalizzazione, che concorre con altri costrutti alla spiegazione della trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento, utile soprattutto perché legato fortemente al concetto di fiducia epistemica. Infatti, la mentalizzazione nel permettere di comprendere l'altrui e il proprio stato mentale, favorisce anche una comunicazione efficace, ponendo le premesse per l'abbassamento della vigilanza epistemica, la quale non permette l'istaurarsi della fiducia epistemica. A partire dalla fiducia epistemica, e dai vari stili epistemici che ne derivano, introdurremo lo strumento del *Patient Attachment Coding System* (PACS; Talia et al., 2014) uno strumento basato sulla trascrizione delle sedute di psicoterapia, figlio del lavoro del ricercatore Alessandro Talia, il quale si è concentrato sul tema dei modelli di attaccamento e di come gli stessi influenzino la relazione terapeutica. Il PACS fa riferimento ad un'interconnessione fra linguaggio e comportamento, in quanto è attraverso il linguaggio che i soggetti entrano in relazione con gli altri e ne influenzano il comportamento. Il linguaggio è, quindi, considerabile un'azione interpersonale. Vedremo, dunque, come si declinano i vari stili epistemici e come soggetti con diversi pattern di attaccamento abbiano modi differenti di comunicare con l'altro, anche in seduta. Gli assunti che muovono il PACS, prendono le mosse da una rilettura delle

differenze fra pattern di attaccamento, ri-proponendole come più ampie differenze nella comunicazione, piuttosto che unicamente come modalità di gestire le minacce. Questa nuova prospettiva, renderà più comprensibile la stabilità che le differenze legate all'attaccamento hanno per tutto il corso della vita dell'individuo. Quello che si vuole dimostrare in questo lavoro di tesi è che la comunicazione è essenziale, in quanto attraverso essa non solo vi è la trasmissione di informazioni utili per il bambino, ma anche lo sviluppo della capacità riflessiva di quest'ultimo. Verranno, infine presentati i vari stili epistemici, i quali sono responsabili delle differenze nella produzione della comunicazione, dimostrando come i diversi livelli di fiducia epistemica possano modificare il processo di comunicazione.

1.1. *La Teoria dell'attaccamento*

1.1.1. Le origini della teoria dell'attaccamento

La teoria dell'attaccamento è uno dei capisaldi non solo della psicologia ma anche di questo lavoro di tesi. È utile, quindi, fare una digressione su come è andata a costruirsi nel tempo passando per i vari autori che l'hanno trattata nello specifico. La teoria dell'attaccamento prende le mosse dalle intuizioni di Bolwby (1969), il quale non condivideva i modelli freudiani di "pulsione secondaria" (Freud, 1915) secondo cui il legame fra madre-figlio era mosso dal bisogno del bambino di nutrizione. Secondo l'autore, invece, la spinta a relazionarsi era una realtà a sé stante, indipendente da bisogni di nutrimento, ma insita nella natura dell'essere umano. Bolwby nella realizzazione del suo corpus teorico fa riferimento a due colonne portanti del tempo, la psicoanalisi e l'etologia (Lorenz, 1949; Tinbergen, 1951; Hinde, 1982, 1987). Egli ipotizzò che le metodologie naturalistiche e le teorie evoluzionistiche dell'etologia fossero applicabili alla relazione madre-bambino. Per quanto riguarda la psicoanalisi, invece, essa aveva disponibili due differenti descrizioni del rapporto madre-bambino: la teoria pulsionale (Freud, 1905) (derivante dalle prime teorizzazioni freudiane, in cui il bambino impara ad amare la madre perché lei lo nutre) e la teoria delle relazioni oggettuali (Klein, 1935) (ricollegabile al lavoro di Melanie Klein secondo la quale il bambino ha legami fisiologici e psicologici con la madre e il suo seno, considerato "oggetto" buono o cattivo). Per Bolwby entrambe le teorie non erano esaustive in quanto non erano riuscite a vedere il legame madre-bambino come un legame psicologico a sé stante, ma lo consideravano un

fenomeno secondario derivato dalla nutrizione o dalla sessualità infantile. Tornando all'etologia, Bolwby rimase colpito dal fenomeno descritto da Lorenz (1949) a proposito di alcune specie di uccelli che già appena nate seguono la madre e rispondono con segnali di "angoscia" di fronte alla separazione da essa. Anche gli studi sulle scimmie di Harlow (1958) fornirono un altro spunto teorico a Bolwby in quanto le scimmie neonate di fronte ad una "madre surrogato" di fil di ferro a cui veniva attaccato un biberon, ne preferivano una senza biberon (e quindi senza nutrimento) ma di morbido e caldo pelo.

A partire da queste premesse si andò a delineare la Teoria dell'Attaccamento, una teoria definita *spaziale* in quanto si basa sull'assunto che quando si è vicino a chi si ama ci si sente bene, quando si è lontano ci si sente ansioso, triste e solo.

Il termine "attaccamento" viene usato in molti modi, è utile quindi distinguere fra i concetti di: *stile di attaccamento*, *comportamenti di attaccamento* e *modelli operativi interni*. Lo *stile di attaccamento* si riferisce allo stato e alla qualità dell'attaccamento dell'individuo e viene classificato in sicuro e insicuro (il quale può essere diviso a sua volta in evitante, ambivalente e disorganizzato). Il *comportamento di attaccamento* è definito, invece, come "ogni forma di comportamento che appare in una persona che riesce a ottenere o a mantenere la vicinanza a qualche altro individuo differenziato e preferito" (Hinde, 1982). Il comportamento di attaccamento è innescato dalla separazione o dalla minaccia di separazione da parte di una figura di attaccamento, e viene eliminato o mitigato per mezzo della vicinanza. Sia lo stile di attaccamento che il comportamento di attaccamento si basano sul *modello operativo interno di attaccamento* che consiste in una copia del mondo in cui vengono rappresentati il sé, gli altri significativi e le loro interazioni e che codifica il particolare pattern di attaccamento mostrato da un individuo. L'idea di un "modello interno" deriva dal libro di Kenneth Craik (1943) *The Nature of Explanation*, nel quale egli sostiene che "il pensiero modella la realtà o corre parallelamente ad essa [...] l'organismo porta all'interno della sua testa un "modello su piccola scala" della realtà esterna e delle proprie possibili azioni che lo mette in grado di reagire in modo più pieno, più sicuro e più competente alle situazioni di emergenza in cui si imbatte" (pag.81).

Il bambino in fase di sviluppo costruisce una serie di modelli di sé stesso e degli altri significativi basati su pattern di esperienza ripetuta. Ad esempio un bambino con attaccamento sicuro immagazzinerà un modello operativo interno di cura e amore,

reputando l'altro significativo come affidabile e sé stesso come meritevole d'amore. Diversamente un bambino insicuro può vedere il mondo come un posto pericoloso nel quale gli altri devono essere trattati con precauzione e con cautela. Questi assunti sono stabili nel tempo, si costruiscono nelle prime fasi di vita e si mantengono anche nelle fasi successive, nonostante l'esperienza li possa in parte confutare, anche se mai del tutto. Infatti, una persona evitante che si imbatte in amore e sostegno può avvicinarsi a questi in maniera svalutante come se tali componenti positive fossero dovute ad una mera manipolazione o un seduttivo opportunismo da parte dell'altro. Il fine di Bowlby è, quindi, quello di rimodellare la teoria psicoanalitica nei termini di un approccio sistemico secondo il quale i circuiti di feedback sono un elemento chiave, assumendo la forma di profezia che si auto-avvera. Proseguendo con la trattazione, la teoria dell'attaccamento sostiene che è attraverso i modelli operativi interni che i pattern di attaccamento dell'infanzia sono trasposti nella vita adulta e vengono poi trasmessi alle prossime generazioni (Mikulincer, Shives, 2007). L'attaccamento e la dipendenza, sebbene in maniera differente, rimangono presenti per tutto il corso della vita in una forma più matura rispetto ai pattern di dipendenza infantili. Bowlby vedeva il matrimonio e le relazioni amorose (che lui chiamava "attaccamenti romantici") come la manifestazione adulta dell'attaccamento, in quanto questi tipi di legami forniscono una base sicura, un guscio protettivo nei momenti del bisogno. Come detto precedentemente, l'attaccamento viene classificato in due tipologie: sicuro e insicuro. Il secondo è a sua volta diviso in evitante, ambivalente e disorganizzato. Bowlby utilizza il concetto di modello operativo interno per distinguere i differenti pattern di attaccamento stabili dalla ricerca con la Strange Situation della Ainsworth. L'attaccamento sicuro si manifesta in un pattern di attaccamento "primario" caratterizzato da sana protesta per la separazione e da una rilassata e collaborativa esplorazione. Diverso è per il bambino con attaccamento ansioso da cui vengono messe in atto strategie dell'attaccamento "secondarie" con cui il bambino cerca ansiosamente di mantenere la vicinanza con una figura di apprendimento imprevedibile e poco responsiva.

Le due strategie messe in atto nel caso di attaccamenti insicuri sono quelle di *evitamento* o *adesione* che conducono ad un attaccamento del tipo evitante o ambivalente. Nell'attaccamento evitante il bambino cerca di limitare i suoi bisogni in modo da prevenire un eventuale rifiuto. Basandosi sul concetto di difesa percettiva di Dixon

(1971), Bowlby definisce “esclusione difensiva” l’eliminazione dalla coscienza di sentimenti negativi come paura o angoscia a vantaggio di un certo grado di sicurezza (diversamente dalla strategia ambivalente in cui vi è un aggrapparsi alla figura di attaccamento con eccessiva dipendenza). Evitamento e ambivalenza sono descritte come forme “organizzate” di attaccamento insicuro, mentre vi è una terza categoria insicura che viene definita come “disorganizzata”. È una forma meno comune dei due precedenti, ma è associata ad un livello di patologia molto più grave, in quanto è presente quando ci troviamo di fronte ad una figura di attaccamento spaventata o spaventosa. In questo caso il bambino fa utilizzo di alcune forme “autistiche” di difesa, e una volta cresciuto potrà optare per un’inversione dei ruoli in cui ci si prende cura di chi dovrebbe prestare cura.

1.1.2 *Gli sviluppi successivi della teoria dell’attaccamento: la Strange Situation e l’AAI*

La teoria dell’attaccamento ha continuato a svilupparsi, arrivando ad una serie di nuove acquisizioni che hanno permesso sia di studiare l’attaccamento negli adulti, che di definire diversi pattern di attaccamento in maniera empirica. Sarà utile affrontare come le diverse dimensioni di attaccamento si differenziano tra loro e secondo quali criteri, in quanto quello che successivamente sarà trattato riguarda un diverso (ma non contrastante) modo di concettualizzare le differenze dell’attaccamento. Tra i vari studi che riguardano le differenze legate all’attaccamento vi è la *Strange Situation* ideata da Mary Ainsworth (1960), che può essere descritta come un “dramma in miniatura in otto parti” (Bretherton, 1991) che coinvolge madre, bambino di un anno e sperimentatore, al fine di classificare e categorizzare le vicissitudini delle relazioni genitore-figlio. Tale strumento fu ideato nei tardi anni ’60, in quanto la studiosa era interessata alla relazione fra l’attaccamento e il comportamento di esplorazione nei piccoli e il suo intento era quello di escogitare una procedura di accertamento standardizzata per le madri e i loro bambini che potesse essere sia naturalistica che valutabile in modo affidabile. La *Strange Situation* consiste, nello specifico, in una seduta di 20 minuti nella quale madre e figlio di un anno vengono accompagnati in una stanza da gioco con un soggetto estraneo (lo sperimentatore). Alla madre viene chiesto poi di uscire dalla stanza e lasciare il bambino solo con lo sperimentatore per tre minuti. Al ritorno della madre, dopo che si è riunita con il bambino, sia madre che sperimentatore escono dalla stanza lasciando il bambino da solo. La madre e il bambino si riuniscono nuovamente. L’intera procedura viene registrata e studiata con

il fine di mettere in luce le differenze nel bambino nella gestione dello stress da separazione. La *Strange Situation* permise identificare tre pattern di risposta, che successivamente divennero quattro:

- *Attaccamento sicuro (B)*: si tratta di bambini angosciati dalla separazione e che al momento della riunione salutano il genitore, a volte anche con rabbia, ma una volta ricevuti il giusto conforto e rassicurazione ricominciano l'esplorazione, utilizzando il caregiver come base sicura a cui tornare. Di fronte ad un estraneo piangono forte, ma solamente in assenza della madre, altrimenti esplorano e mostrano curiosità verso i contesti non familiari. La figura di attaccamento in questo caso viene ritenuta dal bambino una presenza affidabile e pronta ad intervenire in caso di bisogno. Le madri di questi bambini, sono ritenute sensibili, accoglienti ed emotivamente disponibili;
- *Attaccamento insicuro-evitante (A)*: i bambini mostrano pochi segni di angoscia per la separazione e tendono a ignorare il genitore al momento della riunione, soprattutto nella seconda riunione quando il livello di stress si presume sia maggiore. Quando il caregiver rientra, questi bambini non ricercano il contatto, e se presi in braccio cercano attivamente di mantenere una distanza dal genitore, concentrando la loro attenzione altrove. Le madri di questi bambini sono molto spesso carenti nella loro espressione emozionale, controllanti ed eccessivamente rifiutanti nei confronti dei figli, evitando il contatto fisico con loro. Di conseguenza, i bambini evitanti tenderanno ad avere rappresentazioni interne di un caregiver rifiutante rispetto alle loro richieste di conforto e aiuto nei momenti di difficoltà, mostrando quindi delle strategie alternative per mantenere la maggiore vicinanza possibile con il caregiver senza essere rifiutati.;
- *Attaccamento insicuro-ambivalente (insicuro-resistente) (C)*: bambini fortemente angosciati dalla separazione la cui angoscia non viene placata neanche con la riunione con il genitore; cercano il contatto ma quando lo ricevono lo rifiutano, continuando ad alternare stati di rabbia e ricerca di conforto dalla madre. Le madri, in questo caso, tendono ad essere incostanti ed imprevedibili nel rispondere alle richieste dei figli, i quali svilupperanno rappresentazioni interne di un caregiver inadeguato, e mostreranno espressioni emozionali esagerate come strategia per ottenere una risposta dalla figura di attaccamento;

- *Attaccamento insicuro-disorganizzato (D)*: dopo aver studiato le registrazioni di un piccolo gruppo di bambini che non rientrava in nessuna classificazione Main e Solomon (1990) hanno istituito questa quarta categoria. I bambini in questo caso mostravano una gamma di comportamenti confusi e disorientanti come il restare “paralizzati”, mettere in atto stereotipie o comportamenti apparentemente dissociativi. I genitori di questa categoria di bambini sono di solito spaventati o spaventanti per i figli stessi ponendo i bambini di fronte al paradosso per il quale l’agente delle cure è insieme “fonte e soluzione del suo allarme” (Main, Hesse, 1990).

La Strange Situation non solo fu un innovativo metodo per individuare i vari pattern di attaccamento, ma gli studi interculturali hanno dimostrato l’universalità di tale strumento (Van Ijzendoorn, 1988). Per mezzo della Strange Situation si è dimostrato come la differenza fra l’istaurarsi di un attaccamento sicuro o meno sia la presenza di un’interazione attiva e reciproca fra madre e bambino, ponendo l’attenzione principalmente sulla qualità dell’interazione che sulla quantità (Rutter, 1981). Di fatti, nei primi tre mesi le madri di bambini sicuri rispondono più prontamente ai bisogni dei bambini e intrattengono con essi un maggior numero di scambi (sguardi, sorrisi, ecc.). Un’altra caratteristica distintiva di queste madri è la capacità di sintonizzarsi modulandosi in funzione del bambino (Stern, 1985), chiamata *sintonizzazione intermodale* dove la madre segue i gesti del bambino accordandosi e armonizzandosi con essi, permettendo al bambino di sviluppare il proprio senso del sé in maniera integrata. Di contro, nelle madri di bambini con attaccamenti insicuri questa sintonizzazione può essere compromessa e non vi è una risposta in sintonia con i bisogni del bambino, ma è la madre ad imporre i propri bisogni (Beebe, Lachman, 1988). Questo porta a pensare quanto sia importante la relazione soprattutto nelle prime fasi di vita, e quanto una cattiva sintonizzazione possa portare a pattern di attaccamento disadattivi. Possiamo dunque dire che Bowlby e la Ainsworth possono essere considerati i fondatori della Teoria dell’attaccamento, ma un altro rivoluzionario contributo è quello fornito da Mary Main con *l’Adult Attachment Interview* (AAI; Main, 1991). Con l’AAI la ricercatrice ha esteso la ricerca di Ainsworth sull’attaccamento madre-bambino allo studio dell’attaccamento in età adulta. La Main è stata, inoltre, la prima a delineare la nuova categoria di attaccamento insicuro-disorganizzato (Main, Hesse, 1990) spiegando come esso è predetto da antecedenti

ambientali (comprese la qualità della relazione e storie di maltrattamento) ed è predittivo di una serie di problemi comportamentali e psicopatologie. L'AAI è stata inizialmente ideata per valutare i *modelli operativi interni* del genitore in relazione all'attaccamento, servendosi di una classificazione simile a quella della Strange Situation, e solo in seguito è stata utilizzata per studiare gli stati mentali dell'attaccamento in età adulta e in adolescenza. Si tratta di un'intervista semi-strutturata, della durata di circa un'ora, in cui si chiedono al soggetto cinque aggettivi che descrivano in modo efficace la sua relazione con ciascuno dei genitori durante l'infanzia, illustrandoli con ricordi specifici; viene inoltre chiesto di descrivere i comportamenti o eventi che la teoria dell'attaccamento reputa rilevanti nello sviluppo del soggetto durante l'infanzia, come ad esempio a quale genitore si sentisse più vicino, se si sentisse rifiutato o minacciato dal proprio genitore, come è cambiata la relazione con i genitori nel corso del tempo, eventuali malattie, separazione dei genitori, esperienze traumatiche come lutti o abusi, ecc. Ci sono, infine, domande relative all'adolescenza, fino ad arrivare alla fase adulta, concludendo con delle domande sul futuro. Le interviste vengono registrate, trascritte e classificate secondo otto parametri e le categorie vengono poi assegnate sulla base non dei contenuti ma del processo dell'intervista. La chiave è infatti lo stile narrativo dell'intervistato. Lo "stato della mente nei riguardi dell'attaccamento" viene poi assegnato a una tra le quattro categorie, ciascuna paragonabile ad una categoria della Strange Situation: autonomo-sicuro, abbandonante-distaccato, preoccupato-intrappolato e irrisolto-disorganizzato. Gli individui autonomi-sicuri forniscono dei resoconti di un'infanzia sicura descritta in modo aperto, lineare e coerente. Il gruppo distaccato fa racconti incompleti e brevi, sostenendo di avere pochi ricordi della propria infanzia. La categoria preoccupata fa racconti incoerenti e caotici dai quali appaiono ancora coinvolti in conflitti e difficoltà del passato con le quali stanno ancora lottando. Infine, i soggetti irrisolti-disorganizzati sono caratterizzati nel racconto da salti logici e lacune nel fluire del racconto, sono classificati a parte e sono rimandabili nello specifico a eventi traumatici.

Attaccamento del genitore	Attaccamento del bambino
Sicuro (F)	Sicuro (B)
Distanziante (D)	Ansioso-Evitante (A)
Preoccupato (E)	Resistente-Ambivalente (C)
Non Risolto (U)	Disorganizzato (D)

Tabella 1. Classificazione degli stili di attaccamento nel bambino e nell'adulto.

Main riconobbe in queste differenze il riflesso delle differenze sottostanti nei modelli operativi interni (IWM) di attaccamento, ossia modelli di rappresentazione costruiti a seguito di un'esperienza. La delineazione di queste categorie adulte di attaccamento, ha consentito a Main e Goldwyn (1984) di esaminare le relazioni tra la classificazione dell'attaccamento del genitore e quella dei loro figli. I risultati mettono in evidenza un alto tasso di corrispondenza fra pattern di attaccamento genitoriali e dei figli. Inoltre, ancora più impressionanti furono gli studi di Fonagy e collaboratori (1991), che hanno somministrato l'AAI a futuri genitori durante la gravidanza, scoprendo che i risultati predicevano lo stato di attaccamento del bambino nella Strange Situation ad un anno con un'accuratezza del 70%. Quindi, l'AAI ha permesso di confermare l'ipotesi, implicita fin dall'esordio della teoria dell'attaccamento, di una trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento. Secondo questa ipotesi le dimensioni di attaccamento possono essere trasmesse da genitore in figlio, e successivamente tratteremo la questione sul come possano essere trasmessi.

1.1.3 La teoria dell'attaccamento e la mentalizzazione

La teoria della mentalizzazione ci aiuta a comprendere come le differenze nell'attaccamento possono essere trasmesse a livello generazionale, e come la capacità di riflettere sugli stati mentali degli altri sia una prerogativa essenziale per l'istaurarsi di una relazione madre-bambino di tipo sicuro. Quindi, la mentalizzazione è strettamente connessa alla teoria dell'attaccamento, in quanto da essa prende le mosse. Infatti, Fonagy e colleghi (1991), andando avanti nello studio dei risultati dell'AAI raccolti, notarono che

gli adulti sicuri nell'attaccamento mostravano migliori capacità di riflettere e comprendere gli stati mentali connessi alle esperienze e alle relazioni della loro prima infanzia. Inoltre, in questa fase iniziale della ricerca, Fonagy e colleghi (1995) scoprirono come la capacità di rappresentarsi gli stati mentali propri o altrui, e di comprendere il comportamento alla luce di essi, è maggiormente correlata con la classificazione sicura dell'attaccamento negli adulti. Oltre a questo, tale processo di meta-rappresentazione risulta altamente predittivo rispetto alla tipologia di attaccamento infantile. Inizialmente gli studiosi chiamarono tale fenomeno "funzione riflessiva", termine che poi è stato inglobato nella nozione di mentalizzazione. La capacità di funzionamento riflessivo genitoriale (altrimenti indicata con PRF) o mentalizzazione genitoriale indica la capacità dei genitori di visualizzare il proprio figlio in termini di stati mentali interni (Slade, 2005). Più precisamente, con PFR facciamo riferimento alla capacità del genitore di comprendere il comportamento del bambino nel contesto degli stati mentali sottostanti, come pensieri, desideri e intenzioni (Slade, 2005). Essa è alla base della sensibilità del caregiver, poiché consente di rispondere in modo sensibile e coerente ai bisogni fisici e emotivi del bambino. Questa funzione permette a sua volta di generare sicurezza nell'attaccamento infantile e lo sviluppo dell'espressione e della comunicazione emotiva. Confermando l'importanza della relazione nello sviluppo dell'individuo, una serie di studi (Fonagy, Target, 1997) dimostrarono come la relazione di attaccamento di tipo sicuro offrisse un contesto adeguato all'emergere di un sé riflessivo e di una teoria della mente, ossia la capacità di riflettere sui propri e altrui stati mentali, leggendo il comportamento come il risultato di pensieri, desideri, azioni. Le ricerche di Fonagy, inoltre, dimostrano come la capacità di attribuire senso alle menti dei propri figli, da parte dei genitori, sia un elemento cruciale nel definire una sufficiente sensibilità genitoriale verso il figlio. La mentalizzazione diventa così uno strumento per la trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento sicuro, in quanto permette di veicolare la giusta attenzione per gli stati mentali dell'altro, che in questo caso è il bambino, creando una base stabile per l'istaurarsi di una relazione di attaccamento sicuro. La mentalizzazione è, nello specifico, la capacità di comprendere gli altri in termini di stati mentali intenzionali, come sentimenti, desideri, atteggiamenti e obiettivi. La definizione di Holmes (2010) di mentalizzazione è: *"la capacità di vedere sé stessi dall'esterno e gli altri dall'interno"*. Come detto più volte, questa capacità dell'individuo è in gran parte il

risultato dello sviluppo, che dipende dalle prime relazioni di attaccamento dell'individuo. Questo assunto ha spinto molti ricercatori a condurre delle ricerche per studiare la correlazione fra la concezione della mente dei genitori e una serie di risultati nell'attaccamento. Tra questi, Slade e colleghi (2005) hanno classificato le rappresentazioni del figlio da parte dei genitori in relazione alle loro capacità riflessive usando la Parent Development Interview (PDI, Aber et al., 1985; PDI-R: Slade et al., 2003). I genitori con capacità riflessive elevate avevano figli più sicuri e risultavano essi stessi più sicuri nell'attaccamento. Ulteriore risultato fu che le capacità riflessive dei genitori avevano un ruolo di mediazione nella relazione fra attaccamento adulto e quello infantile. Meins (2001) conia, in sostituzione all'espressione *mentalisation*, il termine *mind-mindedness*, e a differenza di Fonagy e Slade che avevano classificato la mentalizzazione usando il metodo del questionario narrativo semistrutturato, Meins ha analizzato le modalità discorsive attraverso cui le madri descrivevano le esperienze dei loro figli. Come risultato si è visto che le madri che usavano maggiormente parole che esprimevano i vissuti mentali dei figli (rivelando la loro capacità di riconoscere che il figlio possedesse una mente) avevano figli più sicuri nell'attaccamento. Ad ogni modo sia *mind-mindedness* che *mentalizzazione* fanno riferimento alla specifica abilità del genitore di rispondere al figlio in una maniera appropriata ai suoi bisogni. Il concetto di "appropriatezza" implica due livelli di capacità da parte del caregiver: il primo riguarda la capacità di "leggere" gli stati mentali del proprio figlio e quindi di mentalizzare; il secondo, invece, la capacità di calibrare le proprie risposte sulla base di questa lettura. Fonagy e il suo gruppo ha, poi, ulteriormente ampliato il concetto di mentalizzazione avanzando e confermando l'ipotesi secondo la quale i bambini "mentalizzati" dalle loro figure di attaccamento, saranno successivamente a loro volta in grado di leggere la mente degli altri. Per il bambino, l'esperienza di sentirsi riconosciuto nei propri stati mentali è favorita dall'uso di specifici comportamenti comunicativi da parte del caregiver (Fonagy et al., 2020): il "*rispecchiamento marcato*", la "*reattività contingente*", il "*cueing ostensivo*" e il "*linguaggio mentalizzante*". Il *rispecchiamento marcato* (marked mirror) riguarda l'utilizzo di espressioni facciali e vocalizzazioni esagerate per riflettere e/o rappresentare l'esperienza emotiva soggettiva del bambino. Se ad esempio il bambino si sente felice, il genitore mostrerà un'espressione facciale palesemente gioiosa. Si tratta, però, di un'espressione di gioia diversa da quella che il genitore proverebbe se fosse lui

ad essere felice. Il bambino riesce a comprendere questo in quanto l'espressione è "marcata", comprendendo dunque che l'espressione non è del genitore ma è una copia della sua. Senza l'esagerazione il bambino non potrebbe distinguere il riflesso e la rappresentazione della propria emozione (Knox, 2016). La possibilità di vedere i propri vissuti "riflessi" sul volto del genitore consente al bambino di percepirsi come un individuo separato, come emozioni ed intenzioni proprie. Il rispecchiamento marcato può essere definito come una forma di biofeedback sociale in quanto il comportamento del genitore è collegato all'esperienza interna del bambino che si manifesta in lui sotto forma di attivazione fisiologica (Allen et al., 2003). La *reattività contingente* (contingent responsiveness), invece, è l'attinenza e la coerenza delle risposte fornite dal caregiver verso gli stati mentali del bambino. Si tratta di una corrispondenza fra gli stati emotivi e affettivi del bambino e le risposte del caregiver nei confronti di quegli stessi stati. Un esempio può essere il sorriso di fronte ad uno stato emotivo di gioia del bambino, oppure mostrarsi tristi di fronte all'esperienza di tristezza del bambino. Questa corrispondenza insegna al bambino che le proprie figure di attaccamento sono adeguate ed emotivamente disponibili, sviluppando un modello operativo interno positivo. Inoltre, il bambino assimila la sicurezza di essere degno di ricevere cure e amore, in quanto egli è importante per le proprie figure di accudimento. Una mancata coerenza tra vissuti interni del bambino e risposte esterne porta alla percezione di un sé non degno di cura, oltre che modelli operativi interni negativi che tendono a minare la fiducia epistemica, di cui si parla successivamente (Fonagy & Allison, 2014). I *segnali ostensivi* sono segnali che comunicano l'intenzione di comunicare la conoscenza ad un'altra persona, e che quella comunicazione è diretta, nello specifico, proprio a chi la sta ricevendo. I bambini già nel corso del loro primo anno capiscono che l'atto di guardarsi negli occhi precede la trasmissione di informazioni importanti. Oltre a ciò, già alla nascita i bambini mostrano una preferenza nei confronti dei volti che mostrano sguardi diretti, piuttosto che per volti che distolgono lo sguardo (Farroni et al., 2002). Il discorso diretto al bambino, detto anche motherese, è un altro dei segnali ostensivi. Si tratta di una modalità comunicativa dal ritmo non incalzante, calmo e dal tono acuto e squillante (Fonagy & Allison; Fonagy et al., 2015). Un ultimo esempio di comportamento comunicativo, è l'utilizzo del *linguaggio mentalizzante* (mentalizing language) nei confronti del bambino. Il linguaggio mentalizzante si riferisce all'utilizzo di un linguaggio che descrive gli stati mentali del

bambino, usando termini riferiti agli stati mentali come: “penso”, “voglio”, “credo”, ecc. Si discute delle emozioni provate dal bambino, dei suoi desideri, delle sue intenzioni. Meins et al. (2002, 2003) hanno scoperto che la capacità delle madri di commentare adeguatamente gli stati mentali dei figli a sei mesi, prediceva la capacità dei figli di mentalizzare intorno al quarto anno di vita. Laranjo et al. (2010) hanno scoperto che l’uso di un linguaggio mentalizzante da parte delle madri prediceva la comprensione della teoria della mente nei figli a due anni. La capacità riflessiva, dunque, sembra essere strettamente connessa alla sensibilità nei confronti del figlio: migliore è la capacità di riflettere sugli stati mentali del bambino, maggiore sarà la capacità di rispondere adeguatamente ai bisogni e ai desideri del bambino. L’esperienza di rispecchiamento permette al genitore di intercettare i bisogni del bambino e di trovare un modo per soddisfarli. Inoltre, la mentalizzazione è un concetto ombrello che comprende e sussume un’ampia gamma di concetti correlati tra cui la cognizione sociale, l’empatia, la consapevolezza, la teoria della mente (ToM), la mentalità psicologica, l’alessitimia e la perspicacia (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Inoltre, è di una certa rilevanza il fatto che i bambini verso i 9 mesi di età, sono sia in grado di seguire gli stati mentali degli altri, che acquisiscono una competenza aggiuntiva cruciale: *l’attenzione congiunta*. L’attenzione congiunta coinvolge sia l’attenzione del bambino che quella del genitore, dove entrambi si accorgono di prestare attenzione alla stessa cosa, seppur da prospettive diverse (Tomasello, 2018). Tomasello (2019) sottolinea che la differenza chiave tra esseri umani e altre specie è questa capacità di coordinare le prospettive. Questa capacità è descritta come una “struttura a doppio livello” di intenzionalità condivisa (Tomasello, 2020), perché comprende sia un focus condiviso che prospettive individuali e separate sulla stessa cosa (Tomasello, 2016). La mentalizzazione è un concetto di fondamentale importanza in quanto ci permette di aprire il discorso sulla fiducia epistemica di cui parleremo nel paragrafo successivo, partendo dall’assunto che la comunicazione non può prescindere dalla capacità di riflettere sugli stati mentali propri e dell’altro.

1.2. Il P.A.C.S. (Patient Attachment Coding System)

1.2.1. Un’innovativa proposta di lettura per la Teoria dell’Attaccamento

In questo paragrafo introdurremo lo strumento utilizzato nella nostra ricerca: il *Patient Attachment Coding System* (PACS; Talia et al., 2014). Si tratta di uno strumento basato

sulla trascrizione delle sedute di psicoterapia, figlio del lavoro del ricercatore Alessandro Talia, il quale si è concentrato sul tema dei modelli di attaccamento e di come gli stessi influenzino la relazione terapeutica. Attraverso questo strumento è possibile valutare il pattern di attaccamento nel corso della terapia, in quanto esso nasce dalla volontà di trovare processi osservabili in psicoterapia specifici per le differenti classificazioni Adult Attachment Interview (AAI; Geroge, Kaplan & Main, 1996). L'indagine prende le mosse dall'analisi di 8 pazienti diversi in psicoterapia supporto (due sessioni per ogni paziente). Ogni paziente è stato intervistato con AAI all'inizio della terapia e successivamente una seduta per ogni paziente è stata trascritta e codificata con PACS. Tre di questi pazienti sono stati classificati come sicuri, due come distanzianti e tre come preoccupati; nessun paziente era irrisolto rispetto alla perdita o al trauma. È stato fatto poi un elenco delle caratteristiche distintive dei soggetti categorizzandoli a seconda del pattern di attaccamento individuato con AAI, e sono state poi create delle scale osservando la frequenza della presenza di queste caratteristiche individuate (Mikulincer & Shaver, 2007). L'assunto del PACS fa riferimento a un'interconnessione fra linguaggio e comportamento, in quanto è il linguaggio che permette di stabilire vicinanza con gli altri e di sintonizzarci con chi abbiamo di fronte. Il linguaggio è considerabile una forma complessa di comportamento sociale (Wittgenstein, 1953), e qualsiasi narrativa o qualsiasi espressione, può essere considerata un'azione interpersonale nella misura in cui presuppone un pubblico (Bakhtin, 1981). È attraverso il linguaggio che riusciamo ad impegnarci in rapporti di attaccamento e riusciamo a stabilire una sintonizzazione con l'altro. A partire da questo è stata avanzata l'ipotesi secondo cui le differenze durante la seduta potessero essere rintracciate analizzando il modo in cui il paziente (anche inconsapevolmente) tenta di regolare la sintonizzazione con il terapeuta, ossia il modo in cui comunica la sua esperienza interna presente all'ascoltatore, in questo caso il terapeuta. Il processo di sintonizzazione è al contempo sia un processo linguistico/narrativo che un vero e proprio comportamento che implica una negoziazione interpersonale. Per verificare tale ipotesi gli autori dello strumento hanno raggruppato le sessioni degli otto pazienti (2 sessioni per soggetto) in base alle classificazioni dell'AAI ottenute precedentemente. A partire dai dati raccolti gli autori del PACS hanno provato a vedere come i pazienti con differenti classificazioni AAI potessero regolare la sintonizzazione

sulla base delle aspettative implicite derivanti dalle prime esperienze relazionali con i caregiver.

Dunque, si è definito come l'attaccamento in sessione si esprimesse attraverso il modo in cui i pazienti parlano delle loro esperienze, e non per mezzo del contenuto delle esperienze in sé (come invece è nell'AAI). Esaminando le sessioni raccolte, sono stati compilati tre elenchi di indicatori discorsivi specifici per le classificazioni AAI, chiamati marker. Questi marker sono stati poi raggruppati in 4 scale sulla base della loro probabile funzione nel regolare la sintonizzazione, elaborate in analogia con le scale della Strange Situation (Ainsworth et al., 1978):

- Le scale di ricerca di *Proximity seeking e Contact maintaining*, in cui abbiamo indicatori che sollecitano e implementano la sintonizzazione;
- Le scale di *Exploring* in cui il paziente descrive la sua esperienza pur lasciando spazio al terapeuta di rielaborare la stessa in diversi modi. A questa scala appartengono marker che prevedono una sintonizzazione maggiore, in presenza di una buona capacità di esprimere le proprie esperienze positive o negative, riflettere su di esse e rimanere aperti rispetto agli interventi del terapeuta (contrariamente alla chiusura dei marker evitanti);
- Le scale di *Resistance* dove vi sono marker che impediscono al terapeuta di esprimere un diverso punto di vista, scoraggiando la sintonizzazione;
- Le scale evitanti *Avoidance* aventi indicatori che spostano l'attenzione dall'esperienza del paziente e non permettono la sintonizzazione.

Codificare una seduta con PACS richiede approssimativamente 90 minuti, durante i quali il codificatore dovrà identificare i 27 marker descritti nel manuale, ogniqualvolta si presentino nei turni di parola del paziente. Ogni marker può essere assegnato ad una parola, frase, turno del discorso, e indica un processo mediante il quale il paziente modula la sintonizzazione con il terapeuta. Viene poi calcolato un punteggio, attraverso cui classificare l'attaccamento a seconda della distribuzione dei marker.

L'utilità del PACS prevede anche che i marker che distinguono i diversi tipi di attaccamento, sono al contempo dei marker del processo terapeutico, e attraverso una sensibilizzazione a questi marker i terapeuti possono capire come l'attaccamento si manifesta nel processo terapeutico. Questo permette di avere maggiori informazioni rispetto non solo agli stili di comunicazione del paziente, ma anche rispetto al pattern di

attaccamento. Infatti, analizzando il modo in cui il paziente si mette in relazione con il terapeuta attraverso il PACS è possibile analizzare come l'attaccamento ha un impatto sulla psicoterapia (Holmes, 2015). Il PACS dimostra come i pazienti sicuri (o autonomi) siano capaci di riferirsi alla loro esperienza interna e descriverne contenuti e caratteristiche. I tre comportamenti caratteristici di questi tipi di pazienti sono: *Proximity Seeking*; *Conctant Maintaining* ed *Exploring*.

