

IL NOSTRO APPROCCIO

Le emozioni della madre sono coinvolte nello sviluppo delle connessioni neurali.

Il bambino non eredita solo i geni della madre, ma anche la sua storia.

(Boris Cyrulnik)



FEEL SAFE

prevenzione

educazione

terapia

L'obiettivo del progetto *Feel Safe* è intervenire con il metodo EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*; www.emdritalia.it) sulla relazione tra genitori e figli per prevenire o risolvere i disturbi psicopatologici in età evolutiva.

I modelli teorici alla base del nostro protocollo d'intervento con il metodo EMDR sono:

- La teoria dell'attaccamento, con i sistemi motivazionali ed il costrutto del triangolo drammatico;
- La disregolazione emotiva, con il modello della teoria polivagale di Porges e il concetto della finestra di tolleranza.

Il sistema dell'attaccamento è uno dei cinque sistemi motivazionali interpersonali (SMI), insieme a quello dell'accudimento (ad esso complementare) e a quelli agonistico, sessuale e cooperativo. I SMI rappresentano un insieme di regole innate, interne a ciascun individuo, che regolano le interazioni sociali per il raggiungimento di una meta ai fini della sopravvivenza; tali sistemi vengono attivati da segnali specifici. Il SMI dell'attaccamento si attiva nel momento in cui non possono essere soddisfatti i bisogni di base (come la fame o il sonno) o nei momenti di dolore, solitudine e vulnerabilità, per esempio di fronte ad una minaccia o ad un pericolo. La meta del SMI dell'attaccamento è di ripristinare, in tali situazioni di bisogno/minaccia/pericolo, la vicinanza con un membro del proprio gruppo sociale riconosciuto come «più forte o più saggio» (Liotti, 1994), in grado di fornire conforto e protezione. Il SMI dell'accudimento è attivato infatti da segnali di richiesta di protezione da parte di un membro del proprio gruppo, che in quel momento è più debole: l'obiettivo è il prendersi cura. Il SMI agonistico, invece, si attiva quando ci sono risorse limitate nell'ambiente; la meta è la definizione del rango. Il SMI sessuale è attivato da variazioni ormonali e da segnali di corteggiamento e ha come meta la formazione della coppia. Il SMI cooperativo, infine, ha come obiettivo il raggiungimento di un obiettivo comune e si attiva quando le risorse ambientali vengono percepite come accessibili grazie ad uno sforzo congiunto.

Il SMI dell'attaccamento si attiva frequentemente nell'infanzia, in cui la condizione di vulnerabilità è massima, e ancor più frequentemente in un bambino esposto o direttamente coinvolto in un evento traumatico. Il legame di attaccamento con un genitore è sicuro quando il bambino può contare su una figura di accudimento che fornisce conforto e protezione in maniera stabile e coerente. L'attaccamento è insicuro

FEEL SAFE

Via della Meloria 74, 00136 Roma

tel. 348 9876545

info@feelsafe.it

www.feelsafe.it

PI 07790779 - CF 98767544



di tipo evitante quando il bambino è accudito da figure genitoriali che rifiutano o ignorano le sue richieste di aiuto: il bambino impara quindi a inibire le proprie manifestazioni affettive. L'attaccamento è insicuro di tipo ambivalente quando il bambino ha a che fare con una figura di accudimento imprevedibile e incoerente, per cui apprende che la vicinanza protettiva può essere ottenuta soltanto esasperando le proprie manifestazioni affettive. L'attaccamento è invece disorganizzato quando le figure di accudimento sono disturbate da esperienze traumatiche non elaborate e mostrano imprevedibilità e incoerenza nei messaggi inviati ai loro figli, così come un'incapacità nell'entrare in sintonia con loro: questi bambini non hanno quindi strategie organizzate per far fronte alla minaccia e al pericolo, appaiono disorientati e mettono in atto comportamenti incongrui.

