

**UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE**

**DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI
CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE**

ANNO ACCADEMICO 2019/2020

TESI DI LAUREA

Il ruolo dell'attaccamento e dell'alleanza terapeutica nella regolazione emotiva

DOCENTE relatore: Prof. Tiziano Furlanetto



STUDENTE: Marica Vesco

MATRICOLA: 17D03951

INDICE

Introduzione	2
Capitolo 1: L'attaccamento	4
1.1 Che cos'è l'attaccamento	4
1.2 La base sicura	6
1.3 Gli stili di attaccamento	7
1.4 Modelli operativi interni	10
1.5 Panksepp: il sistema del panico	12
1.6 Liotti e il sistema dell'attaccamento	14
Capitolo 2: La regolazione emotiva e le basi neurofisiologiche	17
2.1 La regolazione diadica	17
2.2 L'autoregolazione	19
2.3 La finestra di tolleranza	21
2.4 La teoria polivagale	23
2.5 La regolazione emotiva e gli stili di attaccamento	26
Capitolo 3: Dalle relazioni precoci all'alleanza terapeutica	30
3.1 L'alleanza terapeutica e il ruolo del terapeuta	30
3.2 Il sistema cooperativo di Liotti	32
3.3.1 L'influenza degli stili di attaccamento del paziente nell'alleanza terapeutica	34
3.3.2 L'influenza degli stili di attaccamento del terapeuta nell'alleanza terapeutica	37
Conclusioni	41
Bibliografia	43
Sitografia	49
Ringraziamenti	51

INTRODUZIONE

Il presente elaborato si propone di analizzare come le relazioni precoci del bambino con le figure di attaccamento possano influenzare la sua capacità di regolare le emozioni e come possano riflettersi sull'alleanza terapeutica, determinando così l'esito della terapia.

La seguente trattazione è articolata in tre capitoli. Nel primo viene affrontata l'importanza del sistema di attaccamento e della relazione madre-bambino, basata su una presenza non solo fisica, ma anche emotiva, che consenta al piccolo di crescere in un clima di sicurezza. A tal proposito la trattazione si soffermerà sul ruolo del caregiver come base sicura da cui il piccolo potrà partire per esplorare il mondo e come porto sicuro in cui tornare in caso di pericolo. Verrà inoltre illustrata la Strange Situation, ovvero la procedura ideata da Mary Ainsworth per valutare lo stile di attaccamento dei bambini. In seguito, il focus sarà rivolto su quelli che Bowlby ha chiamato modelli operativi interni, evidenziando come le prime esperienze affettive vengano interiorizzate dal bambino, creando in lui delle aspettative sugli altri e sulla loro disponibilità. In seguito, verranno presentati i sistemi innati di Panksepp, in particolare quello del panico che viene considerato fondamentale nell'elaborazione dei processi emotivi sociali legati all'attaccamento. Infine, la trattazione si soffermerà sullo studio dei sistemi motivazionali innati di Liotti, focalizzando l'attenzione su quello dell'attaccamento.

A seguire, il focus del secondo capitolo si soffermerà sulla regolazione emotiva: attraverso il paradigma della Still-Face di Tronick verrà approfondita la regolazione diadica, per poi spostarsi sull'autoregolazione. Successivamente verrà introdotto il concetto di finestra di tolleranza e verranno illustrate le differenti intensità di attivazione fisiologica del soggetto, che possono variare in base alla percezione che egli ha della situazione che sta vivendo. Dopodiché, verrà approfondita la Teoria Polivagale di Porges, al fine di spiegare, da un punto di vista neurofisiologico, cosa accada all'individuo quando si trova in una situazione di pericolo. Per concludere, verrà approfondito il ruolo che giocano i diversi stili di attaccamento nella regolazione emotiva.

Il terzo capitolo, infine, tratterà l'importanza della costruzione di una valida alleanza terapeutica ed il ruolo del clinico all'interno di essa. Verrà evidenziata la necessità del paziente di avere un terapeuta che diventi per lui una base sicura, che gli consenta di

esplorare le proprie emozioni ed il proprio comportamento. Successivamente, verrà introdotto un altro sistema motivazionale interpersonale di Liotti, ovvero quello della cooperazione. In seguito, verranno ripresi gli stili di attaccamento, sia del paziente che del clinico, al fine di poter analizzare l'influenza che essi hanno sulla terapia.

CAPITOLO I: L'Attaccamento

1.1 Che cos'è l'attaccamento

In ogni essere umano è presente, fin dalla nascita, quello che viene chiamato “sistema di attaccamento”. Il neonato nasce molto immaturo e per questo motivo per potersi sviluppare e crescere, non solo fisicamente, ma anche a livello emotivo, ha bisogno di essere protetto da un sistema di attaccamento che gli consenta di sentirsi al sicuro e di esplorare sia l'ambiente che lo circonda che la propria mente. Il sistema di attaccamento è dunque uno dei molti sistemi comportamentali che si sono evoluti al fine di promuovere la sopravvivenza e il successo riproduttivo.

Questo particolare tipo di legame si instaura tra il neonato ed una figura che sia in grado di fungere da “base sicura”, ovvero un individuo che il bambino riconosca come capace di dare sostegno emotivo e protezione fisica in risposta ad un pericolo reale o percepito, oppure in condizioni di stress (Bowlby, 1969).

La relazione madre-bambino ha interessato anche John Bowlby ^[1], uno dei più grandi psicoanalisti del ventesimo secolo, che ne ha analizzato gli aspetti che la caratterizzano. Egli ha elaborato la teoria dell'attaccamento, la quale rappresenta “il quadro concettuale empiricamente fondato più significativo nel campo sociale e dello sviluppo affettivo” (Cassady, 2008). Nella sua teoria Bowlby mette in evidenza come il rapporto che si crea tra il neonato e la madre sia un rapporto peculiare ed esclusivo, dove il piccolo è biologicamente predisposto a ricercare il caregiver, poiché tale figura viene vista come fonte di sostegno e di conforto. Poiché Bowlby riteneva questo legame di natura biologica, quindi innato, sosteneva che il piccolo fosse predisposto ad attuare una serie di comportamenti che favorissero la vicinanza alla figura di attaccamento. Tali comportamenti possono essere suddivisi in tre categorie:

1. I comportamenti segnale: in questa categoria rientrano quei comportamenti che attirano l'attenzione del caregiver e lo fanno avvicinare al piccolo, come ad esempio il sorriso o i vocalizzi.