Con *Proximity seeking* il paziente parla della propria esperienza interna elicitando in maniera implicita un supporto da parte del terapeuta aprendosi alla possibilità di intervento di quest'ultimo. Con *Conctact Maintaning* i pazienti ringraziano il terapeuta e mostrano l'impatto che ha il terapeuta sulla loro esperienza presente interna. I pazienti evitanti (o distanzianti) sono riluttanti a parlare della propria esperienza interna presente, tuttavia non impediscono al terapeuta di descriverla. Una caratteristica di questi pazienti è l'evitamento, declinato in due sotto-comportamenti: l'*evitamento diretto* di fronte ad una domanda del terapeuta; oppure lo *sganciamento* dove il paziente priva il terapeuta della possibilità di fornire supporto. Si è visto come i pazienti evitanti non fossero solo incapaci di definire la propria esperienza interna negativa, ma avessero la stessa difficoltà in generale con qualsiasi tipo di esperienza interna. Questo pattern di attaccamento può essere valutato in PACS tramite i marker *Merging* della scala *Resistance*. Infine, la tipologia di paziente resistente (o preoccupato) nonostante sia capaci di fare riferimento alla sua esperienza interna, impedisce al terapeuta di rielaborare, riformulare il proprio vissuto. Questo pattern di attaccamento può essere valutato in PACS attraverso la scala *Resistance*, utilizzando i marker *involving*. Vi sono tre forme di sotto-comportamenti caratteristici la prima è definita *resistenza diretta* e si tratta di una forma di resistenza in cui non vi è collaborazione con il terapeuta, rendendo il dialogo terapeutico difficoltoso non lasciando spazio alla rielaborazione del terapeuta. Il secondo tipo di sotto-comportamento è il *coinvolgimento* in cui il paziente implicitamente dà per scontato il supporto del terapeuta, reputandolo sicuramente in accordo con la propria prospettiva. L'ultimo sotto-comportamento è quello della *simbiosi* dove il paziente presenta la propria esperienza interna in modo non chiaro, generando nel terapeuta una difficoltà di comprensione e di conseguenza anche di rielaborazione. Le scale individuate sono state poi applicate ad un nuovo gruppo di 20 pazienti con l'obiettivo di indagare se i loro rating potesse essere previsto a partire da la classificazione AAI. È stato anche ipotizzato che si

potessero predire le classificazioni AAI a partire dal rating stesso, e l'indagine ha confermato entrambe le ipotesi. Inoltre, l'entità della correlazione fra classificazioni dell'AAI e PACS ($k = .82, p < .001$) indica come entrambi gli strumenti permettano di valutare lo stesso costrutto. Il PACS però, a differenza dell'AAI, può codificare i pattern di attaccamento anche a partire da discorsi non riguardanti le figure di attaccamento o ricordi legati a quelle fasi di vita. Inoltre, si è visto come il PACS potesse predire una maggiore mentalizzazione in seduta (Talia et al., 2017), una maggiore capacità di affrontare le rotture relazionali in psicoterapia (Miller-Bottomo et al., 2019), una maggiore sincronizzazione fisiologica paziente-terapeuta (Kleinbub, Talia e Palmieri, 2020). La dimensione di attaccamento, dunque, è stata valutata dal PACS anche in assenza di “segnali d'attaccamento” il che indica come tale costrutto possa essere rintracciato anche al di là dei discorsi sull'attaccamento. È questa la portata innovativa del PACS, che riesce ad inserirsi nella seduta senza necessariamente direzionare il discorso sull'attaccamento, andando a individuare il pattern di attaccamento dell'individuo.

1.2.2 La fiducia epistemica: le differenze nell'attaccamento e nello stile epistemico

L'intenzione di questo paragrafo è quella di fare una digressione sulle varie teorie che hanno cercato di spiegare le differenze fra i vari pattern di attaccamento, fino a presentare una nuova lettura proposta dagli autori del PACS, che vede nelle varie dimensioni di attaccamento delle più ampie differenze nel livello di fiducia epistemica del bambino nei confronti del caregiver. Abbiamo già detto come la teorizzazione della stabilità per tutta la vita delle differenze legate all'attaccamento, rappresenta sia il contributo più importante introdotto dalla teoria dell'attaccamento, che il suo aspetto più sfuggente. Le teorie che hanno cercato di spiegare la stabilità di tali differenze, seppur di grande importanza, non sono riuscite a fornire una spiegazione esaustiva del fenomeno. Ad esempio, il concetto di “modelli di lavoro interni” (IWM, Craik, 1943) è usato per spiegare come la relazione con i caregiver primari influenzi lo sviluppo successivo, per mezzo della creazione di rappresentazioni interne che permettano al bambino di prevedere il comportamento del caregiver e di modulare le proprie risposte. Queste ultime guideranno poi i comportamenti interpersonali nel corso della vita. Gli IWM sono costruiti da rappresentazioni simili a script di comportamenti di ricerca di prossimità con

le figure di attaccamento, sedimentate nella memoria procedurale attraverso la ripetizione (Blatt & Levy, Bretherton & Munholland, 2008; Thompson, Waters and Waters, 2006). Il lavoro della Ainsworth (1978) ha sostenuto l'ipotesi che i modelli di attaccamento possano essere predetti a partire dal grado di sensibilità mostrato dal caregiver (Ainsworth, Blehar, Wall & Waters, 1978). Allo stesso tempo, la ricerca ha individuato come i modelli di attaccamento possano essere differenti fra i due genitori, come abbiano una stabilità moderata nel tempo e come siano associati a una serie di risultati successivi dello sviluppo come la competenza sociale, la sintomatologia internalizzante e esternalizzante, la capacità di regolazione delle emozioni, la cognizione sociale e l'autostima (Thompson, 2016; Groh et al., 2017). Come sopra descritto, ispirandosi al lavoro della Ainsworth, la Main ha ipotizzato che anche in età adulta si potessero identificare i modelli di attaccamento come differenze nella modalità di elaborare le informazioni, oltre alle differenze nella ricerca di prossimità. I criteri dell'AAI, infatti, riflettono le differenze di forma e contenuto del modo in cui i soggetti riferiscono delle loro esperienze infantili di attaccamento (Main, Goldwyn & Hesse, 2002). Studi successivi (Verhage et al., 2016) hanno poi dimostrato come la classificazione AAI del genitore fosse in grado di predire il futuro modello di attaccamento del bambino. I risultati, dunque, dimostrano come i soggetti classificati come sicuri con AAI tendevano a avere una relazione di tipo sicuro con il proprio figlio, e così via per gli altri pattern di attaccamento. Oltre al contributo della Main, a cercare di spiegare le differenze fra i vari pattern di attaccamento vi è anche Sroufe (1979), il quale ha sottolineato come gli attaccamenti tra caregiver e neonato consistessero in ripetuti casi in cui le emozioni del bambino sono regolate attraverso le risposte del caregiver. Seguendo questa prospettiva si è quindi cercato di esaminare i modelli di attaccamento come differenze nel grado di regolazione delle emozioni (Allen & Miga, 2010; Cassidy, 1994; Kobak, 1992; Schore, 1996). A partire da ciò si è identificato l'attaccamento insicuro come un modello di minimizzazione delle emozioni (evitante o respingente) o di massimizzazione delle stesse (resistente o preoccupato). Tornando alla Main (1985), importante è stato il suo ipotizzare che ad influenzare le differenze legate all'attaccamento fossero delle variazioni nel livello di attenzione. La studiosa ha assunto che nei bambini evitanti ci fosse un evitamento inconsapevole degli spunti che permettevano l'attivazione del comportamento di attaccamento. Una disattenzione selettiva che serve in maniera protettiva ad evitare la

ricerca di prossimità da parte di un caregiver “non presente” abbastanza o potenzialmente respingente. Nei bambini resistenti, invece, notò l’omissione dalla loro consapevolezza di spunti per la disattivazione del comportamento di attaccamento, con il fine di cercare attivamente l’attenzione di un caregiver assente. Entrambe le operazioni difensive possono essere considerate delle strategie comportamentali adattive che hanno come fine quello di “proteggersi” dall’inadeguatezza del caregiver in questione. La studiosa ha anche dedotto che tali strategie comportamentali si evolvono in più generali modi di regolare l’attenzione in casi di stress legati all’attaccamento, definendo queste modalità “stati mentali rispetto all’attaccamento”. Anche nel caso dell’AAI, infatti, gli adulti sicuri sono capaci di dirigere l’attenzione in modo flessibile su una vasta gamma di informazioni cognitive e affettive relative alle loro prime esperienze di attaccamento. I soggetti respingenti, invece, spostano la loro attenzione lontano dalle esperienze infantili di attaccamento, mentre quelli preoccupati tendono a essere eccessivamente attenti e focalizzati sulle esperienze passate. Un ulteriore salto in avanti della Main (1993) fu quello di integrare il suo lavoro con la pragmatica linguistica, fondata da H. Paul Grice (1989), affermando come i resoconti insicuri violassero le “massime” conversazionali di *qualità* (veridicità dei resoconti), *quantità* (completezza dei resoconti) di *relazione* (dire cose rilevanti per l’ascoltatore) e *modo* (essere facilmente intellegibile). Nello specifico le interviste evitanti violavano le massime di *quantità e qualità*, mentre quelle preoccupate violavano le regole di *modo e relazione*. Come detto nel paragrafo precedente, a partire dal 1991 Fonagy e colleghi hanno ampliato il contributo della Main (Fonagy, Steele, Moran & Higgitt, 1991) con la teoria della mentalizzazione. Secondo tale teoria, un soggetto classificato con AAI come sicuro ha una maggiore capacità di prestare attenzione agli stati mentali sottostanti il comportamento proprio e altrui, quindi ha una maggiore attitudine alla mentalizzazione. Questa ipotesi è stata convalidata dimostrando una correlazione fra la coerenza nell’AAI e l’operationalizzazione della mentalizzazione di Fonagy e colleghi attraverso la Reflective Function (RF). Successivamente gli studi hanno dimostrato come la capacità di mentalizzare del caregiver, e dunque di trarre delle inferenze sugli stati mentali del bambino e propri, fosse associata con un pattern di attaccamento sicuro nel bambino, giocando un ruolo importante perciò sulla trasmissione intergenerazionale dell’attaccamento sicuro (Zeegers et al.,2017). Nonostante l’importanza di questi contributi, esistono ancora

aspetti che richiedono un maggiore approfondimento. Una prima questione riguarda il fatto che, posto che sia vera l'ipotesi secondo la quale i modelli di attaccamento del bambino riflettono aspettative diverse sulla protezione da parte dei caregiver, allora non si spiega il motivo per cui i essi sembrano influenzare una serie di esiti psicologici successivi apparentemente non correlati a minaccia o angoscia. Ad esempio, i modelli di attaccamento dei bambini sembrano prevedere in seguito la capacità matematica e le capacità di lettura (McCormick, O'Connor & Barner, 2016), lo sviluppo del linguaggio (Dijkstra & Bus, 1995), le abilità di mentalizzazione (Zeegers et al., 2019) e altre. In secondo luogo, resta da spiegare perché le aspettative di protezione come quelle riflesse dai modelli di attaccamento possano essere previste dalla coerenza del discorso dei genitori nell'AAI (Belski & Fearon, 2016; Verhage et al. 2016). Seppur l'ipotesi della Main sulla sensibilità dei caregiver sia quella di gran lunga più sostenuta per spiegare questo quadro, la ricerca ha ampiamente dimostrato che la sensibilità dei caregiver non media completamente l'associazione fra AAI dei genitori e attaccamento dei bambini, una scoperta nota come "gap di trasmissione dell'attaccamento intergenerazionale" (Verhage et al., 2016). Per ultimo, non sono stati ancora identificati i costrutti psicologici che sono alla base delle differenze nelle misure di attaccamento rappresentazionali. È utile, quindi, proporre una nuova modalità di leggere le differenze legate all'attaccamento e la trasmissione delle stesse. Gli autori del PACS suggeriscono come le differenze legate all'attaccamento riflettano in senso più ampio le differenze nella fiducia epistemica rispetto al caregiver, cioè la fiducia che le informazioni comunicate dal caregiver siano vere e rilevanti. La fiducia epistemica descrive l'apertura verso l'accettazione di nuove informazioni da un'altra persona, dovuta alla valutazione soggettiva di tali informazioni come affidabili, generalizzabili e rilevanti. Già da tempo i teorici dell'attaccamento sostengono che la fiducia sia una componente essenziale delle relazioni di attaccamento (Bowlby, 1969/1982; Cassidy, 2001). Allo stesso tempo, l'idea che le differenze nell'attaccamento del bambino-caregiver sorgano in funzione della comunicazione all'interno della diade (Oppenheim & Waters, 1995; Bretherton, 1990; Bowlby, 1991) è stata una linea di pensiero che gli autori del PACS hanno preso in considerazione. L'attenzione alla fiducia epistemica permette di integrare queste due prospettive. Verrà, dunque, presentata una visione dei modelli di attaccamento del bambino-caregiver come differenze nella fiducia epistemica, ossia come aspettative diverse sul caregiver come

fonte di informazioni sul mondo. Come detto in precedenza, per quanto riguarda le differenze nell'attaccamento molti studiosi hanno assunto che la funzione più importante dell'attaccamento, in alcuni casi persino esclusiva, fosse la protezione fisica (Granqvist, 2020) perseguita attraverso la massimizzazione della prossimità (Bolwby, 1969). Dunque, secondo questa visione i modelli di attaccamento del bambino sono adattamenti comportamentali al grado e al modo in cui il caregiver fornisce protezione. Gli autori del PACS propongono invece una rilettura di tali differenze, assumendo che i modelli di attaccamento del bambino possano riflettere differenze adattive nel modo in cui il bambino cerca informazioni nel mondo. La fiducia epistemica è strettamente connessa a concetto di mentalizzazione, in quanto è grazie alla capacità di mentalizzare che si possono dedurre informazioni sulle conoscenze, sulle intenzioni, sulle credenze e sulle prospettive di chi ci dà informazioni; è una capacità essenziale anche a livello adattivo in quanto ci permette di evitare disinformazione o inganno (Mascaro & Sperber, 2009). Tali informazioni vengono fornite nei primi anni di vita dalle figure di attaccamento e la fiducia epistemica permette al destinatario dell'informazione (in questo caso il bambino) di allentare la sua vigilanza epistemica (funzione autoprotettiva e naturale che permette di analizzare nel dettaglio la rilevanza e la veridicità delle informazioni) e di "fidarsi" di quanto filtrato dal caregiver. L'abbassamento della soglia di vigilanza epistemica permette di accettare ciò che viene detto come importante e utile per il soggetto. Per spiegare meglio come funziona tale trasmissione di informazioni, è utile fare riferimento a Csibra e Gergely (2006, 2009, 2011), i quali hanno suggerito come gli esseri umani abbiano acquisito evolutivamente, attraverso il dialogo, un sistema di apprendimento sociale e specie-specifico chiamato "pedagogia naturale", attraverso cui accelerare il trasferimento delle conoscenze tra i membri della stessa specie. Questa teoria ha come punto di partenza la relativa impotenza e dipendenza del bambino, nato in un mondo culturale incredibilmente complesso. Gli esseri umani si trovano circondati da oggetti, attributi e costumi le cui funzioni o usi non sono chiari a priori, ma sono definite epistemicamente opache (non immediatamente comprensibili a partire dal loro aspetto). In questa situazione, il bambino ha l'esigenza di imparare velocemente, attraverso due strade diverse: arrangiarsi da sé o fare affidamento all'autorità di chi comunica con lui (Sperber et al., 2010; Wilson & Sperber, 2012). L'evoluzione ha permesso, dunque, di rendere i soggetti capaci di trasmettere e imparare rapidamente le informazioni culturali

nuove e rilevanti per la sopravvivenza. L'apertura della fiducia epistemica avviene dunque, per mezzo della mentalizzazione, che permette l'esperienza del riconoscimento reciproco degli intenti, operando come una forma di segnalazione ostensiva. Per sviluppare la fiducia epistemica bisogna, quindi, essere prima di tutto in grado di mentalizzare, poiché è tale capacità che consente all'individuo di decidere se fidarsi o meno, di dedurre informazioni sulle conoscenze e sulle intenzioni di un informatore.

Inoltre, la trasmissione della conoscenza per mezzo della pedagogia naturale avviene in primo luogo all'interno della relazione di attaccamento. Questa trasmissione di conoscenza permette al destinatario di allentare la sua vigilanza epistemica, come discusso precedentemente, e l'allentamento di essa permette di accettare ciò che viene detto come importante per la sopravvivenza (Sperber et al., 2010; Wilson & Sperber, 2012). Passiamo ora ad approfondire come si declina la fiducia epistemica nei vari stili epistemici, da cui il PACS prende le mosse. Il PACS si ricollega al concetto di fiducia epistemica in quanto permette di porre l'attenzione sulle differenze nella fiducia epistemica e su come esse influenzino la comunicazione, provando a ri-leggere le differenze nell'attaccamento come più ampie differenze nello stile comunicativo. Gli assunti del PACS fanno riferimento all'integrazione di tre ipotesi che cercano di spiegare le differenze legate all'attaccamento:

- Molti teorici dell'attaccamento sottolineano come le differenze nella fiducia epistemica riflettano differenze nella fiducia nella disponibilità delle figure di attaccamento (Ainsworth, Bell, Stayton, 1974; Fonagy & Campbell, 2015; Cassidy, 2001; Bosmans, Bakermans-Kranenburg, Vervliet, Verhees, 2020);
- Altri studiosi hanno sostenuto, invece, che queste differenze riflettono i modelli di comunicazione (Bretherton, 1990; Hesse, 1996; Oppenheim & Waters, 1995).
- L'ipotesi della Main (1993), afferma come le differenze legate all'attaccamento coinvolgono la modulazione dell'attenzione alle informazioni rilevanti per l'attaccamento.

Questa ri-lettura dell'attaccamento non è posta in sostituzione della vecchia relativa alla ricerca di prossimità, ma entrambe concorrono nell'ampliare la conoscenza rispetto ai modelli di attaccamento e alla loro trasmissione intergenerazionale. Gli autori Talia, Mazzarella, Duschinsky, Miller-Bottomo, Taubner, Holmes e Fonagy (2021) hanno proposto di guardare alle differenze nell'attaccamento come a delle differenze di fiducia

epistemica nei confronti dei caregiver e differenze adattive nel modo in cui i bambini cercano informazioni dagli stessi, ponendo l'accento sulla funzione dell'attaccamento di massimizzare l'apprendimento del bambino sulle cose del mondo. L'adulto, dunque, filtra e seleziona le informazioni utili per il bambino, aiutandolo a sviluppare le proprie capacità riflessive e, in questo senso, la comunicazione per la nostra specie è essenziale. Per cui è utile, per poter spiegare il legame fra fiducia epistemica e comunicazione più nello specifico, ritornare alla pragmatica linguistica. La pragmatica parte dall'assunto che gli esseri umani comunichino molto di più di quanto detto esplicitamente e quando un certo pezzo di comunicazione viene considerato intenzionale e consapevole parte nell'ascoltatore un processo di inferenza per cercare di comprendere cosa intendesse il mittente (Grice, 1989). Questo processo inferenziale si basa sulle aspettative che il comunicatore aderisca a certi standard, ossia le *massime conversazionali*. Queste aspettative restringono il range di possibili interpretazioni della comunicazione, e gli ascoltatori finiscono per scegliere solo le interpretazioni che soddisfano le massime conversazionali. La teoria della rilevanza di Sperber e Wilson (1986/71995) sostiene che tali processi di inferenza si basino sull'aspettativa specifica che i comunicatori trasmettano informazioni che siano rilevanti per l'altro, al contempo tenendo conto di quello che il mittente pensa possa essere rilevante per l'ascoltatore. Se ne deduce che gli individui interpretino la comunicazione in modo differente a seconda della loro fiducia epistemica nell'oratore. Lo stesso Sperber (1986) ipotizza la presenza di una serie di meccanismi cognitivi inconsci di vigilanza epistemica, che hanno il compito di stabilire automaticamente il livello di fiducia epistemica a seconda della comunicazione e delle informazioni ricevute. Negli adulti tali meccanismi di vigilanza si rifanno a spunti contestuali, come l'affidabilità dell'oratore, la forza delle prove fornite, la coerenza fra quanto comunicato e quanto precedentemente noto al soggetto. Per quanto riguarda i bambini gli studi dimostrano che già nel loro primo anno di vita cercano e valutano attivamente le informazioni comunicate dalle figure di accudimento e dagli altri adulti in generale. Oltre a questo, si è visto come già nei primi mesi i bambini sembrano cercare informazioni sulla base della competenza che attribuiscono ad un particolare informatore (Harris, Koenig, Corriveau & Jaswal, 2018), attraverso il monitoraggio di due diverse forme di competenza negli adulti: la *competenza informativa* e la *competenza prospettica* (Mazzarella & Pouscoulous, 2020). La *competenza informativa* riflette la misura in cui il

comunicatore trasmette delle informazioni veritiere e utili per il destinatario. Un esperimento dimostra come i bambini di 14 mesi fossero più propensi a chiedere informazioni ad uno sperimentatore che etichettava correttamente gli oggetti, piuttosto che ad un adulto che li nominava con nomi a caso (Begus & Southgate, 2012). La *competenza prospettica*, invece, riflette la misura in cui il mittente comunica informazioni che ritiene rilevanti per il destinatario, quindi sulla base delle aspettative del parlante su ciò che possa essere rilevante per chi ascolta. A 12 mesi i bambini sono già in grado di distinguere la competenza prospettica di un adulto comunicatore e in uno studio si è visto come i bambini prendessero in considerazione la competenza prospettica di un adulto per capire di cosa si stesse parlando (Moll, Ritche, Carpenter & Tomasello, 2008). Di fronte a tre giocattoli e ad una richiesta ambigua (del tipo “passamelo”), il bambino aveva maggiore probabilità di selezionare il giocattolo con cui avevano giocato in una fase precedente se il richiedente aveva condiviso con lui l’esperienza del gioco. Quindi, quando i neonati devono inevitabilmente interpretare la comunicazione del loro caregiver, si aspettano che esso trasmetterà loro delle informazioni che siano dal punto di vista del caregiver rilevanti per loro. Detto questo, il PACS rifacendosi ai concetti della competenza epistemica, parte dall’assunto che l’attaccamento sicuro tra neonato e caregiver possa essere visto come la fiducia nel bambino che il caregiver abbia sia una competenza informativa che una competenza prospettica. Il bambino sicuro si aspetterà dalla figura di attaccamento delle informazioni che siano rilevanti e veritiere (competenza informativa), e quindi nel momento in cui verrà rassicurato dall’adulto riprenderà l’esplorazione della stanza in maniera serena. Oltre a ciò, in bambini con attaccamento sicuro vi sarà l’aspettativa che il genitore tenga presente la prospettiva del bambino quando comunica con lui (competenza prospettica) e dunque il bambino non avrà bisogno di persistere nell’espressione dei propri sentimenti dopo essere stato rasserenato dal caregiver. Seguendo questa prospettiva i modelli di attaccamento insicuro riflettono una diminuita fiducia nella competenza epistemica dei caregiver. Infatti, i bambini evitanti sembrano aspettarsi che il caregiver manchi di una competenza informativa, motivo per cui si dedicano ad un’esplorazione autonoma e ad una ricerca di informazioni indipendente. Nei bambini resistenti, invece, il caregiver sembra mancare di competenza prospettica, e dunque i bambini nel loro non sentirsi “mentalizzati” tendono a esprimere con insistenza i loro stati d’animo negativi, nel tentativo di renderli espliciti. L’enfasi

posta sulla comunicazione e sull'apprendimento sociale, è supportata dalle varie ricerche che dimostrano come si possano predire i successivi modelli di attaccamento neonato-caregiver a partire dalla comunicazione giocosa con il caregiver (Beebe & Steele, 2013) e il loro grado di attenzione nel momento in cui leggono un libro insieme (Bus et al., 1997). Inoltre, fino all'adolescenza e oltre i soggetti continuano a cercare preferibilmente informazioni dal loro caregiver. Quindi concentrarsi sulla comunicazione, più che sulla ricerca di prossimità, è utile a studiare le differenze legate all'attaccamento anche dopo l'infanzia. Mettendo insieme i contributi della Main e della pragmatica linguistica di Paul Grice, i creatori del PACS hanno posto l'attenzione sul ruolo che la regolazione dell'attenzione e il livello di fiducia epistemica svolgono nella comunicazione in generale. Ricapitolando, abbiamo ampiamente descritto come le differenti aspettative sulla competenza informativa e prospettica del caregiver porteranno allo sviluppo di diversi stili epistemici. Gli stili epistemici riguardano le differenze nel modo in cui gli individui focalizzano l'attenzione su: ciò che il comunicatore può ritenere essere rilevante per il destinatario (*stile epistemico interpretativo*); ciò che il destinatario considera rilevante indipendentemente dal comunicatore (*stile epistemico descrittivo*). Questi stili epistemici possono modellare il modo in cui gli individui accedono e condividono il significato, il loro atteggiamento verso la comunicazione interpersonale e la loro capacità di sviluppare la fiducia epistemica. Nello specifico, i bambini che sono in una relazione evitante tenderanno a sviluppare un tipo di stile epistemico interpretativo, dando la priorità a ciò che l'oratore potrebbe aver considerato rilevante per loro e solo dopo passando a valutare la misura in cui l'informazione è effettivamente rilevante dalla loro prospettiva. Questo stile può portare a considerare la comunicazione interpersonale come poco rilevante, e dunque può portare ad una minore interazione con gli altri. I bambini in relazioni resistenti possono, invece, sviluppare uno stile epistemico di tipo descrittivo, concentrando l'attenzione su ciò che il destinatario considera rilevante dalla sua prospettiva, non tenendo conto della prospettiva del comunicatore. Uno stile epistemico di questo tipo può portare a fraintendere il messaggio del comunicatore per farlo corrispondere alle loro aspettative iniziali di rilevanza. Detto questo non si vuole affermare che gli individui concedano lo stesso grado di fiducia epistemica in ogni tipo di comunicazione. Infatti, anche individui "sicuri" possono utilizzare stili epistemici propri di attaccamenti insicuri quando si trovano di fronte ad un comunicatore considerato

epistemicamente inaffidabile. Quello che gli autori del PACS vogliono mettere in luce, è che il processo di comunicazione può essere influenzato dagli stili epistemicici individuali, oltre che dalla fiducia epistemica sensibile al contesto, i quali riflettono le preferenze verso aspetti della comunicazione che inconsciamente ci si aspetta siano più rilevanti.

L'influenza del proprio stile epistemico può essere particolarmente forte quando altri elementi per l'attribuzione di fiducia non sono disponibili, per esempio all'inizio di una relazione quando non si hanno ancora sufficienti elementi. A sostegno dell'idea che differenze legate all'attaccamento possano essere associate a stili individuali nel processo di comprensione, vi è uno studio sul discorso in seduta di psicoterapeuti valutati indipendentemente con AAI (Talia, Muzi, Lingiardi e Taubner, 2018). I terapeuti codificati come "respingenti" tendevano a porre l'attenzione sul "punto" sottostante gli enunciati dei pazienti, dando la priorità all'identificazione di ciò che il paziente si aspettava fosse più rilevante per l'ascoltatore (stile interpretativo). I terapeuti "preoccupati" sembravano concentrarsi sui dettagli oggettivi della vita del paziente e tendevano a concentrarsi su informazioni ritenute rilevanti dal loro punto di vista (stile descrittivo). I terapeuti codificati come "autonomi/sicuri" tendenzialmente utilizzavano più congetture e convalide empatiche, trovando un equilibrio tra l'attenzione allo stato soggettivo dei pazienti (orientamento interpretativo) e la loro valutazione indipendente delle relazioni interpersonali del paziente (orientamento descrittivo).

Questo anche perché gli individui sicuri sono facilitati nell'investire risorse cognitive nell'interazione con l'altro in quanto il loro stile epistemico permette di mantenere livelli più alti di fiducia epistemica. Queste ipotesi sono state convalidate dagli studi di Kirsh e Cassidy (1997) che hanno scoperto come i bambini classificati come sicuri con SSP tendevano a guardare più a lungo le immagini di individui che interagivano con altri rispetto a quelle di individui impegnati in attività indipendenti. Altri studi hanno evidenziato come bambini sicuri ricordassero le interazioni interpersonali in maniera più accurata rispetto alle loro controparti insicure (Belsky, Spritz, Crnic, 1996) e sono stati sorpresi di più quando all'interno di un'animazione di un'interazione veniva presentato un personaggio che trascurasse le intenzioni comunicative dell'altro (Johnson et al., 2010). Gli stili epistemicici possono generare anche differenze nella produzione della comunicazione. Supponendo che la produzione comunicativa sia in parte guidata dalle aspettative su ciò che il pubblico del comunicatore desidera sapere da esso (Sperber &

Wilson, 1986), queste aspettative portano il comunicatore a evidenziare alcune informazioni e ometterne di altre, al fine di mantenere l'attenzione del pubblico. Inoltre, essi andranno a influenzare la produzione della comunicazione anche sulla base delle aspettative sullo stile epistemico del destinatario, che i comunicatori immaginano simile al proprio. Presentiamo ora i vari stili epistemici e le loro caratteristiche specifiche alla base delle quali vengono definiti i criteri di demarcazione del PACS.

Lo *stile epistemico interpretativo*, proprio degli individui licenzianti, riflette l'aspettativa che i destinatari valutino come rilevante ciò che il comunicatore considera più rilevante per loro e solo allora giudicheranno ciò che è rilevante dalla loro prospettiva. Per questo motivo, i soggetti di questa categoria al fine di mantenere l'attenzione degli oratori tendono a non riportare esempi narrativi dettagliati o dialoghi, preferendo invece comunicare con riassunti coincisi che chiariscono il loro punto di vista pur rimanendo asettici e privi di emotività (Waters, Steele, Roisman, Haydon & Booth-LaForce, 2017; Cassidy, Sherman & Jones, 2012). Questa modalità comunicativa sembra voler dare la priorità a rendere chiaro ciò che il comunicatore ritiene più rilevante per il destinatario, ponendo meno enfasi sui dettagli informativi e illustrativi necessari per suscitare approvazione o accettazione. Nelle sessioni di psicoterapia (Talia et al., 2017) queste tendenze si manifestano quando gli individui respingenti non forniscono esempi narrativi su una varietà di argomenti e rispondono in maniera breve e coincisa. Nel contesto dell'AAI (Adult Attachment Interview, Main, 1990), questo stile epistemico può essere catturato dalle scale: "Idealizzazione del genitore" e "mancanza di memoria".

Per quanto riguarda lo *stile epistemico descrittivo*, che ricolleghiamo agli individui preoccupati, riflette l'aspettativa che il destinatario inizi a prestare attenzione a ciò che egli stesso giudica essere più informativo nella comunicazione, e solo allora cercherà di capire cosa il comunicatore ritiene più rilevante per lui o lei. Per questo motivo, al fine di mantenere l'attenzione, i parlanti preoccupati tendono a produrre descrizioni dettagliate e vivide di persone ed eventi, non riuscendo ad organizzare le informazioni per fare un punto specifico (Waters et al., 2017). Questi soggetti tendono a parlare in maniera vaga e generica, incorrendo spesso in cambiamenti di discorso o di opinione, presupponendo la comprensione dell'ascoltatore (Main et al., 2002). Presentano le loro valutazioni come oggettive (Cassidy et al., 2012), e citano testualmente i loro pensieri passati, invece di dichiarare le loro valutazioni soggettive nel presente (Cassidy et al. 2012; Talia et al.,

2014). Nella psicoterapia questo stile epistemico si traduce in risposte incongruenti agli interventi del terapeuta e nella presentazione delle loro valutazioni soggettive come se fossero dati di fatto. Per quanto riguarda l'AAI (Adult Attachment Interview, Main, 1990), questo stile epistemico può essere codificato dalle scale "Coinvolgimento della rabbia" e "Passività dei processi di pensiero".

Lo stile epistemico dei parlanti sicuri è invece in equilibrio fra i due stili precedentemente descritti, e quindi tra la trasmissione di informazioni rilevanti e soggettivamente significative. Questo stile permette di aumentare la fiducia epistemica dei destinatari, costruendo la fiducia attraverso descrizioni di azioni fisiche e delle loro conseguenze, rendendo comunque chiaro il punto della narrazione. Sono narrazioni in cui è chiaro il motivo per cui il narrante sta affrontando quella specifica narrazione, o perché è esplicitato direttamente dal narratore o in virtù di un'inconscia organizzazione del discorso che termina con un climax chiarificatore. A differenza degli altri due stili epistemici che riportano i dialoghi come se stessero accadendo in quel momento, lo stile epistemico equilibrato utilizza il discorso indiretto che mantiene la fedeltà di come i dialoghi hanno avuto luogo ma allo stesso tempo non trascura l'atto di parafrasare del narrante. Inoltre, narratori di questo tipo tendono a fornire in contemporanea sia le loro valutazioni soggettive che le loro esperienze interne in relazione ad esse.

Il principale indicatore di sicurezza nell'AAI è quello di "Coerenza", che cattura la duplice essenza di una comunicazione efficace:

- L'informazione viene trasmessa come internamente coerente;
- L'informazione può essere accettata dall'ascoltatore come vera (Bejersbergen, Bakermans- Kranenburg, 2006).

È chiaro come uno stile epistemico equilibrato possa essere maggiormente correlato con una maggiore propensione alla mentalizzazione, all'empatia e all'interesse per la comunicazione degli altri. Questi stili epistemici possono essere trasmessi intergenerazionalmente, in quanto abbiamo già detto come gli stili epistemici si manifestino nei caregiver in due modi diversi ma correlati: nella modalità in cui essi assistono alla comunicazione del bambino e nel modo in cui comunicano le informazioni al bambino. Dunque, gli autori del PACS hanno assunto che la trasmissione delle differenze legate all'attaccamento sia influenzata sia dalla sensibilità del caregiver ai bisogni del bambino, sia dal modo in cui il caregiver trasmette informazioni al bambino

stesso. Se, come abbiamo descritto in precedenza, i modelli di attaccamento riflettono le differenze nella fiducia epistemica dei bambini nei confronti del caregiver, allora la capacità dei caregiver di promuovere impressioni di competenza epistemica deve giocare un ruolo fondamentale. Ad esempio i caregiver evitanti (con tendenza verso uno stile epistemico interpretativo) appariranno ai bambini come fonti non sufficienti di informazione sul mondo, e dunque questi bambini non attribuiscono ai caregiver la competenza informativa di cui avrebbero bisogno, imparando di conseguenza a diventare epistemicamente autosufficienti (attaccamento evitante). Nel caso dei caregiver preoccupati essi nonostante riescano ad essere fonte di informazione sul mondo (stile descrittivo) non riescono a rendere esplicito quello che reputano più rilevante per i loro bambini. Questo porterà il bambino in questione a compensare assumendo una posizione più attiva nel comunicare al caregiver ciò che ritengono essere rilevante, generando uno stile di attaccamento preoccupato a sua volta. I bambini, dunque, al fine di ottimizzare la comprensione possono adattare il loro stile di comunicazione in modo da integrare lo stile epistemico del caregiver. Questa prospettiva porta a considerare la trasmissione della sicurezza dell'attaccamento attraverso la capacità dei genitori di identificare gli stati mentali dei neonati, e non solo attraverso la pronta soddisfazione dei bisogni del piccolo (Fonagy, Target, 1997; Meins, Fernyhough, Fradley, Tuckey, 2001). È un innovativo punto di vista che non si pone in opposizione agli studi che hanno trovato come predittori di attaccamento sicuro la sensibilità dei caregiver al disagio del neonato (Leekes, 2011), o al disagio da separazione (Woodhouse, Scott, Hepworth, Cassidy, 2020). Tuttavia, questa prospettiva vuole evidenziare come le differenze legate all'attaccamento possano emergere anche senza che vi sia una minaccia. Rispetto al concetto di fiducia epistemica, le differenze legate all'attaccamento predicono il modo in cui una persona si comporta di fronte alla minaccia, solo nella misura in cui la situazione minacciosa richiede la trasmissione di informazioni. Questa prospettiva è supportata anche da una serie di studi che dimostrano che prendere in braccio un bambino che piange di notte, non è predittivo della sicurezza dell'attaccamento (Bilgin & Wolke, 2020). Oltre allo stile di comunicazione del caregiver che ha una forte influenza sulla fiducia epistemica dei bambini, anche altri fattori ecologici hanno un ruolo importante. Ad esempio, la bassa disponibilità dei genitori o uno status economico basso possono influenzare il modello di attaccamento nella misura in cui viene meno la possibilità del bambino di imparare dal

genitore e del genitore di trasmettere la sua conoscenza (Sagi et al., 1997; Verhage, 2018). Si tratta, dunque, di un nuovo modo di concepire le differenze legate all'attaccamento, che senza la presunzione di mettere da parte le vecchie teorie, propone una nuova attenzione verso la comunicazione sia come modalità di trasmissione di pattern di attaccamento che come espressione dell'attaccamento stesso.

CAPITOLO 2: La sincronizzazione fisiologica e il modello sistemico-diadico delle interazioni fra madre-bambino e adulto-terapeuta

Introduzione

La relazione e la comunicazione saranno oggetto d'interesse della trattazione che segue. In particolare, l'attenzione è focalizzata su un'analisi della dinamica relazionale non solo a livello verbale e consapevole ma anche non verbale e inconsapevole, che si può esprimere attraverso l'attivazione fisiologica o la variazione comportamentale. Verranno poi presentati degli studi che mettono in evidenza la presenza di fenomeni di co-regolazione dinamica fra individui, tra cui il fenomeno della sincronizzazione fisiologica. Per sincronizzazione fisiologica intendiamo l'arco temporale condiviso dei segnali fisiologici tra persone che interagiscono fra loro. Essendo la sincronizzazione fisiologica correlata ad una serie di conseguenze positive, verrà ipotizzato poi, nel terzo capitolo, che una maggiore sincronizzazione fra terapeuta e paziente possa essere correlata ad una maggiore presenza di marker sicuri (individuati attraverso l'utilizzo del PACS). Verrà, inoltre, approfondita la relazione fra madre e bambino nei termini di correlazione fisiologica, intendendo la soggettività e l'intersoggettività come processi in costante costruzione reciproca. Il riferimento principale sarà al lavoro di Beatrice Beebe e Frank M. Lachmann (2003) "*L' infant reasearch e trattamento degli adulti*", tenendo in forte considerazione il modello sistemico-diadico relazionale. Con modelli sistemici-diadici facciamo riferimento a tutti gli approcci che integrano sia il contributo del soggetto che della diade. Per coordinazione interpersonale, invece, intenderemo l'intero spettro del comportamento umani, che si manifesta attraverso diversi aspetti, verbali e non, nonché attraverso manifestazioni fisiologiche. I comportamenti co-regolati permettono agli individui di sentirsi in sintonia e riconosciuti in maniera reciproca, ponendo le basi per la costruzione di una relazione. Si tratta, quindi, di una modalità di comunicare a livello corporeo e comportamentale. Successivamente, verranno trattati i processi di organizzazione interna e relazionale, per analizzare in che modo si organizza l'esperienza di sé e dell'altro. Tutte le ricerche presentate andranno a dimostrare come la relazione è costantemente co-costruita e come la coordinazione non verbale svolga un ruolo di importanza fondamentale nella relazione interpersonale. Vedremo più in avanti, come la co-regolazione può assumere vari livelli, e discuteremo su varie ipotesi rispetto al grado

di co-regolazione ottimale. Questo ci servirà nell'analisi esplorativa situata nel terzo capitolo, in quanto sarà il punto di partenza delle osservazioni qualitative che verranno presentate. Finiremo con l'approfondire il contributo dell'applicazione del modello sistemico-diadico al contesto terapeutico adulto. Focalizzando l'attenzione terapeutica su un livello di comunicazione che non sia solo verbale, ma anche non verbale e inconsapevole, è possibile avere molte più informazioni, sia sulla relazione che, di conseguenza, sul soggetto. Dunque, il modello sistemico-diadico e l'infant research danno un contributo notevole non solo nell'ambito della ricerca ma anche per quanto riguarda la terapia, fornendo un quadro sistematico dell'origine dei processi mediante i quali ci mettiamo in relazione con noi stessi e con gli altri. Questo modello ci permette di guardare alla relazione come a qualcosa di dinamicamente costruito, attraverso processi autoregolatori e di regolazione interattiva che permettono di creare una comunicazione che non prevede solo lo scambio esplicito, ma anche uno scambio implicito, grazie alla continua coordinazione.