Perché un bambino possa elaborare un'esperienza traumatica, è fondamentale che ci sia un legame di attaccamento sicuro con il genitore. Quando questo non avviene, non solo il trauma resta non elaborato, producendo sintomi o comportamenti disfunzionali, ma può peggiorare ulteriormente la qualità dell'attaccamento. Quando, inoltre, la figura di accudimento è traumatizzata a sua volta, la stessa relazione con essa diventa traumatica per il bambino. In base al legame formato con le figure di attaccamento primarie e alle prime esperienze avute con esse (FdA), l'individuo si organizza un sistema di convinzioni che riguardano la propria identità, lo stare al mondo, i propri bisogni e le relazioni con gli altri. Bowlby definiva questo sistema di convinzioni come "*Modelli Operativi Interni*" (MOI) (Bowlby 1969, 1973, 1979).

Le ricerche effettuate sinora confermano che esiste una trasmissione trans-generazionale dei modelli operativi dell'attaccamento: è infatti possibile prevedere lo stile d'attaccamento, identificato nel bambino con la procedura della *Strange Situation* (Ainsworth et al. 1978), a partire dallo stile d'attaccamento dei genitori identificato attraverso l'AAI. Lo stato mentale dei genitori classificato come "irrisolto" nella AAI, per esempio, corrisponde all'attaccamento disorganizzato del bambino ed è maggiormente implicato nello sviluppo psicopatologico.

In che modo e perché gli stili d'attaccamento tendono a persistere attraverso le generazioni? Nella sua ricerca, Main evidenziava come i genitori insicuri si comportavano con i loro figli in modo da preservare i propri stati mentali. La ricerca di Main ha dimostrato, inoltre, che i genitori disorganizzati avevano esperienze traumatiche irrisolte, generalmente collegate a lutti e ad abusi. Queste esperienze, se non elaborate e integrate, possono rimanere dissociate, fino a essere riattivate da contesti particolarmente stressanti dal punto di vista emotivo.

L'attivazione del MOI dell'attaccamento disorganizzato, caratterizzato da vissuti di pericolosità e minaccia, idealizzazione e svalutazione dell'altro, causa difficoltà relazionali importanti. Per descrivere tali difficoltà relazionali, i teorici dell'attaccamento utilizzano il costrutto del triangolo drammatico di Karpman. Karpman teorizza che, nelle relazioni, i membri interpretano tre ruoli diversi: il Salvatore, il Persecutore e la Vittima. La loro relazione è reciproca, giacché la presenza dell'uno implica la presenza degli altri. Nei casi di legami d'attaccamento disorganizzati, nelle circostanze percepite come



minacciose dal bambino (vittima), il genitore è contemporaneamente la fonte di paura (persecutore) e la soluzione (salvatore) per quella paura (Liotti 1995, 1999, 2001), per cui un MOI disorganizzato è caratterizzato dalla "paura senza sbocco" (*fright without solution*: Main e Hesse 1990). Nei genitori con esperienze traumatiche irrisolte, in tali situazioni, il sistema d'attaccamento si attiva al posto del sistema di accudimento ed entrano in gioco MOI disfunzionali, che portano alla perdita del controllo e alla disregolazione delle emozioni.

La disregolazione emotiva avviene perché si verifica una disregolazione dell'*arousal*. L'*arousal* è lo stato di attivazione con cui l'organismo risponde a vari stimoli, modificando le sue funzioni viscerali. I centri regolatori dell'*arousal* si trovano nel sistema tronco-encefalico, che è quella parte del cervello, gerarchicamente meno evoluta, che risponde rapidamente alla minaccia e al pericolo ed è deputata alla sopravvivenza e alla conservazione della specie. Il tronco-encefalico è connesso con il cervello emozionale (sistema limbico) e con la corteccia cerebrale, dove risiedono le funzioni cognitive superiori. La corteccia cerebrale svolge funzione di regolazione e inibizione su sistema limbico e sul troncoencefalo; in caso di pericolo imminente, però, le risposte devono essere molto rapide e il troncoencefalo può entrare automaticamente in funzione, indipendentemente dalle strutture superiori, attraverso il sistema nervoso autonomo simpatico e parasimpatico. Gli eventi traumatici sovraccaricano tutto il sistema, alterano le connessioni e la capacità di auto-regolazione tra queste strutture cerebrali, che si dissociano (transitoriamente nell'adulto). In questo modo si verifica la disregolazione degli stati di *arousal* fisiologici (troncoencefalo) ed emotivi (sistema limbico). La teoria polivagale di Porges consente di identificare il substrato neuroanatomico della regolazione dell'*arousal*. In questo modello, il sistema nervoso autonomo, deputato a controllare le risposte rapide del corpo agli stimoli emotivi e fisiologici, è costituito da tre sottosistemi organizzati gerarchicamente.