¹ Le sue opere principali sono quelle racchiuse nei tre volumi di “Attaccamento e perdita” (1969; 1973; 1980).

2. I comportamenti avversivi: sono quei comportamenti che includono le grida e il pianto del bambino, che spingono il genitore ad avvicinarsi per farli cessare.
3. I comportamenti attivi: ne fanno parte tutti quei comportamenti che muovono il piccolo verso la madre, come ad esempio l'avvicinarsi o il seguire.

Questi tre comportamenti sembrerebbero servire, sotto un punto di vista evolutivo, a mantenere il contatto con la figura di attaccamento al fine di aumentare la probabilità di sopravvivenza. Tuttavia, crescendo, i bambini sostituiscono questo desiderio di vicinanza fisica col bisogno di una vicinanza più psicologica. A tal proposito Bowlby mise in evidenza come non fosse importante solo la presenza fisica del genitore, ma riteneva fondamentale che il bambino avesse la certezza che il suo caregiver fosse sempre disponibile e responsivo a livello affettivo. Secondo Bowlby, i bambini svilupperebbero dunque delle aspettative sulla disponibilità dei genitori, le quali andrebbero poi a creare le fondamenta di quelli che Bowlby ha chiamato “modelli operativi interni” di cui ci occuperemo successivamente.

Numerosi studi empirici ^[2] hanno inoltre evidenziato come le relazioni precoci, che avvengono tra il piccolo e la sua figura di attaccamento, vadano a definire la sua capacità di stabilire legami affettivi e relazionarsi in futuro con gli altri individui. Vi sono stati studi che hanno dimostrato come un attaccamento sicuro al proprio caregiver nei primi due anni di vita, non solo migliori la capacità di socializzare con altri individui, ma renda più efficiente la regolazione emotiva.

Sono state condotte altre ricerche ^[3], che collegano l'attaccamento con la psicopatologia, poiché gravi disturbi nella relazione madre-bambino possono condurre a future manifestazioni psicopatologiche. Possiamo dunque vedere l'attaccamento con una duplice valenza, ovvero in caso di un attaccamento sicuro esso rappresenta una cornice protettiva, all'interno della quale il bambino si sente sereno e ha la possibilità di capire cosa succede fuori e dentro di sé. Se questo non dovesse accadere, l'infante resterà costantemente in uno stato di iperallerta, non sentendosi mai al sicuro e non riuscendo a

² Tra cui i lavori di Sroufe e Fleeson (1986; 1988); Sroufe, Egeland e Carlson (1999) e Sroufe, Egeland, Carlson e Collins (2005). Tutti questi autori hanno cercato di approfondire il modo in cui il rapporto, che si crea nella diade caregiver- bambino, vada a forgiare le aspettative del piccolo sugli altri individui e che influenzeranno le future relazioni.

³ Possiamo citare, ad esempio, quelle effettuate da Greenberg, Speltz e Deklyen (1993), Sroufe (1990), Rutter (1982), Cicchetti e Rogosh (1997).

regolare le sue emozioni. Si può quindi considerare l'attaccamento insicuro come un fattore di rischio per la psicopatologia, ma non è detto che tutti i bambini che hanno questo stile di attaccamento sviluppino un disturbo mentale. Allo stesso modo un bambino con un attaccamento sicuro non ha la certezza di non sviluppare nessun disturbo mentale, dal momento che questo stile di attaccamento rappresenta solo un fattore protettivo.

1.2 La base sicura

Bowlby sosteneva che un ulteriore scopo dell'attaccamento fosse quello di creare una sensazione di sicurezza che permettesse al bambino di esplorare, poiché per poter crescere e svilupparsi è fondamentale conoscere l'ambiente che ci circonda. Affinché ciò avvenga, è necessaria la presenza di un porto sicuro dove approdare in caso di pericoli e difficoltà e di una base sicura da cui partire per esplorare e a cui guardare nel momento in cui ci si allontana, per poter ritrovare uno stato di sicurezza. Queste due funzioni sono svolte dalla figura del caregiver, dimostrandosi responsivo ed accessibile nel fornire supporto e conforto. Se il bambino è consapevole di avere una base sicura, sarà psicologicamente sereno e pronto ad affrontare il mondo. Egli in un primo momento inizierà l'esplorazione guardandosi intorno, poi crescendo si muoverà attivamente nello spazio che lo circonda, allontanandosi dal caregiver per tornare e successivamente ripartire per una nuova esplorazione. Abbiamo già visto che i genitori che supportano l'esplorazione del piccolo in maniera appropriata consentono al bambino di acquisire maggior fiducia in sé stesso. Ogni volta che il bambino porta a termine un giro completo, il senso di sicurezza aumenta. Le delusioni a cui il piccolo andrà in contro non devono essere interpretate come un problema, poiché se egli è sostenuto da un caregiver affidabile, imparerà che anche le situazioni spiacevoli possono essere superate. A tal proposito, affinché il bambino possa aumentare la propria autostima e impari ad esternare le proprie emozioni, il genitore deve validare tutti gli stati interni del piccolo e non minimizzare i pianti o qualsiasi altro stato d'animo considerato negativo. Va spiegato loro che il sentimento che prova in quel momento è giusto. Possiamo dunque affermare che il compito dei genitori non è quello di togliere tutti gli ostacoli che i figli possono incontrare durante l'esplorazione, bensì dare loro la sicurezza di poterli affrontare. I bambini con un attaccamento sicuro si

adattano meglio alle situazioni critiche, poiché le proprie risorse emotive sono state sviluppate in maniera più adeguata.

Nel caso in cui il caregiver non fosse in grado di svolgere la funzione di base sicura, il bambino potrebbe inibire le sue emozioni e sviluppare sentimenti di isolamento, non esprimendosi in maniera aperta e spontanea. Ciò potrebbe portare alla nascita di un pattern di attaccamento insicuro, il quale avrebbe delle ripercussioni sul benessere futuro del piccolo, poiché un attaccamento insicuro è sinonimo di esplorazione insicura, la quale rischia di portare a futuri quadri psicopatologici.