2.1. La co-regolazione del comportamento non verbale e la sincronizzazione fisiologica

Lo studio della co-regolazione del comportamento non verbale e delle attivazioni fisiologiche è ultimamente un argomento sul quale si ferma molto l'attenzione dei ricercatori. Negli ultimi anni sono stati pubblicati molti studi a riguardo (Riess, 2011; Delaherche et al., 2012; Butler e Randall, 2013; Koole e Tschacher, 2016; Palumbo et al., 2016; Finset e Ørnes, 2017), i quali hanno messo in luce l'esistenza di un fenomeno generale di regolazione dinamica tra persone che entrano in relazione, che si esprime attraverso un'ampia gamma di attivazioni fisiologiche e/o comportamenti (movimento del corpo, espressioni facciali, direzione dello sguardo, arrossamento del viso, dilatazione della pupilla, reattività della conduttività cutanea, variabilità della frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, comportamenti paraverbali, stile del linguaggio e altro). Tra i vari modi attraverso cui questi fenomeni di co-regolazione si esprimono, l'attivazione fisiologica genera fra i ricercatori forte interesse, in quanto:

- Non è direttamente osservabile dal clinico o da un osservatore esperto, e quindi permette di ottenere ulteriori informazioni sul processo clinico;

- Sfugge al controllo volontario, quindi le informazioni che se ne ricavano non possono essere compromesse;
- Nella maggior parte dei casi è al di fuori della consapevolezza;
- I processi fondamentali che regolano l'interazione a livello non verbale rimangono gli stessi per tutta la vita.

Tra le varie modalità attraverso le quali si esprimono questi fenomeni di coordinazione, vi è la sincronizzazione fisiologica. Per sincronizzazione fisiologica si intende l'arco temporale condiviso dei segnali fisiologici di due o più persone interagenti. Il fatto che la sincronizzazione sia stata studiata in una varietà di contesti ha fatto sì che si formassero termini e costrutti differenti per riferirsi ad essa. Tra questi abbiamo fisiologia interpersonale, risonanza sociale, mimetismo, sintonizzazione, contagio da stress, effetto camaleonte, coordinazione interpersonale, sincronia interazionale, concordanza, indice terapeutico, ecc. Allo stesso modo la sincronizzazione può essere misurata attraverso un'ampia gamma di applicazioni e metodi, ognuno dei quali cattura una sfumatura diversa del fenomeno. Il lato negativo è che questa moltitudine di definizioni porta molto spesso a dei risultati discordanti. La ricerca ha evidenziato come quando due individui interagiscono tra loro i loro cuori battono ad una velocità sempre più simile (Mitkidis, McGraw, Roepstorff e Wallot, 2015), le ghiandole sudoripare si attivino in maniera simultanea (Chatel-Goldman, Congedo, Jutten e Schwartz, 2014) e i loro ritmi respiratori si regolino reciprocamente (Ferrer & Helm, 2013). Rispetto alle tipologie di sincronizzazione abbiamo la forma più comune che è quella "in fase" (attivazione fisiologica simile nello stesso momento) e altre forme meno comuni come la sincronizzazione "antifase" (attivazione inversamente proporzionale) o altri schemi più complessi. Le prime pubblicazioni sul fenomeno furono studi di psicoterapia, e negli anni '50, ed essi sin da subito permisero di scoprire una correlazione fra maggiore sincronizzazione e maggiori qualità positive del terapeuta, come ad esempio l'empatia. Fra questi, vi è lo studio di Marci, Ham, Moran e Orr (2007) che ha rilevato una correlazione positiva fra empatia degli psicoterapeuti e sincronizzazione fisiologica in sedute di psicoterapia psicodinamica, evidenziando anche interazioni "socio-emotive" più positive nelle fasi di sincronizzazione maggiore. Altri ricercatori, riagganciandosi a questi studi, hanno scoperto che diversi livelli di formazione clinica erano associati a differenze significative nella sincronizzazione fisiologica, con massima sincronizzazione

in psicoterapeuti più preparati (Kleinbub et al., 2012). Ulteriori studi hanno, invece, dimostrato come vi fosse un legame fra alleanza terapeutica e maggiore sincronizzazione (Karvonen, Kykyri, Kaartinen, Penttonen, & Seikkula, 2016; Stratford, Lal, & Meara, 2012). Lo studio di Palmieri (2018) ha dimostrato, inoltre, che uno stimolo mirato ad innescare un attaccamento sicuro aumenta la sincronizzazione fisiologica e le sue dinamiche negli psicoterapeuti in formazione. A livello clinico la sincronizzazione è molto rilevante per vari motivi. Delle ricerche hanno evidenziato come tale fenomeno di sincronia giochi un ruolo chiave nella qualità delle relazioni come il supporto, l'empatia e la regolazione adattiva delle emozioni (Palumbo et al., 2017). Inoltre, a differenza di altri fenomeni o costrutti, la sincronizzazione può essere rilevata e studiata con metodi di valutazione precisi e oggettivi, cosa che permette di valutare la qualità del processo clinico in ogni momento. Tenendo conto del fatto che la sincronizzazione è associata a tratti relazionali positivi, spesso si presume che maggiore sia la sincronizzazione maggiori saranno le conseguenze positive. Lo scenario è in realtà più complicato di così, in quanto vari risultati dimostrano come l'interazione è paragonabile ad una "danza" di co-regolamentazione in cui i partner possono entrare ed uscire in modo flessibile da stati sincroni, in una continua negoziazione e adattamento. I neonati, infatti, sin dall'inizio della loro vita sono in continua relazione con i loro caregiver e non solo, dando vita ad una serie di fenomeni come la sincronizzazione delle espressioni facciali, dei movimenti del corpo e dell'attività fisiologica. La sincronizzazione fra madre e bambino dà il via a molte funzioni come l'autoregolazione, lo sviluppo dell'attaccamento e le rappresentazioni pre-simboliche dei bambini. Rispetto all'istaurarsi del rapporto di sincronizzazione fra madre e bambino, possiamo dire che la gravidanza implica una serie di adattamenti nei sistemi ormonali e nervosi per assicurare che i feti siano protetti, partoriti in sicurezza e infine accuditi (Brunton & Russel, 2008). I meccanismi ormonali e neurali che supportano il rapporto madre-figlio sono stati conservati nel corso dell'evoluzione dei mammiferi. Per massimizzare la probabilità di sopravvivenza e il benessere della prole, i genitori dei mammiferi, nello specifico le madri, sembrano essere dotati di motivazione a nutrire, allattare, termoregolare e proteggere i loro piccoli. Un esempio di tale tendenza di accudimento da parte del genitore, può essere descritta da un esperimento su femmine di ratto alle quali veniva data la possibilità di scegliere tra una camera in cui veniva iniettata loro della cocaina e un'altra associata ai loro cuccioli.

L'esperimento dimostra come c'è un lungo periodo di tempo dopo il parto in cui le madri preferiscono i cuccioli, rifiutando anche l'attrazione dei narcotici (Mattson, Williams, Rosenblatt & Morrell, 2001; Pereira, Seip & Morrell, 2008; Seip & Morrell, 2007). Tuttavia, la semplice esposizione a spunti visivi, uditivi o olfattivi legati al cucciolo non sosterrà il comportamento materno (Morgan, Fleming & Stern, 1992). Per assicurare la sintonizzazione madre-figlio, le madri devono interagire attivamente con i loro cuccioli e ricevere input sensoriali durante questa interazione (Morgan, Watchus, Milgram & Fleming, 1999). Anche i bambini hanno un importante ruolo nei processi di sincronizzazione, infatti, essi hanno un importante ruolo nel segnalare attivamente e suscitare un'efficace cura parentale seguendo, aggrappandosi, chiamando e piangendo. La sincronizzazione esprime l'adattamento dinamico di questi due partner, di percepire e leggere lo stato dell'altro e regolare la biologia e il comportamento di conseguenza. Inoltre, la sincronizzazione fra madre e neonato è stata riconosciuta come una pietra miliare del benessere biologico, socio-emotivo e cognitivo dei bambini (Ainsworth, 1989; Bolwby, 1969; Feldman, 2012; Sander, 2000; Sroufe, Egeland, Carlson & Collins, 2005). E, dunque, conseguenziale come sia importante nelle interazioni di qualità di madre-figlio che vi sia un certo grado di sincronia. Anche Bolwby (1969) ha sottolineato l'importanza delle interazioni contingenti fra madre e bambino per la sopravvivenza e lo sviluppo appropriato. Le prime interazioni diadiche adulto-bambino sono basate sulla regolazione reciproca, come rilevato dalla microanalisi video (Beebe et al., 2010; Stern, 1985; Trevarthen, 2003). Un esempio evidente di questo tipo di reciprocità comportamentale si osserva nelle "protoconversazioni" in cui la madre e il bambino adottano modelli di presa di turno quando vocalizzano. Bornstein e colleghi (2012) per studiare tale fenomeno ha analizzato i dati di 796 diadi madre-figlio di gruppi culturali di 11 paesi diversi tra cui: Argentina, Belgio, Brasile, Camerun, Francia, Israele, Italia, Giappone, Kenya, Corea del Sud e Stati Uniti. Nonostante esistessero differenze sostanziali tra i diversi gruppi culturali a livello di storia, credenze, lingua e valori di allevamento, sono stati comunque riscontrati dei valori universali di cura e di sviluppo del bambino. Il metodo prevedeva la registrazione delle interazioni madre-neonato in casa e successivamente la codifica delle stesse, volta a caratterizzare in modo completo la frequenza e la durata di specifici comportamenti della madre e del bambino. Il sistema di codifica comprendeva i principali compiti di cura appropriati per un neonato, dall'alimentazione alla promozione dello

sviluppo fisico, all'espressione dell'affetto, all'incoraggiamento dell'attenzione e all'allestimento dell'ambiente circostante. Sono stati poi codificati lo sviluppo fisico del neonato, l'impegno sociale, l'esplorazione dell'ambiente, la vocalizzazione positiva e la comunicazione dell'angoscia. In un'ora media, le madri e i loro bambini si sono impegnati nell'intera varietà di questi comportamenti. Dai risultati è emerso che in tutte le culture, le madri e i neonati hanno mostrato un notevole sintonia comportamentale. Questo studio, quindi, esemplifica la sintonizzazione comportamentale ad un livello microanalitico. Usando tecniche simili, Malatesta e Haviland (1982) hanno scoperto dei punti in comune nell'espressività emotiva delle madri e dei loro bambini di 3 e 6 mesi. Inoltre è interessante porre l'attenzione sul fatto che la sintonizzazione per la maggior parte delle diadi genitori-figli è prevedibile. I genitori e i loro figli sono di solito geneticamente legati e risiedono insieme, quindi ci sono ragioni a molti livelli, da quello genetico a quello esperienziale, per cui i due siano in sintonia. Inoltre, seguendo un'ottica sistemica, che approfondiremo dopo nel dettaglio, il comportamento di ogni individuo influenza quello di un altro considerando la diade come qualcosa di unico e non separato. Concludendo, possiamo dire che la sincronizzazione genitore-neonato sembra contribuire allo sviluppo mentale e socioemotivo del bambino, e che le interazioni in sincronia sono di fondamentale importanza per stabilire una relazione di successo e la comprensione reciproca fra il caregiver e il bambino (Beebe et al., 2010), che a sua volta fornisce una base per lo sviluppo cognitivo e socio-emotivo (Field et al., 2007; Fullard & Reiling, 1976; Glocker et al., 2009). La sintonizzazione facilita la crescita di un robusto senso di sé nei bambini (Stern, 1985) ed è stata collegata a un ampio spettro di risultati positivi per i bambini nello sviluppo sociale, nella maturazione cognitiva, nella realizzazione intellettuale e nell'adattamento comportamentale (Juffer & Poelhuis, 2005). Più nello specifico, la sintonia precoce tra madre e neonato è associata alla sicurezza dell'attaccamento (De Wolff & Van IJzendoorn, 1997). Successivamente sarà presentata una rassegna riguardo ad una serie di studi empirici sul bambino e sull'adulto per approfondire meglio il fenomeno della sincronizzazione visto in un'ottica sistemica. Gli studi partono dall'assunto che la soggettività e l'intersoggettività siano costantemente co-costruite, facendo quindi capo ad un modello sistemico-diadico che analizza il legame fra autoregolazione e regolazione interattiva. Utile a questo scopo è l'approfondimento dell'infant research rispetto a come si struttura tale modello e a come i processi di

coordinazione e sincronizzazione permettano di strutturare il sé dell'individuo e la sua intersoggettività.

2.2. Il modello sistemico-diadico di autoregolazione e regolazione interattiva

È utile ora introdurre il modello sistemico-diadico per approfondire il ruolo che l'individuo e la diade hanno nella costruzione della relazione. I modelli sistemici sono stati elaborati sia nell'infant research, che nella psicoanalisi seppure con finalità diverse. Fin dai primi anni Settanta, nell'ambito dell'infant research, gli studi si sono soffermati per lo più sui processi di autoregolazione. Grazie a Sander (1977,1985, 1995) oltre ai processi di autoregolazione sono stati presi in considerazione anche quelli di regolazione interattiva, e la loro integrazione.

Il ruolo dell'interazione diadica è molto importante per l'organizzazione delle prime esperienze di vita del bambino. Il bambino partecipa ad un sistema di correzioni reciproche e mostra abilità inimmaginabili nel regolare il suo stato.

Il nucleo del modello sistemico-diadico riguarda proprio il legame fra autoregolazione e regolazione interattiva. L'utilizzo della ricerca infantile permette di andare a chiarire i processi fondamentali alla base dell'interazione. Inoltre, l'analisi di tali processi infantili che regolano l'interazione a livello non verbale è utile in quanto si presuppone che rimangano gli stessi per tutta la vita. Nello specifico, per "modelli sistemici" vengono intesi gli approcci che integrano sia il contributo del soggetto (autoregolazione) che il contributo della diade (regolazione interattiva) nell'organizzazione dell'esperienza e del comportamento. Tra i rappresentanti di questo modello vi è Sullivan che, nel saggio "*The illusion of Personal Identity*" (1964), avanzò l'ipotesi secondo la quale una persona abbia tante identità quante sono le sue relazioni umane, proponendo quindi che l'organizzazione dell'individuo venga continuamente forgiata nel contesto diadico. Anche Winnicott (1957, 1965) aveva un approccio sistemico, al punto da affermare che "non esiste il bambino" ma piuttosto un'unità madre-bambino. Un altro contributo al modello sistemico è quello della psicologia evolutiva, secondo la quale un sistema relazionale è costruito a partire da tre unità che interagiscono fra loro: il genitore come unità autorganizzante e autoregolatoria, il bambino come unità autorganizzante e autoregolatoria, e la diade genitore-bambino come un campo interattivo con una propria peculiare organizzazione. È importante sottolineare come non possiamo descrivere

nessuna delle tre unità senza fare riferimento alle altre due. Uno degli aspetti innovativi dell'introduzione del modello sistemico, su cui è utile soffermarci, è la modifica della precedente visione mono-personale, in una visione bidirezionale secondo la quale il comportamento di un partner può essere previsto in base a quello dell'altro (anche se questo non implica un rapporto di causalità). Si tratta di una continua influenza reciproca, soprattutto a livello non verbale dove madre e bambino (come anche paziente e terapeuta) regolano costantemente i loro ritmi comportamentali, i quali sono sempre coordinati, solitamente in maniera inconsapevole. Ad esempio, la capacità di avviare scambi visivi o vocali che durano solo alcuni millesimi di secondo è presente già nell'infanzia e probabilmente ha una funzione adattiva. È significativo come questi scambi rapidissimi avvengano anche nelle scimmie (Chevalier-Skolnikoff, 1976), come dimostra il lavoro di Eibl-Eibesfeldt (1970) che ha filmato a loro insaputa giovani coppie di scimmie mentre amoreggiavano sulle panchine di un parco. La microanalisi ha evidenziato la presenza tra i due innamorati di risposte reciproche della durata di microsecondi, nell'orientamento posturale, nel volto e nello sguardo. Dunque, con il concetto di co-costruzione nel modello sistemico-diadico si fa riferimento al modo in cui i processi di autoregolazione e di regolazione interattiva si influenzano tra di loro. Secondo Fogel (1993) i due processi di autoregolazione e regolazione interattiva sono integrati in quanto, come già detto, ogni comportamento di un individuo modifica costantemente quello dell'altro. Quando parliamo di regolazione interattiva usiamo gli aggettivi "reciproco" "bidirezionale" "co-costruito" in modo intercambiabile anche se questi termini non implicano mutualità, in quanto il flusso di risposte tra i partner scorre in entrambe le direzioni e dunque il comportamento di ciascun partner sarà contingente e influenzato da quello dell'altro. Bisogna specificare come questi termini non implicino simmetria in quanto ogni partner può influenzare l'altro in maniera e in grado differenti; in più, non si tratta di un modello causale, in quanto la regolazione è definita dalle probabilità che il comportamento di un partner sia prevedibile in base a quello dell'altro. È da escludere anche l'eventualità secondo la quale si tratta di un'interazione necessariamente positiva, in quanto anche gli scambi negativi sono regolati in modo bidirezionale. Con il termine "autoregolazione" si definisce la capacità dei partner di regolare i rispettivi stati. Da quando veniamo al mondo e per tutta la vita, il processo di autoregolazione gestisce il controllo del livello di attivazione, il mantenimento dello stato di vigilanza e la capacità di inibire l'espressione

comportamentale. Esempi di strategie autoregolatorie che abbassano il livello di attivazione possono essere toccarsi, distogliere lo sguardo o inibire l'espressività facciale. Nel corso della vita l'autoregolazione è un aspetto fondamentale della capacità di prestare attenzione e di entrare in rapporto con l'ambiente. Sia l'autoregolazione che la regolazione interattiva sono processi reciproci e simultanei, dove l'uno influenza l'altro. In condizioni ottimali, sono due processi in equilibrio dinamico e flessibile. D'altro canto la "regolazione interattiva" indica la modalità con la quale l'individuo viene influenzato dal comportamento del partner, e al tempo stesso la quantità di energia investita a monitorarlo. Nell'ambito dell'*infant research* il modello sistemico di riferimento è quello di Louis Sander (1977, 1985, 1995) che preferisce il concetto di processo al posto di quello più statico di struttura. In questo modello sistemico l'individuo partecipa ad uno scambio continuo con il contesto, motivo per cui il sistema interattivo è sempre in un processo dinamico. Un contributo fondamentale del lavoro di Sander riguarda la descrizione dell'autoregolazione, della regolazione interattiva e della loro integrazione. I bambini, come ogni altro essere vivente, sono in grado di autoregolarsi e auto-organizzarsi, tuttavia il processo di autoregolazione modifica costantemente la regolazione interattiva, ed è a sua volta modificato da essa (Fogel, 1922). Dunque l'esperienza per il quale il bambino si percepisce come soggetto "agente" si organizza grazie al processo di autoregolazione, ma solo nella misura in cui anche la regolazione interattiva consente o favorisce questa esperienza. È essenziale, quindi, riconoscere il contributo reciproco di autoregolazione e regolazione interattiva di entrambi i partner. Il modello sistemico infatti non considera in maniera separata i processi interni da quelli interattivi, ma sottolinea la loro co-costruzione. Gli studi di Kaminer (1999) dimostrano quanto affermato da Sander rispetto allo sviluppo del senso di "sé agente" nel bambino. Kaminer ha filmato secondo per secondo e codificato il linguaggio usato da alcune madri con i figli di 4 mesi e i pattern di sguardo dei bambini. La codifica si concentrava su particolari codici linguistici materni, le frasi denominate "azione/agente" del tipo: "che stai guardando?" "Stai ridendo, adesso". Lo studioso chiese poi alle madri di compilare un questionario (Blatt, D'Afflitti e Quinlan; 1976, 1979) per valutare il grado di vulnerabilità alle esperienze depressive dovute a perdite interpersonali, le madri che ottenevano un punteggio basso (e quindi meno vulnerabili alle esperienze depressive) tendevano a fare dei commenti azione/agente soprattutto quando i bambini le guardavano.

Le madri con punteggi più alti, invece, tendevano a fare commenti principalmente quando non venivano guardate. È stato ipotizzato, dunque, che nel primo caso il bambino imparerà che la sua capacità di agire in prima persona è collegata allo sguardo reciproco. Nel secondo caso invece il bambino imparerà che tale capacità è notata dalla madre solo se lontani con lo sguardo o addirittura separati. Tornando a Sander, egli si chiede in che modo la coerenza del sistema emerge dalla complessità del reale e in che modo il sistema permetta lo sviluppo nell'individuo del senso di identità e di controllo degli eventi. Per rispondere a queste domande ricorre al principio di “*corrispondenza delle specificità*” di Weiss (1970). Questo principio stabilisce che c'è una certa risonanza fra due sistemi sintonizzati fra loro, in base alle proprietà corrispondenti. Esempi di questo principio sono il riconoscimento selettivo di un certo suono, o il modo selettivo con cui i nervi si connettono solo ad un certo tipo di tessuto periferico. Altri esempi possono essere l'attenzione con cui madre e bambino, oppure analista e paziente, seguono i reciproci ritmi vocali. Inoltre, la stabilità dell'attenzione reciproca, e quindi il grado di prevedibilità del comportamento altrui, differisce in base al tipo di stile di attaccamento del bambino (Jaffe et al., 2001). Sander (1977, 1985, 1995) ha ipotizzato che la corrispondenza delle specificità, legata al ripetersi dei modelli nel corso delle interazioni, generi una serie di aspettative nel bambino. Il *principio di corrispondenza delle specificità* sta alla base del concetto di Sander di “momento d'incontro”, nel quale due stati di consapevolezza sono posti a confronto, creando una corrispondenza tra il modo in cui il partner conosce sé stesso e il modo in cui è conosciuto dall'altro (Beebe, 1998). Questo tipo di consapevolezza favorisce lo sviluppo di un senso di identità e di un sé agente. Nel momento di incontro avviene un riconoscimento reciproco, che influenza la capacità di agire in prima persona sulla propria autoregolazione. Nonostante questi principi regolino le interazioni fra madre-bambino, possiamo utilizzarli per chiarire in che modo nel trattamento degli adulti si organizza l'interazione a livello non verbale. In questo modo andremo a concentrarci sull'interazione implicita (emotivo-procedurale) oltre che su quella verbale ed esplicita. La dimensione non verbale seppur inconsapevole, accompagna continuamente il processo di influenza reciproca. Nel trattamento degli adulti i processi di autoregolazione e regolazione interattiva avvengono sia nel campo esplicito sia in quello implicito, che grossomodo corrispondono rispettivamente alla narrazione verbale e alle sequenze comportamentali non verbali. Il processo interattivo

non verbale fra due adulti che conversano fra di loro (come in terapia) è certamente più complesso di quello madre-bambino, tuttavia i principi organizzativi del processo diadico possono chiarire anche la dimensione non verbale dell'interazione terapeutica.

2.2.1 *L'organizzazione dei processi interni e relazionali*

I processi interni e relazionali si organizzano in maniera simultanea influenzandosi a vicenda. La comunicazione faccia a faccia implica l'influenza del partner e viceversa, insieme a continue variazioni negli stati di attivazione e autoregolazione. Per comprendere in che modo si organizza l'esperienza dobbiamo necessariamente integrare autoregolazione e regolazione interattiva. Gli studi di Meltzoff (1985, 1990) ci dimostrano come i bambini riescano ad imitare l'espressione del volto di un modello adulto già a 42 minuti dalla nascita. Imitando, il bambino percepisce una corrispondenza fra il volto che sta imitando e ciò che sente propriocettivamente sul proprio viso. Il bambino riesce a fare questo per mezzo della *corrispondenza trasmodale* che fin dai primi istanti di vita gli permette di confrontare le informazioni ambientali con quelle propriocettive. La *corrispondenza transmodale* secondo Meltzoff rappresenta un'interfaccia fondamentale fra il Sé e l'altro, tra interno ed esterno, e fornisce l'esperienza più precoce del "come me". Inoltre, esistono numerose prove del fatto che nel cervello degli adulti l'elaborazione degli stimoli emotivi sia lateralizzata in modo diverso, a seconda che siano positivi o negativi (Davidson, Fox, 1982). Davidson e Fox hanno osservato che anche nei bambini di 10 mesi gli affetti sono lateralizzati nei due emisferi cerebrali, infatti se un bambino guardava un video con un'attrice sorridente produceva un tracciato EEG di un affetto positivo attivando il lobo frontale sinistro. Contrariamente, se il bambino guardava un video in cui un'attrice piangeva, l'EEG mostrava il tracciato di un affetto negativo attivando il lobo frontale destro. Da questo se ne deduce che la semplice percezione dell'emozione del partner crea uno stato di risonanza emotiva in chi la percepisce. A differenza dello studio di Meltzoff (1990) in questo caso non era necessaria un'imitazione dell'emozione affinché il bambino potesse essere influenzato dal partner. La semplice percezione modifica lo stato interno dell'individuo ed è in questo senso che gli stati interni e gli stati interattivi si organizzano simultaneamente. Dawson (1992) ha ripreso lo studio precedentemente presentato applicando il metodo di Davidson e Fox allo studio delle madri depresse e dei loro figli,

dimostrando che già a 10 mesi la responsività emotiva dei bambini con madri depresse è organizzata diversamente da quelli con madri non depresse. Altre ricerche hanno dimostrato come negli adulti ogni espressione del volto è associata ad un certo tipo di attivazione fisiologica (Ekman, Levenson, Friesen, 1983). Inoltre, entrare in corrispondenza con l'espressione del partner provoca uno stato fisiologico simile nell'osservatore. Ekman e colleghi hanno dimostrato come esista un terzo meccanismo attraverso il quale lo stato emotivo dell'individuo può essere trasmesso al partner, ossia la *corrispondenza delle espressioni facciali*. Come precedentemente detto, quando gli schemi affettivi di due persone entrano in corrispondenza, in ciascuno si viene a creare uno stato psicofisiologico simile a quello dell'altro, e così i due partner si trovano a condividere i loro stati soggettivi (Beebe, Lachmann, 1988). Nello specifico la corrispondenza facciale è stata analizzata da Dimberg, Thunberg e Elmehed (2000) che hanno presentato per 30 millisecondi a dei soggetti adulti immagini di facce allegre, arrabbiate o neutre, con una tecnica di mascheramento. Prima e dopo la presentazione di queste immagini venivano proiettate per qualche secondo facce neutre, in modo da nascondere le facce oggetto dell'esperimento e non permettere al soggetto di percepirle consciamente. Veniva, quindi, monitorata l'attività elettromiografica del volto per mezzo di piccoli elettrodi e nonostante l'esposizione non raggiungesse livelli di consapevolezza i soggetti mostravano chiare reazioni dei muscoli facciali in corrispondenza delle espressioni allegre o arrabbiate. Dunque, i dati confermano come le espressioni positive e negative possano attivarsi al di fuori della consapevolezza e che aspetti essenziali della comunicazione si manifestano a livello inconscio. Perciò, tali studi affermano come l'esperienza interiore si manifesti a livello interattivo, e questo avviene sin dalla nascita. Sander (1977, 1983, 1985) ha raccolto numerosi dati a conferma di tale ipotesi, studiando in che modo il bambino fin dalle prime settimane di vita gestisce il suo ritmo sonno-veglia e la transizione dall'uno all'altro stato. Lo studioso ha evidenziato una complessa interazione fra gli stati autoregolatori del bambino e il modo in cui la madre e il bambino stesso gestiscono insieme le transizioni di stato nel bambino. La capacità di esperienza interiore esiste nel bambino fin dalla nascita e viene consolidata attraverso l'esperienza di stati ricorrenti riconosciuti dal bambino, formando l'esperienza interiore a partire da una sequenza prevedibile di attivazione, risveglio, allattamento, ecc. Quando le aspettative del bambino su come andrà la regolazione interattiva vengono rispettate, esso

diviene “consapevole” del proprio stato e maggiore sarà la regolarità degli stati, maggiore sarà la consapevolezza. Sempre secondo Sander (1983, 1985) in funzione della particolare qualità e del successo della regolazione reciproca il sistema bambino-caregiver facilita o limita in modi caratteristici l’accesso del bambino al proprio stato, la capacità di organizzarlo attivamente e la capacità di usarlo per organizzare i suoi comportamenti. Queste specifiche facilitazioni o limitazioni vanno poi a definire delle differenze individuali nella capacità di essere consapevoli, nel contenuto, nell’uso della consapevolezza e nei sentimenti vissuti a riguardo. In questo senso, la potenziale patologia va ad essere ricercata nella crescente incapacità del bambino di essere consapevole del proprio stato e nell’incapacità di guidare la consapevolezza per cambiare il proprio stato. Anche nel mondo adulto è stata osservata la co-costruzione dei processi interni e relazionali. L’espressione facciale nell’adulto è sia comunicativa che autoregolatoria. Tomkins (1962, 1963) afferma come il volto abbia un’importanza nell’esprimere le emozioni a sé stessi e agli altri, tramite dei feedback provenienti dalla lingua e dai muscoli facciali, dal suono della voce, dalla variazione nel flusso sanguigno e nella temperatura del volto. Ekman e colleghi (1980) hanno ripreso alcuni soggetti adulti mentre guardavano dei film, codificandone l’espressione del volto e i soggetti che avevano mostrato un maggior numero di espressioni positive durante un film allegro, riferivano di sentirsi più allegri rispetto agli altri. Lo stesso accadde per i soggetti che erano stati sottoposti ad un film negativo, che affermavano di sentirsi più tristi. Anche a livello inconsapevole, l’espressione facciale può influenzare l’esperienza soggettiva delle emozioni. Un esempio di espressione facciale spontanea e inconsapevole è stato osservato in una ricerca di Heller e Haynal (1997) con cinquantanove pazienti che nei tre anni precedenti avevano tentato il suicidio. Questi pazienti vennero sottoposti ad un primo colloquio con lo stesso psichiatra, e nel contempo vennero registrate le espressioni del volto dello psichiatra e del paziente durante la seduta. Un anno dopo dieci di questi pazienti ritentarono il suicidio e venne condotta un’analisi per individuare quali di questi aveva ritentato il suicidio a partire dai dati raccolti. Oltre all’analisi della comunicazione non verbale fra terapeuta e paziente, era stata registrata la previsione dello psichiatra immediatamente dopo il colloquio. La previsione scritta individuò correttamente il rischio di nuovi tentativi di suicidio nel 29 per cento dei casi, mentre per quanto riguarda l’analisi della comunicazione non verbale vennero scelti, in aggiunta, undici soggetti che non

avevano tentato il suicidio (dei 59 di partenza) come gruppo di controllo o “non recidivo”. I due sottogruppi vennero confrontati con la tecnica del Facial Action Coding System di Ekman e Friesen, codificando ogni 0,2 secondi le variazioni nell’espressione facciale e questa analisi riuscì ad individuare correttamente l’81% dei pazienti recidivi, mostrandosi più potente delle previsioni dello psichiatra a partire dall’analisi scritta. Inoltre, con i pazienti che successivamente hanno ritentato il suicidio, lo psichiatra tendeva a accigliarsi più frequentemente, a muovere di più la testa e gli occhi e a parlare più frequentemente. Questo dimostra il fatto che lo psichiatra sia stato influenzato dalla volontà suicida del paziente, provocando in lui uno stato di risonanza emotiva e influenzando il suo comportamento non verbale. È quindi probabile che lo psichiatra sia entrato in corrispondenza con lo stato interiore e il comportamento del paziente con intenzioni suicidarie, formandosi fra i due un’influenza reciproca. Tronick (1989, 1996, 1998; Gianino, Tronick, 1988) ha proposto anche il modello di regolazione reciproca e la prospettiva dell’azione terapeutica come “espressione diadica di consapevolezza”, un modello che nuovamente integra i processi di autoregolazione e regolazione interattiva. Secondo quest’ultimo nel processo di regolazione interattiva tra madre e bambino, così come tra paziente e terapeuta, ogni partner influenza lo “stato di consapevolezza” dell’altro partner, e poiché uno influenza l’autoregolazione dell’altro, si assiste in entrambi a un ampliamento dell’organizzazione interna verso uno stato più coeso e complesso (Tronick, 1998). Secondo lo studioso questo modello può essere utilizzato per elaborare un modello dell’azione terapeutica che tenga conto dell’autoregolazione e della regolazione reciproca come modalità per generare e trasformare particolari stati diadici di consapevolezza.

2.2.2 I modelli di regolazione interattiva

Le relazioni sono essenziali allo sviluppo dell’individuo, e la capacità di stare dentro la relazione è presente sin dalle prime fasi di vita. Infatti, le abilità sociali del bambino compaiono già intorno ai 3 o 4 mesi, manifestandosi soprattutto nel gioco con l’adulto, che rappresenta per il bambino uno dei compiti comunicativi più complessi (Braezelton, Koslowski, Main, 1974; Stern, 1977). Inoltre, nei primi 6 mesi, i modelli di regolazione presenti negli scambi faccia a faccia hanno valore predittivo sullo sviluppo cognitivo e sociale ad 1 anno (Martin, 1981; Belsky, Rovine, Taylor, 1984; Malatesta et al., 1989;

Feldman, 1997). Gli studi che verranno presentati successivamente si basano sull'analisi delle serie temporali (Gottman, 1981), un metodo statistico per la misurazione delle regolazioni bidirezionali, ossia il grado in cui il comportamento di un partner influenza l'altro. Bisogna, inoltre, tenere conto del fatto che ognuno è influenzato dal proprio comportamento, che dipende dal processo di autoregolazione. Tenendo conto dell'analisi a serie temporali, il grado di prevedibilità del comportamento individuale viene definito "autocorrelazione". Ovviamente se si tratta di una teoria del comportamento interattivo bisogna prendere in considerazione anche il modo in cui una persona viene influenzata dal comportamento di un partner, ossia il processo di regolazione interattiva (Thomas, Martin, 1976). I tradizionali metodi statistici ci permettono solo di individuare come due sequenze comportamentali variano insieme in maniera direttamente o inversamente proporzionale, ma non ci dicono quale sequenza influenza l'altra. L'introduzione del metodo delle serie temporali ha permesso di aggirare questo problema. Come prima cosa l'analisi determina il grado di regolarità e prevedibilità del comportamento in ciascun partner (grado di autocorrelazione) e lo tiene sotto controllo, affinché non influenzi l'analisi. Successivamente l'analisi stabilisce se sopra o sotto il livello di prevedibilità del comportamento della sola madre (autocorrelazione) sia possibile prevedere ulteriori variazioni nel suo comportamento sulla base del comportamento del bambino (correlazione incrociata). La stessa analisi viene poi effettuata sul bambino. Viene definita "regolazione" o "contingenza interattiva" il grado di prevedibilità del comportamento di ciascun partner in base a quello dell'altro. Questo tipo di analisi consente quindi di valutare in maniera separata sia l'influenza della madre sul bambino che del bambino sulla madre. Per poter utilizzare questo tipo di analisi è necessario ricorrere alla registrazione dei comportamenti in sequenza, i quali includono movimenti della bocca, delle sopracciglia, dello sguardo, sorrisi, accigliamenti, smorfie, e così via. Quindi, anche nella ricerca sui modelli precoci di interazione del bambino viene utilizzato come strumento preferenziale l'analisi delle serie temporali. Tra le funzioni di regolazione interattiva studiate attraverso l'analisi delle serie temporali vi è anche il rispecchiamento facciale. Esso è un concetto ricorrente in psicoanalisi, tuttavia gran parte del contesto psicoanalitico e dell'*infant research* tende a considerare questa funzione come una forma di influenza unidirezionale, in cui è la madre che funge da specchio, mentre come abbiamo già detto si tratta di un'influenza reciproca. Bebe e Gerstman