Se l'ambiente è sicuro, prevale il sistema vagale ventrale (prevalentemente mielinizzato), che è il sistema evoluto più recente e corrisponde allo stato di attivazione ottimale per la formazione dell'attaccamento e dei legami sociali, poiché innerva viso, laringe e cuore e, attraverso il contatto con l'altro, modula la frequenza cardiaca, le funzioni dell'asse ipotalamo-ipofisario, la mimica e la regolazione della voce e inibisce la risposta d'allarme. Questo sistema è implicato, quindi, nella relazione madre-bambino; alla nascita non è completamente mielinizzato, per cui la sua maturazione potrebbe risentire della qualità dell'interazione con le figure di accudimento e influenzare a lungo termine le funzioni viscerali e la percezione di stimoli fisiologici (come il sonno, la fame, il dolore) (Tagliavini G., 2011).

Quando si verifica un evento che minaccia la sopravvivenza, la risposta vagale ventrale è disattivata ed entra in azione il sistema simpatico. Si produce così una reazione d'allarme, con attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrenalico e rilascio di cortisolo ("ormone dello stress"), che produce uno stato d'iper-attivazione (*iperarousal*), in cui aumentano la frequenza cardiaca e quella respiratoria, la pressione arteriosa, il tono muscolare uno spostamento e una concentrazione dell'attenzione solo sulla fonte della



minaccia. Se necessario, il corpo è pronto per la reazione di attacco o fuga (*flight/fight*), che costituisce la più rapida risposta al pericolo, selezionata evolutivamente negli animali e nell'uomo (Mason, 1971; Goldstein, 1995). I bambini, però, non possono portare a compimento la risposta di attacco o fuga, poiché combattere significherebbe soccombere e fuggire significherebbe allontanarsi dalle figure di attaccamento: in entrambi i casi sarebbe minacciata la sopravvivenza. Se la minaccia persiste e la figura di attaccamento non interviene, o è essa stessa fonte di minaccia, si apre la strada della dissociazione, passando per la reazione d'immobilità fisica come difesa estrema (Tagliavini G., 2011). Infatti, se il sistema simpatico non basta ad assicurare una risposta di sopravvivenza, perché la minaccia è soverchiante per la vita, entra in azione il ramo dorsale del nervo vago, che diminuisce l'*arousal* (*ipoarousal*) per poter conservare energia. Questa struttura gerarchica di risposta costituisce un vantaggio nelle situazioni traumatiche. È sempre il tronco-encefalo ad attivarsi, ma in questo caso la sua attivazione implica un aumento del tono vagale, per cui l'attività cardiaca subisce un rallentamento e la percezione del corpo diminuisce, in modo da produrre un effetto analgesico che riduce la reazione al dolore e, di conseguenza, l'accanimento dell'aggressore. Il risultato estremo è una dissociazione, con disconnessione tra corteccia prefrontale e strutture sottocorticali, per cui l'iper-attivazione dell'amigdala (che gestisce le emozioni e, soprattutto, la paura) non viene inibita, lo stimolo rimane non elaborato e diventa una memoria traumatica isolata, non integrata con il resto delle esperienze e delle conoscenze, come è ben dimostrato da studi effettuati con la risonanza magnetica funzionale (Lanius, Williamson e altri, 2005; Schore, 2009). L'attaccamento disorganizzato deriverebbe proprio da questi processi dissociativi ripetuti, che impediscono al bambino di sviluppare fiducia in sé e nelle relazioni con gli altri e che lo portano alla disregolazione emotiva (Farina e Liotti, 2011). In presenza di una situazione ambientale che richiama alcuni aspetti del trauma, relativi al contesto traumatico o a stimoli sensoriali, queste informazioni dissociate – fatte di immagini, pensieri negativi su di sé, emozioni e sensazioni fisiche disturbanti – emergono sotto forma di sintomi post-traumatici (*flashbacks*, incubi, agitazione) oppure sotto forma di sintomi che possono appartenere ad altri disturbi (per es., crisi di ansia alla separazione da figure di accudimento nel bambino o attacchi di panico nell'adulto), o ancora attraverso la somatizzazione (per es., dolori addominali, cefalea). Le risposte del sistema simpatico e del sistema ventro-vagale sono automatiche e vengono fisiologicamente inibite in un buon funzionamento sociale.