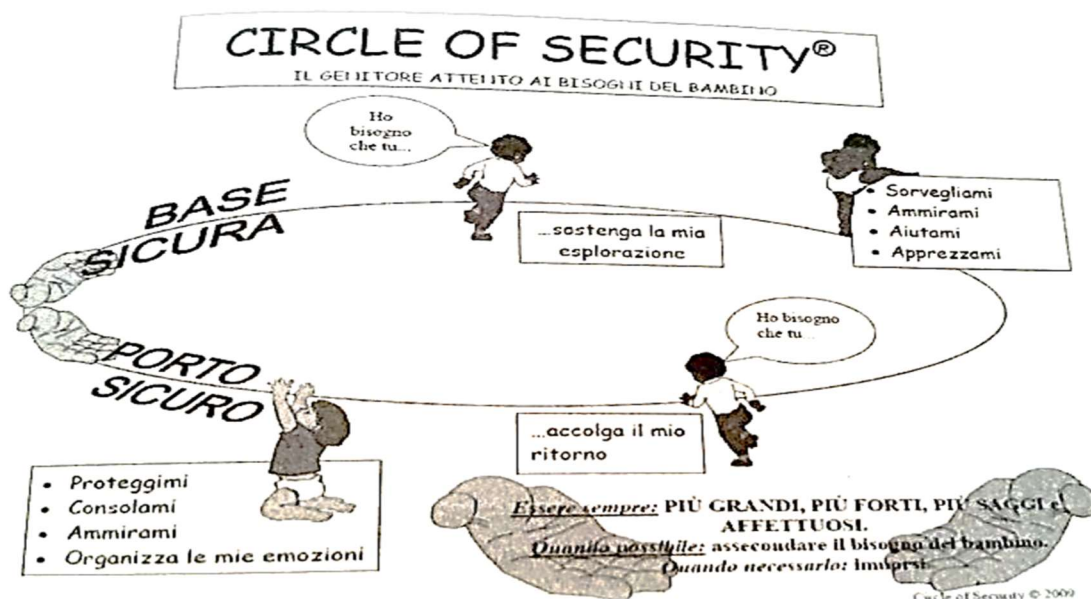


Figura 1: circolo della sicurezza. In questa immagine possiamo osservare schematicamente il circolo su cui si basa il sistema di attaccamento. I genitori sono rappresentati dall'immagine delle mani, mentre nella parte superiore è rappresentata la base sicura da cui partire per esplorare e nella parte inferiore è raffigurato il porto sicuro dove tornare in caso di pericolo o in situazioni di stress. (Circle of Security, 1999).

1.3 Gli stili di attaccamento

In base alle esperienze precoci con i caregiver, si formeranno diversi pattern di attaccamento, i quali andranno a forgiare le caratteristiche comportamentali e del carattere dell'individuo. A tal proposito, la psicologa canadese Mary Ainsworth (Ainsworth, Witting, 1969), ideò una procedura sperimentale su base osservativa, chiamata Strange Situation, con lo scopo di valutare l'attaccamento del bambino di un anno sottoposto a delle condizioni di stress. Tale metodo prevede la sequenza costante di otto episodi, in cui in un primo momento madre e figlio vengono accompagnati in una stanza piena di

giochi e successivamente lasciati soli, permettendo così al piccolo di esplorare l'ambiente. In seguito, vi è l'ingresso di un'estranea che interagisce prima con l'adulto e poi con l'infante. La madre esce dal setting, lasciando il figlio solo con la sconosciuta. Dopo alcuni minuti, si ricongiunge col bambino, mentre l'estranea esce dalla stanza. La madre, se necessario, consola il piccolo per poi uscire nuovamente dal setting. Il bambino a questo punto resta completamente solo, finché non rientra l'estranea che, se serve, cerca di tranquillizzarlo. Infine, vi è la seconda riunione tra caregiver e neonato e l'uscita dal setting della terza persona. Questi episodi durano circa tre minuti ciascuno e vengono svolti in un laboratorio, permettendo così al piccolo di ritrovarsi a vivere una separazione dalla madre in un contesto diverso da quello familiare. Lo sperimentatore osserva come il bambino reagisce in assenza della madre e al suo ritorno. In questo modo è possibile esaminare non solo il comportamento di attaccamento, ma anche quello affiliativo ed esplorativo. Quest'ultimo, infatti, in un primo momento, viene incoraggiato, per poi introdurre successivamente eventi stressanti, ovvero l'ingresso in stanza di una persona estranea e una breve separazione dal caregiver. Ainsworth ipotizzava che i bambini avrebbero usato la madre come base sicura per esplorare l'ambiente, mostrando invece angoscia e desiderio di attaccamento nelle fasi di separazione e ricongiungimento. Attraverso queste osservazioni, è emerso che il pattern di attaccamento che il piccolo sviluppava nelle relazioni precoci, dipendeva dal modo in cui i caregiver rispondevano ai suoi bisogni. Sulla base di tali studi, sono emersi i seguenti pattern:

Attaccamento sicuro (tipo B): nella Strange Situation, il bambino sicuro, in presenza della madre, esplora la stanza e i giochi con interesse, mentre in sua assenza può dare segni di sconforto e piangere. Tuttavia, riesce a giocare da solo o con l'estraneo. Alla riunione si avvicina al genitore, salutandolo e ricercandone il contatto fisico. Dopo essersi calmato, riprende a giocare.

Un bambino con questo tipo di attaccamento ha avuto un caregiver sensibile e responsivo, il quale è stato capace di riconoscere e soddisfare le esigenze del piccolo. Inoltre, le sue emozioni, sia positive che negative, sono state validate e ripeschiate in maniera adeguata. La relazione che si crea è caratterizzata dunque da una buona base di fiducia, consentendo al bambino di adottare le strategie che gli consentiranno di esplorare l'ambiente ed avere una visione chiara della realtà. Questo tipo di attaccamento permette al piccolo di costruire future interazioni fiduciose con gli altri.

Attaccamento insicuro-evitante (tipo A): nella Strange Situation, il piccolo, sia in presenza che in assenza della madre, si concentra sui giochi o sull'ambiente, ignorando il genitore al momento della separazione senza piangere. Inoltre, egli si mostra a suo agio con l'estraneo e indifferente all'essere lasciato solo. Alla riunione evita il caregiver, senza ricercarne la vicinanza.