(1980) hanno voluto studiare il rispecchiamento facciale mettendo a punto una scala che misura l'intensità del coinvolgimento nell'interazione visiva di madre e bambino. Sono state registrate delle interazioni fra madre e figlio di 3-4 mesi, e sono state analizzate per mezzo di una pellicola di 16 millimetri rivista a rallentatore. È stata elaborata una scala di coinvolgimento infantile a partire dalle osservazioni svolte sui bambini, che descrive i modi in cui questi ultimi regolano il proprio orientamento verso la madre, il livello di attenzione visiva nei suoi confronti e le lievi variazioni di espressione nel volto (Beebe, Stern, 1977; Beebe, Gerstman, 1980). Questa scala parte dall'assunto secondo il quale gli affetti sono sfumati, dispongono dunque di un continuum di gradazione piuttosto che essere divisi in categorie (Marler, 1965; Tobach, 1970; Stern, 1981). La scala permette di misurare l'orientamento, lo sguardo e l'espressione facciale del bambino nei confronti del partner. Nel punto centrale della scala abbiamo un orientamento neutro, mentre nel punto massimo della scala il bambino è fortemente coinvolto nell'interazione con un'espressione tipica del sorriso con bocca aperta e una propensione verso la madre. Il livello più basso della scala, invece, è definito *inibizione della responsività*, e prevede che il bambino afflosci la testa e resti immobile. Una volta ultimata la scala, sono state analizzate le interazioni visive di cinque coppie madre-bambino di 4 mesi, della durata di 5 minuti l'una (Kronen, 1982; Beebe, Kronen, 1988; Cohn, Beebe, 1990). Per mezzo dell'utilizzo delle analisi delle serie temporali si è evidenziato un forte processo di regolazione bidirezionale in cui ciascun partner influenzava il comportamento visivo dell'altro. Questo va a dimostrazione del fatto che madre e bambino rispecchiano l'una i cambiamenti espressivi dell'altro, in modo reciproco. Altri studi si sono chiesti quanto fosse rapido il rispecchiamento facciale fra madre e figlio (Cohn, Beebe, 1990; Beebe, Jaffe, 1992). Stern (1971) ha osservato come la comunicazione fra madre e bambino sia fatta di frazioni di secondo, e l'uno risponde all'altro in tempi ridottissimi. Per spiegare la rapidità di questi scambi alcuni studi hanno evidenziato come non si tratti di un meccanismo stimolo-risposta, in quanto molto spesso la risposta comincia prima che lo stimolo fosse terminato, e molti comportamenti cominciano pressochè in maniera simultanea. Nello studio di Cohn e Beebe (1990) è stata riscontrata una forte influenza bidirezionale all'interno della diade ad un intervallo di campionamento delle immagini di 1/12 di secondo, con una media di risposta contingente di 1/6 di secondo. Nel range di questi spazi temporali minuscoli è emerso come il comportamento del bambino fosse

prevedibile in base a quello della madre e viceversa. Si tratta di una velocità sconvolgente, considerando che il tempo necessario per percepire un evento e reagire ad esso varia da $1/3$ a $1/2$ di secondo nell'adulto e da $6/10$ a $8/10$ di secondo nel bambino. Questi dati sono in accordo con il modello di comunicazione co-regolata di Fogel (1992) secondo cui il comportamento di ciascun partner viene continuamente modificato simultaneamente dal comportamento dell'altro. Un altro contributo utile a chiarire tale simultaneità è il modello di elaborazione visiva anticipatoria di Haith (1980; Haith 1988), secondo il quale il bambino può elaborare l'informazione visiva anticipando costantemente la disposizione spazio-temporale delle sequenze attese. Quindi il bambino risponderà ai singoli comportamenti non solo come eventi discreti, ma come parti di una serie prevedibile. Anche Stern (1977) descrive questo processo facendo riferimento alla creazione di schemi visivi che permettono a ciascun partner di anticipare la sequenza di azioni dell'altro in relazione alle proprie azioni. Stern (1977) propone di definire la rappresentazione pre-simbolica come l'aspettativa di uno schema spazio-temporale. Lo studioso, infatti, ha analizzato un incontro tra Mohammed Ali e Al Mindenberger, scoprendo che il 53 per cento dei colpi di Ali e il 36 per cento dei colpi di Mindenberger erano più veloci del tempo di reazione visiva, che è di 180 millisecondi. Secondo l'ipotesi di Stern, il pugno non è un semplice stimolo a cui si risponde con una schivata o un blocco; si tratta, invece, di un tentativo di verificare una serie di ipotesi, finalizzate a comprendere, e dunque prevedere, la sequenza comportamentale dell'altro, nello spazio e nel tempo. Di conseguenza, un pugno andato a segno è il risultato di una buona previsione e anticipazione nello spazio e nel tempo della sequenza comportamentale dell'avversario. È, quindi, necessario prevedere le mosse dell'avversario per avere il tempo di rispondervi mentre l'avversario si sta muovendo. Al di fuori del ring, nelle situazioni sociali non è necessario nascondere i nostri movimenti e schemi comportamentali e dunque li manifestiamo apertamente. Questo ci permette di crearci degli schemi spazio-temporali del comportamento degli altri in relazione al nostro. Quindi, fattori di cruciale importanza nell'organizzazione dell'interazione sono tempo, spazio, affetti e livelli di attivazione. Inoltre, gli affetti veicolati dalle espressioni facciali, ci forniscono importanti informazioni sull'altro. Alla base della comunicazione vi è, infatti, il modo in cui il viso di ciascun partner attira l'attenzione dell'altro o gli risponde. Le interazioni di rispecchiamento facciale sono positivamente correlate, al punto che i

partner seguono la stessa direzione affettiva e il bambino può crearsi l'aspettativa che le sue emozioni saranno connesse con quelle della madre. Il rispecchiamento facciale è, dunque, uno dei modelli di interazione che contribuiscono all'organizzazione pre-simbolica del sé e dell'oggetto. Ciò che si viene a rappresentare è il processo di corrispondenza interattivo, dinamico e reciproco, continuo e quasi istantaneo. Oggetto della rappresentazione è anche il livello di attivazione e le modalità autoregolatorie, in quanto il bambino si rappresenta l'esperienza dell'espressione facciale della madre che si adatta continuamente alla sua, e viceversa l'esperienza della propria espressione che si adatta a quella della madre. Queste esperienze di corrispondenza permettono al bambino di sentirsi riconosciuto e di entrare in sintonia con l'altro. Oltre agli studi che esaminano il contenuto del comportamento della madre e del bambino, come a quelli sul rispecchiamento facciale, ci sono studi che prendono in considerazione la sola organizzazione temporale di tali comportamenti. Il timing e il ritmo presi singolarmente senza tenere conto del contenuto del comportamento, possono essere considerati importanti principi organizzativi della comunicazione. Per timing comportamentale si intende il livello di corrispondenza degli schemi temporali fra i partner e veicola messaggi interpersonali fondamentali per lo svolgimento della relazione fra gli stessi. Con schemi temporali facciamo riferimento a fattori come il ritmo, la velocità, le pause, il tempo di reazione, le interruzioni e le alternanze dei turni. La coordinazione del timing interpersonale indica il grado con cui due sequenze comportamentali parallele sono correlate. Nella relazione, infatti, vi è l'esigenza di avere un feedback più o meno continuo sullo stato dell'altro, e il ritmo di ciascuno ci permette di avere le informazioni necessarie (Byers, 1975). Questo perché, nonostante il timing e il ritmo siano al di fuori della consapevolezza, essi accompagnano qualsiasi comportamento che sia motorio o vocale. Nel corso dell'interazione ciascun partner valuta i ritmi dell'altro, in modo da riuscire ad avere un feedback e a sua volta a gestire i propri. In alcuni studi viene chiesto a dei soggetti adulti di discutere su argomenti neutri, e sebbene fossero all'oscuro delle finalità dell'esperimento, si è visto come i soggetti adattassero spontaneamente i ritmi del loro dialogo, indipendentemente dal contenuto del discorso (Jaffe, Feldstein, 1970; Feldstein, Welkowitz, 1978; Feldstein, 1998). Dallo studio emerse anche che vi fosse una corrispondenza fra i ritmi dialogici e il grado di empatia e affetto reciproci. Quando i ritmi erano simili i soggetti, benchè estranei, dichiaravano di piacersi di più e di essersi sentiti

maggiormente sintonizzati con il partner. Contrariamente chi parlava molto velocemente e non consentiva al partner di inserirsi nella conversazione interferiva con lo scambio, al punto che il partner poteva sentirsi non sintonizzato o frustrato. Anche nei bambini è possibile condurre un'analisi del timing in quanto la loro capacità di percepire il tempo e di stimare la durata di intervalli molto brevi è presente fin dalle prime fasi di vita (Lewkowicz, 1989). Il bambino, infatti, può misurare l'intervallo dei suoi comportamenti e degli stimoli ambientali (DeCasper, Fifer, 1980; Haith et al. 1988). Gli studi sul timing interpersonale fra madre e bambino si basano proprio sull'abilità percettiva del bambino, che gli consente di calcolare la durata sia dei propri suoni e silenzi che di quelli del partner. Come precedentemente detto, è stato dimostrato che madre e bambino vivono in un mondo di frazioni di secondo, dove ciascun partner risponde all'altro in maniera estremamente rapida tanto da sfiorare la simultaneità. La rapidità suggerisce che queste modalità di comunicazione interpersonale si verificano al di fuori della consapevolezza. Questa responsività temporale interpersonale nel bambino è alla base della capacità e della struttura dell'essere con l'altro. Lo studio più approfondito rispetto al timing nella prima infanzia è quello condotto da Jaffe e collaboratori (2001; Beebe et al., 2000), i quali hanno esaminato i ritmi vocali nelle interazioni di 82 bambini di 4 mesi, sia con la madre che con un'estranea. Per esaminare i dialoghi vocali tra madre e bambino è stata audioregistrata l'interazione in modo da ottenere per ogni voce un canale separato. Una volta che i bambini hanno raggiunto un anno di età è stato valutato lo stile di attaccamento, per mezzo della Strange Situation di Mary Ainsworth (1960). I risultati hanno messo in evidenza come i ritmi delle madri e dei bambini erano coordinati, inoltre il grado di coordinazione raggiunto a 4 mesi permetteva di predire la qualità dell'attaccamento e le abilità cognitive sviluppate a 12 mesi. Infatti la madre e il bambino coordinavano le vocalizzazioni e le pause, e le pause dell'uno erano prevedibili sulla base delle vocalizzazioni e delle pause dell'altro. Rispetto all'attaccamento, un alto grado di correlazione fra madre e bambino prediceva un attaccamento insicuro-disorganizzato. Un alto grado di coordinazione poteva essere il risultato di strategie del bambino per superare i problemi della comunicazione con un genitore non "accogliente". Un livello intermedio di coordinazione era invece ottimale e prediceva un attaccamento sicuro. Questo perché, come già spiegato, un alto grado di coordinazione sta ad indicare ipervigilanza, allarme o diffidenza, oppure potrebbe rappresentare una reazione a qualche disturbo

nell'interazione. Invece, livelli intermedi di coordinazione influenzano i partner in modo significativo ma allo stesso tempo non creano un legame troppo costrittivo lasciando spazio all'incertezza. In letteratura esistono tre ipotesi sul significato della coordinazione interpersonale:

- La prima ipotesi sostiene che un alto grado di coordinazione interpersonale sia ottimale per la comunicazione (Chapple, 1970);
- La seconda ipotesi sostiene, invece, che un alto grado di coordinazione è indice di una comunicazione patologica (Gottman, 1981);
- L'ultima, assume che siano i livelli intermedi di coordinazione ad essere ottimali (Warner et al. 1987).

I risultati dello studio dimostrano come vera la terza ipotesi, assumendo come una coordinazione "maggiore" non significhi necessariamente "migliore" (Cohn, Elmore, 1988). Il livello ottimale è, infatti, quello intermedio, mentre i poli estremi predicono attaccamento insicuro. Partendo dai risultati dello studio di Jaffe e colleghi (2001) è stato elaborato un *modello sistemico di equilibrio tra autoregolazione e regolazione interattiva*. Per quanto riguarda la regolazione interattiva un livello intermedio di coordinazione predice un attaccamento sicuro e, di contro, punteggi estremi predicono un attaccamento insicuro. Secondo questo modello di equilibrio intermedio, a livelli intermedi, la coordinazione interattiva è presente ma non vincolante e l'autoregolazione è mantenuta ma non eccessivamente. A questo livello lo sviluppo sociale e la comunicazione sono ottimali, in quanto è possibile muoversi con flessibilità tra autoregolazione e regolazione interattiva e vi sono livelli intermedi di attenzione, affetto e attivazione. Se uno dei partner agisce al di fuori del valore intermedio, può significare che ci sia un tentativo da parte del soggetto di affrontare un problema nell'interazione (Malatesta et al. 1989; Roe et al. 1982). Sono, inoltre, definiti due poli di squilibrio, uno che riguarda l'eccessiva preoccupazione per l'autoregolazione che va a scapito della sensibilità interattiva, l'altro che riguarda l'eccessiva attenzione all'altro, a spese dell'autoregolazione. In entrambi i casi, il bambino è alle prese con livelli non ottimali di attenzione, affetto e attivazione (Jaffe et al., 2001). Oltre allo studio di Jaffe appena descritto, vi sono altri studi più recenti, che non prendo in considerazione l'ipotesi di una sincronizzazione intermedia come indice di una comunicazione ottimale (Warner et al. 1987), ma si riagganciano all'ipotesi secondo la quale un livello maggiore di

sincronizzazione promuove una serie di effetti positivi, tra cui una migliore comunicazione all'interno della diade (Chapple, 1970). Tra questi ve ne sono alcuni in cui all'interno della diade, le madri hanno risposto in modo contingente alla maggior parte dei tipi di segnali del bambino, tra cui le vocalizzazioni, i sorrisi, gli sguardi, i pianti e i comportamenti di gioco (Bornstein et al., 2008; Van Egeren et al. 2001). Le risposte sincrone ai segnali dei neonati erano importanti non solo per il linguaggio e lo sviluppo socio-emotivo, ma anche per la crescente consapevolezza dei neonati della loro capacità di influenzare causalmente il comportamento degli altri (Bates, 1976; Baumwell et al., 1997, Bigelow e Walden, 2009; Henning e Striano, 2011; Isabella et al., 1989; Jaffe et al., 2001). Le madri erano più reattive ai segnali dei neonati di quanto lo fossero quest'ultimi, ma comunque entrambi i partner si impegnavano in un comportamento reattivo e temporalmente sincronizzato. Anche se i bambini non eguagliavano le madri nella frequenza di vocalizzazione, la maggior parte dei comportamenti di risposta delle madri e dei bambini erano vocalizzazioni (Van Egeren et al., 2001) e i casi di sovrapposizione erano infrequenti (Ruter e Durkin, 1987). Inoltre, le madri che vocalizzavano in modo contingente (entro i 3 secondi) tendevano ad avere bambini che vocalizzavano anche essi in modo contingente (Van Egeren et al., 2001). Quindi, i modelli di sincronizzazione vocale sono già presenti nelle diadi uditive all'inizio del primo anno. Sempre nelle diadi di madre e bambini udenti, nel parlare ai bambini, le madri utilizzano tipicamente enunciati più brevi con un'intonazione più esagerata e pause più lunghe che nel discorso con gli adulti (Fernald, 1985). Tuttavia queste caratteristiche ben documentate del discorso diretto ai bambini sono fortemente sensibili al feedback dei bambini stessi. (Smith & Trainor, 2008). Infatti, in una ricerca che studiava gli effetti del feedback dei bambini, le madri erano collegate ai bambini tramite videocamera credendo che i bambini sentissero la loro voce, quando in realtà i bambini non potevano (Smith & Trainor, 2008). Mentre le madri parlavano, uno sperimentatore nascosto suscitava una risposta da parte dei bambini mostrando selettivamente un affetto positivo ogni volta che il tono delle madri saliva sopra o scendeva sotto un livello predeterminato. Il successivo spostamento delle madri verso il tono sperimentalmente mirato rifletteva la loro attenzione all'affetto del bambino, prova che le madri erano acutamente sensibili e rapidamente influenzate dal feedback del bambino. La manipolazione sperimentale ha dimostrato come anche i bambini sono sensibili al feedback contingente (Bigelow e

Walden, 2009; Goldstein et al., 2009; Henning e Striano, 2011). Henning e Striano (2011) hanno studiato madri e neonati di 3 e 6 mesi che interagivano su monitor sui quali le immagini venivano trasmesse all'altro in diretta o con 3 secondi di ritardo. In entrambe le condizioni di temporizzazione, le madri e i neonati erano reattivi ai comportamenti dell'altro. Tuttavia, mentre nelle madri il ritardo di 3 secondi non ha avuto un impatto significativo sul comportamento, nel caso dei bambini c'è stata una diminuzione del sorriso nella condizione di feedback ritardato rispetto a quello in diretta. Pertanto, disturbi relativamente piccoli nella tempistica del feedback hanno avuto un effetto diretto sulla soddisfazione del bambino, rivelando la sensibilità precoce dei bambini alla sincronizzazione interazionale. L'insieme di questi studi su madri e neonati evidenzia la natura dinamica, sincrona e reciprocamente regolata delle prime interazioni nelle diadi madre-figlio. Infatti, i diversi modi in cui madre e bambino coordinano in maniera reciproca le loro risposte permettono ad entrambi, a partire dal comportamento, di conoscere le percezioni, i sentimenti reciproci e il mondo temporale dell'altro (Beebe et al. 1985). Questo perché quando due persone hanno un rapporto di empatia il loro comportamento e modo di parlare diventano simili (Feldstein, Welkowitz, 1978). Lo stesso processo di relazione comporta un certo grado di somiglianza, probabilmente perché in questo modo riusciamo a predire meglio il comportamento altrui. Di conseguenza, la somiglianza o la simmetria nel comportamento sono associati a una corrispondenza degli stati emotivi. Nel sistema diadico vi sono 3 processi che mettono in relazione gli stati emotivi dei partner:

1. Il primo è relativo a quando gli stati emotivi soggettivi vengono espressi attraverso il comportamento, e nell'interazione questa espressione comportamentale viene percepita dall'altro;
2. Il secondo processo riguarda la tendenza nei membri di una diade di far corrispondere alcuni aspetti di tali comportamenti (timing, affetti, ...) e questo è un altro modo di trasmissione degli stati emotivi;
3. Il terzo tipo di corrispondenza mette in luce come l'atto stesso di corrispondere genera uno stato emotivo nel partner e questa idea è stata sviluppata nel lavoro di Ekman (1983).

Lo studioso mostrò ad alcuni attori professionisti e ricercatori una serie di movimenti muscolari legati ad alcune espressioni facciali. Successivamente insegnò ai soggetti a

rivivere le varie emozioni e nello svolgere questo compito registrò alcuni indici fisiologici (frequenza cardiaca, temperatura corporea e resistenza cutanea). I risultati furono che la sola riproduzione dei modelli d'azione dei muscoli facciali provocò variazioni fisiologiche più evidenti rispetto all'effettiva esperienza dell'emozione. Quindi, in un rapporto di corrispondenza lo stato fisiologico dell'emittente è simile a quello del ricevente. Secondo Ekman, infatti, quando una persona contrae gli stessi muscoli facciali percepiti sul volto dell'altro può riuscire a provare le sue stesse sensazioni fisiologiche. Dunque, quando riproduciamo lo schema spazio-temporale di un'espressione emotiva altrui, avremo in corrispondenza un'attivazione del sistema autonomo sul nostro viso e in tutto il corpo. Possiamo dire che si viene a compiere una *traslazione transmodale* dalla percezione di un'immagine o schema temporale esterno ad un'esperienza propriocettiva interna. La *traslazione transmodale* è presente già nei primi mesi di vita (Meltzoff, Moore, 1977), e quando i modelli affettivi e temporali di madre e bambino entrano in corrispondenza, ciascuno ricrea uno stato psicofisiologico simile a quello dell'altro, condividendone lo stato soggettivo. Byers (1975) sostenne una tesi simile a proposito della corrispondenza degli schemi temporali, suggerendo che due persone le quali interagiscono in sincronia raggiungono uno stesso stato in virtù del loro coinvolgimento reciproco. Questi processi giocano un ruolo importante nello sviluppo dell'empatia, dove per empatia intendiamo "l'accesso alle percezioni di un altro, imitazione motoria" (Beebe, Lachmann, 2003) facendo riferimento ad una somiglianza comportamentale, un'imitazione motoria dello stesso comportamento. Le esperienze di corrispondenza degli affetti e del timing interpersonale sono codificate in forma implicita e procedurale, e contribuiscono all'aspettativa del soggetto di essere compreso, corrisposto e di essere accolto.

2.2.3 Strategie autoregolatorie e rapporto interpersonale

Facendo riferimento al lavoro di Bowlby (1958, 1969) e della Ainsworth (1978) sulle dimensioni di attaccamento sono stati condotti degli studi empirici (Beebe, Lachmann, 1993) ricorrendo alla microanalisi del filmato del gioco faccia a faccia tra madri e bambini di 4 mesi, codificando lo sguardo, l'orientamento, il comportamento tattile e l'espressione facciale dei bambini. Rispetto ai bambini sicuri, i bambini evitanti tendevano a guardare di meno la madre. Riuscivano a mantenere lo sguardo sulla madre solo quando si

“consolavano” da un punto di vista tattile, altrimenti senza questa forma di conforto guardavano la madre la metà del tempo rispetto ai bambini sicuri. Nei bambini evitanti di 4 mesi, quindi, il comportamento tattile può essere una forma di strategie autoregulatoria. Anche l’espressione facciale degli affetti ha un ruolo importante nella capacità del bambino di mantenere viva l’attenzione. Di fronte a espressioni neutre o negative i bambini evitanti non differivano da quelli sicuri, mantenendo lo sguardo e l’orientamento stabili di fronte all’espressione neutra e distogliendo l’attenzione di fronte ad un’espressione negativa. Le differenze venivano rilevate nei casi di espressione positiva, in quanto i bambini evitanti, a differenza di quelli sicuri, distoglievano l’attenzione dalla madre e orientavano la testa quanto più lontano possibile. Questa ricerca ha dimostrato come lo stato interiore (attraverso strategie consolatorie tattili) e lo stato relazionale (attraverso lo sguardo reciproco) vengano simultaneamente co-costruiti. In particolare, nei bambini evitanti alcune strategie autoregulatorie svolgono un ruolo centrale nel mantenimento del rapporto. A partire da questo studio Sarro (1993), Goldstein (1993) e Zicht (1993) hanno filmato gli stessi bambini all’età di due anni mentre giocavano con alcuni giocattoli insieme alle madri. Sono stati codificati lo sguardo, le vocalizzazioni e il comportamento tattile delle madri e dei bambini, indicando se l’attenzione fosse rivolta ad un oggetto, al partner o all’oggetto e al partner contemporaneamente. Questo studio parte dall’assunto che la capacità del bambino di dividere l’attenzione tra una persona e un oggetto è fondamentale per il suo sviluppo cognitivo e sociale. I risultati dimostrano come in entrambi i gruppi di bambini (sicuri e evitanti) vi fosse una intensa regolazione bidirezionale dell’attenzione in quanto le madri influenzavano i bambini tanto quanto i bambini facevano con le madri. Evidenziando le differenze fra bambini sicuri e evitanti è emerso che entrambi rispondevano in modo simile al contatto visivo con la madre, ma solo i bambini sicuri rispondevano alla voce della madre. I bambini evitanti che nello studio non rispondevano alla voce della madre erano gli stessi che mettevano in atto delle strategie autoconsolatorie tattili per mantenere il contatto visivo. Dunque, i disturbi nell’autoregolazione a 4 mesi hanno valore predittivo sull’attaccamento insicuro a 1 anno, e sulla risposta al linguaggio materno a 2 anni. Il bambino insicuro-evitante, non rispondendo alle comunicazioni vocali della madre, può incorrere in una compromissione notevolmente del processo di acquisizione del linguaggio. Questo porta a ipotizzare che il linguaggio del bambino insicuro non assumerà gli stessi significati diadicamente

condivisi di quello di un bambino sicuro (A. Harris, 1993). D'altra parte, le madri dei bambini insicuri-evitanti rispondevano allo sguardo dei loro figli il doppio delle volte rispetto alle madri dei bambini sicuri. Nello specifico, avevano probabilità doppia rispetto alle madri di bambini sicuri di guardare un oggetto che stava guardando anche il figlio, di sostenere uno sguardo reciproco con lui mentre entrambi guardavano lo stesso oggetto e di guardare il figlio negli occhi. Quindi le madri di bambini evitanti erano ipervigilanti rispetto alle madri dei bambini sicuri. Assumendo che le strategie di autoregolazione siano misure adattive di mantenere contatto con l'altro senza però compromettere la propria integrità, il comportamento tattile del bambino evitante è altamente adattivo, poiché gli consente di guardare la madre tanto quanto il bambino sicuro. Nonostante ciò, questa strategia è dispendiosa in termini di energia e di attenzione, quindi viene meno l'attenzione alla voce della madre. Nel caso degli affetti positivi che interferiscono con la capacità del bambino di mantenere un orientamento faccia a faccia è stata avanzata l'ipotesi che un intenso livello di attivazione associato agli affetti positivi sia per il bambino difficile da gestire. Distogliere lo sguardo diventa in questo caso un mezzo particolarmente efficace per abbassare il livello di attivazione. L'osservazione secondo la quale i bambini evitanti di fronte gli affetti positivi orientano la testa lontano dalla madre (Koulomzin et al., 1993) può avere implicazioni anche nel trattamento degli adulti, in quanto anche in questo caso un affetto positivo può essere per il soggetto adulto iperstimolante e causare problemi nell'autoregolazione. Si vengono a creare degli schemi non verbali in cui il paziente orienterà la sua testa come se fosse "sul punto di scappare" e questo causerà una reazione nel terapeuta che giudicherà il paziente come "ambivalente", "timido" o "diffidente. Nel corso dell'analisi si osservano molti di questi schemi non verbali che possono influenzare il comportamento verbale e non verbale dell'analista inconsapevolmente. A partire da ciò, se l'analista diventa capace di leggere le comunicazioni non verbali insite nei propri comportamenti e in quelli del paziente può avere maggiori informazioni di quante ne avrebbe dall'analisi avendo a disposizione solo il semplice comportamento verbale. Questo perché le comunicazioni non verbali sono molto informative in quanto si manifestano nel qui ed ora della matrice relazionale. Tornando ai comportamenti non verbali in analisi, così come nel caso della madre del bambino evitante che mette in atto un comportamento di ipervigilanza, anche l'analista con pazienti difficili può mettere in atto una vigilanza compensatoria. Questa vigilanza

può disturbare l'interazione, in quanto può essere vissuta dal paziente come invadente o soffocante, mentre in altri casi l'ipervigilanza viene vissuta come un sostegno vitale. Lo sviluppo ideale per il modello sistemico-diadico riguarda un equilibrio ottimale fra autoregolazione e regolazione interattiva. Altro aspetto importante del modello sistemico-diadico sono i tre principi di salienza, ossia tre principi organizzativi fondamentali che stabiliscono quali eventi siano salienti per il bambino e permettano di organizzare le sue aspettative sull'incontro interattivo. I principi sono: *il principio di regolazione attesa; il principio di rottura e riparazione e il principio dei momenti affettivi intensi*. Essi definiscono in modo approfondito i processi di autoregolazione e di regolazione interattiva, e permettono di ipotizzare riguardo a come le aspettative sulle interazioni sociali si modellano e divengono salienti nel primo anno di vita.

Per quanto riguarda il principio di *regolazione attesa*, è stato ipotizzato che le ripetute interazioni tra madre e bambino creino una serie di aspettative che organizzano l'esperienza del bambino (Beebe, Lachmann, 1988). Wilson e Malatesta (1989) hanno affermato che le esperienze interattive ripetute dell'infanzia influenzano quanto si ripete nella vita adulta. Un'altra possibilità è che le esperienze si organizzino sulla base del riconoscimento da parte del bambino di qualcosa che modifica o "rompe" l'interazione, violando le sue aspettative su essa, al quale seguono dei tentativi di riparazione della rottura. In questo caso si parla di *principio di rottura e riparazione*. Per ultimo, il *principio dei momenti affettivi intensi* afferma che ad organizzare l'esperienza concorrano anche i momenti affettivi intensi, positivi o negativi. Questi tre principi non devono essere visti in modo separato, in quanto tutti e tre in maniera simultanea concorrono all'organizzazione dell'esperienza. Inoltre, tenendo conto del fatto che l'affetto è una componente di tutti e tre principi, è utile specificare come l'affetto e il livello di attivazione siano tra loro correlati, seppur distinti. È utile specificare che con il termine affetto facciamo riferimento all'espressione facciale e ai pattern vocali, mentre per livello di attivazione intendiamo un insieme di indici fisiologici come l'ECG, la frequenza cardiaca e la respirazione. Tuttavia, bisogna sempre tener conto del fatto che ogni pattern facciale o vocale è associato in ogni caso ad un particolare stato di attivazione (Ekman, 1983). Per questa prospettiva, le rappresentazioni sono formate a partire dalle interazioni, e vengono considerate come un processo dinamico, dove gli schemi sono costruiti e trasformati in base all'influenza reciproca tra i due partner. Quello che viene

rappresentato è il processo interattivo dinamico stesso (Beebe, Stern, 1977; Stern, 1977, 1985; Beebe, Lachman, 1988; Beebe et al., 1992; Lachmann, Beebe, 1992). Possiamo quindi dire che le rappresentazioni sono “*classificazioni più o meno stabili di informazioni organizzate su una sequenza interattiva attesa*” (pag. 137). Tali rappresentazioni sono modellate da un processo attivo di continua costruzione e ricostruzione delle informazioni in entrata, che vengono interpretate e riordinate sulla base di esperienze passate e aspettative presenti. Secondo il modello trasformativo, lo sviluppo consiste in un processo di continua ristrutturazione delle relazioni tra persona e ambiente (Reese, Overton 1970; Sameroff, Chandler, 1976; Sameroff, 1983). La prevedibilità risiede negli scambi tra bambino e ambiente e nelle loro continue trasformazioni. Per la formazione delle rappresentazioni è essenziale la capacità di riconoscere e ordinare i modelli, aspettarsi ciò che è prevedibile e crearsi delle categorie a partire da tutto questo. La capacità di categorizzare le esperienze organizza la memoria, il linguaggio e la funzione simbolica (Strauss, 1979; Bornstein, 1985; Stern, 1985; Younger, Cohen, 1985; Basch, 1988; Bornstein, 1985). Il bambino, già tra i 3 e 12 mesi, percepisce una regolarità delle esperienze, una tendenza delle caratteristiche che vanno all'interno di una categoria (Cohen, Gelber, 1975; Strauss, 1979; Sherman, 1984; Stern, 1985; Younger, Gottlieb, 1988). Per categoria si intende una rappresentazione degli elementi comuni ad un insieme di esperienze caratteristiche (Strauss, 1979; Younger, Gottlieb, 1988). Nel bambino questo tipo di rappresentazione si svolge a livello pre-simbolico, una forma primitiva di capacità rappresentazionale che fa da ponte fra schemi sensomotori e rappresentazione simbolica (Mandler, 1988). Nel primo anno, infatti, le rappresentazioni sono codificate come informazioni implicite e non verbali, di tipo motorio, istintuali, visivo e acustico. Mentre le informazioni verbali sono registrate in forma linguistica, quelle non verbali vengono memorizzate nei canali percettivi visivi (Bucci, 1985). Dunque, il sistema di rappresentazione non verbale fa la sua comparsa nel primo anno di vita e i tre principi di salienza permettono di avanzare l'ipotesi su come ciò avvenga. Il primo principio è quello di *regolazione attesa* e fa riferimento ai modi caratteristici e prevedibili in cui si svolge l'interazione. Esso crea un sistema di norme condivise che regola il comportamento di due partner. Infatti, in un'interazione efficacemente regolata, il comportamento di un partner si conforma alle aspettative dell'altro (Tronick, 1980). Ci sono molti studi sperimentali che dimostrano come già alla

nascita i bambini si creino delle aspettative su eventi prevedibili (Bakeman, Brown, 1977; Bruner, 1977, 1983; Stern, 1977, 1985; Field, 1981; Beebe et al., 1985; Cohn Tronick, 1988). Haiti (1988) ha studiato l'attività visiva dei bambini nei primi mesi, e ne ha dedotto che i bambini sono biologicamente predisposti a individuare regolarità, crearsi aspettative e agire sulla base di esse. Il neonato, infatti, è in grado di osservare e prevedere ciò che si ripete nell'ambiente, divenendo in grado di comprendere come il comportamento produca conseguenze. Il neonato diventa così in grado di individuare "contingenze", ossia relazioni attese tra i propri comportamenti e le corrispondenti risposte ambientali (Papousek, 1979; DeCasper, Carstens, 1980; Decasper, Fifer, 1980; Watson, 1985). Il *principio di regolazione attesa* prende le mosse dal *modello della regolazione interattiva*. Tale modello è figlio della sempre maggiore attenzione all'influenza reciproca fra madre e bambino, mettendo da parte le teorie precedenti che si erano focalizzati per lo più su fattori di influenza unidirezionali dello sviluppo. Questo concetto permette di introdurre un altro, che è quello di *regolazione reciproca*, con il quale intendiamo la possibilità di predire il comportamento di ciascun membro dell'interazione, a partire da quello di un altro. I modelli precoci di interazione, avranno un ruolo fondamentale nell'organizzazione dell'esperienza infantile (Beebe, Stern, 1977; Beebe et al., 1985; Beebe, Lachmann, 1988). I modelli di regolazione interattiva sono stati anche definiti come "sincronizzazione" (Stern, 1971, 1977), "dialogo comportamentale" (Bakeman, Brown, 1977), "protoconversazione" (Beebe et al., 1979, 1988), ecc; sono stati osservati modelli di tale tipo di regolazione attraverso lo sguardo, l'espressione facciale, la vocalizzazione e l'orientamento spaziale (Beebe et al., 1992). Tra i tipi di interazioni organizzate dal principio di regolazione attesa, vi è il *rispecchiamento facciale*, un esempio di corrispondenza continua del significato affettivo, in cui entrambi i partner possono aumentare o diminuire il grado di coinvolgimento reciproco e l'espressione degli affetti positivi. Questa corrispondenza permette a ciascun partner dell'interazione di disporre di una base comportamentale per conoscere lo stato emotivo dell'altro e accedervi. Il rispecchiamento facciale è uno dei modelli di interazione che contribuiscono all'organizzazione pre-simbolica delle rappresentazioni del Sé e dell'oggetto. Le interazioni di rispecchiamento facciale sono correlate positivamente a tal punto che i partner seguono la stessa "direzione affettiva" e il bambino può crearsi l'aspettativa che i suoi affetti andranno nella stessa direzione di quelli della madre. Ciascuno dei partner

influenza la direzione affettiva dell'altro e questo incontro reciproco offre ad entrambi la possibilità di condividere i propri affetti e le proprie sensazioni. Un secondo modello di regolazione interattiva è quello *dell'interazione deviata* o "caccia e fuga" che fa riferimento per lo più all'organizzazione spaziale dell'interazione. In questo caso la madre cerca continuamente di coinvolgere il bambino, il quale risponde con una serie di manovre elusive. Nel momento in cui queste manovre si ripetano con regolarità saranno rappresentate in forma di aspettative di "regolazione disturbata". Un terzo modello è quello del *timing interpersonale* e fa riferimento alla regolazione interattiva sul piano temporale dell'interazione madre-bambino e include: il ritmo cinesico, gli scambi vocali simultanei e alterni, la corrispondenza vocale e la corrispondenza temporale delle interazioni vocali. Gli studi documentano come entrambi i partner sono estremamente sensibili alla durata del proprio e dell'altrui comportamento, in quanto vi si adattano continuamente istante per istante. Una serie di ricerche dimostra come sia possibile predire lo sviluppo dello stile di attaccamento del bambino a partire dai modelli di interazione dei primi mesi di vita. Gli studi prendono come riferimento il paradigma dell'attaccamento (Bolwby, 1969; Ainsworth et al., 1978; Sroufe, 1979; Fleeson, 1986) il quale, come già spiegato, distingue fra bambini con attaccamento sicuro e attaccamento insicuro. Numerosi studi sono d'accordo nell'ipotizzare una relazione curvilinea tra comportamento materno nel primo anno e l'attaccamento del bambino fra il primo e secondo anno. In uno di questi studi, Malatesta e collaboratori (1989) hanno analizzato le risposte contingenti delle madri, quando i bambini avevano: 2 mesi e mezzo, 5 mesi e 7 mesi e mezzo. Successivamente, queste risposte sono state confrontate con lo stile di attaccamento dei bambini a 2 anni. La contingenza materna era misurata tenendo conto del numero di cambiamenti osservati nel volto della madre, entro un secondo dall'inizio dei cambiamenti espressivi del bambino. I bambini le cui madri avevano un livello di contingenza facciale moderato, a 2 anni guardavano le madri con più frequenza e mostravano un maggior numero di espressioni affettive positive. Questi livelli moderati di contingenza, predicevano un attaccamento sicuro a 2 anni. Al contrario, un'alta contingenza materna, prediceva un attaccamento insicuro a 2 anni di età. Questi risultati ripropongono la tesi secondo cui le relazioni ottimali sono quelle con un livello intermedio di intensità e contingenza, da parte sia della madre che del bambino. Il *principio di rottura e riparazione* organizza i modelli di interazione sulla base delle

violazioni delle aspettative e ai relativi sforzi di risolvere tali rotture (Piaget, 1937; Klein, 1967; Stechler, Kaplan, 1980; Kohut, 1984; Behrends, Blatt, 1985; Horner, 1985; Tronick, Gianino, 1986; Gianino, Tronick, 1988; Tronick, Cohn, 1989). I bambini sono molto attenti alle conferme o alle violazioni delle aspettative che hanno, e ne sono profondamente influenzati. Il neonato, inoltre, possiede la capacità di percepire che vi siano relazioni contingenti tra il suo comportamento e gli eventi ambientali esterni, e di prevedere quando gli stessi eventi si ripeteranno. Con il termine rottura vengono indicate delle situazioni più o meno gravi, in quanto si tratta di un concetto generico che ha in sé una grande gamma di eventi. Nello specifico, invece utilizziamo il termine *disgiunzione normativa* per indicare i casi di non corrispondenza che possono manifestarsi nelle normali interazioni e che possono essere facilmente riparate. Nei casi di interazioni disturbate tra madre e bambino, in cui si verificano una serie di rotture più o meno gravi, il modello interattivo di rottura attesa andrà ad organizzare anche lo stile auto-regolatorio del bambino. Dunque, quest'ultimo imparerà ad attendersi rotture croniche e una serie di conseguenze dai suoi sforzi autoregolatori, e, di conseguenza, di fianco all'aspettativa di una regolazione interattiva disturbata si organizzerà anche uno stile autoregolatorio associato. Inoltre, in assenza di riparazione dopo la rottura (come nel caso delle madri depresse) verrà meno anche l'equilibrio fra autoregolazione e regolazione interattiva. I bambini saranno eccessivamente preoccupati per l'autoregolazione e per il controllo degli affetti, mettendo da parte la componente di regolazione interattiva (Tronick, 1989). Tronick suggerisce che in questi casi ci sia il rischio di psicopatologia, in quanto l'autoregolazione diviene il fine predominante. Inoltre, le aspettative di un'interazione disturbata non riguarderanno più solo il genitore disturbante, ma anche gli altri adulti, e perciò con ogni probabilità il bambino comincerà a considerare tutte le interazioni come negative (Field et al., 1988; Tronick, 1989). Oltre alle rotture vere e proprie, vi sono delle non corrispondenze normative, che sono denominate disgiunzioni normative. Un esempio di questo stato di non corrispondenza si ha quando la madre è impegnata nel "gioco sociale" con il bambino, guardandolo e sorridendo, mentre il bambino risponde con sguardo neutro e senza sorridere (Tronick, Cohn, 1989). Questo tipo di non corrispondenze non possono essere considerate violazioni delle aspettative, e allo stesso modo le corrispondenze non possono essere considerate delle "riparazioni", ma piuttosto attività di coordinazione che emergono da disgiunzioni moderate. Le interazioni tra

madre e bambino oscillano continuamente fra gradi maggiori e minori di coordinazione. I risultati della ricerca mostrano, però, come vi sia una tendenza a correggere l'interazione in casi di non corrispondenza, ritornando a stati più coordinati in un lasso di tempo molto breve. Lo studio di Tronick e Cohn (1989), infatti, pone in evidenza come il 70 per cento degli stati di non-corrispondenza tra i due partner torna a corrispondere nell'arco di 2 secondi. In aggiunta, Tronick (1989; Gianino, 1986) sostiene come nel bambino l'esperienza di riparazione aumenti il senso di efficacia, sviluppi la capacità di controllo degli eventi e contribuisca all'aspettative di partecipare insieme al partner al processo di riparazione. Questo perché la funzione riparativa è regolata reciprocamente. Le rotture vengono riparate non solo dal bambino, ma anche dalla madre, che sostenendo il bambino nel processo di riparazione, contribuisce ad essa. Perciò, le disgiunzioni e i seguenti sforzi di riparazione rappresentano un importante principio organizzativo. Le disgiunzioni, dunque, si avvicinano al modello di regolazione attesa, poiché la risoluzione di lievi divergenze nella corrispondenza diventa una sequenza attesa. La tendenza a correggere le non-corrispondenze crea l'aspettativa secondo la quale alle non-corrispondenze seguano le corrispondenze, e quindi una forma di regolazione attesa. In tal modo il bambino impara ad aspettarsi che la riparazione dopo una rottura sia possibile (Tronick, 1989). Questa aspettativa di una possibile riparazione rende anche possibile lo sviluppo dell'attaccamento sicuro, oltre ad organizzare l'esperienza, in quanto fornisce al bambino la sicurezza di una base relazionale con l'altro. Anche il *principio dei momenti affettivi intensi* può organizzare i modelli di interazione, e nonostante l'affetto sia presente in ambedue i principi di salienza precedentemente presentati, per affetti "intensi" si intendono dei momenti affettivi di un certo grado in cui il bambino sperimenta una profonda trasformazione del proprio stato. I bambini hanno dei modi innati di esprimere gli affetti attraverso la bocca, la voce e il corpo (Demos, 1984; Field et al, 1982; Malatesta et al., 1989; Ekman, Oster, 1979; Oster, Ekman, 1977; Stern, 1977, 1985; Tomkins, 1980). Gli studi di Izard (1979) dimostrano come i neonati siano in grado di esprimere sin dalla nascita emozioni come interesse, gioia, disagio, disgusto e sorpresa. Tomkins (1980), inoltre, definisce una funzione amplificante dell'affetto secondo la quale *"l'affetto rende migliori gli eventi positivi, e peggiori quelli negativi"* (pag. 158) attraverso l'aggiunta di una particolare qualità analogica che permette di rendere gli eventi particolarmente piacevoli o frustranti. Il concetto di affetti intensi prende le mosse

da questa affermazione di Tomkins, e per momenti affettivi intensi si intende nel modello sistemico l'espressione completa da parte del bambino di qualsiasi pattern facciale o vocale, accompagnata da un'intensa attivazione corporea (Beebe, 1973). Pine (1981) ritiene che i momenti affettivi intensi abbiano un ruolo centrale nell'organizzazione della psiche, delle percezioni e dei ricordi. Lo studioso ha osservato anche che i momenti intensi si organizzano solo se fanno riferimento alle caratteristiche essenziali di momenti simili, dunque i momenti sovraccarichi affettivamente possono essere considerati categorie prototipiche di esperienze affettive simili. La capacità organizzativa dei momenti affettivi intensi dipende dalla capacità del bambino di categorizzare e di aspettarsi esperienze simili e dall'intensità del momento affettivo stesso. In questo caso bisogna, quindi, tenere conto anche del principio di regolazione attesa, in quanto le aspettative giocano un ruolo nell'organizzazione dei momenti affettivi intensi.