Nel 1999 Daniel Siegel ha sviluppato il concetto di "finestra di tolleranza", che rappresenta graficamente i tre sistemi di regolazione dell'*arousal*. Al di sopra e al di sotto della finestra di tolleranza ci sono rispettivamente gli stati di *iper-* e *ipo-* *arousal*, che non portano all'elaborazione del trauma, bensì al suo continuo riemergere. Lo stato ottimale di regolazione dell'*arousal* è all'interno della finestra di tolleranza, dove le diverse intensità di attivazione emotiva e fisiologica possono essere integrate senza che la funzionalità del sistema venga interrotta, permettendo così l'elaborazione dei traumi (Tagliavini G., 2011). Persone con una storia di traumi ripetuti, soprattutto se vissuti



nell'infanzia, modificano e restringono lo spettro della finestra di tolleranza e tendono a produrre a risposte disregolative (*iper* - o *ipo* - *arousal*) anche in presenza di stimoli che per altri sono tollerabili. Se nel mondo esterno o interno compaiono elementi che richiamano l'esperienza traumatica non risolta, il sistema d'attaccamento e lo stato d'allarme si riattivano, producendo, nel tempo, un *iperarousal* cronico. L'*iperarousal* spesso frammenta l'esperienza percettiva in elementi emotivi o sensoriali, diminuendo così la capacità di fare scelte adattive. L'*ipoarousal* comporta una sensazione di separazione dal corpo, assenza di sensazione d'interi parti del corpo e una significativa diminuzione della capacità di processare le emozioni. Tutti questi casi possono portare ad avere esperienze dissociative.

Il genitore che risponde alla richiesta d'aiuto del figlio andando in *iper*- o *ipo*- *arousal* è stato un bambino le cui emozioni e funzioni fisiologiche non sono state regolate dalla FDA: non possedendo egli stesso una regolazione interna, è quindi un genitore che non è in grado di regolare il figlio. Inoltre, è un genitore che rischia di non elaborare vissuti emotivi traumatici, anche qualora essi sono sperimentati in età adulta. Il risultato di questi processi si osserva quando, di fronte al bisogno di accudimento del bambino, questi genitori manifestano comportamenti spaventati-spaventanti (strategie contraddittorie, comportamenti di ritiro, comportamenti negativo-intrusivi, confusione di ruoli, risposte disorientate, errori di sintonizzazione affettiva), che si esprimono con l'utilizzo di parole ben udibili insieme a altre indistinte, con l'attivazione di sequenze d'inseguimento/caccia, con il mostrare i denti, con invasioni dello spazio del bambino, con fenomeni di *trance*, con comportamenti volti ad allontanare il bambino come per timore di esserne colpito. La perdita e il trauma non elaborati del genitore costituiscono quindi un fattore di rischio nella qualità dell'attaccamento del figlio.