In questo caso, il caregiver non è una figura responsiva, tantomeno sensibile ai bisogni del piccolo. Quest'ultimo sarà insicuro nell'esplorazione del mondo e percepirà un sé come non degno d'amore. Imparerà che le emozioni non devono essere manifestate, poiché causano il rifiuto della figura di attaccamento e di conseguenza il suo allontanamento. Per questo motivo, il bambino interpreta il pianto come un fastidio per il suo caregiver, e dunque l'unica strategia possibile per ottenerne la vicinanza è il manifestare il meno possibile le richieste di aiuto. "Il bambino diventa ben presto genitore di sé stesso, impara cioè a non cercare il conforto e l'aiuto esterno, perché l'unico modo che sente per essere accettato e amato è dimostrarsi indipendente". (Caviglia, 2004).

Attaccamento insicuro-ambivalente (tipo C): il bambino con attaccamento ambivalente, nella Strange Situation, in presenza della madre le sta attaccato, mentre in sua assenza esplora poco l'ambiente, dando segni di intenso sconforto. Alla riunione si avvicina al genitore, ma non riesce a calmarsi, sembrando arrabbiato o aggressivo. Tali comportamenti non permettono al piccolo di giocare con gli oggetti nella stanza.

Questa tipologia di attaccamento viene sviluppata quando il comportamento dell'adulto non permette al piccolo di prevedere quali saranno le reazioni alle sue richieste. Questa imprevedibilità non consente di instaurare fiducia nella relazione col caregiver e di conseguenza nemmeno in quelle future. Inoltre, vi sono delle ripercussioni anche sui normali comportamenti di esplorazione, poiché il bambino sarà costantemente attento alle richieste e al comportamento del caregiver, deviando la sua attenzione e la sua curiosità dal mondo esterno. In aggiunta, il piccolo svilupperà una bassa autostima e ansia da separazione, divenendo così incapace di sopportare distacchi prolungati. Avrà inoltre la convinzione di essere un sé non amabile.

Attaccamento disorganizzato (tipo D): un bambino con questo tipo di attaccamento, sottoposto alla Strange Situation, mostra atteggiamenti contraddittori: in presenza della madre attua comportamenti bizzarri, oppure può immobilizzarsi come fosse in uno stato

di trance. Quando resta da solo urla disperato, mentre al rientro del genitore si butta a terra, oppure si avvicina alla madre tenendo il viso girato in un'altra direzione. In alcuni casi, cerca di aggrapparsi piangendo, ma, allo stesso tempo, prova a divincolarsi buttandosi all'indietro.

Esso è lo stile alla base di molte psicopatologie. Vi rientrano coloro che non possono essere collocati in nessuna delle categorie precedenti, poiché presentano un misto di comportamenti evitanti e resistenti a cui si somma un'iperattivazione del sistema di attaccamento. È lo stile tipico di quei bambini abusati sia fisicamente che mentalmente, dove il caregiver a sua volta presenta traumi infantili irrisolti. Parliamo dunque di genitori spaventati e allo stesso tempo spaventanti, che non permettono al bambino di instaurare una relazione sicura e di conseguenza di non potersi fidare né delle loro emozioni, tantomeno delle loro cognizioni. Si crea così un circolo vizioso, dove la natura spinge il piccolo alla ricerca di cure e protezione verso il suo caregiver, il quale allo stesso tempo è la figura che lo terrorizza e dalla quale vorrebbe fuggire, poiché fonte di pericolo. Questo stile di attaccamento presenta un modello operativo interno incoerente, frammentario e multiplo, dove la rappresentazione che il bambino ha di sé e dell'altro ruotano intorno a tre ruoli: la "vittima", il "persecutore" e il "salvatore". Il bambino rappresenta sé stesso come "persecutore" nel momento in cui vede sul volto del caregiver l'espressione di paura quando cerca di avvicinarsi a lui. Egli invece si vedrà come la "vittima" del suo caregiver spaventante ed infine avrà una rappresentazione di sé come "salvatore" nel caso in cui l'adulto trovi conforto in quei rari momenti di tenerezza che avvengono nel contatto con il bambino.

1.4 Modelli operativi interni

Abbiamo visto che il bambino utilizza la figura di attaccamento come base sicura da cui partire per l'esplorazione, ma affinché ciò avvenga, non sono importanti soltanto i comportamenti che i genitori mettono in atto, bensì sono fondamentali anche come essi vengono rappresentati nella mente del bambino. Bowlby chiamò queste rappresentazioni mentali Modelli Operativi Interni, i quali influenzano la capacità di regolare e organizzare le emozioni e guidano il comportamento. Come già accennato, i primi schemi di attaccamento che il bambino crea sono molto importanti, poiché avranno effetti sulla

costruzione delle relazioni future. Il neonato infatti, grazie alle prime esperienze affettive, interiorizza il modo in cui il caregiver risponderà alle sue richieste, sviluppando così delle aspettative sulla sua disponibilità.

Si formeranno dunque delle rappresentazioni mentali di sé stessi e degli altri, che tenderanno a rimanere stabili nel tempo e ad agire in maniera inconsapevole. Parliamo di modelli tendenzialmente stabili, poiché i modelli operativi interni non sono statici, piuttosto sono schemi flessibili, che possono modificarsi qualora accada qualcosa di significativo nella vita dell'individuo, oppure in periodi peculiari come ad esempio l'adolescenza. Tale concetto viene sottolineato anche da Bowlby, secondo il quale durante l'infanzia vi è un periodo chiamato "fase sensibile", in cui è più semplice creare e modellare molteplici rappresentazioni mentali dei legami di attaccamento. Risulterà più difficile invece modificare i modelli operativi interni man mano che l'individuo cresce e fa esperienze.

Un'altra osservazione che possiamo fare è la differenza tra i modelli operativi interni dei bambini con attaccamento insicuro e quelli con attaccamento sicuro. I modelli operativi definiti insicuri vengono descritti come semplici e più resistenti al cambiamento. Il caregiver viene rappresentato come una figura non degna di fiducia, assente e rifiutante. Al tempo stesso il bambino creerà una rappresentazione di sé stesso come non meritevole d'amore e che in caso di necessità dovrà contare solo sulle sue forze, poiché non potrà fare affidamento sul sostegno del caregiver.

Al contrario, un bambino con attaccamento sicuro ha avuto esperienze con caregiver responsivi e sensibili e ciò gli ha permesso di formare una rappresentazione degli altri come affidabili. È da qui che nasce la fiducia nella disponibilità, non solo fisica, ma anche emozionale della figura di attaccamento. L'immagine di sé che il bambino svilupperà sarà di un sé amabile, con una buona autostima e consapevole di poter fare affidamento sull'altro.