Ricapitolando, i tre principi di salienza rappresentano criteri in base ai quali gli eventi si organizzano nel primo anno di vita e successivamente. Queste categorie saranno utili, una volta che la capacità simbolica sarà evoluta, per rappresentarsi aspetti dell'esperienza. Il bambino, infatti, possiede una capacità rappresentazionale pre-simbolica precoce che utilizza per memorizzare i modelli di interazione, attraverso l'utilizzo dei tre principi di salienza. Grazie all'utilizzo di questi principi, il bambino può formarsi prototipi di interazione, o meglio modelli di interazione, che vengono immagazzinati sotto forma di "regole" della relazione, che includono anche lo stile auto-regolatorio.

Bisogna poi sottolineare che l'interazione dei tre principi di salienza, fa sì che essi vengano considerati in maniera integrata.

2.2.4 Il modello sistemico-diadico nel trattamento degli adulti

Il modello sistemico-diadico ha una serie di implicazioni per il trattamento psicoterapico. In primo luogo, la distinzione fra elaborazione implicita e esplicita offre una nuova cornice teorica, che permette di integrare la comunicazione analitica verbale con quella non verbale. In questo modo l'azione terapeutica può esplicitarsi anche in forma implicita e non solo attraverso le comunicazioni verbali. Infatti, i cambiamenti del volto, della voce o dell'orientamento posturale sono strumenti essenziali per percepire l'altro. Tali cambiamenti si verificano molto velocemente, e possono essere considerati l'unità minima all'intero di unità più estese, come le verbalizzazioni. La relazione può essere sia

in forma di elaborazione esplicita e verbale, che sotto forma di elaborazione implicita focalizzandosi sulle variazioni non verbali dell'altro. Il relazionarsi implicito si basa principalmente sulla percezione che il comportamento dell'altro sia coordinato al proprio, e tale percezione si ha soprattutto quando vi è una mancanza di coordinazione. Il concetto di coordinazione bidirezionale sottolinea come ogni interazione venga co-costruita da entrambi i partner. Sander (1977) sostiene che già da bambini si nasce con una motivazione intrinseca a ordinare informazioni, individuare irregolarità e crearsi aspettative, agendo in base ad esse. Secondo questo modello il modo in cui l'autoregolazione si organizza in rapporto alla diade, si pongono le basi per lo sviluppo del senso di un Sé agente, strutturando un mondo soggettivo che si organizza costantemente a partire dall'interazione. Conseguentemente, uno dei postulati di Sander spiega come i processi interni vengano organizzati sia dall'autoregolazione che dalla regolazione interattiva. L'individuo è pienamente descritto solo se si fa riferimento alla diade. Tornando all'elaborazione implicita, abbiamo detto come essa operi al di fuori della coscienza e a livello non verbale. Infatti, mentre la memoria esplicita si riferisce al recupero volontario e simbolico di informazioni e/o eventi, nel caso della memoria implicita vi è un recupero della memoria emotiva procedurale, che è inconsapevole. La memoria procedurale, nello specifico, riguarda le sequenze di azione, codificate in forma non simbolica, le quali influenzano i processi organizzativi che a loro volta guidano il comportamento (Squire, Cohen, 1984; Grigsby, Hartlaub, 1994). Nel bambino inizialmente queste sequenze di azioni sono intenzionali e consapevoli, è solo con la pratica che esse diventano inconsapevoli e automatiche (Muller, Overton, 1998). La corrispondenza dei ritmi vocali può essere un esempio di conoscenza procedurale, che permette di comprendere quando è il proprio turno di parlare, con quale frequenza bisogna alternarsi, quali sono le regole di comunicazione e di interruzione. A livello procedurale implicito, si organizzano importanti *schemi emotivi interattivi* che sono relativi al volto, allo sguardo, alla voce e all'orientamento, producendo delle variazioni nel grado di coordinazione con l'altro (Bucci, 1997). Nel trattamento psicoterapeutico le aspettative che regolano i rapporti possono assumere un'organizzazione implicita, senza per forza diventare consapevoli. Lyons-Ruth (1998) asserisce che solo una piccola area della conoscenza implicita del paziente diventa oggetto delle narrative verbali o delle interpretazioni trasferali. Da qui nasce l'idea secondo la quale l'azione terapeutica possa

esplicitarsi anche a livello implicito, senza necessariamente ricorrere a verbalizzazioni. Clyman (1991) sostiene che l'elaborazione implicita procedurale permette di stabilire un filo di continuità tra infanzia e l'età adulta. Questo approccio tiene conto sia del livello rappresentazionale simbolico (esplicito) che del livello percezione-azione (implicito). Secondo questa prospettiva dell'elaborazione implicita, il comportamento sociale viene coordinato a livello di frazioni di secondo, in modo inconsapevole, con rapidità e densità informativa tale da non consentire il controllo cognitivo centrale e la produzione delle rappresentazioni (Newtson, 1990). A livello implicito percezione-azione, la relazione diadica fornisce una quantità di informazioni sufficiente a strutturare l'azione. Dunque l'analista osservando delle variazioni nel comportamento non verbale, in sé o nel paziente, potrà notare lievi o più severe difficoltà nel rapporto terapeutico. Porre l'attenzione ai comportamenti non verbali permette anche di individuare dei modelli ricorrenti, cercando di comprenderne la storia e il significato. Bisogna tenere conto del fatto che i modelli non hanno un significato stabilito una volta per tutte, esso emerge nel corso del processo analitico. Nella prospettiva sistemica al posto dei termini "sé" e "altro" vengono utilizzati i termini "autoregolazione" e "regolazione interattiva", in quanto il modello sistemico non considera il sé e l'altro come due unità distinte fra di loro, ma come due sistemi correlati e interrelati fin dal principio, e questi termini sottolineano la loro natura processuale. Quindi, assistiamo ad un continuo equilibrio fra autoregolazione e regolazione interattiva, che va continuamente a modularsi. Questo modello di equilibrio influenza l'atteggiamento analitico. Secondo questo modello, il clinico osserva due processi dentro di sé (autoregolazione e regolazione interattiva) e ne inferisce altrettanti nel paziente. Contemporaneamente il terapeuta andrà a comparare le sue inferenze sui due processi nel paziente con l'esperienza che ne fa il paziente stesso. Al tempo stesso, il terapeuta cercherà di osservare i due fenomeni dentro di sé. Dunque, il modello sistemico-diadico e l'infant research danno un contributo notevole non solo nell'ambito della ricerca ma anche per quanto riguarda l'analisi, fornendo un quadro sistematico dell'origine dei processi mediante i quali ci mettiamo in relazione con noi stessi e con gli altri. Concludendo, possiamo affermare che questo modello ci permette di guardare alla relazione come a qualcosa che viene costantemente co-costruito, attraverso processi autoregolatori e di regolazione interattiva che permettono di creare una comunicazione

che non prevede solo lo scambio esplicito, ma anche uno scambio implicito, grazie alla continua coordinazione.

CAPITOLO 3: La ricerca: applicazione del PACS e analisi della sincronizzazione fisiologica

Introduzione

Il presente studio è stato condotto al fine di indagare ed approfondire la relazione fra il fenomeno della sincronizzazione e il pattern di attaccamento dei pazienti, attraverso l'utilizzo del già citato Patient Attachment Coding System (PACS; Talia et al., 2017) durante una seduta di psicoterapia. Obiettivo della ricerca era quello di riscontrare una correlazione significativa fra la sincronizzazione della risposta elettrodermica ed uno stile comunicativo sicuro, individuato tramite la rilevazione di marker proximity seeking ed exploring all'interno degli interventi del paziente, così da ripetere alcuni risultati ottenuti precedentemente da Kleinbub, Talia e Palmieri (2020). Lo studio pilota preso come modello, indagava la sincronizzazione dei segnali di conduttanza cutanea di una diade terapeutica durante il corso di 16 sedute di psicoterapia psicodinamica breve, per mezzo dell'utilizzo di due trasmettitori wireless posizionati su polso dei partecipanti, che erano a loro volta collegati ad elettrodi posizionati sulle dita di paziente e terapeuta. I segnali venivano registrati da un computer, che attraverso il sistema BIOPAC MP-150, forniva i dati della sincronizzazione elettrodermica dei due individui. Per analizzare i trascritti delle sedute, sono stati utilizzati rispettivamente il Therapist Attunement Scales (TASc; Talia, Munzi et al., 2018) e il Patient Attachment Coding System (PACS; Talia et al., 2017), due strumenti che classificano rispettivamente l'attaccamento del terapeuta e del paziente, basandosi sullo stile comunicativo utilizzato durante la seduta. I risultati dello studio pilota confermano l'ipotesi iniziale di una maggiore sincronizzazione evidenziata durante l'utilizzo di marker che esprimono un attaccamento sicuro. Il PACS ha come riferimento teorico quanto già discusso nel Capitolo 1, ossia fa riferimento alla teoria dell'attaccamento e al concetto di epistemic trust, inteso come l'aspettativa che la comunicazione con gli altri possa portare ad un miglioramento delle conoscenze sul mondo. Le aspettative sull'altro e su suo modo di comunicare, intrinseche ad ogni pattern di attaccamento, porterebbero l'individuo a modulare il proprio linguaggio e ad utilizzare diverse strategie comunicative. Partendo dallo studio di Kleinbub, Talia e Palmieri (2020), la nostra ipotesi era quindi che ad uno stile comunicativo saturo di interventi

sicuri, corrispondesse un maggior livello di sincronizzazione elettrodermica, in particolare in corrispondenza dei marker sicuri individuati tramite PACS.

3.1 Metodo utilizzato

3.1.1 Partecipanti

I partecipanti dello studio sono stati raccolti in collaborazione con uno psicologo e psicoterapeuta cognitivo-comportamentale ad orientamento liottiano, che lavora sul territorio di Roma. È stato proposto di partecipare all'esperimento a tutti i pazienti che avessero programmato una seduta entro un mese, a partire dall'inizio della raccolta dati. Per partecipare allo studio un criterio di inclusione è stato aver iniziato un percorso di psicoterapia con lo psicoterapeuta da almeno 4 sedute. Non erano invece previsti particolari criteri di esclusione, sebbene fossero escluse patologie di tipo psicotico o paranoide (dato che l'esperimento prevedeva l'applicazione di elettrodi, cosa che i soggetti in questione potevano vivere come un'invasione minacciosa) e l'assenza di sintomatologia psichiatrica franca o pregressa. I pazienti che hanno aderito allo studio sono 23, dei quali 9 femmine e 14 maschi. Di questi 23, 9 sono stati scartati a causa della scarsa qualità delle rilevazioni fisiologiche. I dati presi in considerazione per lo studio riguardano, perciò, solo 14 pazienti, di cui 5 femmine e 9 maschi, di età compresa fra i 21 e i 64 anni. Tra i pazienti scelti: 3 soffrivano di un disturbo dell'umore, 3 di un disturbo di personalità, 1 di un disturbo legato ad un evento traumatico e stressante, 1 di un disturbo bipolare, 3 di un disturbo d'ansia, 1 di un disturbo ossessivo compulsivo, 1 di disforia di genere e 1 di un disturbo correlato a sostanze.

3.1.2 Procedura di acquisizione dei dati

Ai pazienti, dopo che è stata presentata la possibilità di partecipare alla ricerca e dopo averne spiegato le finalità, durante la seduta sono state fornite le informazioni sulla ricerca, insieme al consenso informato, presentato in forma scritta e orale. La seduta successiva a quella di presentazione, è stata registrata. In quella sede, una sperimentatrice dell'Università di Padova ha accolto i pazienti, occupandosi della registrazione audiovisiva e del piazzamento degli elettrodi sulla mano non dominante. Al contempo, il terapeuta forniva una spiegazione della procedura, chiedendo al paziente di muovere la

mano il meno possibile. La sperimentatrice dopo aver attivato la registrazione audiovisiva e fisiologica, abbandona la stanza lasciando che la seduta si svolga normalmente. Si è poi misurato contemporaneamente il livello di conduttanza cutanea (skin conductance, SC) di entrambi i componenti della diade terapeutica, per mezzo del BIOPAC MP-150 System, utilizzando sensori wireless BIOPAC BioNomadix ed elettrodi monouso, posizionati con gel elettrolita sulla falange distale dell'indice e del medio della mano non dominante. I segnali sono stati raccolti con una frequenza di campionamento di 1 KHz, filtrati con un filtro low-pass a Hz (il quale permette il passaggio di frequenze al di sotto di una data soglia) per rimuovere il rumore elettrico e gli artefatti del movimento, garantendo quindi l'integrità dei dati. I segnali di conduttanza cutanea sono stati monitorati individualmente per gli artefatti rimanenti, così come le parti della registrazione eccessivamente disturbate sono state corrette oppure appiattite, dove possibile. È stato un procedimento necessario per preservare l'appaiamento temporale fra i tracciati fisiologici dei diversi partecipanti e le altre misure, cioè l'audio e il video della seduta. Per ultimo, i dati sono stati ricampionati a 100 Hz per procedere con ulteriori analisi.

3.1.3 Strumenti e analisi dei dati

L'analisi dei dati è stata svolta su due livelli:

1. Il calcolo della sincronizzazione fisiologica dei soggetti per mezzo della rilevazione dei segnali di conduttanza cutanea;
2. La codifica delle sedute trascritte verbatim tramite il Patient Attachment Coding System (PACS; Talia, Miller-Bottome & Daniel, 2017).

Questo ha permesso di confrontare il piano fisiologico con quello della dimensione verbale nell'ambito dell'interazione di una diade terapeutica.

3.1.4 Analisi della sincronizzazione fisiologica

Per calcolare la sincronizzazione fisiologica dei soggetti per ogni seduta è stato utilizzato un algoritmo chiamato *Adaptive Matching Interpolated Correlation* (AMICo), descritto e implementato nel pacchetto DyadSynch per il software statistico R (Kleinbub, 2019). L'algoritmo individua per ogni seduta i picchi e le valli del segnale della conduttanza cutanea del paziente e del terapeuta. Successivamente, per ciascun picco del paziente,

cerca di abbinare i picchi del terapeuta, entro un lag massimo di più o meno 4 secondi. Per ciascuna coppia di massimi selezionati calcola un indice di similarità, che viene ottenuto attraverso la trasformazione derivata di primo ordine dei segnali, successivamente normalizzate nel range 0,1. L'indice di similarità (che si ottiene sottraendo a 1 la differenza fra le derivate al quadrato) viene pesato per la distanza fra i due picchi, penalizzando le associazioni sulla base della distanza temporale, fino ad una penalità massima del 35% per le associazioni con lag estreme (ossia 4 secondi). Viene, dunque, scelta la combinazione di associazioni fra picchi che massimizzano la similarità di tutte le associazioni rilevate nel corso dell'intera seduta, preservando il criterio che due picchi di uno dei soggetti non possano essere associati allo stesso massimo dell'altro. Successivamente, per ciascuna coppia di picchi associati, viene deformata la sequenza di segnale più corta tramite interpolazione lineare, al punto da farla corrispondere alla lunghezza della sequenza corrispondente di lunghezza maggiore. Infine, viene calcolata la correlazione di Pearson sulle due sequenze così trasformate. I risultati consistono in una serie di correlazioni, una per ciascuna sequenza valle-picco-valle abbinata fra paziente e terapeuta. Un esempio di rappresentazione grafica dell'output dell'algorithm è rappresentato in Figura 1.

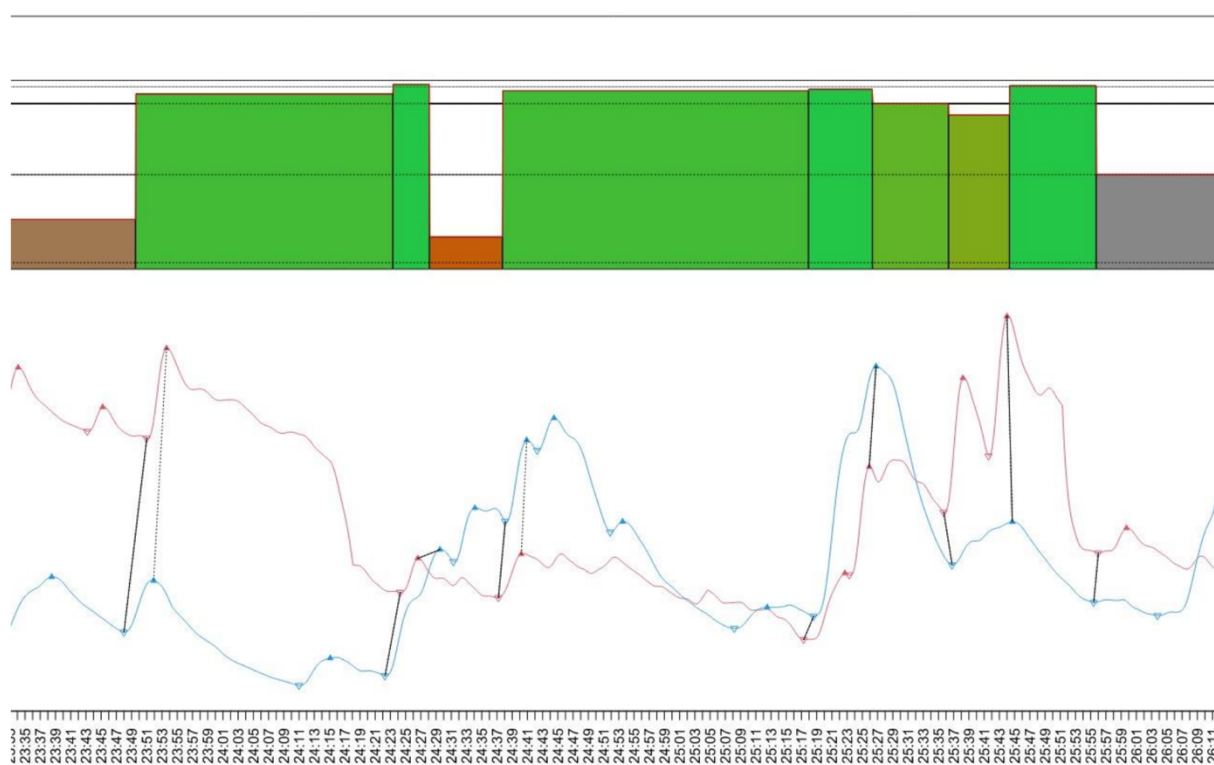


Figura 1. Esempio di segnali di conduttanza cutanea di paziente (linea rossa) e terapeuta (linea blu). I match fra picchi e valli di paziente e terapeuta sono stati identificati per mezzo dell’algoritmo AMICo, e sono stati successivamente rappresentati graficamente dai segmenti neri che collegano i due segnali. All’interno del grafico si possono notare delle aree verdi, le quali indicano la presenza di sincronizzazione fra i due segnali, mentre quelle grigie indicano asincronia.

3.1.5 Analisi del dato testuale

L’analisi dei trascritti verbali delle sedute è stata svolta utilizzando come strumento il Patient Attachment Coding System (PACS, Talia et al.,2017).

Come precedentemente detto, lo strumento serve ad individuare specifici marker che svolgono differenti funzioni per quanto riguarda la sintonizzazione durante la conversazione, e possono essere assegnati ad una parola, enunciato o ad interi turni di discorso.

Ricapitolando, i marker che esprimono una comunicazione sicura sono quelli di *proximity seeking* ed *exploring*, mentre quelli che esprimono una comunicazione insicura sono *involving* e *merging*, appartenenti alla scala *resistance*.

PROXIMITY SEEKING	EXPLORING		INVOLVING	MERGING
	<i>Affective sharing</i>	<i>Autonomous reflection</i>		
Distressful full narrative	Defining narrative sequence	Autonomous mentalizing	Enlisting therapist	Vague/illogical speech
Distressful chronicle	Defining chronicle	Autonomous interpersonal description	Enlisting other	Rhetorical questions and answers
Critical evaluation	Praising evaluation	Autonomous values	Unmarked address	Verbatim thought report
Present distressful emotions	Gratitude		Self-entitled criticism	Intruding disclosure to other
Present interpersonal intentions and wants			Preaching	Intruding opinion of other
Present unmet needs			Involving chronicle	Merging interpersonal description
				Merging rules of life
				Merging chronicle

Tabella 2. Distribuzione marker PACS

Sono state codificate le trascrizioni di 14 sedute (sessioni 11, 2, 4, 5, 6, 7, 10, 12, 14, 17, 18, 20, 21, 22) con l'utilizzo del PACS. In primo luogo, è stato svolto un periodo di training (condotto dal professore Kleinbub, con la partecipazione del professor Talia) per l'acquisizione delle competenze necessarie ad effettuare le procedure di codifica dello strumento, lavorando su sedute di prova, fino al raggiungimento del sufficiente grado di accordo fra quattro codificatori.

Solo dopo il training, sono state codificate le 14 sedute dell'esperimento, suddividendole in modo equo fra quattro. Il lavoro è stato effettuato in coppie, e in modo cieco rispetto ai dati di sincronizzazione fisiologica. Facciamo ora due esempi di codifica con PACS.

“io e l'altro Filippo abbiamo... abdicato ai nostri ruoli di compagno e compagno... si potrebbe dire marito e moglie nella vita eterosessuale, ma la stessa cosa vale per noi, e ci siamo troppo trasformati in amico e amico, o inn confidente e confidente. Questo alla lunga ci ha portato evidentemente poi forse alla ricerca di nuove pulsioni, che lui ha trovato inizialmente con Corrado, e che io poi ho trovato diversi anni dopo con Alessandro... eee... perché forse i nostri tempi sono più prolungati degli altri, magari c'è chi ci mette pochi mesi, noi ci abbiamo messo poche ann-, eehm, alcuni anni, però poi penso che le conseguenze siano quest-.”

Lo stralcio è tratto dalla seduta 22 e rappresenta un esempio di marker sicuro della categoria *exploring*, nello specifico *autonomous mentalizing*. In questo marker, il paziente fa delle congetture sul proprio o altrui stato mentale, e per poter codificare l'*autonomous mentalizing*, è necessario in primo luogo individuare il *reflective tags*, ossia delle particelle che esprimono dubbio o incertezza, che in questo caso sono rappresentate dall'avverbio “forse”. Successivamente occorre individuare l'emozione, il pensiero o l'operazione mentale che il *reflective tags* introduce, chiamata *mentalizing conjecture*. Nel caso dell'esempio il paziente compie delle operazioni mentali nel cercare di spiegare il cambiamento della relazione con il suo partner (“Questo alla lunga ci ha portato evidentemente poi forse alla ricerca di nuove pulsioni, che lui ha trovato inizialmente con

Corrado, e che io poi ho trovato diversi anni dopo con Alessandro... eee... perché forse i nostri tempi sono più prolungati degli altri, magari c'è chi ci mette pochi mesi, noi ci abbiamo messo poche ann-, eehm, alcuni anni, però poi penso che le conseguenze siano quest-.”). Per ultimo, è necessario individuare il *pivot*, una locuzione che introduce una prospettiva diversa rispetto a quella espressa nella *mentalizing conjecture*, che in questo caso è la *present subject evaluation*, ossia un giudizio soggettivo presente del parlante che attribuisce una caratteristica positiva o negativa ad un soggetto altro o al suo comportamento o a sé stesso o al proprio comportamento, e fa riferimento a ciò che il soggetto pensa nel presente (“*abbiamo... abdicato ai nostri ruoli di compagno e compagno*”).

Successivamente, riportiamo uno stralcio della seduta 12, esempio di marker insicuro:

“la domanda è-è-èra: perchè anche non dicevo le cose? Perchè avevo paura di creare delle rotture.. che poi mi portassero probabilmente di fronte a un'evidenza e dici "tu non è che ci tieni tanto"

Questo frammento della seduta rappresenta un esempio di marker insicuro, nello specifico un *merging rhetorical questions and answers*. Per poterlo codificare è necessario individuare un momento in cui il paziente pone una domanda a sé stesso (“*perchè anche non dicevo le cose?*”) e immediatamente risponde a quest'ultima (“*Perchè avevo paura di creare delle rotture.. che poi mi portassero probabilmente di fronte a un'evidenza e dici "tu non è che ci tieni tanto"*). Si parla di domande e risposte retoriche in quanto non sono poste per ottenere una risposta dall'altro, ma solo per creare un effetto drammatico o per comunicare la riflessione in corso.

Dopo aver individuato i marker, essi sono stati messi a confronto con le video-registrazioni, rendendo possibile l'estrazione dei minutaggi relativi ad ogni seduta, con la precisione di circa un secondo. Per i criteri di *start* e *end* della codifica, si è fatto riferimento all'introduzione di un nuovo argomento come regola di inizio, e al cambiamento dello stesso come regola di fine. I minutaggi sono stati, dunque, utilizzati per individuare le epoche corrispondenti nella serie temporale della conduttanza cutanea, ed è stata poi calcolata la mediana e l'effect-size per l'insieme di queste epoche. Per essere sicuri di avere una stima accurata della probabilità che il livello di sincronizzazione della conduttanza cutanea, osservato durante le sequenze in cui venivano rilevate le diverse

categorie dei marker PACS, non fosse casuale, è stato scelto di effettuare un'analisi di permutazione. Questa tipologia di analisi rappresenta un'alternativa più forte rispetto a tecniche di test parametrici tradizionali come il t-test, scelta dovuta alla forte asimmetria della distribuzione dei valori di sincronizzazione. La procedura consiste nell'estrazione casuale di un insieme di epoche di numero e durata pari alle epoche reali dell'intero set dei dati di sincronizzazione. Per questi segmenti di segnali selezionati a caso, sono stati ricalcolati una nuova mediana e un nuovo effect-size. La stessa procedura è stata ripetuta 1000 volte, ottenendo un'approssimazione della distribuzione reale dei parametri mediana ed effect-size sotto l'ipotesi nulla, per epoche simili a quelle reali, per ogni categoria PACS. I valori nelle epoche reali uguali o più estremi dell'intervallo di massima densità del 95% (HDI; Kruschke, 2014) di questa distribuzione, permetterebbero di rigettare l'ipotesi nulla di casualità dei risultati. Tutte le analisi sono state eseguite con il software statistico R (R Core Team, 2020).

3.2 Risultati

3.2.1 Risultati dell'analisi PACS

L'analisi PACS dei trascritti presi in considerazione ha identificato 42 sequenze di *proximity seeking*, di cui 23 codificate come *critical evaluation*. Quest'ultimo fa riferimento ad una critica o una lamentela che il paziente esprime verso un'altra persona o un gruppo di persone, oppure una relazione, sottolineando le proprie conseguenze interne. In relazione ai *marker exploring* sono state individuate 56 epoche, delle quali 36 codificate come *autonomous mentalizing*. Le sequenze codificate con marker involving sono invece 26, delle quali 12 *involving unmarked address*, uno stralcio di testo in cui il paziente si rivolge ad una persona oppure un gruppo di persone altre rispetto al terapeuta, parlando in 2° persona, come se fosse immerso in un contesto differente rispetto a quello della seduta; il paziente, inoltre, non introduce il discorso con verba dicendi. Per ultimo, l'analisi ha portato all'evidenza 103 sezioni contenenti marker *merging*. Di queste, 28 sono state codificate come *merging verbatim thought report*, un marker che si riferisce ad un pensiero riportato come se fosse all'interno di un discorso diretto; altre 11, sono state codificate come *merging intruding disclosure to other*, e 15 come *merging intruding opinion of other*. I due marker fanno riferimento a momenti in cui il paziente cita rispettivamente cosa lui stesso o altri hanno detto in una certa situazione, e cosa è stato

detto allo stesso paziente; non vengono riportate risposte dell'interlocutore o conseguenze. Per ultimo, 35 marker sono stati codificati come *merging chronicle*, ossia un frammento del testo in cui il paziente racconta uno specifico episodio, che non contenga marker sicuri o *involving*, e che sia più lungo di 3 righe.

<i>Proximity seeking</i>	<i>Exploring</i>	<i>Involving</i>	<i>Merging</i>
42	56	26	103

Tabella 3. Frequenza delle diverse categorie di marker PACS, all'interno delle 14 sedute codificate.

Come si osserva dalla Tabella 3, la frequenza dei marker *involving* e *merging*, considerati marker insicuri è maggiore di quelli codificati come *proximity seeking* ed *exploring*, considerati indice di sicurezza.

Dunque, è possibile ipotizzare che il database a disposizione fosse composto prevalentemente da pazienti con attaccamento insicuro.

3.2.2 Risultati dell'analisi quantitativa

Secondo le ipotesi iniziali, l'aspettativa era una corrispondenza fra i momenti di elevata sincronizzazione fisiologica e le sequenze in cui venivano codificati marker *proximity seeking*, ma l'analisi dei dati non ha condotto a risultati significativi.

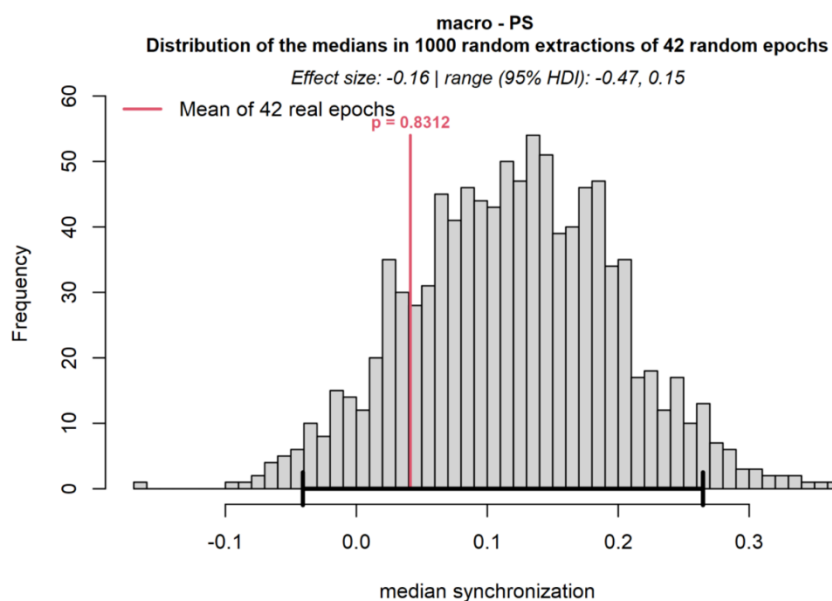


Figura 2. Analisi delle permutazioni per i marker *proximity seeking*. Nel grafico viene rappresentata la distribuzione delle fasi di sincronizzazioni elettrodermica mediane in 1000 estrazioni di 42 epoche casuali. Il segmento verticale rappresenta la sincronizzazione mediana delle 42 epoche temporali reali, ossia i marker codificati come *proximity seeking*. Non è possibile rigettare H_0 in quanto $p > 0,05$ ($p = 0,8312$), laddove H_0 corrisponde all'ipotesi secondo cui la sincronizzazione rilevata in corrispondenza dei marker *proximity seeking* sia dovuta al caso. Analogamente ai marker *proximity seeking*, quelli *exploring* sono indice di una comunicazione sicura. L'aspettativa era quella di riscontrare anche in questo caso un alto grado di sincronizzazione in corrispondenza dei marker *exploring*. Nuovamente, i risultati ottenuti tramite l'analisi di queste sedute non sono significativi.

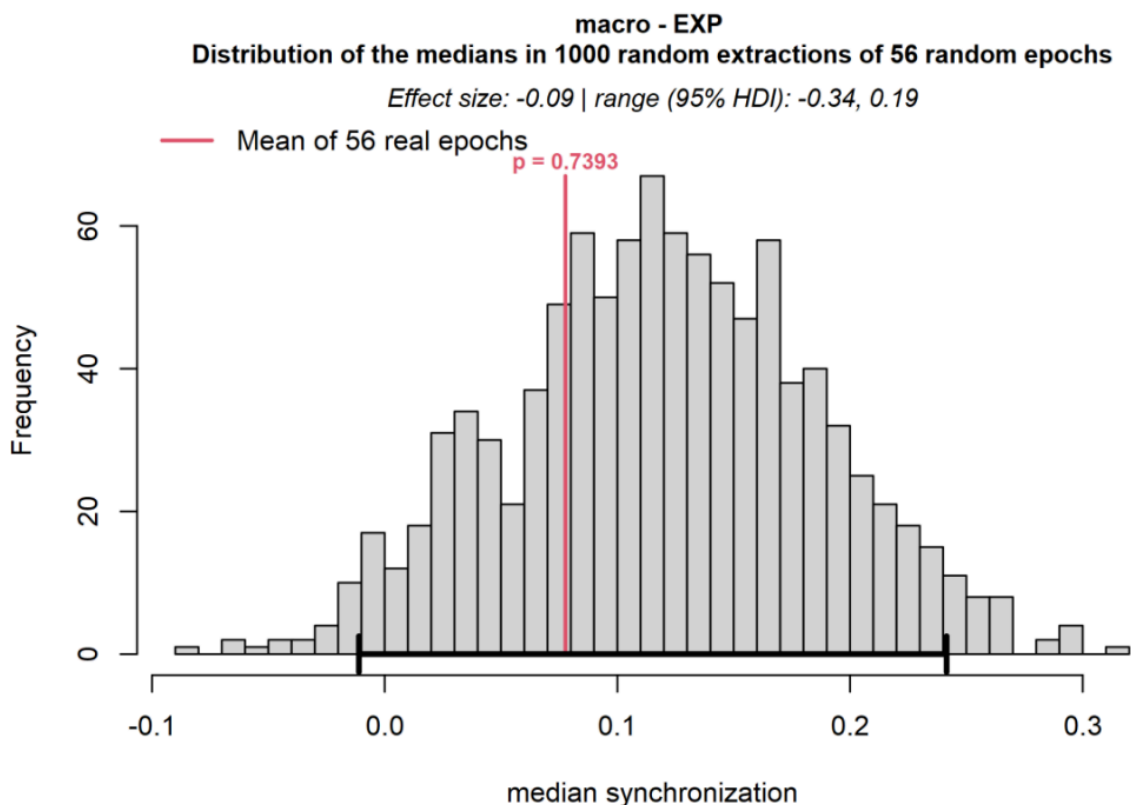


Figura 3. Analisi delle permutazioni per i marker *exploring*. Il grafico rappresenta la distribuzione delle fasi di sincronizzazioni elettrodermica mediane in 1000 estrazioni di 56 epoche casuali. In rosso viene rappresentata la sincronizzazione mediana delle 56 epoche temporali reali, ossia i marker codificati come *exploring*. Non è possibile

rigettare H_0 in quanto $p > 0,05$ ($p = 0,7393$), laddove H_0 corrisponde all'ipotesi secondo cui la sincronizzazione rilevata in corrispondenza dei marker *exploring* sia dovuta al caso.

Contrariamente ai marker precedentemente presi in considerazione, nel caso dei marker *involving*, essi fanno riferimento ad uno stile comunicativo non sicuro. Per questo motivo, ci si aspettava di osservare una sincronizzazione molto bassa fra paziente e terapeuta. Anche in questo caso, però, i risultati ottenuti non sono significativi, in quanto il pattern di sincronizzazione non sembra differenziarsi rispetto a quello rilevato durante gli interventi sicuri.