Alcuni degli strumenti utilizzati all'interno del progetto *Feel Safe*, come la *Adult Attachment Interview* (AAI; George, Kaplan e Main 1985; Main, Goldwin e Hesse 2002), la *Manchester Child Attachment Story Task* (MCAST; Green et al 2000), e la *Child Attachment Interview* (CAI; Mary Target, Peter Fonagy, Yael Shmueli-Goetz, Adrian Datta, and Tiffany Schneider 2003), ci consentono non solo di identificare gli stili di attaccamento ed i MOI nei genitori e nei bambini, ma anche di estrapolare dalle interviste i ricordi *target*, relativi ad esperienze relazionali precoci traumatiche, su cui lavorare direttamente con l'EMDR.

Per evidenziare i MOI è importante attivare lo stato mentale relativo all'attaccamento, come avviene tramite l'AAI. Le domande della AAI mirano a far emergere episodi legati alla percezione della vulnerabilità personale e al bisogno del sostegno genitoriale: "sorprendono l'inconscio", attivano i ricordi e vanno diritte al cuore dell'attaccamento, fornendo al clinico preziose informazioni sulla storia personale e sullo stato mentale del soggetto, permettendogli così di identificare traumi e lutti non risolti e stati *Hostile/Helpless*. Grazie a questo prezioso strumento, è possibile individuare i seguenti *target* per il lavoro terapeutico sul genitore con il metodo EMDR:

- lutti;



- traumi con la "T" maiuscola (abusi e maltrattamenti);
- traumi con la "t" minuscola (esperienze relazionali traumatiche nella storia d'attaccamento);
- affermazioni di Ostilità e Impotenza (stati HH) come convinzioni negative su di sé.

Gli stati HH sono i principali responsabili della disregolazione emotiva di un genitore che si trova a dover rispondere alla richiesta d'aiuto del figlio. Lo stato mentale HH è caratterizzato da una svalutazione globale della figura d'attaccamento ("era la mia nemica", "di solito la odiavo", "era insignificante") e da valutazioni emotive contraddittorie della figura d'attaccamento e di sé. Allo stesso tempo l'individuo s'identifica con il genitore svalutato o teme di essere come lui ("mia madre era orribile, io sono come mia madre", "siamo uguali, per questo litighiamo"). Sono frequenti i riferimenti a paure ("mio figlio mi fa paura", "ho paura di danneggiarlo"), un senso di particolare indegnità del sé, la risata sul dolore (il genitore si difende ridendo di fronte alla vulnerabilità, utilizza il sarcasmo o l'umorismo macabro, per es. dicendo "ora gliene racconto un'altra"), la svalutazione dell'attaccamento e dell'affettività con denigrazione ("lo fa per attirare l'attenzione"), l'idealizzazione della figura d'attaccamento ostile ("lo faceva per il mio bene").

Gli indicatori dei protocolli HH sono:

- identificazione con la FdA impotente ("non sapeva mai cosa fare", "io sono come lei");
- atteggiamenti autodistruttivi;
- "blocco" mentale (blocco riferito o in atto davanti ad alcune domande);
- immagini vivide, ma poco elaborate dalla riflessione;
- linguaggio confuso e affettivamente carico;
- comportamenti controllanti-punitivi;
- atteggiamento invulnerabile;
- rappresentazione della figura di attaccamento come impotente ("quando non riusciva ad affrontare una situazione, andava in pezzi", "non potevo chiederle aiuto per problemi emotivi, non era in grado");
- accudimento della figura di attaccamento impotente ("è grazie a me che è sopravvissuta", "era sempre stanca, poverina", "per fortuna che c'ero io, se era per mio padre...").

Come indagare ulteriormente l'attaccamento nel genitore, oltre che con il resoconto autobiografico dell'AAI? L'attivazione dello stato mentale relativo all'attaccamento nel genitore avviene anche con l'uso di:

- fotografie
- diario
- racconto scritto



- *floatback*

Dopo aver identificato tali *target*, sarà possibile condividere con il genitore un piano terapeutico che tenga in considerazione anche gli eventi traumatici di vita, che hanno un impatto sulla relazione con il figlio, e i riattivatori traumatici (comportamenti del figlio che procurano disregolazione emotiva), anche attraverso la somministrazione della *Parental Developmental Interview* (PDI).