Partendo da queste osservazioni, possiamo notare come i modelli operativi interni includano sia la percezione dell'individuo di essere o meno un sé degno di amore, sia le informazioni relative alla disponibilità dei caregiver ad aiutarli da un punto di vista fisico ed emotivo. L'individuo quindi forgia nella sua mente una mappa di come vede sé stesso, gli altri e le relazioni con essi.

1.5 Panksepp: il sistema del panico

Tutte le osservazioni fatte finora, ci hanno permesso di affermare che i neonati vengono al mondo socialmente dipendenti e che il cervello umano si sia evoluto per assicurare che i caregiver si prendano cura dei loro piccoli. Parallelamente i bambini nascono con una serie di sistemi affettivi che permettono loro, ad esempio, di comunicare il bisogno di cure, come ad esempio piangere dopo una separazione.

Si è giunti a questa riflessione grazie agli studi condotti dallo psicologo statunitense, psicobiologo e ricercatore in neuroscienze Jaak Panksepp, il quale ha scoperto l'esistenza di sette sistemi innati, che caratterizzano e accomunano molte specie animali, soprattutto i mammiferi, sia quelli più antichi che quelli più evoluti. Essi sono:

1. RICERCA
2. COLLERA
3. DESIDERIO SESSUALE
4. PAURA
5. CURA
6. PANICO/SOFFERENZA
7. GIOCO

Tali sistemi motivano il nostro stare al mondo e danno forza ai nostri comportamenti quotidiani. I primi quattro sistemi sono condivisi anche con i rettili a sangue freddo, mentre l'evoluzione dei tre restanti sembra essere databile all'apparizione delle specie mammifere.

L'obiettivo di Panksepp era quello di formulare una teoria neuroscientifica realistica dei sistemi emotivi innati, e di conseguenza anche delle emozioni. Per raggiungere il suo scopo, egli conciliò studi di neurofisiologia umana e animale col metodo introspettivo, rivelando così l'esistenza di tali sistemi. Essi sono «sistemi emotivi che regolano i differenti aspetti della nostra vita, evidenziando come le loro alterazioni e inibizioni sono all'origine dei disturbi psicologici.»^[4]

⁴ Panksepp, J., & Biven, L. (2014). Archeologia della mente: Origini neuroevolutive delle emozioni umane. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Panksepp fonda la sua teoria su cinque assunti di base:

1. Processi emozionali distinti riflettono l'attività di specifici circuiti cerebrali.
2. Se consideriamo il genere umano e indaghiamo le emozioni di base, noteremo che esse sono uguali a quelle dei mammiferi e di alcune specie di vertebrati
3. Esiste un numero limitato di circuiti e per ognuno di essi corrisponde un'emozione di base. La loro attività combinata e l'apprendimento danno vita alle emozioni secondarie.
4. Viene messa in rilevanza l'importanza del metodo introspettivo
5. La comprensione scientifica delle emozioni deve nascere da un chiarimento di come esse siano organizzate a livello cerebrale, ovvero se l'introspezione ci permette di notare diverse emozioni e quindi diversi circuiti cerebrali, la neurofisiologia e la ricerca empirica hanno il compito di spiegare in maniera scientifica l'emozione, identificando nel cervello questi circuiti.

In questa trattazione, ci soffermeremo sul sistema del panico, poiché Panksepp sosteneva che la sua attivazione fosse così coinvolgente da renderlo uno dei sistemi emotivi più potenti. Considerato che vivere in società aumenta la possibilità di sopravvivenza di tutte le specie sociali, ciò potrebbe spiegare in modo evolutivo l'origine di questo sistema, il quale è di cruciale importanza nell'elaborazione dei processi emotivi sociali legati all'attaccamento. Esso si attiva a causa di una separazione che può essere dovuta alla rottura di un legame sociale, caratterizzato da un'iniziale sensazione di desolazione ed infelicità. I meccanismi di ansia da separazione aprono le porte della sofferenza umana, portando ad un dolore che non può essere assimilato a nessun altro male, conducendo ad una sensazione di panico. A questo punto il sistema dell'animale mette in atto una serie di strategie utili al ricongiungimento con la figura di cura, come ad esempio il pianto di protesta (*separation call*). Queste strategie comportamentali innate hanno dunque come scopo quello di richiamare l'attenzione del caregiver e fare in modo che quest'ultimo si avvicini. Il sistema del panico si disattiva quando c'è un ricongiungimento, caratterizzato da una sensazione di conforto e sicurezza.

Quello che stupisce Panksepp è come le componenti neuroanatomiche e neurochimiche siano davvero simili tra tutte le specie animali. Egli ipotizzava che il sistema del panico

si fosse evoluto dai circuiti primitivi che mediavano il senso del dolore, poiché, dal punto di vista anatomico, il sistema della sofferenza coinvolge il grigio periacqueduttale (PAG), il quale è implicato anche nell'intensità affettiva del dolore fisico. Le altre aree coinvolte sono quella del talamo dorso-mesiale, l'area del setto, l'area preottica dorsale ed infine i nuclei della stria terminale. Dal punto di vista chimico ci sono tre neuropeptidi che riducono l'attivazione del sistema del panico, ovvero gli oppiacei endogeni ed esogeni, l'ossitocina e la prolattina. Gli ultimi due sono i neuropeptidi implicati anche nel sistema della cura. Quando il sistema del panico è attivo vengono prodotti i neuropeptidi dello stress, come la corticotropina (CRF), la quale provoca il rilascio dell'adrenocorticotropo (ACTH), che a sua volta causa il rilascio del cortisolo.

1.6 Liotti e il sistema dell'attaccamento

Influenzato dalla teoria di Panksepp e da altri autori come Darwin, Ekman e Bowlby, Giovanni Liotti, noto psichiatra cognitivista italiano, ha cercato di integrare evolucionismo, neuroscienze e funzionamento affettivo con la clinica psicoterapeutica. Questo tentativo di integrazione è stata una grande evoluzione, che ha creato un progetto psicoterapeutico rivoluzionario e innovativo.