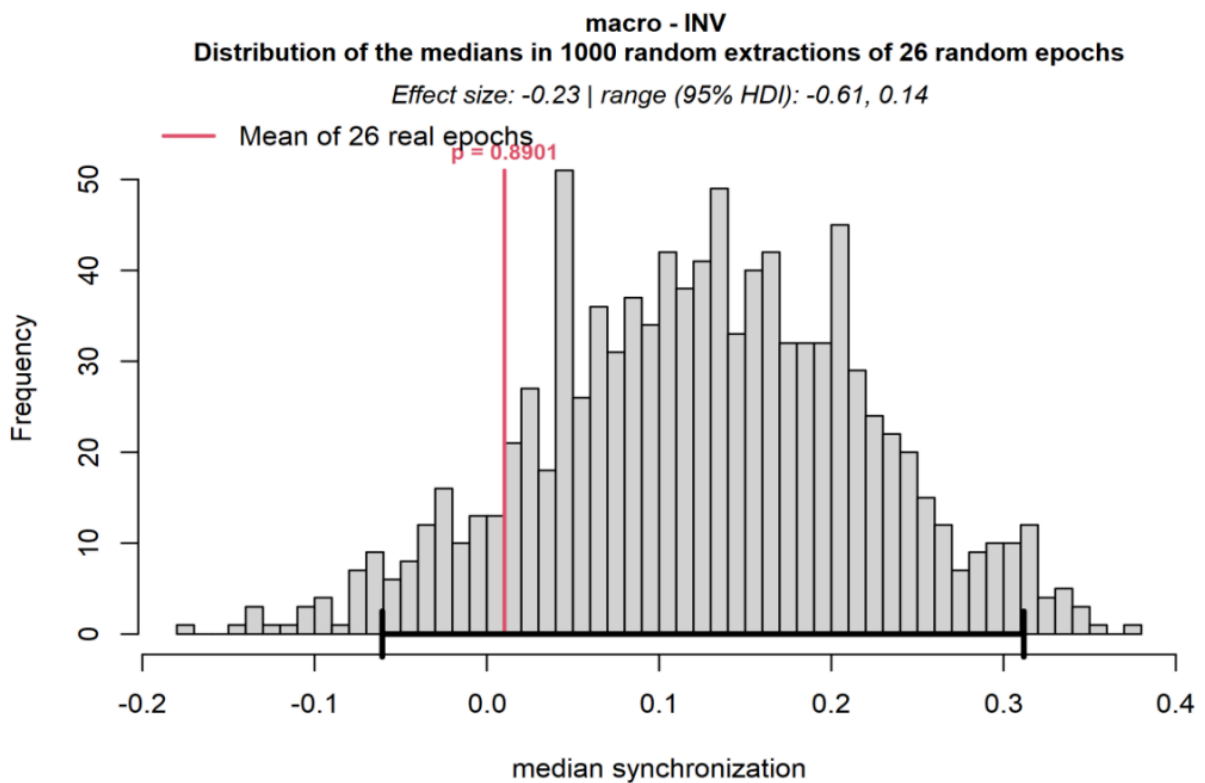


Figura 4. Analisi delle permutazioni per i marker *involving*. Il grafico rappresenta la distribuzione delle fasi di sincronizzazioni elettrodermica mediana in 1000 estrazioni di 26 epoche casuali. In rosso viene rappresentata la sincronizzazione mediana delle 26 epoche temporali reali, ossia i marker codificati come *involving*. Non è possibile rigettare

H0 in quanto $p > 0,05$ ($p = 0,8901$), laddove H0 corrisponde all'ipotesi secondo cui la sincronizzazione rilevata in corrispondenza dei marker *involving* sia dovuta al caso.

Anche i marker *merging*, come quelli *involving*, sono considerati indicatori di una comunicazione non sicura, e proprio per questo anche nel loro caso l'ipotesi era quella di riscontrare un grado di sincronizzazione minore durante questo tipo di interventi. Nuovamente, i risultati ottenuti non sono significativi.

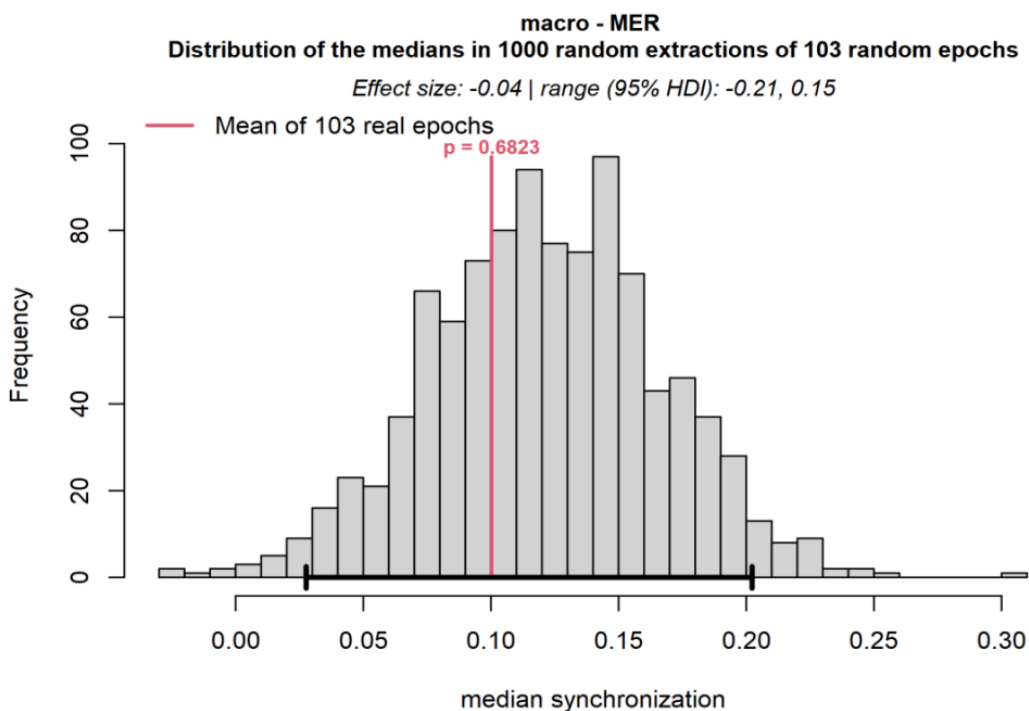


Figura 5. Analisi delle permutazioni per i marker *merging*. Il grafico rappresenta la distribuzione delle fasi di sincronizzazioni elettrodermica mediana in 1000 estrazioni di 103 epoche casuali. In rosso viene rappresentata la sincronizzazione mediana delle 103 epoche temporali reali, ossia i marker codificati come *merging*. Non è possibile rigettare H0 in quanto $p > 0,05$ ($p = 0,6823$), laddove H0 corrisponde all'ipotesi secondo cui la sincronizzazione rilevata in corrispondenza dei marker *merging* sia dovuta al caso. Non è stata trovata quindi alcuna evidenza di una maggiore o minore sincronizzazione all'interno di nessuna categoria di marker.

3.3 Analisi esplorativa

3.3.1 Teoria di riferimento dell'analisi esplorativa

Dal momento che le ipotesi dell'analisi confermativa non hanno trovato conferma empirica, mi sono posta l'obiettivo di esplorare la relazione fra sincronizzazione e attaccamento in maggiore profondità, al fine di identificare meccanismi e/o dinamiche non evidenziati in precedenza. In particolare, ho voluto esplorare come altri specifici meccanismi comunicativi potessero collegarsi a quelli della sincronizzazione, andando a vedere nel qui ed ora del trascritto come questi due processi potessero essere connessi da una relazione più sofisticata. La letteratura rispetto al significato della coordinazione fisiologica, come già abbiamo detto nel capitolo 2, si divide in due ipotesi esplicative:

- La prima ipotesi sostiene che un alto grado di coordinazione interpersonale sia ottimale per la comunicazione (Chapple, 1970), che è la stessa ipotesi presa in considerazione per articolare l'analisi quantitativa presentata;
- La seconda ipotesi sostiene, invece, che un alto grado di coordinazione è indice di una comunicazione patologica (Gottman, 1981), assumendo che siano i livelli intermedi di coordinazione ad essere ottimali (Warner et al., 1987).

Per costruire l'ipotesi di partenza dell'analisi esplorativa è stata presa in considerazione la terza ipotesi, facendo riferimento al *modello sistemico di equilibrio tra autoregolazione e regolazione interattiva* di Jaffe e colleghi (2001). Ipotesi centrale di tale modello è che non necessariamente una coordinazione maggiore sia anche "migliore". Secondo il modello non sono i livelli di alta sincronizzazione a predire un attaccamento sicuro, ma livelli di sincronizzazione intermedia, in quanto a livelli intermedi la coordinazione interattiva è presente, ma non vincolante. Quando uno dei partner agisce fuori dalla zona intermedia, c'è un tentativo da parte sua di affrontare un problema nell'interazione: un polo dello squilibrio è definito dall'eccessivo monitoraggio del partner a spese dell'autoregolazione (vigilanza interattiva), mentre l'altro polo è rappresentato dall'eccessiva preoccupazione per l'autoregolazione a discapito della sensibilità interattiva (ritiro o inibizione). A livello intermedio, dunque, gli autori ipotizzano che ci possa essere uno sviluppo sociale e una comunicazione ottimale. Di contro, una coordinazione troppo alta, può causare nell'individuo ipervigilanza, allarme o diffidenza. Il modello di equilibrio proposto da Jaffe e colleghi prende le mosse dal già citato studio sul timing dei bambini nella prima infanzia, nel quale sono stati esaminati i ritmi vocali

nelle interazioni di 82 bambini di 4 mesi, sia con la madre che con un'estranea. Per esaminare i dialoghi vocali tra madre e bambino è stata audioregistrata l'interazione in modo da ottenere per ogni voce un canale separato. Una volta che i bambini hanno raggiunto un anno di età è stata valutata la dimensione dell'attaccamento, per mezzo della Strange Situation di Mary Ainsworth (1960). I risultati hanno messo in evidenza come i ritmi delle madri e dei bambini fossero coordinati, e in più il grado di coordinazione raggiunto a 4 mesi permetteva di predire la qualità dell'attaccamento e le abilità cognitive sviluppate a 12 mesi. Infatti la madre e il bambino coordinavano le vocalizzazioni e le pause, e le pause dell'uno erano prevedibili sulla base delle vocalizzazioni e delle pause dell'altro. Rispetto all'attaccamento, un alto grado di correlazione fra madre e bambino prediceva un attaccamento insicuro-disorganizzato. Un alto grado di coordinazione, si è ipotizzato potesse essere il risultato di strategie del bambino per superare i problemi della comunicazione con un genitore non "accogliente". Un livello intermedio di coordinazione era invece ottimale e prediceva un attaccamento sicuro.

3.3.2 Ipotesi di partenza dell'analisi esplorativa

Alla luce di ciò, possiamo provare a rileggere alcuni dati utilizzando il modello sistemico di equilibrio di Jaffe e ipotizzando che a livelli di sincronizzazione intermedia, corrisponda una maggiore possibilità di comunicazione ottimale. Di conseguenza, ne ho dedotto che a picchi di sincronizzazione più alti corrispondano difficoltà nella comunicazione dovuta ad un eccessivo sbilanciamento verso uno dei due poli di regolazione interpersonale sopra citati. Ho, inoltre, ipotizzato che a picchi di sincronizzazione più alta dovessero seguire dei tentativi, seppur inconsapevoli, di ritornare alla situazione di equilibrio fra autoregolazione e regolazione interattiva iniziale. In seguito ad un'esplorazione preliminare dei dati in forma grafica, ho ipotizzato che tali tentativi di ristabilire il giusto livello di equilibrio, potessero essere rappresentati dall'utilizzo di marker insicuri, nello specifico i marker di tipo Merging, attraverso cui il paziente cerca di riportare la propria attivazione fisiologica ad un livello più equilibrato di autoregolazione e regolazione interattiva, per mezzo della comunicazione. I marker Merging si attribuiscono quando il paziente parla in maniera confusa, cambia argomento, presenta la propria esperienza interna in modo non chiaro, privo di contenuti emotivi elaborati. Sono marker caratteristici di attaccamento insicuro preoccupato, e quindi di stili

epistemici descrittivi. L'attaccamento insicuro preoccupato adulto, prende le mosse dall'infantile attaccamento resistente. Secondo la ri-lettura dell'attaccamento proposta da Talia e colleghi (2017) il bambino in un attaccamento resistente attribuisce al caregiver una ridotta competenza prospettica, aspettandosi dal caregiver che lui o lei trasmetterà informazioni senza concentrarsi esplicitamente su ciò che potrebbe essere più rilevante per il bambino. Così, i bambini in questa configurazione hanno bisogno di capire cosa intende il caregiver, e tenderanno a concentrare l'attenzione sulla propria valutazione di ciò che è rilevante, con meno attenzione verso ciò che è rilevante per il caregiver. Per meglio spiegare come funziona l'interpretazione della comunicazione in questo caso potremmo fare un esempio pratico. Consideriamo che un certo John sia il padre di una certa Mary. Il padre indica la direzione di una pila di giocattoli. Senza considerare il contesto o il punto di vista di John, Mary sarà persa nel capire cosa sta indicando suo padre e quale sia la sua intenzione nel farlo. Se Mary non attribuendo competenza interpretativa a suo padre, si aspetterà che egli trasmetta informazioni non vincolate da una considerazione di ciò che potrebbe essere più rilevante per lei. Pertanto, se Mary non si aspetta che l'indicare del padre abbia un significato inteso singolarmente e ben definito, potrebbe concludere che qualsiasi giocattolo che lei stessa trova interessante nella pila potrebbe essere uno dei referenti di suo padre. I bambini in questo tipo di relazioni, che abbiamo definito per lo più resistenti, danno priorità a ciò che è rilevante per loro prima di affinare la prospettiva del caregiver, e svilupperanno gradualmente uno stile epistemico descrittivo. Lo stile epistemico, infatti riflette le differenze nel modo in cui gli individui danno la priorità alla focalizzazione dei riflettori dell'attenzione, alternativamente su: 1) ciò che il comunicatore può ritenere essere rilevante per il destinatario (orientamento prospettico); 2) ciò che il destinatario considera rilevante, indipendentemente dal comunicatore (orientamento informativo). I bambini resistenti, possono sviluppare uno "stile epistemico descrittivo" (Fonagy, 2017), nella misura in cui la loro attenzione si concentra prima di tutto su ciò che il destinatario considera rilevante in modo indipendente, prima di concentrarsi sulla prospettiva del comunicatore. Questo stile epistemico, può portare a fraintendere il messaggio del comunicatore per farlo corrispondere alle aspettative iniziali di rilevanza del destinatario (Talia et al, 2021). Oltre a influenzare il modo in cui gli individui accedono e condividono il significato e i loro atteggiamenti verso la comunicazione interpersonale, lo stile epistemico descrittivo, che

dunque colleghiamo agli individui preoccupati, riflette l'aspettativa che il destinatario cominci a prestare attenzione a ciò che egli stesso giudica essere più informativo nella comunicazione, e solo allora cercherà di capire cosa il comunicatore ritiene essere più rilevante per lui o per lei. Per questo motivo, al fine di mantenere l'attenzione dell'ascoltatore, i parlanti preoccupati possono produrre descrizioni dettagliate e vivide di persone ed eventi, senza organizzare le informazioni per fare un punto specifico. Prendono turni di parola più lunghi (Waters et al., 2017), parlano in vaghe generalità, spesso interpolate da improvvisi cambiamenti di argomento o spostamento di opinione, che sembrano presupporre la comprensione dell'ascoltatore (Main et al., 2002), presentano prontamente le loro valutazioni degli altri e di sé stessi in termini oggettivi, con poco riferimento a come tali valutazioni possano riflettere la costruzione soggettiva o la prospettiva del parlante (Cassidy et al., 2012). Inoltre, citano testualmente i loro pensieri passati invece di dichiarare le loro valutazioni soggettive nel presente (Cassidy et al., Talia et al., 2014). È interessante sottolineare, che nelle misure che impiegano tecniche proiettive, questo stile è dimostrato da storie che includono una ricchezza di dettagli di proiezione interessante per il destinatario, ma che sono difficili da seguire (George & West, 2012). Nel contesto della psicoterapia (Talia et al., 2017), infine, queste tendenze emergono quando i pazienti rispondono in modo incongruente agli interventi del terapeuta, presentano le loro valutazioni soggettive come se fossero fatti, e producono narrazioni che sono piene di termini vaghi e dettagli irrilevanti. Come ipotesi di partenza ho, quindi, ipotizzato che uno stile epistemico descrittivo potesse produrre un tipo di comunicazione che allontana dalla possibilità di elaborazione dei vissuti emotivi e condivisione di prospettive con il terapeuta, in quanto, come abbiamo già detto, lo stile epistemico descrittivo si basa per lo più su un tipo di comunicazione descrittiva e informativa, priva di competenza prospettica. La competenza prospettica, infatti, permette di selezionare informazioni rilevanti, dal proprio punto di vista, per l'altro. Infatti, l'utilizzo dei marker Merging permette al paziente con questo stile epistemico di mantenere la conversazione su un piano descrittivo e poco aperto alla condivisione di punti di vista e di vissuti emotivi.

3.3.3 Osservazione preliminare dei dati fisiologici

L'analisi ha preso le mosse dall'osservazione dei long-plot, i quali sono rappresentazioni grafiche su cui è riportata l'attivazione fisiologica del paziente e del terapeuta momento per momento, indicando in basso i minuti e i secondi a cui l'attività fisiologica si riferisce (vedi per un esempio figura 2). I momenti di sincronizzazione vengono indicati dalla presenza di barre verdi, la cui intensità di colore può variare a seconda dell'intensità della sincronizzazione stessa. Oltre a riportare questi dati, nei long plots vengono indicati anche tutti i marker di PACS riscontrati nella seduta. Seguendo una procedura di *bottom-up*, ho visionato i long-plot di tutte le sedute, allo scopo di individuare fenomeni caratteristici di sincronizzazione, soffermandomi principalmente nei momenti in prossimità dei marker Merging e sui picchi di sincronizzazione ad essi collegati. Seguendo questa procedura, ho osservato la frequente ripetizione della co-occorrenza fra una fase di elevata sincronizzazione fisiologica seguita da una diminuzione del picco in concomitanza di un marker Merging. Tale configurazione si era manifestata 40/103 volte, e non nelle sedute 6, 18, 21, in cui tali configurazioni non erano presenti. I picchi di sincronizzazione di conduttanza cutanea presi in considerazione riprendono la struttura del picco sotto riportato:

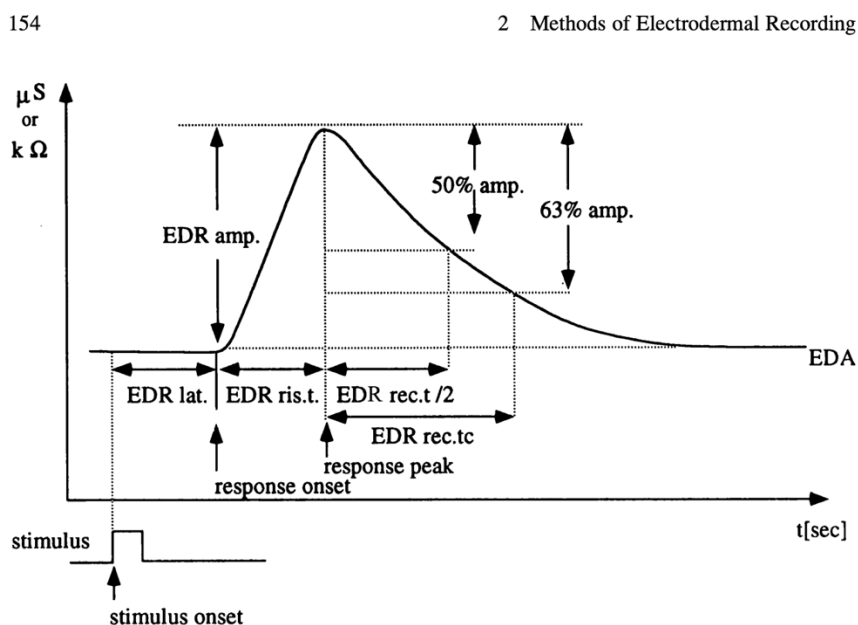


Figura.1 Un ideale EDR esosomatico registrato in DC di tipo 1 e i parametri da ottenere da esso

Il grafico rappresenta un tipico stato di eccitamento in un individuo con elevata labilità elettrodermica. Viene raffigurato come un dato stimolo porterà, dopo una certa latenza, ad una deflessione che costituisce un a riduzione di conduttanza cutanea. Inoltre, la forma del picco mostra un innalzamento della risposta epidermica relativamente rapida e un tempo di recupero più lento, quindi il tempo di salita di una risposta elettrodermica è più breve del suo tempo di recupero. Un esempio di questo tipo di picco estratto dai long plot verrà riportato in figura 2:

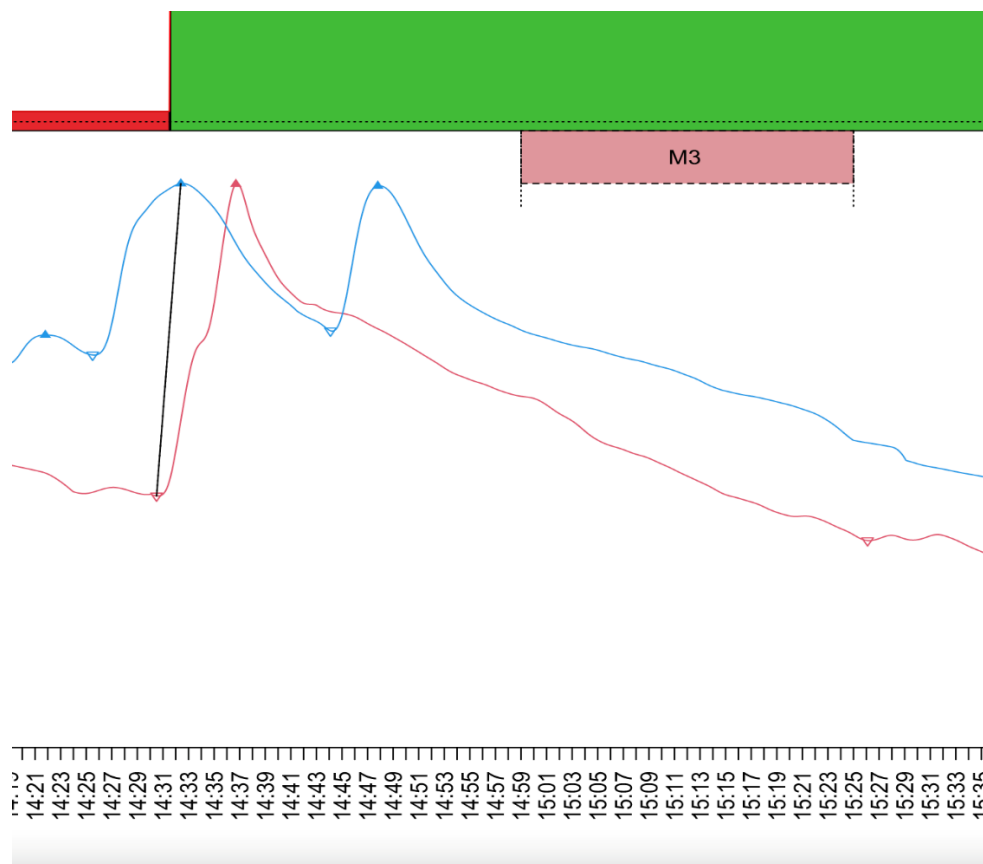


Figura. 2 Esempio di ricorrenza ricercata nei long-plots. In questo caso vi è sincronizzazione della attivazione fisiologica del terapeuta e del paziente seguita da un successivo tempo di recupero in corrispondenza del marker Merging 3.

3.3.4 Analisi del contenuto clinico

Ho successivamente fatto ricorso ai minutaggi delle videoregistrazioni delle varie sedute, per risalire alle parti di trascritto d'interesse. Dunque, ho ascoltato quanto accadeva durante il dialogo terapeutico evidenziato, per meglio comprendere il contenuto della

conversazione. Dopo questo, ho cercato degli elementi comuni agli stralci di conversazione individuati, che potessero spiegare le particolari configurazioni fisiologiche seguite da marker Merging, andando a delineare degli schemi prototipici. Quindi, attraverso un'analisi approfondita sono riuscita a trovare degli schemi fissi che caratterizzassero tale configurazione. Ho diviso gli schemi in tre categorie principali:

1. Il terapeuta sollecita l'elaborazione di eventi, vissuti e/o emozioni, creando una vicinanza emotiva con il paziente, da cui quest'ultimo si allontana attraverso discorsi vaghi e/o generici; dei 40 schemi di picco e Merging individuati, 23 fanno parte di questo primo schema.
2. Partecipazione coinvolta e attiva del terapeuta al dialogo manifestata attraverso vari comportamenti (risata, finisce la frase del paziente, si mostra in accordo con quanto detto), porta all'introduzione del Merging come modalità di gestione della vicinanza; dei 40 schemi picco Merging individuati, 8 fanno parte di questo schema.
3. Il paziente racconta eventi o vissuti emotivamente carichi, creando una vicinanza con il terapeuta, che comporta un aumento della sincronizzazione, da cui lo stesso paziente scappa ristabilendo un livello di sincronizzazione equilibrato; dei 40 schemi picco Merging individuati 9 fanno parte di questo schema.

In ogni occorrenza in cui si è manifestata la struttura picco di sincronizzazione seguito da marker Merging si è manifestato uno di questi schemi, senza eccezione.

Per meglio spiegare la natura di questi schemi, adesso seguiranno degli esempi di ciascun schema.

Esempio schema 1

Esempio di stralcio di terapia, ricavato dalla "seduta 14", in cui si manifesta il primo schema:

T: Però-ò appunto la dottoressa era... contenta.... e-e-e desiderosa di sapere come sarebbero.. andate avanti le cose. (pausa) Poi c'è un'altra cosa che forse.. vale la pena discutere, però.... Non vorrei fare più confusione che altro..... però io ci provo, Lei nel caso mi domandi... chieda bene se-e-e se Le sembra che non mi sto spiegando. (pausa) (che? 'ché?) torna il discorso sempre sulle cose che conosciamo meglio e abbiamo più dimestichezza: la dottoressa è molto esperta di... traumi... come Lei sa. (pausa) Per

cui-i e-eh... il disagio che Lei esprimeva e anche queste questioni che riguardano il maschile e il femminile... tendeva a vederle più come da ricondurre a questioni traumatiche (pausa) questo probabilmente ha (pausa) influito, in questo caso, negativamente... sulla possibilità che lei si sentisse accolta.... su una questione appunto di identità sessuale (pausa) dalla dottoressa, dal momento che lei la poteva pensare come... una conseguenza di un trauma, no? Cioè... non penso di esprimere il pensiero della dottoressa, ma più un equivoco... L'equivoco potrebbe essere: "Tu non vuoi veramente essere maschio... tu c'hai un trauma che ti fa-a-a sentire così" questo ripeto... non penso sia il pensiero della dottoressa, però... ci può essere un equivoco di questo genere (pausa) e allora uno che c'ha questo tipo di questioni per la mente poi si sente come quelli che dicono che essere omosessuale è una malattia che va curata, no?... Quindi con una persona che ha più a mente traumi segue di più... anche il modo di lavorare sui traumi... si può creare... la sensazione di non essere accettati sotto questo aspetto.... Questa è un'ipotesi che ho fatto io-

P: (sovrapposto) No, no (beh?) lo so perché con la dottoressa ne abbiamo parlato-

T: (Mh?)

P: E io infatti glie'ho pure detto che io ero convinta.... cioè per carità magari se me sente una persona transessuale o che me m-m-mh... ('nsomma?)... m'a-m'ammazzerebbe... cioè pe' me.. una-a minoranza... nasce... in un corpo diverso... ma proprio (pausa) molto per me è dal dramma.... compreso il mio... non so.. gestioni familia-ari, cose... E per me una parte del mio maschile è dovuto a-a magari agli eventi traumatici che c'ho avuto co' papà-à così.

In questo caso il terapeuta cerca di proporre il proprio punto di vista sullo stato mentale della dottoressa che segue la paziente, e una lettura di come tale stato mentale possa essere stato vissuto dalla paziente stessa. La risposta di quest'ultima è stata codificata con PACS come Merging 7 (Rules of Life), marker in cui il paziente riporta una regola sociale o valore di vita, senza specificare quando l'ha acquisito e come l'ha interiorizzato. In questo caso quindi, si potrebbe ipotizzare che ci sia un blocco rispetto alla possibilità di elaborare

quanto detto dal terapeuta e, dunque, di aprirsi ad un punto di vista diverso dal proprio, al quale quindi la paziente risponde con una regola generale ritenuta condivisa socialmente, ma che non prevede l'approfondimento dei vissuti interni. Nonostante la frase *“E per me una parte del mio maschile è dovuto a-a magari agli eventi traumatici che c’ho avuto co’ papà-à così”* non abbiamo una vera riflessione su come gli eventi traumatici abbiano influito, o un’apertura rispetto alla possibilità di reinterpretare tali eventi con il terapeuta.

Estraiamo ora dai long plot il grafico d’interesse che rappresenta lo stralcio riportato:

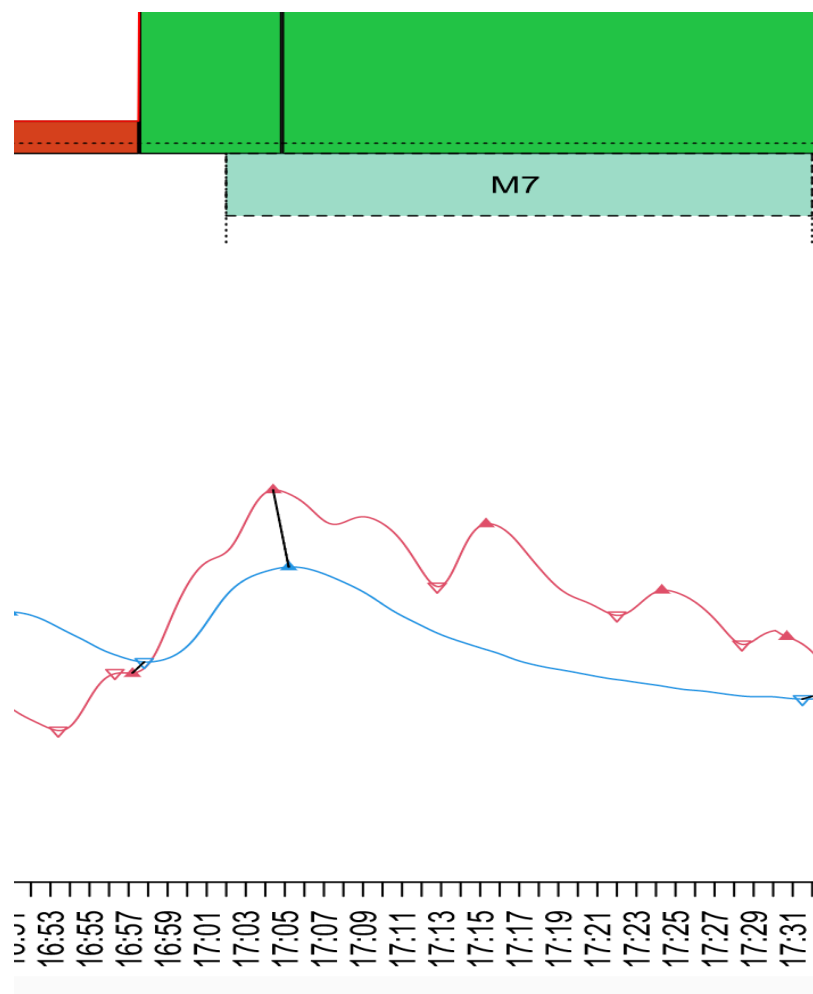


Figura. 3 In questa figura sono indicati in basso i minuti e i secondi a cui l’attività fisiologica si riferisce. I momenti di sincronizzazione vengono indicati dalla presenza di barre verdi, la cui intensità di colore può variare a seconda dell’intensità della sincronizzazione stessa. Inoltre, la linea rossa rappresenta l’attività fisiologica del terapeuta, mentre quella blu del paziente. Nel rettangolo tratteggiato abbiamo il marker

d'interesse, in questo caso un *Mergin Rules of Life* (M7), e si vede chiaramente come al picco sincronizzazione concomitante al marker, segue un tempo di recupero in cui la sincronizzazione fra attività fisiologica di paziente e terapeuta viene meno.

Esempio schema 2

Uno stralcio esempio del secondo schema potrebbe essere quello che riporto subito di seguito, ricavato dalla “seduta 02”:

T: senza mal di pancia? Senza intestino?

P: lo definisco stomaco credo che lo sia (..) poi il giorno dopo ero da solo a pranzo me so preso un [liprax?] così (..) e adesso già ieri ho ribevuto insomma (..) sempre con il pensiero che mi dovevo fare le mie indagini anche se è solo un anno e mezzo (..) è umano no? Questo amico dove vado oggi (..) la patologia parte dall'intestino come facciamo tutti sempre (..) per cui alle tre comincio. Sono un po'-o' ho provato anche a dormire, mi sa che ho dormito dieci minuti perché ho sentito rumore, quindi mi sono x addosso

T: (risata)

P: che è un classico a pancia all'aria mi metto (..) e-e-e alle tre xxxx 'ma che c'hai? C'hai una faccia un po' stanca' (..) poi (..) alle quattro arriva (..) la moglie del liutaio 'a ma io c'ho-o (..) a cena giovedì mio cognato, c'ho meno confidenza' dico guarda 'poi c'ho anche un provvisorio te lo ricordi no?' Che ne so me lo dici adesso e dico 'ascolta Marì non sfacciamoci la testa. Te piglio le impronte, te faccio aggiunge un dente invece che oggi lo togliamo lunedì prossimo, tu stai tranquilla e venerdì (..) vieni a fare la prova denti del dente a cui, non c'entra nulla, deve fare una capsula' (..) quindi (..) non me so manco chiesto 'ma l'hai fatto per scaricarla?' dico 'no alla fine mi ha fatto una-a proposta perché-è' (..) poi è arrivato il ragazzo che aveva il dente più difficile dei tre (..) io

Nella prima parte dell'intervento del paziente, quest'ultimo racconta in maniera abbastanza chiara un evento, il quale suscita la risata del terapeuta. Possiamo ipotizzare che tale risata sia indice di una partecipazione coinvolta e attiva del terapeuta a quanto sta raccontando il paziente. Questa partecipazione attiva e condivisa implica una co-

regolazione dell'attivazione fisiologica fra paziente e terapeuta, al punto da creare un picco di sincronizzazione, da cui, nel secondo intervento, il paziente rifuggerà continuando il racconto in maniera vaga, poco chiara e priva di coinvolgimento emotivo. Nel secondo intervento, infatti, abbiamo utilizzato il PACS per codificare un *Merging 8 (Merging Chronicle)*, utilizzato per indicare narrative poco chiare e prive di contenuto emotivo. Di seguito, l'estratto dai long plots corrispondente allo stralcio di seduta sopra presentato:

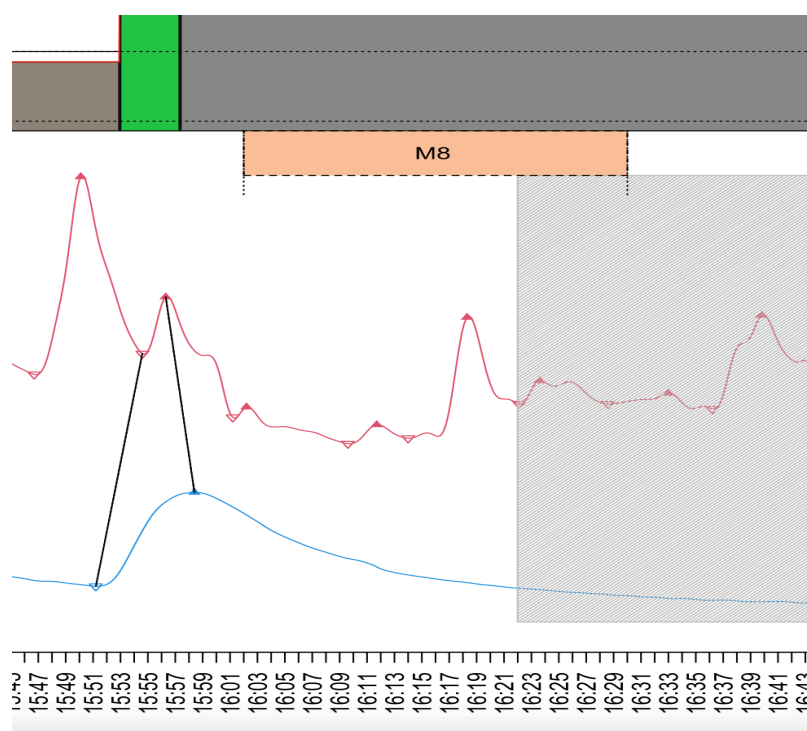


Figura. 4 In questa figura è rappresentato un altro esempio di picco di sincronizzazione seguito da un marker Merging, in questo caso Merging Chronicle (M8). Dal minuto 15:49 al minuto 16:01 abbiamo il picco di sincronizzazione, e dal minuto 16:03 fino a 16:33 abbiamo il Merging d'interesse, in questo caso un *Merging Chronicle (M8)*.

Esempio schema 3

Un ultimo esempio di stralcio raccolto dalla “seduta 7” è quello rappresentativo dell'ultimo schema individuato:

P: perchè tanto la risposta del mio ginecologo, lo conosco ormai da anni, abbiamo una certa confidenza, so già quale sarà .. c'è lui mi dirà-à-à, è stato chiaro lui mi ha

prescritto questa pillola per tenere a bada un pò la sintomatologia; no non perchè io abbia dei sintomi-i-i evidenti ancora insomma... non sto in quella fase ... non è detto anche che io ce l'abbia perchè lui mi ha detto (imitando la voce) "Non tutte le donne hanno queste manifestazioni" però-

In questo stralcio la paziente riporta un evento particolarmente significativo per lei in quanto fa riferimento alla sua salute fisica e mentale, creando quindi un'iniziale stato di condivisione ed empatia con il terapeuta. Successivamente però, in virtù dell'eccessiva attivazione che comporta il parlare di vissuti emotivamente carichi nella paziente, vi è nuovamente un'introduzione di un marker Merging, in questo caso un *Intruding opinion of other* (M5), utilizzato quando nel racconto di un evento viene introdotto un discorso diretto senza che faccia parte di una narrativa e esprimendo l'opinione dell'altro in questione in uno specifico tempo passato. L'opinione dell'altro diventa in questo caso uno strumento per affermare la propria, nella convinzione che il terapeuta non abbia sufficiente fiducia in quello che la paziente stessa comunica.

Presento, quindi, il rappresentativo grafico estratto dal long plot della seduta in questione:

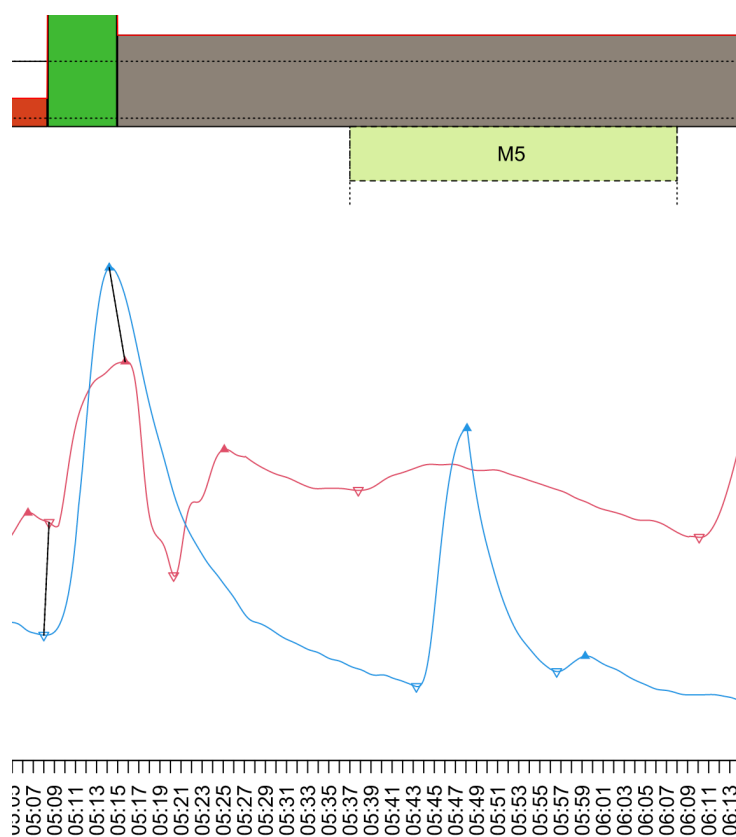


Figura. 5 Stralcio del long plot della seduta 7 in cui viene raffigurato un picco di sincronizzazione fra il minuto 5:07 e il minuto 5:21, seguito da un *Merging Intruding opinion of other* (M5).