Molte forme di malessere mentale possono essere considerate come il risultato di stati di disregolazione emotiva. Tali stati si possono manifestare con improvvise esplosioni di emozioni, come rabbia, tristezza o terrore, che superano i limiti della finestra di tolleranza e travolgono le capacità di pensiero razionale, di flessibilità di risposta e di autoriflessione; l'individuo ha la sensazione di avere "perso il controllo", e le sue attività interne e interpersonali sono compromesse. Per poter aiutare queste persone è necessario cercare di favorire lo sviluppo di processi di organizzazione del Sé più efficaci: in tal senso può essere molto importante l'acquisizione di maggiori capacità metacognitive e di una funzione riflessiva mentalizzante. Le esperienze traumatiche o le relazioni di attaccamento non ottimali possono produrre una regolazione mal adattiva delle emozioni, che limita la resistenza emotiva e la flessibilità comportamentale dell'individuo. Se le capacità del sistema limbico di modulare intensi stati di *arousal* sono ridotte, può essere particolarmente utile imparare a usare funzioni neocorticali che permettano di analizzare, e quindi di intervenire, sulle risposte disregolative iniziali. L'EMDR favorisce la rielaborazione di memorie traumatiche e produce una risoluzione adattiva dell'informazione.

Infine, si potrà ritrovare e analizzare, nella relazione terapeutica e nelle interazioni diadiche e triadiche, il triangolo drammatico, oltre che i sistemi motivazionali. Partendo dal ruolo di Salvatore, Persecutore e Vittima o partendo dal sistema motivazionale che si attiva al posto di un altro in una determinata sequenza interattiva, si può risalire ad altri *target*, attraverso il *floatback*.

Nonostante l'utilizzo degli strumenti sopra descritti, non sempre il paziente ci racconta episodi specifici e spesso parla della sua infanzia come di un periodo tranquillo (fenomeno tipico del paziente con stile di attaccamento evitante). Attraverso le domande della AAI è possibile rintracciare una dissonanza tra memoria semantica ed episodica. In questi casi, è opportuno applicare il protocollo EMDR sulle descrizioni globali, sulle sensazioni o sull'atteggiamento tipico della FdA.

Con l'EMDR si lavora fin dall'inizio su:

- La possibilità di diverse convinzioni negative e positive su di sé;
- Le diverse modalità di strutturazione dell'esperienza (i diversi canali sensoriali, emotivi, cognitivi e corporei);
- Il continuo cambiamento di intensità delle emozioni;
- Le diverse prospettive che appartengono al passato, al presente e al futuro;



- I diversi punti di vista del bambino e dell'adulto.

Forniamo ora degli esempi di lavoro con AAI ed EMDR sui genitori: si può lavorare sulla sensazione più disturbante nella relazione con il figlio o l'episodio che ha scatenato rabbia/impotenza; si può utilizzare il *floatback* sull'emozione o cognizione negativa; si può utilizzare il *floatback* su situazioni in cui ha la persona ha sentito la figura d'accudimento impotente o ostile.

Analizziamo il seguente caso clinico.

Una madre porta la figlia adolescente in terapia per il comportamento oppositivo di quest'ultima. La ragazzina, quando rimproverata, mostra comportamenti aggressivi che arrivano fino alla colluttazione fisica con la madre, a cui dice spesso di provare odio per lei. Il padre, invece, riferisce che con lui la ragazza è tranquilla, accetta le regole e non ha mai usato violenza; spiega i comportamenti della figlia in funzione della dinamica che si inasprisce tra lei e la madre. Inoltre, rivolgendosi alla moglie, le dice: "Sei come tua madre". Nella raccolta d'informazioni sulla storia genitori, emerge che la madre della ragazzina ha una famiglia ad alto indice di traumatizzazione.

La madre della ragazzina piange quando racconta la sua storia e riferisce di star ripetendo gli stessi errori di sua madre, che "è un mostro".