Basandosi sulla teoria del cervello tripartito di MacLean, Liotti ha elaborato la "teoria evolucionistica della motivazione", la quale prevede la suddivisione in tre diversi sistemi motivazionali:

Il primo livello è quello evolutivamente più arcaico ed include i sistemi motivazionali, che regolano quelle che possiamo definire le condotte non sociali, ovvero, la difesa dai pericoli, l'esplorazione, la difesa del territorio, la regolazione di funzioni fisiologiche, la ricerca di cibo e la riproduzione sessuale.

Con l'evoluzione nasce il secondo livello, caratteristico dei mammiferi, dove rientrano quei sistemi motivazionali che possiamo chiamare interpersonali, poiché regolano i rapporti dell'individuo con l'ambiente sociale. Essi guidano il comportamento in base agli obiettivi da raggiungere e sono in relazione con l'esperienza emotiva. Le emozioni infatti sono elementi imprescindibili e fondamentali, perché accompagnano l'attivazione e l'azione di questi sistemi. Liotti individua cinque sistemi motivazionali

interpersonali, ovvero: il sistema dell'attaccamento, dell'accudimento, il sistema agonistico, il sistema cooperativo, ed infine il sistema sessuale. Secondo Liotti ognuno di questi sistemi genera delle emozioni diverse.

Infine, il terzo livello si deve allo sviluppo completo della neocorteccia e per questo motivo è una peculiarità della specie umana. Esso riguarda la dimensione cognitiva dell'intersoggettività e della costruzione di significati.

La particolarità di questi sistemi è il fatto che, secondo Liotti, i sistemi di livello superiore regolano quelli inferiori.

Ci concentriamo sui sistemi motivazionali interpersonali, in particolare sul sistema dell'attaccamento, poiché sappiamo che è il primo sistema interpersonale attivo e che produrrà un modello operativo interno tendenzialmente mantenuto per tutto l'arco di vita. Secondo la teoria di Liotti, questo sistema regola la ricerca di vicinanza e di protezione quando ci si trova in condizioni di fragilità, stanchezza o dolore. Per questo motivo il sistema di attaccamento si attiva quando vi sono emozioni di paura, causata da dolore, sia fisico che emotivo, oppure si percepisce solitudine o ci si sente vulnerabili. Una volta attivato questo sistema, il comportamento che viene messo in atto è quello che definiamo *separation call*, ovvero la protesta che avviene durante la separazione, che può essere manifestata ad esempio sottoforma di pianto o collera. Tali comportamenti si arrestano nel momento in cui la meta viene raggiunta. Per esempio, se un bambino sente il suo caregiver che si separa da lui, inizierà a piangere e porrà fine a questo comportamento solo quando la madre sarà tornata da lui, garantendogli quella che viene definita vicinanza protettiva. Il raggiungimento della meta non è l'unica soluzione per far cessare i comportamenti. A volte i sistemi motivazionali interpersonali possono arrestarsi per l'attivazione di altri sistemi motivazionali. Poniamo il caso che il bambino abbia ricevuto la vicinanza protettiva, a quel punto il sistema dell'attaccamento si disattiva e parte un altro sistema motivazionale, come ad esempio quello della ricerca, poiché il piccolo si sente protetto e ha una curiosità esploratoria che non emergerebbe se percepisse una minaccia o un pericolo. Un altro modo per arrestare i comportamenti del sistema di attaccamento è la protratta impossibilità di conseguire la meta. Questo accade nel caso in cui i caregiver non rispondano, in maniera costante nel tempo, al pianto del bambino ancora molto piccolo. Sappiamo infatti che il pianto è un segnale

che il neonato manda al suo caregiver, ma se il genitore non lo legge è come se gli comunicasse che quel modo che lui ha di manifestare un bisogno non è funzionale. Di conseguenza, il bambino smetterà di piangere, non perché non abbia più bisogni da comunicare, semplicemente perché ripetute esperienze gli hanno dimostrato che quella spinta biologica non serve.

Come già detto prima, ogni sistema motivazionale interpersonale, quando è in funzione, va ad attivare una classe specifica di emozioni, che servono a raggiungere la meta o superare eventuali ostacoli che ne impediscono il raggiungimento. Alcune emozioni sembrano attivarsi solo in concomitanza di uno specifico sistema motivazionale interpersonale e non si manifestano mai durante l'attivazione degli altri. Altre invece si possono attivare nell'ambito di più sistemi, però sempre all'interno di sequenze emotive molto diverse tra loro:

quando il sistema dell'attaccamento è attivo regola una serie di emozioni, tra cui la paura, la collera e la tristezza, causate dalla solitudine percepita, mentre se il sistema si disattiva, emergono la gioia dovuta al ricongiungimento, la sicurezza di avere una base sicura, nonché gratitudine e fiducia nei confronti di coloro che hanno risposto alla loro chiamata.

CAPITOLO II: La regolazione emotiva e le basi neurofisiologiche

2.1 La regolazione diadica

Abbiamo visto come il sistema di attaccamento sia il primo sistema a mettere in contatto il neonato con le figure significative. Al suo interno, l'adulto insegna al bambino il significato e il valore dell'attivazione emotiva che viene esperita nei primi anni di vita. Le prime strutture cognitive ed affettive che si creano, serviranno come base e come confronto per le esperienze emozionali che emergeranno all'interno degli altri sistemi motivazionali interpersonali. Inoltre, molte emozioni che compaiono dall'attivazione di altri sistemi sono dolorose, come ad esempio la vergogna, la tristezza e il dolore per la perdita. Sappiamo che ogni emozione di questo tipo tende ad attivare il sistema di attaccamento, al fine di ricercare cure e diminuire il dolore percepito. Tutte le emozioni che emergeranno nell'arco della nostra esistenza, saranno categorizzate ed eventualmente regolate all'interno di quanto appreso nelle prime interazioni di attaccamento. Pertanto, possiamo definire la regolazione emotiva come un processo che inizia nei primi mesi di vita grazie alle interazioni con il caregiver, il quale aiuta il bambino a categorizzare le emozioni che si presentano all'interno del linguaggio esplicito. Lo sviluppo psicologico del bambino è dunque in stretta relazione alle capacità di regolare le emozioni che egli impara nel corso delle prime relazioni (Sroufe, 1995). Per questo motivo, se il piccolo acquisisce buone capacità di regolazione emotiva, sarà in grado di modulare adeguatamente le emozioni sia negative che positive, nonché di fare un uso flessibile di strategie per modulare l'intensità e la durata della risposta emotiva.