Successivamente, per essere sicuri che tali schemi individuati non fossero casuali, sono andata a confrontare i Merging con particolare configurazione fisiologica con quelli che non erano preceduti dalla fisiologia d'interesse, per sincerarmi che non fossero presenti anche in questi ultimi gli schemi che ho individuato. Dalla procedura di confronto è stato evidenziato come nei Merging che non fossero preceduti dal picco di interesse, non vi fosse da parte del terapeuta una spinta all'elaborazione, un comunicare del paziente stati interni o una partecipazione attiva del terapeuta a quanto detto dal paziente. Quindi, si potrebbe ipotizzare che, diversamente dai Merging tipici degli schemi identificati, in questi casi manchi lo stimolo che permette l'innalzamento del picco di sincronizzazione. Di fatto, in queste evenienze, i Merging erano utilizzati per lo più per riportare eventi, stati mentali o credenze in maniera poco chiara, vaga e poco elaborata, e non per difendersi da uno stimolo troppo invasivo che ho ipotizzato essere la spinta all'elaborazione da parte del terapeuta o la sua eccessiva vicinanza.

In seguito, riporto alcuni esempi per meglio differenziare la funzione dei Merging non preceduti dal picco di sincronizzazione.

Esempio di merging estratto dalla “seduta 01”:

T: con Mario niente di che, è pure divertente alla fine, perché che glie lei gli scrive delle cose e lui ogni tanto risponde e va bene così (..) con Gabriele era diventato un problema

(pausa)

P: è infatti con Mario faccio un po' lo stesso sforzo, ogni tanto dico 'va bè non mi risponde (...) che facciamo? (...) le offese? (...) oppure raduno un po' di energie e le spendo per bo-o x per presentarmi?'

In questo caso il Merging 3 (Verbatim Thought Report) è utilizzato dalla paziente per riportare un suo pensiero passato al terapeuta, seppur in maniera poco chiara e poco propensa alla riflessione, in modo da esprimere il suo vissuto interno rispetto alla relazione di cui stanno parlando. In questo esempio non vi è nessuno dei tre schemi

individuati, e ho ipotizzato che questo sia il motivo per cui non ritroviamo un picco antecedente al Merging.

La sincronizzazione fisiologica di questa sequenza è la seguente:

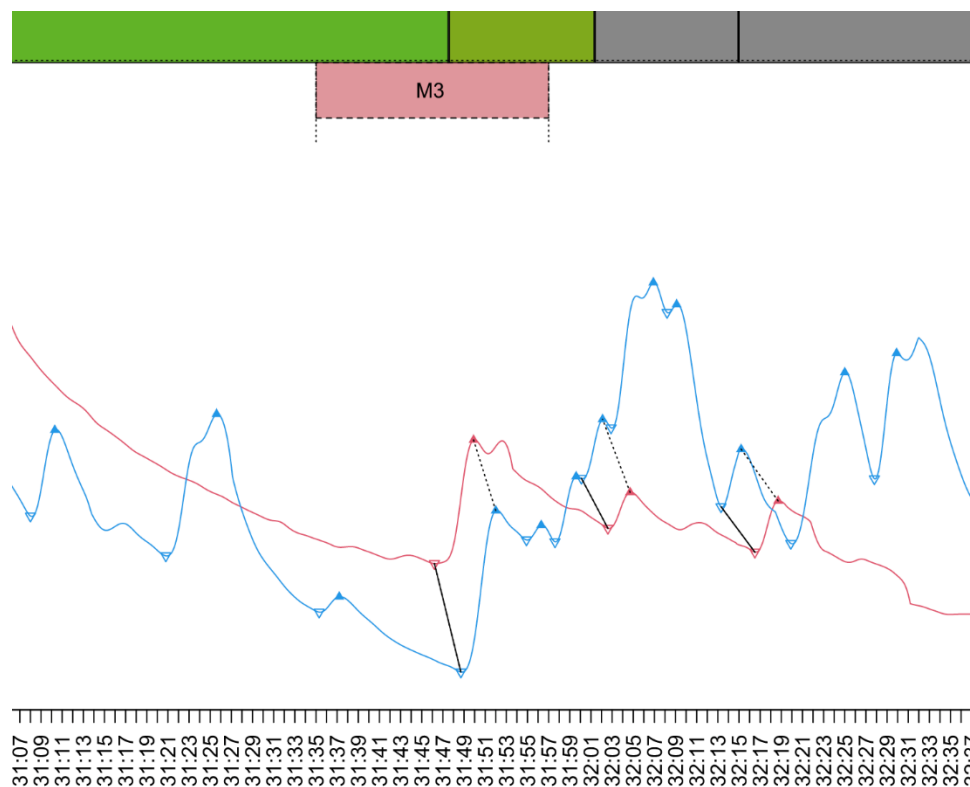


Figura. 6 Stralcio di long plot in cui viene rappresentato l'attività fisiologica di paziente e terapeuta che non sono sincronizzate o comunque non precedute da un picco di sincronizzazione.

Un ulteriore esempio è presentato successivamente, riprendendo uno stralcio dalla "seduta 02":

T: gli altri due poi come ne sono usciti?

P: e-e la vicenda è stata che il primo a svegliarsi, che non era legato, è stato zio. Quindi ha pigliato contusioni e botte de tutti i tipi (..) arrivano sta sera e partono domani lui parte domani-i (..) in due arrivano. Luciano suocero rimane su (...) e perché c'ha l'aereo vevevenerdì s-s-sera pomeriggio pomeriggio tardi. Me sa che io (..)

chiederò a Elena (..) non posso (..) poi lei è ansiosa, quindi gli dico 'guarda faccio tardi voi andate prima'. Gli ho pure detto 'fatte da una carrozzella, se lui è tutto indolenzito glie dici "ha avuto un incidente" e il check-in lo fa da seduto xx lui c'ha x idee' basta andare-e-

Il paziente, in questo caso, utilizza una modalità di raccontare un evento confusa e poco chiara, riportando dei dialoghi diretti in maniera disordinata, al punto da codificare la sequenza con Merging 8 (Merging Chronicle). Ad ogni modo, tale narrativa sconnessa non è il risultato di un processo di elaborazione o di un racconto particolarmente carico emotivamente, quindi non crea i presupposti per l'instaurarsi di sincronizzazione fisiologica fra paziente e terapeuta.

In seguito, lo stralcio rappresentante la sincronizzazione fisiologica concomitante a questa parte di dialogo:

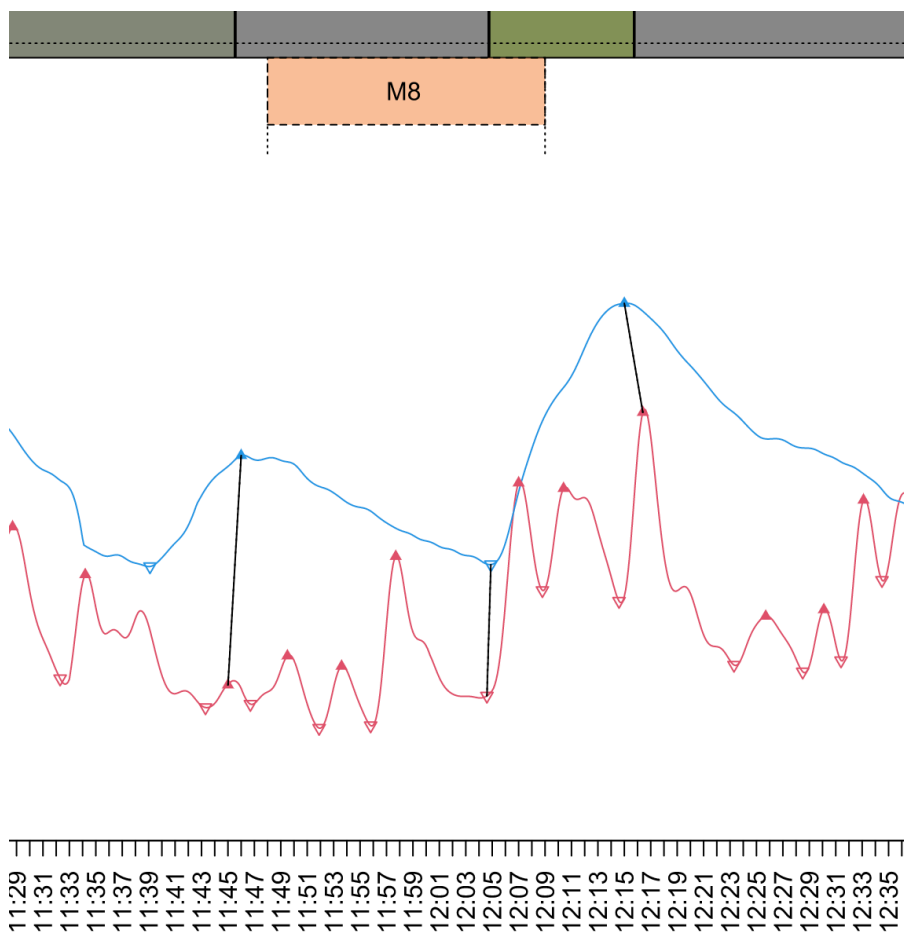


Figura. 7 Altro esempio di stralcio di long plot in cui un marker Merging, in questo caso Merging chronicle (M8) non è preceduto da un picco di sincronizzazione.

Altri esempi di Merging in cui non si assiste alla presenza di un picco di sincronizzazione sono quasi sempre casi in cui non vi sono presenti gli schemi fissi individuati, e sono per lo più modalità insicure di raccontare eventi o di riportare stati interni. I Merging, infatti, fanno riferimento ad una particolare modalità narrativa in cui vi è l'esclusione dal racconto del vissuto emotivo, e non vi è un'elaborazione presente di quanto viene raccontato, rendendo il racconto confuso e asettico.

3.4. Conclusioni

I risultati trovati hanno confermato l'ipotesi secondo la quale l'utilizzo di marker Merging a seguito di un picco di sincronizzazione possa essere considerato un tentativo del paziente di ristabilire il giusto equilibrio fra l'autoregolazione e la regolazione interattiva, a seguito di uno squilibrio verso uno dei due poli, che causa un livello di comunicazione disfunzionale. Il picco di sincronizzazione può essere considerato come la conseguenza di una maggiore condivisione del vissuto emotivo con il terapeuta o di un processo di elaborazione delle informazioni condiviso. Nel caso del paziente con attaccamento insicuro preoccupato, il quale comunicherà, come abbiamo già detto, secondo uno stile epistemico descrittivo, ho ipotizzato che tali vicinanza e condivisione verranno vissute come una possibile minaccia o invasione. Possiamo provare a spiegare tale vissuto negativo dei pazienti preoccupati introducendo brevemente le caratteristiche dello stile epistemico proprio di tali pazienti, ossia lo stile epistemico descrittivo. Questo stile epistemico è caratterizzato da una comunicazione carente di competenza prospettica (Talia et al., 2021), la quale riflette la misura in cui i comunicatori riferiscono informazioni che ritengono esplicitamente rilevanti per il destinatario, tenendo dunque conto del punto di vista dell'altro. Lo stile epistemico descrittivo, invece, si concentra sull'aspettativa che il destinatario inizi a prestare attenzione a ciò che egli stesso giudica essere più informativo nella comunicazione, e solo allora cercherà di capire cosa il comunicatore ritiene essere più rilevante per lui o lei (Talia et al., 2021). Di conseguenza, verrà presentata un'eccessiva ricchezza di informazioni, non permettendo di fare il punto della situazione e portando ad una comunicazione ricca di informazioni descrittive e

generiche, ma scarna di informazioni relative a vissuti interni condivisibili con l'altro o di informazioni relative a come le valutazioni di sé e degli altri possano riflettere la costruzione soggettiva. Questi oratori, infatti, preferiscono descrivere ciò che hanno visto o sentito in termini concreti, con un riferimento meno esplicito alla loro interpretazione o prospettiva soggettiva (Talia et al., 2021). Dunque, nel momento in cui vi è una vicinanza emotiva o una spinta all'elaborazione da parte del terapeuta, la semplice descrizione generale degli eventi non è più sufficiente, e al paziente preoccupato viene chiesto uno sforzo di riflessione rispetto ai suoi stati interni. Questo perché il paziente preoccupato con stile epistemico descrittivo farà fatica a comunicare il proprio punto di vista rispetto ad un dato evento, e dunque a approfondire i propri vissuti interni, prediligendo una narrazione più descrittiva che esplorativa. Inoltre, l'intervento del terapeuta implica l'eventualità di integrare e condividere il punto di vista del terapeuta con il proprio, prendendo in considerazione ciò che è rilevante per chi propone una visione alternativa della stessa narrazione, cosa che nel caso di uno stile descrittivo è più faticosa, venendo meno la competenza prospettica. A livello sistemico è, invece, interessante notare come il picco di sincronizzazione potrebbe essere letto come uno squilibrio dovuto ad un'eccessiva preoccupazione per l'autoregolazione, a scapito della sensibilità interattiva, come nel caso dello schema 3 in cui il paziente racconta eventi o vissuti emotivamente carichi, oppure come uno squilibrio verso il polo della regolazione interattiva, a scapito dell'autoregolazione, come nel caso degli schemi 1 e 2 dove assistiamo all'intervento partecipato e attivo del terapeuta o alla spinta all'elaborazione dello stesso. Con autoregolazione, per il modello sistemico-diadico, si intende la capacità del soggetto di regolare il proprio stato interno, gestendo il controllo del livello di attenzione, il mantenimento dello stato di vigilanza e la capacità di inibire espressioni comportamentali (Beebe et al., 2003). Ho ipotizzato che nel caso dello schema 3 vi fosse un maggiore squilibrio verso il polo dell'autoregolazione in quanto nel parlare di vissuti interni e stati d'animo, l'individuo può incorrere in un innalzamento della propria attivazione fisiologica, innalzando lo stato di vigilanza su quello che è il proprio stato interno e generando una forte attenzione rispetto all'inibizione delle proprie espressioni comportamentali. Questo soprattutto nel caso del paziente preoccupato, il quale riportando narrative emotivamente cariche ha difficoltà a gestire la componente emozionale della comunicazione. Per regolazione interattiva, invece, intendiamo la

modalità con cui un individuo viene influenzato dal comportamento del partner, e la quantità di energia investita nel monitorare l'altro (Beebe et al., 2003). A partire da questa definizione ne ho dedotto come nel caso degli schemi 1 e 2, il contributo del terapeuta sotto forma di intervento attivo e partecipativo o spinta all'elaborazione influenzino il comportamento verbale e non del paziente, il quale sarà impegnato sia nella risposta a tale stimolo da parte del terapeuta, che nel monitorare il terapeuta stesso, innalzando anche in questo caso il livello di attivazione fisiologica. In virtù della difficoltà a gestire tale condivisione e comprensione, vi sarà un innalzamento della attivazione fisiologica del paziente che, sulla base della relazione intesa come costantemente costruita da entrambi i membri della diade, influenzerà anche l'attivazione fisiologica del terapeuta, generando un picco di sincronizzazione dovuto a una comunicazione difficoltosa sia per il paziente, che di riflesso anche per il terapeuta. La forte influenza fra paziente e terapeuta a livello di autoregolazione e regolazione interattiva è spiegata dal modello sistemico-diadico. Nella relazione analitica, infatti, l'analista deve continuamente ricorrere alle proprie capacità di autoregolazione per poter antagonizzare le emozioni negative che il paziente sta vivendo, favorendo lo sviluppo delle capacità di autoregolazione all'interno del paziente stesso (Zucchetti, 2006). A parere di Beebe e Lachmann (2003), sono soprattutto gli scambi non verbali, regolati reciprocamente, a fornire la riorganizzazione interattiva dell'autoregolazione durante la relazione terapeutica. Secondo i teorici dell'*infant research*, inoltre, ciò che favorisce la crescita psicologica è soprattutto l'esperienza di modalità nuove di integrazione tra autoregolazione individuale e regolazione interattiva. Dunque, possiamo dedurre come vi sia un rapporto di reciproca influenza fra autoregolazione e regolazione interattiva del paziente e del terapeuta. Ho, quindi, ipotizzato che questo sbilanciamento verso il versante dell'autoregolazione o della regolazione interattiva a livello non verbale, si rifletta a livello verbale in virtù delle caratteristiche dello stile epistemico informativo in una maggiore attenzione al proprio punto di vista rendendo la comunicazione più difficoltosa e meno aperta allo scambio con l'altro, o chiudendo la comunicazione in descrizioni di eventi o soggetti che non aprono la possibilità di elaborazione a livello più profondo. Il picco di sincronizzazione, quindi, potrebbe rappresentare il momento in cui o il paziente presenta vissuti emotivi particolarmente invischiati o quando la prospettiva del terapeuta viene presentata al paziente spingendo ad una riflessione sui propri vissuti, generando una difficoltà nel

paziente preoccupato a mantenere il focus sulla semplice descrizione degli eventi e dei soggetti, portando ad uno stato di ipervigilanza interattiva (nel caso di uno squilibrio verso il polo di regolazione interattiva) o di ritiro in sé stesso (nel caso di uno squilibrio verso l'autoregolazione). Ne ho dedotto che lo squilibrio verso uno dei due poli, dovuto a uno scambio verbale che mette in difficoltà il paziente, faccia sì che venga meno il livello intermedio di sincronizzazione a cui la comunicazione, secondo il modello di Jaffe e colleghi, sarebbe ottimale. Nel caso in questione, l'eccessivo sbilanciamento sarà risolto a livello verbale attraverso l'utilizzo dei marker Merging, che permettono di "difendere" il soggetto dalla minaccia della spinta all'elaborazione da parte del terapeuta, riducendo la conversazione a contenuti confusi, ad esperienze interne poco chiare e scarsi vissuti emotivi, riportando l'alto livello di attivazione fisiologica condiviso con il terapeuta ad un livello intermedio. Dunque, ne consegue che la riduzione del picco in concomitanza del marker Merging, possa essere il risultato di un riequilibrio dei processi di autoregolazione e regolazione interattiva, dovuti all'elusione di un tipo di comunicazione che pone l'attenzione sui vissuti interni del paziente.

3.5. Discussione

Nella tesi presentata è stata posta l'attenzione su una concezione dell'individuo come sistema autoregolatorio complesso e impegnato in un costante movimento di influenza reciproca con i sistemi circostanti. La presentazione del modello sistemico-relazionale ha permesso di approfondire la relazione nei termini di co-regolazione fisiologica, dove intersoggettività e soggettività sono in continua costruzione reciproca. Sono state, quindi, analizzate le dinamiche relazionali sia a livello verbale che non verbale, con un maggiore attenzione verso l'attivazione fisiologica e la variazione comportamentale come mezzi di espressione della relazione a livello non verbale inconsapevole. In particolare in virtù dell'associazione, riportata in letteratura, fra sincronizzazione fisiologica e processi relazionali positivi, nonché del buon esito della terapia. È importante sottolineare come sia stato preso in considerazione l'essere umano nella sua più concreta natura relazionale, in quanto sin dai primi istanti di vita costruisce dei legami e impara nell'interazione modalità differenti di stare all'interno della relazione. La teoria dell'attaccamento ci ha permesso di indagare come tali modalità relazionali si declinino, a partire dall'analisi del modo in cui i membri della diade comunicano fra di loro. La proposta teorica presentata,

infatti, mette in evidenza come la comunicazione sia centrale nell'influenzare i processi relazionali e dunque anche lo sviluppo dell'individuo. Sono, infatti, stati presi in esame i diversi modi in cui la comunicazione viene prodotta e interpretata per risignificare le differenze legate ai pattern di attaccamento. In virtù di questa lettura moderna dell'attaccamento è stato presentato lo strumento del Patient Attachment Coding System (PACS; Talia et al., 2017), uno strumento di analisi dei trascritti, che permette di individuare all'interno degli interventi del paziente, dei frammenti di testo che possono essere indicati come marker sicuri o insicuri. Il PACS ha come punto di riferimento principale l'interconnessione fra linguaggio e comportamento, considerando il linguaggio come un'azione interpersonale (Wittgenstein, 1953). Nello studio che è stato presentato nel terzo capitolo, è stata indagata la relazione fra sincronizzazione elettrodermica nella diade paziente-terapeuta, e l'attaccamento del paziente nel contesto terapeutico. La ricerca quantitativa partiva dall'ipotesi che in corrispondenza delle fasi di maggiore sincronizzazione, si potessero rilevare delle sequenze di comunicazione sicura mediante l'utilizzo del PACS, e conseguentemente che potesse esistere una relazione fra un pattern di attaccamento sicuro ed una maggiore sincronizzazione fisiologica. Di contro, ci si aspettava di rilevare una minore sincronizzazione durante gli interventi codificati come insicuri. La sincronizzazione dei segnali di conduttanza cutanea è stata misurata durante 14 sedute terapeutiche ad orientamento cognitivo-comportamentale, svolte dal medesimo terapeuta con 14 pazienti differenti. Questi dati sono stati poi confrontati con quelli ottenuti dall'analisi del dato testuale tramite il PACS, mediante il quale sono state identificate tutte le finestre temporali dell'interazione caratterizzate da marker insicuri o sicuri utilizzati dal paziente. I risultati così ottenuti hanno disconfermato l'ipotesi di una maggiore sincronizzazione durante gli interventi codificati come sicuri. Infatti, non sono state rilevate evidenze di una maggiore sincronizzazione all'interno delle epoche codificate come marker *Proximity Seeking* ed *Exploring*. Inoltre, non è stata evidenziata una sincronizzazione minore alla media durante le epoche codificate come marker *Involving* e *Merging*. Tali risultati, oltre a disconfermare le ipotesi di partenza, si discostano da quelli ottenuti dalla ricerca di Kleinbub, Palmieri e Talia (2020), modello del presente studio. Possiamo ipotizzare che la disconferma dell'ipotesi di partenza possa essere dovuta al fatto che molti dei pazienti analizzati (6/14) assumessero una terapia farmacologica. Tale variabile potrebbe condizionare i risultati ottenuti dai dati fisiologici,

per cui, per il futuro, escludere i pazienti che assumono farmaci e/o psicofarmaci potrebbe consentire l'ottenimento di dati più puliti. Inoltre, un ulteriore limite riguarda il fatto che i segnali fisiologici di 10 pazienti sono stati scartati perché presentavano un'eccessiva quantità di artefatti. Un campione più ampio, magari, avrebbe permesso di rilevare risultati in parte diversi. Bisogna anche considerare che le sedute di terapia osservate siano state condotte dal medesimo terapeuta, e questo rende possibile l'eventualità che i risultati raccolti siano circoscrivibili all'approccio utilizzato, allo stile comunicativo impiegato o al pattern d'attaccamento dello stesso terapeuta. Non è, poi, da escludere che i dati raccolti tramite Patient Attachment Coding System (PACS) possano aver risentito della soggettività dei codificatori stessi. È, infatti, possibile che lo strumento non fosse sufficientemente accurato nel cogliere le dimensioni del discorso che evidenziano dei momenti di comunicazione sicura. In aggiunta a quanto già presentato, bisogna tenere in considerazione il fatto che come misura dell'attivazione fisiologica sia stata presa in considerazione solo la conduttanza cutanea. Tale indice è classicamente interpretato come una efficace misura di arousal, che tuttavia non consente di qualificare la valenza affettiva di una specifica attivazione. Studi futuri potrebbero esplorare gli ulteriori indici fisiologici al fine di integrare ed estendere i risultati relativi alla conduttanza cutanea con segnali che permettono di qualificare ulteriormente il processo affettivo in corso. Un ultimo limite, può essere considerato il fatto che il campione non sia rappresentativo, in quanto trattandosi di pazienti per lo più insicuri, essi in molti casi possono fallire o/e non riuscire nella comunicazione attraverso marker sicuri. Questo è un limite non di poco conto, dato che la ricerca prevedeva un focus sugli stili comunicativi associati all'attaccamento sicuro. È, dunque, possibile che il modello riscontrato nello studio pilota di Kleinbub, Talia e Palmieri (2020), che prevedeva una sincronizzazione elevata durante gli interventi di *Proximity Seeking* ed *Exploring*, ed esigua durante gli interventi *Involving* e *Merging*, riguardi solamente i pazienti che abbiano un pattern di attaccamento sicuro. Partendo da quest'ultimo limite, ho cercato di costruire una nuova ipotesi che guidasse l'analisi esplorativa. Trattandosi per lo più di pazienti insicuri, ho voluto mettere da parte l'ipotesi dello studio pilota di Kleinbub, Talia e Palmieri (2020), ponendo una nuova ipotesi rispetto al livello di sincronizzazione ottimale. Quindi, l'analisi esplorativa condotta a posteriori osserva i dati da una differente prospettiva teorica: quella del modello di equilibrio sistemico di Jaffe e colleghi (2001). In questa analisi esplorativa ho

voluto porre l'attenzione su come livelli più alti di sincronizzazione non per forza correlino con una maggiore presenza di marker sicuri, e dunque non siano necessariamente la conseguenza di una comunicazione ottimale fra paziente e terapeuta. Ho proposto, perciò, di utilizzare come riferimento teorico *il modello di equilibrio sistemico di Jaffe e colleghi* (2001), secondo il quale la comunicazione ottimale si esprime a livelli di sincronizzazione intermedi. Inoltre, mi sono per lo più concentrata sul modo in cui l'alta sincronizzazione assuma significati diversi a seconda della modalità in cui il soggetto percepisce e vive la vicinanza con l'altro, in questo caso il terapeuta. Infatti, secondo il modello di Jaffe (2001) livelli più alti di sincronizzazione, possono causare nell'individuo ipervigilanza, allarme o diffidenza, in quanto sono il risultato di uno squilibrio verso o il polo dell'autoregolazione o della regolazione interattiva. Inoltre, molto importante nel processo di interpretazione della comunicazione è il livello di fiducia epistemica (Talia et al., 2021), che fa sì che l'altro venga visto o come fonte essenziale di informazioni sul mondo (nel caso di attaccamento sicuro) o come un'inadeguata fonte di informazioni (nel caso di attaccamento insicuro). Il livello di fiducia epistemica verso l'altro, è, come abbiamo detto nei capitoli precedenti, legato al diverso pattern di attaccamento dell'individuo. Come ampiamente trattato, la trattazione proposta in questo lavoro di tesi che prende spunto dal lavoro di Talia e colleghi (2017), prevede che le differenze nell'attaccamento siano interpretabili come più ampie differenze nel livello di fiducia epistemica. I diversi pattern di attaccamento insicuro andranno a correlare con diversi livelli di fiducia epistemica del soggetto: nel caso di attaccamento evitante avremo uno stile epistemico prospettico, mentre se in presenza di attaccamento resistente avremo uno stile epistemico informativo. Il forte legame fra fiducia epistemica e comunicazione può essere spiegato dalla pragmatica linguistica, secondo la quale diversi livelli di fiducia epistemica possono portare ad interpretare la comunicazione in modo diverso (Sperber, 1994; Mazzarella, 2016), e dunque a rispondere in maniera diversa alla comunicazione. Le differenze legate all'attaccamento possono, quindi, essere viste come differenze nella produzione della comunicazione, oltre che come pregiudizi nella comprensione. La produzione della comunicazione, infatti, sarà modulata a seconda delle aspettative su ciò che il pubblico della comunicazione già conosce e su ciò che cerca. Queste aspettative possono indurre il soggetto parlante ad omettere alcune informazioni e ad evidenziarne di altre (Sperber, 1986; Wilson, 1995)

anche nel processo di comprensione della comunicazione, oltre che di produzione della stessa. Lo stile epistemico, quindi, influenza il modo in cui il soggetto intende e produce la comunicazione. Dunque, nell'analisi esplorativa l'ipotesi di partenza era che picchi di sincronizzazione elevati potessero essere rappresentativi di un processo comunicativo disfunzionale dovuto ad uno squilibrio verso o il polo auto-regolativo o quello della regolazione interattiva. L'ipotesi prevedeva, inoltre, che vi fossero dei meccanismi che si istauravano successivamente al picco di sincronizzazione per riportare la comunicazione ad un livello intermedio, considerato ottimale. A seguito di una prima visione dei dati fisiologici e dei long-plot, ho ipotizzato che tali meccanismi potessero essere i marker Merging, in quanto dalla analisi dei dati è emerso come tali marker fossero presenti abbastanza spesso in concomitanza di un picco di sincronizzazione. Ho, dunque, proceduto analizzando in primo luogo i dati fisiologici, per poi arrivare a quelli contenutistici relativi agli stralci di testo. Dall'analisi dei dati fisiologici, condotta per mezzo dei long-plot, è stata evidenziata la presenza di una particolare configurazione fisiologica formata da un picco di sincronizzazione seguito da un tempo di recupero più lungo. Questi picchi erano molto spesso seguiti da un marker Merging. Per comprendere la relazione fra picco di sincronizzazione e marker, ho spostato l'attenzione sul contenuto dei testi, individuando lo stralcio di trascritto in cui era presente il marker d'interesse. Attraverso la lettura dei trascritti, sono riuscita ad individuare tre schemi ricorrenti che caratterizzavano tale configurazione. Gli schemi sono i seguenti:

1. Il terapeuta sollecita l'elaborazione di eventi, vissuti e/o emozioni, creando una vicinanza emotiva con il paziente, da cui quest'ultimo si allontana attraverso discorsi vaghi e/o generici;
2. Partecipazione coinvolta e attiva del terapeuta al dialogo manifestata attraverso vari comportamenti (risata, finisce la frase del paziente, si mostra in accordo con quanto detto);
3. Il paziente racconta eventi o vissuti emotivamente carichi, creando una vicinanza con il terapeuta, che comporta un aumento della sincronizzazione, da cui lo stesso paziente scappa ristabilendo un livello di sincronizzazione equilibrato;

Dopo aver individuato questi schemi fissi, ho proseguito con un'analisi degli altri marker Merging che non erano preceduti dalla particolare configurazione fisiologica rilevata, per sincerarmi che gli schemi fissi che ho ipotizzato essere caratteristici del picco-Merging

rilevato non fossero presenti anche nel caso della sola presenza del marker. Dal confronto è emerso che in questi casi gli schemi fissi individuati non erano presenti, in quanto i marker Merging erano usati per lo più per descrivere eventi in maniera confusa, riportare narrazioni prive di vissuto emotivo o parlare per vaghe generalità. Inoltre, i risultati hanno confermato l'ipotesi di partenza secondo la quale l'utilizzo di marker Merging a seguito di un picco di sincronizzazione potesse essere considerato un tentativo da parte del paziente di ristabilire la giusta "distanza" dal terapeuta, e dunque il giusto equilibrio fra meccanismi autoregolatori e di regolazione interattiva. Il modello di equilibrio di Jaffe e colleghi (2001), come abbia già spiegato, fa corrispondere a un alto livello di sincronizzazione degli squilibri verso il versante autoregolatorio o verso quello della regolazione interattiva, spiegando tali squilibri come il risultato di una comunicazione difficoltosa. I marker Merging presi in considerazione, sono caratteristici di uno stile epistemico descrittivo e dunque di un pattern di attaccamento preoccupato. Lo stile epistemico descrittivo, basandosi sull'aspettativa che il destinatario cerchi informazioni di tipo descrittivo, impreterà la comunicazione su un'eccessiva presenza di dettagli informativi e descrittivi a scapito di ciò che viene considerato rilevante per l'ascoltatore. Questa modalità comunicativa non permette di fare il punto della situazione, portando ad una comunicazione ricca di informazioni descrittive e generiche, ma priva di informazioni relative a vissuti interni condivisibili con l'altro o di informazioni relative a come le valutazioni di sé e degli altri possano riflettere la costruzione soggettiva (Talia, et al., 2021). Inoltre, tale modalità comunicativa è carente di competenza prospettica, che riflette la misura in cui i comunicatori trasmettono informazioni che ritengono rilevanti per il destinatario, tenendo quindi in considerazione il suo punto di vista.

Dall'analisi esplorativa è stato evidenziato come nel momento in cui vi è una vicinanza emotiva o una spinta all'elaborazione da parte del terapeuta, la semplice descrizione generale degli eventi non è più sufficiente, e al paziente preoccupato viene chiesto uno sforzo di riflessione rispetto ai suoi stati interni, così come un'apertura verso una prospettiva differente dalla propria, che in questo caso è rappresentata da quella del terapeuta. Il picco di sincronizzazione antecedente al marker Merging può essere spiegato facendo riferimento alle caratteristiche di questo stile descrittivo, il quale presuppone una difficoltà a porre l'attenzione su ciò che il destinatario considera rilevante, indipendentemente dal comunicatore (Talia et al., 2021), e ad organizzare i propri vissuti

soggettivi e condividerli con il terapeuta. Questa difficoltà, emerge in corrispondenza con i comportamenti codificati negli schemi 1, 2 e 3, provocando nel paziente preoccupato un innalzamento dell'attivazione fisiologica. Tale innalzamento può essere spiegato in un'ottica sistemica come uno squilibrio o verso il polo dell'autoregolazione, a discapito della sensibilità interattiva (che ho ipotizzato accada nello schema 3) o verso il polo della regolazione interattiva, a discapito dell'autoregolazione (che ho ipotizzato accada negli schemi 1 e 2). Nel caso dello schema 3, infatti, nel riportare vissuti interni o stati d'animo, l'individuo può incorrere in un innalzamento del livello di attivazione fisiologica, in quanto assistiamo ad un aumento dello stato di vigilanza sul proprio stato interno, generando una forte attenzione verso l'inibizione delle proprie espressioni comportamentali. Per quanto riguarda, invece, gli schemi 1 e 2, il contributo del terapeuta sotto forma di intervento o partecipazione attiva influenza il comportamento verbale e non del paziente, il quale sarà impegnato sia nella risposta allo stimolo fornito dal terapeuta, che nel monitorare il terapeuta stesso, innalzando anche in questo caso il livello di attivazione fisiologica. In questo senso, quindi, lo squilibrio verso uno dei due poli comporterà una maggiore attivazione fisiologica del paziente e, considerando la relazione come costantemente costruita, anche nel terapeuta, provocando un picco di sincronizzazione fisiologica. Per gestire tale squilibrio il paziente metterà in atto dei meccanismi comunicativi "difensivi" al fine di ridurre la quota di attivazione e di difficoltà, che a livello verbale saranno espressi dall'utilizzo di marker Merging. I marker insicuri Merging vengono, quindi, usati per "difendersi" dall'eccessiva quota di attivazione fisiologica condivisa con il terapeuta, dovuta allo squilibrio verso uno dei due poli. Nonostante i risultati sembrano riuscire a spiegare almeno in parte la configurazione rilevata, vi sono una serie di limiti in quest'analisi esplorativa che vale la pena prendere in considerazione, nella speranza che questo possa aiutare la ricerca futura ad ottenere dei risultati più chiari e generalizzabili. I risultati, infatti, riguardano il piccolo campione di 11 sedute e, dunque, 11 pazienti differenti, un numero non sufficientemente esteso da poter considerare i risultati dell'analisi esplorativa generalizzabili. Inoltre, fra i limiti della ricerca vi è quello di un mancato confronto con picchi di sincronizzazioni precedenti a marker sicuri, essendomi focalizzata principalmente sull'analisi della configurazione formata da picco di sincronizzazione seguito da un marker insicuro. Questo sarebbe un interessante sviluppo rispetto alla ricerca in questo campo in quanto porrebbe un

maggior focus sulle differenze legate all'attaccamento sia per quanto riguarda la produzione della comunicazione che il diverso grado di sincronizzazione fisiologica. È il caso di sottolineare che, trattandosi di un'analisi qualitativa, non sono state individuate delle misure oggettive che permettessero di costruire dei criteri standardizzati attraverso cui interpretare il trascritto e il suo contenuto. Questo implica che l'individuazione degli schemi fissi, non sia stata fatta seguendo dei criteri validati e consolidati, ma sia stata condizionata dalla interpretazione soggettiva degli stralci testuali su cui ho condotto l'analisi. A partire dai limiti proposti e dalla presentazione dell'analisi condotta, possiamo individuare una serie di aspetti interessanti e importanti che le ricerche future potrebbero approfondire sulla base dei risultati raggiunti. Il processo di analisi qualitativa, infatti, è un processo di esplorazione teorica e di significazione dei dati raccolti a livello qualitativo. Per tanto, l'obiettivo dell'analisi condotta non era quello di fornire delle conclusioni teoriche, ma semplicemente una proposta di lettura che può divenire uno spunto per ricerche quantitative future. In virtù di questo, sarebbe utile poter rendere generalizzabili i risultati raccolti, obiettivo perseguibile rendendo più solido il metodo di analisi dei dati, al fine di superare il limite interpretativo. Altro aspetto interessante, sarebbe quello di analizzare la relazione fra sincronizzazione fisiologica e altri marker insicuri appartenenti alla categoria *Involving*, al fine di individuare eventuali elementi comuni o discordanti rispetto ai risultati raccolti con l'analisi dei marker *Merging*. Oltre all'analisi degli altri marker insicuri, porre l'attenzione anche allo stile epistemico interpretativo, e dunque all'attaccamento di tipo evitante, sarebbe utile al fine di individuare configurazioni caratteristiche anche di questo tipo di attaccamento e di creare in parallelo un confronto fra le stesse e le configurazioni proprie dello stile epistemico informativo. Le eventuali differenze permetterebbero di porre la lente su come lo stile epistemico possa influenzare sia a livello non verbale il grado di sincronizzazione fisiologica, che a livello verbale le strategie comunicative messe in atto dai soggetti. Un altro elemento utile alla ricerca potrebbe essere quello di considerare anche una codifica degli interventi del terapeuta, per analizzare come eventuali marker insicuri del terapeuta si collocherebbero nella configurazione picco di sincronizzazione seguito da marker *Merging* che abbiamo analizzato. Per quanto riguarda l'analisi quantitativa, invece, possiamo dire che a fronte dei limiti intrinsecamente presenti nella ricerca, è necessario condurre ulteriori studi che possano continuare ad indagare la dinamica della

sincronizzazione fisiologica in relazione all'attaccamento. Una maggiore comprensione del fenomeno potrebbe essere raggiunta indagando simultaneamente gli interventi del paziente tramite Patient Attachment Coding System (PACS; Talia et al., 2017) e gli interventi del terapeuta tramite Therapist Attunement Scales (TASc; Talia et al., 2018). In questo modo si potrebbero ottenere risultati più accurati circa l'influenza dell'attaccamento sulla sincronizzazione fisiologica all'interno della diade terapeutica. Per indagare ulteriormente se la dimensione dell'attaccamento possa influire sui pattern di sincronizzazione, è auspicabile ripetere il presente studio su un dataset di pazienti con diversi pattern di attaccamento, confrontando le differenze fra sicuri e insicuri. Studi longitudinali sulla medesima coppia terapeutica, potrebbero essere utili per indagare quanto e in che modo il pattern di sincronizzazione della diade si modifichi nel corso del tempo. Relativamente all'analisi dell'attivazione fisiologica, sarebbe auspicabile una valutazione di diversi indici per ottenere una misurazione quanto più accurata possibile. Bisogna, inoltre, sottolineare come l'osservazione dei pattern di attivazione fisiologica che è stata indagata nel corso del presente studio potrebbe risultare molto utile nel contesto della psicoterapia. Infatti, il riconoscimento delle proprie reazioni fisiologiche, e soprattutto la gestione di queste ultime all'interno del processo terapeutico, potrebbe avere risvolti positivi nella comprensione del loro ruolo all'interno dei processi psicologici. Porre l'attenzione alla comunicazione sia a livello verbale che non verbale è un innovativo modo per avere una maggiore disponibilità di dati utili alla terapia. Infine, i risultati dell'analisi esplorativa hanno permesso di individuare una relazione fra modalità in cui viene percepita e esperita la sincronizzazione fra paziente e terapeuta e la tipologia di attaccamento del paziente. Questo è un risultato che ci può aiutare a spiegare la motivazione per cui i risultati dell'analisi quantitativa non hanno confermato l'ipotesi di partenza che avevamo prefissato. Evidentemente nel considerare come livelli più alti di sincronizzazione fisiologica siano correlati all'utilizzo dei marker sicuri, non possiamo prescindere dal tipo di pattern di attaccamento del paziente che stiamo analizzando. Il pattern di attaccamento, e il conseguente stile epistemico, portano ad interpretare la comunicazione in maniera differente, e dunque a reagire ad essa in maniera diversa sia a livello non verbale (attivazione fisiologica) che a livello verbale (produzione della comunicazione). Sarebbe interessante in futuro ampliare la relazione fra contenuto della conversazione, pattern di attaccamento e modalità in cui si declina la fisiologia, tenendo

conto in un'ottica sistemica di come l'attivazione fisiologica del paziente possa influenzare e modulare l'attivazione fisiologica del terapeuta.

BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth, M. D. S. (1979), Infant-mother attachment. In *American Psychologist*, 34 (10), pp. 932-937.
- Ainsworth, M. D. S. (1982), Attachment: Retrospect and prospect. In Parkes, C. M., Stevenson-Hinde, J. (a cura di), *The Place of Attachment in Human Behaviour*. Tavistock, London.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E., Wall, S. (1978), *Patterns of Attachment*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ.
- Bakeman, R., Brown, J. (1977), Behavioral dialogues, In *Child Development*, 48, pp 195-203.
- Basch, M. F. (1988), *Come funziona la psicoterapia*. Tr. It. Astrolabio, Roma 1991.
- Bates, J. E. (1976). Effects of children's nonverbal behavior upon adults. *Child Development*, 1079-1088.
- Baumwell, L., Tamis-LeMonda, C. S., & Bornstein, M. H. (1997). Maternal verbal sensitivity and child language comprehension. *Infant behavior and Development*, 20(2), 247-258.
- Beebe, B. (2000). Coconstructing mother–infant distress: The microsynchrony of maternal impingement and infant avoidance in the face-to-face encounter. *Psychoanalytic inquiry*, 20 (3), 421-440.
- Beebe, B., Gerstman, L. (1980), The “packaging” of maternal stimulation in relation to infant facial-visual engagement: A case of study at four months. In *Merril-Palmer Quarterly*, 26, pp. 321-339.
- Beebe, B., Jaffe, J. (1992), Mother-infant vocal dialogues. In *Infant Behavior and Development*, 15, p.48.
- Beebe, B., Jaffe, J., Feldstein, S., Mays, K., & Alson, D. (1985). Interpersonal timing: The application of an adult dialogue model to mother-infant vocal and kinesics interactions. In T. Field & N. Fox (Eds.), *Social perception in infants*, (pp. 217-247). Norwood, NJ: Ablex.

- Beebe, B., Jaffe, J., Markese, S., Buck, K., Chen, H., Cohen, P., ... & Feldstein, S. (2010). The origins of 12-month attachment: A microanalysis of 4-month mother–infant interaction. *Attachment & human development*, 12(1-2), 3-141.
- Beebe, B., Kronen, J. (1988), Mutual regulation of affective matching in mother-infant face-to-face play. Manoscritto non pubblicato.
- Beebe, B., Lachmann, F., & Jaffe, J. Un modello trasformatore delle rappresentazioni presimboliche.
- Beebe, B., Lachmann, F. M. (1988), Mother-infant mutual influence and precursors of psychic structure. In Goldberg, A. (a cura di), *Frontiers in Self Psychology: Progress in Self Psychology*, vol.3. The Analytic Press, Hillsdale, NJ, pp. 3-26.
- Beebe, B., Lachmann, F.M. (1998), Co-constructing inner and relational processes: Self and mutual regulation in infant research and adult treatment. In *Psychoanalytic Psychology*, 15, pp. 1-37.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2003). *Infant research e trattamento degli adulti: un modello sistemico-diadico delle interazioni*. R. Cortina.
- Beebe, B., Stern, D. N. (1977), Comportamenti di impegno-disimpegno e prime relazioni oggettuali. *Le relazioni madre-bambino nello sviluppo e nella clinica*. Raffaello Cortina, Milano 1998, pp. 97-118.
- Beebe, B., Stern D. N., Jaffe, J. (1979), The kinesic rhythm of mother-infant interactions. Siegman, A., Feldstein, S. (a cura di), *Of Speech and Time*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ, pp. 23-34.
- Belsky, J., Rovine, M., Taylor, D. (1984), The Pennsylvania infant and family development project III: The origins of individual differences in infant-mother attachment. *Child Development*, 41, pp. 291-311.
- Bigelow, A. E., & Walden, L. M. (2009). Infants' response to maternal mirroring in the still face and replay tasks. *Infancy*, 14(5), 526-549.
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J., Quinlan, D. (1976), Experiences of depression in normal young adults. In *Journal of Abnormal Psychology*, 85, pp. 383-389.
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J., Quinlan, D. (1979), Depressive experiences questionnaire. Manoscritto non pubblicato. Department of Psychiatry, Yale University
- Bowlby, J. (1958), The nature of the child's tie to his mother. In *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, pp. 350-373.

- Bolwby, J. (1969), *Attaccamento e Perdita*, vol. 1: *L'attaccamento alla madre*. Tr. It. Boringhieri, Torino 1972.
- Bolwby, J. (1969), Affectional bonds: Their nature and origin. In Freeman, H. (a cura di), *Progress in Mental Health*. J. & Churchill, London.
- Bolwby, J. (1982), Attachment and loss: Retrospect and prospect. In *American Journal of Orthopsychiatry*, 52 (4), pp. 664-678.
- Bolwby, J. (1988), *Una base sicura*. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano, 1989.
- Bolwby, J. (1991), The role of the psychotherapist's personal resources in the therapeutic situation. In *Tavistock Gazette* (autunno).
- Bornstein, M. (1979), Perceptual development: Stability and change in feature perception. In Bornstein, M., Kessen, W. (a cura di), *Psychological Development from infancy*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ, pp.37-81.
- Bornstein, M. H. (1985). Habituation of attention as a measure of visual information processing in human infants: Summary, systematization, and synthesis.
- Bosmans, G., Bakermans-Kranenburg, M. J., Vervliet, B., Verhees, M. W., & van IJzendoorn, M. H. (2020). A learning theory of attachment: Unraveling the black box of attachment development. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 113, 287-298.
- Brazelton, T.B., Koslowski, B., Main, M. (1974), The origins of reciprocity. In Lewis, M., Rosenblum, L. (a cura di), *The Effects of the Infant on its caregiver*. Wiley-Interscience, New York, pp. 49-70.
- Bretherton, I. (1991), Pouring new wine into old bottles: The social self as internal working model. In Gunnar, M., Sroufe, L. (a cura di), *Self Processes and Development*. Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Bruner, J. S. (1977), Prime interazioni sociali e acquisizione del linguaggio. Tr. It. In Schaffer, H. R. (a cura di), *L'interazione madre-bambino: oltre la teoria dell'attaccamento*. Franco Angeli, Milano 1984, pp. 327-336.
- Bruner, J. S. (1983), *Il linguaggio del bambino*. Tr. It. Armando, Roma 1986.
- Brunton, P. J., Arunachalam, S., & Russel, J. A. (2008). Control of neurohypophysial hormone secretion, blood osmolality and volume in pregnancy. *J Physiol Pharmacol*, 59 (Suppl 8), 27-45.

- Bucci, W. (1985), Dual coding: A cognitive model for psychoanalytic research. In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 33, pp. 571-608.
- Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis and cognitive science: A multiple code theory*. Guilford Press.
- Butler, E. A., & Randall, A. K. (2013). Emotional coregulation in close relationships. *Emotion Review*, 5(2), 202-210.
- Byers, P. (1975), Biological rhythms as information channels in interpersonal communication behaviors. *Perspectives in Ethology*. Plenum, New York.
- Cassidy, J., Sherman, L. J., & Jones, J. D. (2012). What's in a word? Linguistic characteristics of Adult Attachment Interviews. *Attachment & human development*, 14(1), 11-32.
- Chapple, E. (1970), *Culture and Biological Man*. Holt, Rinehart & Winston, New York.
- Chatel-Goldman, J., Congedo, M., Jutten, C., & Schwartz, J. L. (2014). Touch increases autonomic coupling between romantic partners. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 8, 95.
- Chevalier-Skolnikoff, S. (1976), The ontogeny of primate intelligence and its implications for communicative potential: A preliminary report. In *Annals of the New York Accademy of Sciences*, 280, pp. 173-211.
- Clarke, A., Meredith, P. J., Rose, T. A., & Daubney, M. (2018). A role for epistemic trust in speech-language pathology: A tutorial paper. *Journal of Communication Disorders*, 72, 54-63.
- Clyman, R. (1991), The procedural organization of emotions: A contribution from cognitive science to the psychoanalytic theory of therapeutic action. In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, pp. 349-381.
- Cohen, L., Gelber, E. (1975), Infant visual memory. In Cohen, L., Salapatek, P. (a cura di), *Infant Perception: From Sensation to Cognition*, vol. 1. Academic Press, New York, pp. 347-403.
- Cohn, J., Beebe, B. (1990), Sampling interval affects time-series regression estimates of mother-infant influence. In *Infant Behavior and Development*, 13, p. 317.
- Cohn, J., Elmore, M. (1988), Effect of contingent changes in mothers' affective expression on the organization of behavior in 3-month-old infants. In *Infant Behavior and Development*, 11, pp. 493-505.

- Cohn, J., Tronick, E. (1988), Mother-infant face-to-face interaction: Influence is bidirectional and unrelated to periodic cycles in either partner's behavior. *Development Psychology*, 9, pp. 3-36.
- Cote, L. R., & Bornstein, M. H. (2021). Synchrony in mother-infant vocal interactions revealed through timed event sequences. *Infant Behavior and Development*, 64, 101599.
- Craik, K. (1943), *The Nature of Explanation*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Davidson, G. (1992), Infants of mothers with depressive symptoms: Neurophysiological and behavioral findings related to attachment status. In *Infant Behavior and Development*, 15, p. 117.
- Davidson, R., Fox, N. (1982), Asymmetrical brain activity discriminates between positive versus negative affective stimuli in human infants. In *Science*, 218, pp. 1235-1237.
- DeCasper, A., Fifer, W. (1980), Of human bonding: Newborns prefer the mothers' voices. *Science*, 208, p.1174.
- DeCasper, A. J., & Carstens, A. A. (1981). Contingencies of stimulation: Effects on learning and emotion in neonates. *Infant Behavior and Development*, 4, 19-35.
- Delaherche, E., Chetouani, M., Mahdhaoui, A., Saint-Georges, C., Viaux, S., & Cohen, D. (2012). Interpersonal synchrony: A survey of evaluation methods across disciplines. *IEEE Transactions on Affective Computing*, 3(3), 349-365.
- Demos, V. (1984), Empathy and affect: Reflections on infant experience. Lichtenberg, J. D., Bornstein, M., Silver, D. (a cura di), *Empathy*, vol. 2. The Analytic Press, Hillsdale, NJ, pp. 9-34.
- De Wolff, M. S., & Van Ijzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child development*, 68 (4), 571-591.
- Dimberg, U., Thunberg, M., Elmehed, K. (2000), Unconscious facial reaction to emotional facial expressions. In *American Psychological Society*, 11, pp. 86-89.
- Dixon, N. (1971), *Subliminal Perception: The Nature of a Controversy*. McGraw-Hill, London.
- Eibl-Eibesfeldt, I. (1970), *Etologia umana: le basi biologiche e culturali del comportamento*. Tr. It. Bollati Boringhieri, Torino 1993.

- Ekman, P. (1983), Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions. In *Science*, 221, pp. 1208-1210.
- Ekman, O., Friesen, W., Ancoli, S. (1980), Facial signs of emotional experience. In *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, pp. 1125-1134.
- Ekman, P., Levenson, R., Friesen, W. (1983), Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions. In *Science*, 221, pp. 1208-1210.
- Ekman, P., & Oster, H. (1979). Facial expressions of emotion. *Annual review of psychology*, 30(1), 527-554.
- Fagan, M. K., Bergeson, T. R., & Morris, K. J. (2014). Synchrony, complexity and directiveness in mothers' interactions with infants pre-and post-cochlear implantation. *Infant Behavior and Development*, 37(3), 249-257.
- Feldman, R. (2012). Bio-behavioral synchrony: A model for integrating biological and microsocial behavioral processes in the study of parenting. *Parenting*, 12(2-3), 154-164.
- Feldstein, S. (1998), Some nonobvious consequences of monitoring time in conversation. In Palmer, M., Barnett, G. (a cura di), *Mutual Influence in Interpersonal Communication: Theory and Research in Cognition, Affect, and Behavior. Progress in Communication Sciences*, vol. 14. Ablex, Norwood, NJ, pp. 163-190.
- Feldstein, S., Welkowitz, J. (1978), A chronography of conversation: In defense of an objective approach. In Siegman, A. W., Feldstein, S. (a cura di), *Nonverbal Behavior and Communication*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ, pp. 329-377.
- Fernald, A. (1985). Four-month-old infants prefer to listen to motherese. *Infant behavior and development*, 8(2), 181-195.
- Ferrer, E., & Helm, J. L. (2013). Dynamical systems modeling of physiological coregulation in dyadic interactions. *International journal of psychophysiology*, 88(3), 296-308.
- Field, T. (1981), Infant gaze aversion and heart rate during face-to-face interactions. *Infant Behavior and Development*, 10, pp.279-293.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, D., Bendell, D., Schanberg, S., Simmerman, E., Kuhn, O. (1988), Infants of depressed mother show 'depressed' behavior even with non-depressed adults. *Child Development*, 59, pp. 1569-16579.

- Field, T., Woodson, R., Greenberg, R., Cohen, D. (1982), Discrimination and imitation of facial expressions by neonates. *Science*, 218, pp. 179-181.
- Finset, A., & Ørnes, K. (2017). Empathy in the clinician–patient relationship: The role of reciprocal adjustments and processes of synchrony. *Journal of patient experience*, 4(2), 64-68.
- Fissi, S. (2004). Beatrice Beebe & Frank M. Lachmann, Infant research e trattamento degli adulti. Un modello sistemico-diadico delle interazioni. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 38(3), 402-405.
- Fogel, A. (1992), Movement and communication in human infancy: The social dynamics development. In *Human Movement Science*, 11, pp. 387-423.
- Fogel, A. (1993), *Developing though Relationship*. University of Chicago Press, Chicago.
- Fonagy, P. (1991), Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. In *International Journal of Psycho-Analysis*, 72, pp. 639-656.
- Fonagy, P., Campbell, C. (2021). Future directions in personality pathology. *Current Opinion in Psychology*, 37, 145-151.
- Fonagy P, Campbell C. Mentalizing, attachment and epistemic trust: how psychotherapy can promote resilience. *Psychiatr Hung*. 2017;32(3):283-287.
- Fonagy, P., Luyten, P., Campbell, C., & Allison, L. (2014). Epistemic trust, psychopathology and the great psychotherapy debate. *Society for the Advancement of Psychotherapy*.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M. (1995), Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. In Goldberg, S., Muir, R., Kerr, J. (a cura di), *Attachment Theory: Social Developmental and Clinical Perspectives*, pp. 233-278. Analytic Press, New York-London.
- Fonagy, P., Target, M. (1997), Attachment and reflective function: their role in self organization. In *Development and Psychopathology*, 9, pp. 679-700.
- Fullard, W., & Reiling, A. M. (1976). An investigation of Lorenz's "babyhood". *Child Development*, 1191-1193.

- George, C., & West, M. L. (2012). *The Adult Attachment Projective Picture System: attachment theory and assessment in adults*. Guilford Press.
- Gianino, A., Tronick, E. (1988), The mutual regulation model: The infant's self and interactive regulation and coping and defensive capacities. In Field, T., McCabe, P., Schneiderman, N. (a cura di), *Stress and Coping*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ, pp. 47-68.
- Glocker, M. L., Langleben, D. D., Ruparel, K., Loughead, J. W., Gur, R. C., & Sachser, N. (2009). Baby schema in infant faces induces cuteness perception and motivation for caretaking in adults. *Ethology*, 115(3), 257-263.
- Goldstein, R. (1993), Modality and the regulation of mother-toddler attention. Tesi di dottorato. Ferkauf Graduate School of Psychology, Yeshivaa University, New York.
- Gordo, L., Martínez-Pampliega, A., Iriarte Elejalde, L., & Luyten, P. (2020). Do parental reflective functioning and parental competence affect the socioemotional adjustment of children?. *Journal of Child and Family Studies*, 29(12), 3621-3631.
- Gottman, J. (1981), *Time-series Analysis*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Gottman, J., Ringland, J. (1981), Analysis of dominance and bi-directionality in social development. In *Child Development*, 52, pp. 393-412.
- Grigsby, J., & Hartlaub, G. H. (1994). Procedural learning and the development and stability of character. *Perceptual and Motor skills*, 79(1), 355-370
- Haith, M. (1980), *Rules that Babies Look by*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ.
- Haith, M., Hazan, C., Goodman, G. (1988), Expectation and anticipation of dynamic visual events by 3.4 months old babies. In *Child Development*, 59, pp. 467-79.
- Harlow, H. (1958), The nature of love. In *American Psychologist*, 13, pp. 673-685.
- Heller, M., Haynal, V. (1997), A doctor's face: Mirror of his patient's suicidal projects. In Guimon, J. (a cura di), *The Body in Psychotherapy*. Karger, Basel, pp. 46-51.
- Henning, A., & Striano, T. (2011). Infant and maternal sensitivity to interpersonal timing. *Child Development*, 82(3), 916-931.
- Hernandez-Reif, M., Diego, M., & Field, T. (2007). Preterm infants show reduced stress behaviors and activity after 5 days of massage therapy. *Infant Behavior and Development*, 30(4), 557-561.

- Hinde, R. (1982), Attachment: Some conceptual and biological issues. In Parkes, C. M., Stevenson-Hinde, J. (a cura di), *The Place of Attachment in Human Behaviour*, Tavistock, London.
- Hinde, R. (1987), *Individuals, Relationships and Culture: Links between Ethology and the Social Sciences*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Holmes, J. (2010), *Exploring in Security: Towards an Attachment-informed Psychoanalytic Psychotherapy*. Routledge, London.
- Holmes, J. (2014). *John Bowlby and attachment theory*. Routledge.
- Horner, T. (1985), The psychic life of young infant: Review and critique of the psychoanalytic concepts of symbiosis and infantile omnipotence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, pp. 324-344.
- Isabella, R. A., Belsky, J., & von Eye, A. (1989). Origins of infant-mother attachment: An examination of interactional synchrony during the infant's first year. *Developmental Psychology*, 25(1), 12.
- Izard, C. (1979), *The maximally Discriminative Facial Action Coding System (MAX)*. University of Delaware Instructional Resources Center, Newark.
- Jaffe, J., Beebe, B., Feldstein, S., Crown, C., Jasnow, M. (2001), Rhythms of dialogue in early infancy. In *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 66, 265, pp. 1-132.
- Jaffe, J., Feldstein, S. (1970), *Rhythms of Dialogue*. Academic Press, New York.
- Kaminer, T. (1999), Maternal depression, maternal speech, and infant gaze at four months. Tesi di dottorato. St. John's University, New York.
- Karvonen, A., Kykyri, V. L., Kaartinen, J., Penttonen, M., & Seikkula, J. (2016). Sympathetic nervous system synchrony in couple therapy. *Journal of marital and family therapy*, 42(3), 383-395.
- Klein, G. S. (1967), Peremptory ideation: Structure and force in motivated ideas. Holt, R. (a cura di), *Motives and Thought: Psychoanalytic Essay in Honor of David Rapaport*. International Universities Press New York, pp. 80-182.
- Kleinbub, J. R. (2017). State of the art of interpersonal physiology in psychotherapy: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 8, 2053.
- Kleinbub, J. R., Palmieri, A., Orsucci, F. F., Andreassi, S., Musmeci, N., Benelli, E., Giuliani, A., & de Felice, G., (2019a), Measuring empathy: A statistical physics

- grounded approach. *Physica A: Statistical Mechanics and its Applications*, vol. 526, 120979. <https://doi.org/10.1016/j.physa.2019.04.215>
- Kleinbub, J. R., Talia, A., & Palmieri, A., (2019b), Physiological Synchronization in the clinical process: a research primer. *Journal of Counseling Psychology*. <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000383>
- Kohut, H. (1984), *La cura psicoanalitica*. Tr. It. Boringhieri, Torino 1976.
- Koole, S. L., & Tschacher, W. (2016). Synchrony in psychotherapy: A review and an integrative framework for the therapeutic alliance. *Frontiers in psychology*, 7, 862.
- Koulomzin, M., Beebe, B., Jaffe, J., Feldstein, S. (1993), §Infant self-comfort, disorganized scanning, facial distress, and bodily approach in face-toface play at four months discriminate ‘A’ versus ‘B’ attachment at one year. *Society for Research in Child Development Abstracts*, p. 446.
- Kronen, J. (1982), Maternal facial mirroring at four months. Tesi di dottorato. Yeshiva University, New York.
- Lachmann, F. M., & Beebe, B. (1993). Chapter 4 interpretation in a developmental perspective. *Progress in self psychology*, 9, 45-52
- Legerstee, M., Haley, D. W., & Bornstein, M. H. (Eds.). (2013). *The infant mind: Origins of the social brain*. Guilford Press.
- Lewkowicz, D. (1989), The role of temporal factors in infant behavior and development. In Levin, I., Zakay, D. (a cura di), *Time and -human Cognition: A Life-Span Perspective*. North-Holland, Amsterdam, pp. 49-76.
- Lorenz, K. (1949), *L'anello di Re Salomone*. Tr. It. Adelphi, Milano, 1967.
- Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., & Fonagy, P. (2020). The mentalizing approach to psychopathology: State of the art and future directions. *Annual review of clinical psychology*, 16, 297-325.
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). The neurobiology of mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(4), 366.
- Lyons-Ruth, K. (1998), Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attention strategies. In Cassidy, J., Shaver, P. (a cura di), *Handbook of Attachment Theory and Research*. Guilford Press, New York, pp. 520-554.

- Main, M. (1991), Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent), vs multiple (incoherent), models of attachment: Finding and directions for future research. In Parkes, C. M., Stevenson-Hinde, J., Marris, P. (a cura di), *Attachment across the Life Cycle*, Routledge, London.
- Main, M., Goldwyn, R. (1984), Predicting rejection of her infant from mother's representation of her own experience: Implications for the abused-abuser intergenerational cycle. In *International Journal of Child Abuse and Neglect*, 8, pp. 203-217.
- Main, M., Hesse, E. (1990), Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism?. In Greenberg, M. T., Cicchetti, D., Cummings, E. M. (1988), *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention*, pp. 161-182. University of Chicago Press, Chicago, IL.
- Main, M., Solomon, J. (1990), Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In Greenberg, M. T., Cicchetti, D., Cummings, E. M. (1988), *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention*, pp. 121-160. University of Chicago Press, Chicago, IL.
- Malatesta, C., Culver, C., Tesman, J., Shepard, B. (1989), The development of emotion expression during the first two years of life. In *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 54, 219, pp. 1-33.
- Malatesta, C. Z., & Haviland, J. M. (1982). Learning display rules: The socialization of emotion expression in infancy. *Child development*, 991-1003.
- Mandler, J. (1988), How to build a baby: On the development of an accessible representation system. *Cognitive Development*, 3, pp. 113-136.
- Marci, C. D., Ham, J., Moran, E., & Orr, S. P. (2007). Physiologic correlates of perceived therapist empathy and social-emotional process during psychotherapy. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(2), 103-111.
- Marler, P. (1965), Communication in monkeys and apes. DeVore, I. (a cura di), *Primate Behavior*. Holt, Rinehart & Winston, New York, pp. 544-584.

- Martin, J., (1981), A longitudinal study of consequences in early mother-infant interaction: A microanalytic approach. In *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 46, 190, pp. 1-52.
- Mattson, B. J., Williams, S., Rosenblatt, J. S., & Morrell, J. I. (2001). Comparison of two positive reinforcing stimuli: pups and cocaine throughout the postpartum period. *Behavioral neuroscience*, 115(3), 683.
- Meins, E. Fernyhough, C. Fradley, E., Tuckey, M. (2001), Rethinking maternal sensitivity: Mothers' comments in infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. In *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42 (5), pp. 637-648.
- Meltzoff, A. (1985), The roots of social and cognitive development: Models of man's original nature. In Field, T., Fox, N. (a cura di) , *Social Perception in Infant*. Ablex, Norwood, NJ, pp. 1-30.
- Meltzoff, A. (1990), Foundations for developing a concept of self: The role of imitation in relating self to other and the value of social mirroring, social modeling, and self-practice in infancy. In Cicchetti, D., Beeghly, M. (a cura di), *The Self in Transition: Infancy to Childhood*. University of Chicago Press, Chicago, pp. 139-164.
- Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science*, 198(4312), 75-78.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R. (2007), *Attachment in Adulthood*. Guilford, New York
- Mitkidis, P., McGraw, J. J., Roepstorff, A., & Wallot, S. (2015). Building trust: Heart rate synchrony and arousal during joint action increased by public goods game. *Physiology & behavior*, 149, 101-106.
- Morgan, H. D., Fleming, A. S., & Stern, J. M. (1992). Somatosensory control of the onset and retention of maternal responsiveness in primiparous Sprague-Dawley rats. *Physiology & Behavior*, 51(3), 549-555.
- Morgan, H. D., Watchus, J. A., Milgram, N. W., & Fleming, A. S. (1999). The long lasting effects of electrical stimulation of the medial preoptic area and medial amygdala on maternal behavior in female rats. *Behavioural brain research*, 99(1), 61-73.

- Müller, U., & Overton, W. F. (1998). How to grow a baby: A reevaluation of image-schema and Piagetian action approaches to representation. *Human Development*, *41*(2), 71-111.
- Palumbo, R.V., Marraccini, M.E., Weyandt, L.L., Wilder-Smith, O., McGee, H.A., Liu, S. & Goodwin, M.S., (2017), Interpersonal Autonomic Physiology: A Systematic Review of the Literature, *Pers Soc Psychol Rev.*, vol. 21, n. 2, pp. 99- 141. doi: 10.1177/1088868316628405. Epub 2016 Feb 26. PMID: 26921410.
- Papousek, H., Papousek, M. (1979), Early ontogeny of human social interaction. Von Cranach, M., Koppa, k., Lelenies, W. Ploog, P. (a cura di), *Human Ethology: Claims and Limits of a New Discipline*. Cambridge University Press, Cambridge, pp. 63-85.
- Piaget, J. (1937). La naissance de l'intelligence chez l'enfant.
- Pine, F. (1981), In the beginning: Contribution to a psychoanalytic developmental psychology. In *International Review of Psycho-Analysis*, *8*, pp. 15-33.
- Reese, H., Overton, W. (1970), Models of development and theories of development. In Goulet, L., Baltes, P. (a cura di), *Life-Span Development Psychology*, Academic Press, New York.
- Roe, K., McClure, A., Roe, A. (1982), Vocal interaction at three months and cognitive skill at 12 years. *Development Psychology*, *18*, pp. 15-16.
- Rutter, D. R., & Durkin, K. (1987). Turn-taking in mother–infant interaction: An examination of vocalizations and gaze. *Developmental psychology*, *23*(1), 54.
- Rutter, M. (1981), *Maternal Deprivation Reassessed*. Penguin, London.
- Sameroff, A. J. (1983), Development Systems: Contexts vand evolution. In Kessen, W. (a cura di), *Mussen's Handbook of Child Psychology*, vol. 1. Wiley, New York, pp. 237-294.
- Sameroff, A. J., Chandler, M. (1976), Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In Horowitz, F. D. (a cura di), *Review of Child Development Research*, vol. 4. University of Chicago Press, Chicago, pp. 187-244.
- Sander, L., (1977), The regulation of exchange in the infant-caretaker system and some aspects of the context-content relationship. *Interaction, Conversation and the Development of Language*. Wiley, New York, pp.133-156.

- Sander, L. (1983), Polarity paradox, and the organizing process in development. In Call, J. D., Galenson, E., Tyson, R. (a cura di), *Biologic Response Styles: Clinical Implications*. Monograph Series American Psychiatric Press, Washington, DC, pp. 20-36.
- Sander, L. (1985), Toward a logic of organization in psycho-biological development. In Klar, K., Siever, L. (a cura di), *Biologic Response Styles: Clinical Implications*. Monograph Series American Psychiatric Press, Washington, DC, pp. 20-36.
- Sander, L. (1995), Identity and the experience of specificity in a process of recognition. In *Psychoanalytic Dialogues*, 5, pp. 579-593.
- Sarro, S. (1993), The mutual regulation of mother-toddler attention. Tesi di dottorato. Yeshiva University, New York.
- Seip, K. M., & Morrell, J. I. (2007). Increasing the incentive salience of cocaine challenges preference for pup-over cocaine-associated stimuli during early postpartum: place preference and locomotor analyses in the lactating female rat. *Psychopharmacology*, 194(3), 309-319.
- Sharp, C., Chanen, A., & Cavelti, M. (2021). Personality challenges in young people: From description to action. *Current opinion in psychology*, 37, v-ix.
- Sharp, C., Shohet, C., Givon, D., Penner, F., Marais, L., & Fonagy, P. (2020). Learning to mentalize: A mediational approach for caregivers and therapists. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27(3), 50.
- Sherman, S. J., & Corty, E. (1984). Cognitive heuristics.
- Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D., Locker, A. (2005), Maternal reflective functioning, attachment and the transmission gap: A preliminary study. In *Attachment and Human Development*, 7 (3), pp. 283-298.
- Smith, N. A., & Trainor, L. J. (2008). Infant-directed speech is modulated by infant feedback. *Infancy*, 13(4), 410-420.
- Squire, L. R., Cohen, N. J., & Nadel, L. (1984). The medial temporal region and memory consolidation: A new hypothesis. *Memory consolidation: Psychobiology of cognition*, 185-210.
- Sroufe, L. A. (1979), The coherence of individual development. In *American Psychologist*, 34, pp. 834-841.

- Sroufe, L. A., Egeland, B. Y. R. O. N., Carlson, E. L. I. Z. A. B. E. T. H., Collins, W. A., Grossmann, K. E., Grossmann, K., & Waters, E. (2005). Placing early attachment experiences in developmental context. *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies*, 48-70.
- Sroufe, L. A., & Fleeson, J. (1986). Attachment and the construction of relationships. *Relationships and development*, 51, 72.
- Stechler, G., & Kaplan, S. (1980). The development of the self: A psychoanalytic perspective. *The psychoanalytic study of the child*, 35(1), 85-105.
- Stern, D. N. (1971), Una microanalisi dell'interazione madre-bambino. Tr. It. In *Le interazioni madre-bambino nello sviluppo e nella clinica*. Raffaello Cortina, Milano 1998, pp. 1-18.
- Stern, D. N. (1977), *Le prime relazioni sociali: il bambino e la madre*. Tr. It. Armando, Roma 1982.
- Stern, D.N. (1981), Early transmission of affect. Presentato al First International Congress on Infant Psychiatry. Cascais, Portogallo.
- Stern, D.N. (1985), *Il mondo interpersonale del bambino*, tr. it. Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- Stratford, T., Lal, S., & Meara, A. (2012). Neuroanalysis of therapeutic alliance in the symptomatically anxious: The physiological connection revealed between therapist and client. *American Journal of Psychotherapy*, 66(1), 1-21.
- Strauss, M. (1979), Abstraction of proto-typical information by adults and 10-month-old infants. *Journal of Experimental Psychology: Human Learning and Memory*, 5, pp. 618-632.
- Strauss, M. (1979), Abstractions of proto-typical information by adults and 10-month-old infant. In *Journal of Experimental Psychology: Human Learning and Memory*, 5, pp. 618-632.
- Sullivan, H. S., *The illusion of Personal Identity: The Fusion of Psychiatry and Social Science*. Norton, New York.
- Talia, A., Daniel, S. I., Miller-Bottome, M., Brambilla, D., Miccoli, D., Safran, J. D., & Lingiardi, V. (2014). AAI predicts patients' in-session interpersonal behavior and discourse: A "move to the level of the relation" for attachment-informed psychotherapy research. *Attachment & Human Development*, 16(2), 192-209.

- Talia, A., Mazzarella, D., Duschinsky, R., Miller-Bottome, M., Taubner, S., Holmes, J., & Fonagy, P. (2021). Reconceptualizing attachment-related differences: From Proximity-seeking to Epistemic trust.
- Talia, A., Miller-Bottome, M., Katznelson, H., Pedersen, S. H., Steele, H., Schröder, P., ... & Taubner, S. (2018). Mentalizing in the presence of another: Measuring reflective functioning and attachment in the therapy process. *Psychotherapy Research*, 29(5), 652-665.
- Talia, A., Muzi, L., Lingiardi, V., & Taubner, S. (2020). How to be a secure base: Therapists' attachment representations and their link to attunement in psychotherapy. *Attachment & human development*, 22(2), 189-206.
- Talia, A., Taubner, S., & Miller-Bottome, M. (2019). Advances in research on attachment-related psychotherapy processes: seven teaching points for trainees and supervisors. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 22(3).
- Thomas. E., Martin, J. (1976), Analyses of parent-infant interaction. In *Psychological Review*, 83, pp. 141-155.
- Tinbergen, N. (1951), *The Study of Instinct*. Clarendon Press, Oxford.
- Tobach, E. (1970), Some guidelines to the study of the evolution and development of emotion. In Aronson, L., Tobach, E., Lehrman, D., Ronseblatt, J. (a cura di), *Development and Evolution of Behavior*. Freeman, San Francisco, pp. 238-253.
- Tomkins, S. S. (1962), *Affect, Imagery and Consciousness*, vol. 1: *The positive affects*. Springer, New York.
- Tomkins, S. S. (1963), *Affect Imagery and Consciousness*, vol. 2: *The negative affects*. Springer, New York.
- Tomkins, S. S. (1980), Affect as amplification: Some modifications in theory. In *Emotions: Theory, Research and Experience*. Academic Press, New York, pp. 141-164.
- Trevarthen, C. (2003). Conversations with a two-month-old. *Parent–infant psychodynamics: Wild things, mirrors and ghosts*, 25-34.
- Tronick, E. (1980), The primacy of social skills in infancy. Sawin, D., Hawkins, O., Walker, L., Penticuff, J. (a cura di), *Exceptional infant*, vol. 4. Bruner/Mazel, New York, pp. 144-158.

- Tronick, E. (1989), Le emozioni e la comunicazione affettiva nel bambino. Tr. It. In Riva Crugnola, C. (a cura di), *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*. Reffaelo Cortina, Milano 1999, pp. 41-62.
- Tronick, E. (1996), Dyadically expanded states of consciousness and the process of normal and abnormal development. Presentato al Colloque International de PSychiatrie Perinatal. Monaco.
- Tronick, E. (1998), Dyadically expanded states of conscious and the process of therapeutic change. In *Infant Mental Health Journal*, 19, pp. 290-299.
- Tronick, E., Cohn, J. (1989), Infant mother face-to-face interaction: Age and gender differences in coordination and miscoordination. In *Child Development*, 59, pp. 85-92.
- Van Egeren, L. A., Barratt, M. S., & Roach, M. A. (2001). Mother–infant responsiveness: Timing, mutual regulation, and interactional context. *Developmental psychology*, 37(5), 684.
- Van Ijzendoorn, M. H., Juffer, F., & Poelhuis, C. W. K. (2005). Adoption and cognitive development: a meta-analytic comparison of adopted and nonadopted children's IQ and school performance. *Psychological bulletin*, 131(2), 301.
- Van Ijzendoorn, M. Kroonenberg, P. (1988), Cross cultural patterns of attachment: A meta-analysis of the Strange Situation. In *Child Development*, 59, pp. 147-156.
- Wansaw, M. P., Pereira, M., & Morrell, J. I. (2008). Characterization of maternal motivation in the lactating rat: contrasts between early and late postpartum responses. *Hormones and behavior*, 54(2), 294-301.
- Warner, R., Malloy, D., Schneider, K., Knoth, R., Wilder, B. (1987), Rhythmic organization of social interaction and observer ratings of positive affect and involvement. *Journal of Nonverbal Behavior*, 11, pp. 57-74.
- Weiss, P. (1970), Whither life or science?. In *American Scientist*, 58, pp. 156-163.
- Weiss, R. (1982), Attachment in adult life. In Parkes, C. M., Stevenson-Hinde, J. (a cura di), *The Place of Attachment in Human Behaviour*, Routledge, London.
- Wilson, A., Malatesta, C. (1989), Affect and the compulsion to repeat: Freud's repetition compulsion revisited. In *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 12, pp. 243-290.
- Winnicott, D. W. (1957), *Il bambino e la famiglia*. Tr. It. Giunti Barbera, Firenze 1973.

- Winnicott, D. W. (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente*. Tr. It. Armando Roma 1970.
- Younger, B., & Cohen, L. B. (1985). How infants form categories. In *Psychology of learning and motivation* (Vol. 19, pp. 211-247). Academic Press.
- Younger, B., Gottlieb (1988), Development of categorization skills: Changes in the nature or structure of form categories?. *Development Psychology*, 24, pp. 611-619.
- Zicht, S. (1993), Attachment and the regulation of mother-toddler attention. Tesi di dottorato. Yeshiva University, New York.