Quando le viene chiesto di pensare all'immagine peggiore che ha di sua figlia, la madre dice alla terapeuta che le sembra che la ragazzina la guardi con gli occhi iniettati di sangue, che prova paura e si sente impotente. La terapeuta le chiede, dunque, cosa le fa pensare questo di lei come persona, e, dopo una serie di affermazioni come: "mia figlia mi odia, non sono importante per lei", la paziente arriva alla convinzione negativa: "Sono una persona cattiva". Attraverso il *floatback*, torna a un momento in cui, da adolescente, il padre è morto per un infarto e la madre l'ha accusata di averlo fatto arrabbiare, aggiungendo la frase "Lo hai fatto morire".

Il lavoro terapeutico si è dunque concentrato sull'elaborazione di tale ricordo, prendendone in considerazione vari aspetti, così come sulle situazioni recenti (il comportamento oppositivo della figlia con le immagini peggiori), e sul futuro (la prossima volta che la figlia le avrebbe risposto male).

Durante le sedute di EMDR con la madre, sono emersi molti altri ricordi sulla sua infanzia: la paziente ha quindi continuato il suo percorso psicoterapeutico, e tale lavoro le ha permesso di migliorare la relazione con la figlia e la sua vita in generale. Non è stato necessario trattare la ragazza.

Gli obiettivi terapeutici nel lavoro effettuato con i genitori sono:

- aumentare la coerenza narrativa;
- aumentare la consapevolezza dei propri stati mentali uscendo dal triangolo drammatico;
- favorire il passaggio dall'implicito all'esplicito (*insight*);
- favorire la metacognizione;



- ampliare la finestra di tolleranza;
- migliorare il contatto empatico con i bisogni reali del bambino.

Bibliografia

- Ainsworth M.D.S., Blehar M., Waters E., Wall S. (1978)** *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bowlby J. (1969)** *Attachment and loss*, 3 voll. London: Hogarth Press.
- Bowlby J. (1973)**. *Attachment and Loss. Vol. 2: Separation*. New York: Basic Books. Tr. It. *Attaccamento e perdita. Vol. 2: La separazione dalla madre*. Torino: Boringhieri, 1975.
- Bowlby, J. (1979)**. *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. London: Tavistock Publications. Tr. It. *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1982.
- Farina B., Liotti G. (2011)**. *Dimensione Dissociativa e Trauma dello Sviluppo*, *Cognitivismo Clinico*, vol. 8, 3-17.
- Lanius R.A., Williamson P.C., Bluhm R.L. et al. (2005)**. *Functional Connectivity of Dissociative Responses in Posttraumatic Stress Disorder: A Functional Magnetic Resonance Imaging Investigation*, *Biological Psychiatry*, vol. 57, 873-884.
- Liotti G. (1994)**. *La Dimensione Interpersonale della Coscienza*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Liotti G. (1995)**. *La Teoria della Motivazione di Lichtnberg: un Confronto con la Prospettiva Etologico - Evoluzionista*. In *Psicoterapia* 2, pp. 104 - 112.
- Liotti G. (1999)**. *Il nucleo del disturbo borderline di personalità: un'ipotesi integrativa*. *Psicoterapia* 16, pp.53-65.
- Liotti G. (2001)**. *Le Opere della Coscienza: Psicopatologia e Psicoterapia nella Prospettiva Cognitivo - Evoluzionista*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- 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. (a cura di), *Attachment in the Preschool Years* Chicago University Press, Chicago, pp.161-182.
- Schore A.N. (2009)**. *Attachment Trauma and Developing of Right Brain: Origin of Pathological Dissociation*, in Dell P., O'Neil J.A. (a cura di), *Dissociation and Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond*, Routledge, New York
- Tagliavini G. (2011)**. *Modulazione dell'Arousal, Memoria Procedurale ed Elaborazione del Trauma: il Contributo Clinico del Modello Polivagale e della Psicoterapia Sensomotoria*, *Cognitivismo Clinico*, vol. 8, 60-72.