Si può dunque affermare che durante il primo anno di vita, la regolazione emotiva si presenta come un processo diadico, in cui è indispensabile l'attività regolatoria svolta dal caregiver. È fondamentale che il caregiver sia sensibile e responsivo, capace di interpretare i segnali del neonato per poterlo aiutare nello sviluppo dei processi regolatori. Questo permetterà al bambino non solo di discriminare le espressioni facciali che osserva sul volto dell'adulto, collegandole a delle emozioni specifiche, ma anche di regolare la propria risposta emotiva e di imitare le espressioni che ha visto sul volto del genitore. Infatti, la comunicazione emotiva che avviene tra l'adulto e il neonato è regolata dalle espressioni facciali, le quali forniscono un feedback continuo e reciproco (Stern, 1995). Tale affermazione è stata confermata dalla ricerca dello psicologo Edward Tronick

(1978), attraverso il paradigma della Still-Face. Si tratta di un'osservazione strutturata, in cui vi sono tre episodi che si susseguono:

- Nel primo vi è l'interazione faccia a faccia tra il bambino e la madre. I due interagiscono normalmente, attraverso la voce, i gesti e le espressioni del viso;
- nel secondo episodio la madre deve assumere un'espressione neutra e restare ferma in silenzio;
- nell'ultima parte dell'osservazione, madre e figlio ricominciano a interagire normalmente, come avviene nella prima fase;

I risultati ottenuti da questo paradigma hanno evidenziato che i neonati di tre mesi sono già sensibili alle modificazioni delle espressioni del volto della madre e di conseguenza modificano il loro modo di comunicare con lei. Inoltre, le loro risposte comportamentali, nel corso del secondo episodio, comunicano frustrazione e stress emotivo. Sulla base di questo ed altri studi ^[5], il compito iniziale del caregiver sembrerebbe quello di regolare il disagio del bambino attraverso scambi non verbali. In questo modo l'adulto aiuta il piccolo a dare un senso a ciò che prova e ritornare ad uno stato regolato. La costante ripetizione delle esperienze di mutua regolazione permette il loro internalizzarsi, diventando processi automatizzati e consentendo al bambino di divenire sempre più capace ad autoregolarsi. L'alternarsi di regolazione diadica e autoregolazione permette un buono sviluppo della capacità di regolazione affettiva. Inoltre, come già dichiarato in precedenza, questo sviluppo ottimale sembrerebbe essere più probabile nei bambini con caregiver responsivi e sensibili rispetto a quelli con attaccamento insicuro. Infatti, tra i fattori di rischio che possono compromettere lo sviluppo delle capacità regolatorie, è stato individuato il tipo di attaccamento che si è creato nelle relazioni precoci tra il bambino e il suo caregiver. Per esempio, in caso di attaccamento insicuro, il genitore non sembra essere in grado di validare in maniera adeguata le emozioni del piccolo, impedendo lo sviluppo della sicurezza emotiva e aprendo la strada a possibili psicopatologie future. Al contrario, un caregiver sensibile e responsivo garantisce all'infante la completa maturazione delle competenze regolatorie.

⁵ Tra i quali possiamo citare le ricerche di Trevarthen, (1979), Ainsworth, Blehar, Waters e Wall, (1978), Beebe e Lachmann, (1994), Fogel (1995), Fonagy, Gergely, Jurist e Target (2002), Meins (1997), Stern, Hofer, Haft e Dore (1984), Tronick (1989).

2.2 L'autoregolazione

Finora abbiamo parlato di regolazione emotiva diadica. Adesso, andremo ad approfondire la regolazione autoregolata, attraverso il paradigma della Still Face, grazie al quale Tronick ha proposto di suddividere i comportamenti auto-regolatori del bambino in autodiretti ed eterodiretti.

Soffermandoci sulla seconda fase della Still Face, in cui la madre è immobile con il volto inespressivo, si è potuto osservare che, in un primo momento, il bambino si autoregola, ma se la mamma continua ad ignorarlo, finisce per disorganizzarsi e diventare a sua volta inespressivo. Accade infatti, che mentre la madre è immobile, il piccolo cerca di intensificare le interazioni, producendo un numero maggiore di espressioni e di vocalizzi. Vedendo che tutti i suoi tentativi sono vani, il lattante utilizza comportamenti autoregolatori, evitando a sua volta l'interazione con la madre.

Nello specifico, i comportamenti autodiretti sono delle strategie di regolazione emotiva, che attraverso l'azione su sé stessi permettono di controllare il proprio stato emotivo e gli affetti negativi, distogliendo l'attenzione dalla situazione stressante, oppure sostituendola con una positiva (Gianino & Tronick, 1988). Ad esempio, i bambini mettono in atto comportamenti di tipo autoconsolatorio oppure autostimolante, tra cui:

- Distogliere lo sguardo dallo stimolo stressante;
- Dondolarsi;
- Rimanere fissi con lo sguardo nel vuoto;
- La suzione del pollice e la manipolazione di parti del proprio corpo, come ad esempio i capelli o le orecchie, al fine di ottenere un effetto calmante e consolatorio.

Il rischio a cui si va incontro è che tali comportamenti, se ripetuti in maniera costante nel tempo, possono far diminuire l'interesse del piccolo nei confronti dell'ambiente e del suo caregiver, diventando difese patologiche.

Lo psicologo Alan Sroufe (2000) ha studiato il modo in cui si evolvono nei bambini le competenze di autoregolazione. A tal proposito, egli ha individuato le seguenti fasi:

- Nei primi mesi di vita del bambino, come abbiamo visto in precedenza, è il caregiver a guidare il piccolo nella modulazione delle sue emozioni, sia positive che negative.
- Dai 6 mesi in poi, il piccolo utilizza intenzionalmente l'adulto come regolatore delle emozioni, cercando delle strategie per comunicare in maniera efficiente con lui.
- Dopo i 14 mesi il bambino riesce a regolare sempre meglio le sue emozioni, facendosi comunque sempre guidare dal caregiver.
- Dopo i 24 mesi il piccolo è sempre più autonomo, acquisendo la capacità di autoregolazione.

Le strategie eterodirette hanno lo scopo di aiutare il bambino a regolare le proprie emozioni agendole direttamente sul caregiver (Gianino & Tronick, 1988). Il piccolo infatti, attraverso l'utilizzo di vocalizzazioni, espressioni facciali, manifestazioni di uno stato di nervosismo e di fastidio, oppure tentando di farsi prendere in braccio dall'adulto e volgendo lo sguardo verso di lui, cerca di attirare l'attenzione del caregiver, al fine di farlo intervenire per ridurre i livelli di attivazione.

È interessante ragionare sul fatto che, anche dopo i due anni di età e per tutto l'arco della nostra esistenza, ognuno di noi ha bisogno di un'altra persona significativa, che ci aiuti in situazione di stress o di paura. Pertanto, possiamo pensare che l'eteroregolazione persista per tutto il ciclo di vita. Per questo motivo, bisogna sottolineare che la distinzione tra i comportamenti eterodiretti ed autodiretti non è così netta, poiché entrambi vengono utilizzati per contrastare gli stati emotivi spiacevoli che possono essere motivo di stress. Inoltre, anche i comportamenti autodiretti possono essere utili al bambino per comunicare al caregiver il suo successo o fallimento nell'aiutarlo a modulare le emozioni. Se il genitore capisce il messaggio trasmesso dal lattante, provvederà a trovare un modo efficace per comprendere lo stato emotivo del piccolo e di conseguenza aiutarlo nella sua regolazione emotiva.

Possiamo quindi concludere, che grazie ad una buona capacità di autoregolazione, il bambino sarà sempre più in grado di esprimere le proprie emozioni, sviluppando inoltre una buona autostima, che gli permetterà di instaurare solide relazioni con gli altri individui.

2.3 La finestra di tolleranza

Nel capitolo precedente, abbiamo visto che il bambino si sente pronto ad esplorare l'ambiente, solo se percepisce intorno a lui una situazione di sicurezza. Possiamo aggiungere, che una buona esplorazione è anche dovuta alle capacità del piccolo di regolare le proprie emozioni, poiché questo gli consente di trovarsi in uno stato omeostatico e di conseguenza di rispondere in maniera ottimale alle domande dell'ambiente. Siccome “nulla è più fondamentale per la sopravvivenza della regolazione dell'organismo” (Shore, 1994), al fine di funzionare in maniera adattiva, l'individuo deve essere in grado di mantenere la regolazione anche in situazioni di stress.

A tal proposito, lo psichiatra statunitense Daniel Siegel, ha introdotto il concetto di finestra di tolleranza, definendola come “quel range, all'interno del quale le diverse intensità di attivazione emotiva e fisiologica, possono essere integrate senza interrompere la funzionalità del nostro sistema” (Siegel, 1999). La finestra di tolleranza consiste infatti in uno stato di attivazione fisiologica, dovuto ad una buona regolazione emotiva, dentro alla quale l'individuo percepisce sicurezza e ha la possibilità di pensare e contemporaneamente provare emozioni. Tutto questo permette all'individuo di agire in modo funzionale.

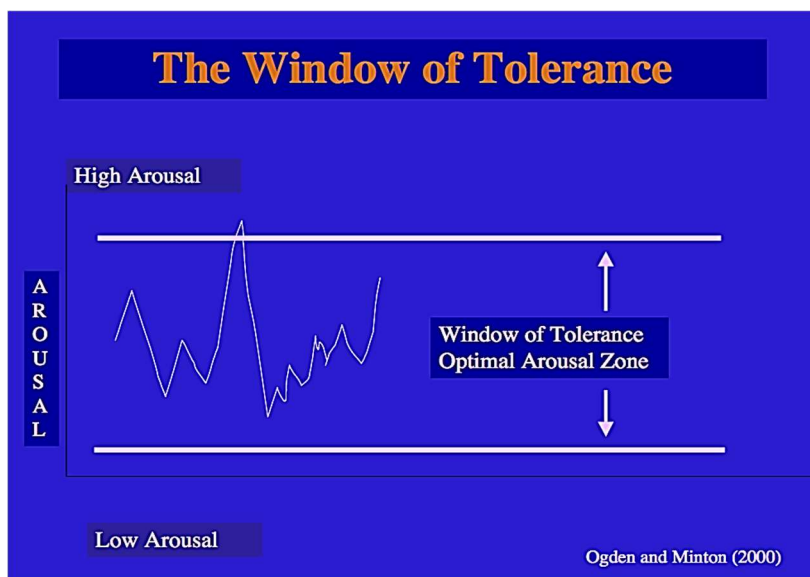


Immagine 2. The Window of Tolerance. Tratta da: www.stateofmind.it

In questo diagramma, tra le due rette orizzontali è illustrata una linea sinusoidale, che rappresenta la fluttuazione dell'attivazione neurofisiologica. Possiamo parlare di una naturale fluttuazione, poiché tale linea si conforma in maniera continua alle situazioni che

il soggetto percepisce come “attivanti” o “calmanti”. Durante l’arco della giornata e soprattutto in condizioni di stress, il nostro stato di arousal tende ad oscillare tra l’alto e il basso, portando il soggetto in uno stato di iper-arousal (alta attivazione neurofisiologica) o di ipo-arousal (bassa attivazione neurofisiologica). Questa oscillazione è del tutto normale. Ad esempio, il soggetto può essere triste (ipo-arousal) senza per forza cadere in uno stato di depressione, oppure arrabbiarsi (iper-arousal), senza però imperversare. Infatti, la presenza di un “*trigger*”, che può essere sia interno che esterno all’individuo, può provocare una forte attivazione emotiva, facendolo andare in iper-arousal, oppure può “spegnerlo”, causando l’ipo-arousal. Quando l’emozione è molto intensa, il soggetto si trova in una condizione con “tanto rumore emotivo”. Non è più in grado di ragionare bene, è troppo sensibile alle emozioni e non pensa in modo lucido. All’opposto, quando l’intensità emotiva è molto bassa, egli si trova in una situazione di calma piatta emotiva. Sente poco o quasi nulla. Può fare tanti pensieri, ma non è in contatto con ciò che prova. Tutto gli sembra uguale. In entrambe le situazioni gli individui non funzionano in maniera ottimale. Se non riesce a tollerare l’emozione che sta vivendo in un dato momento, poiché essa supera i confini della finestra di tolleranza, sente di perdere il controllo, cadendo nella disregolazione emotiva. Quando il soggetto non riesce a trovare delle strategie per riacquisire la capacità di regolare l’emozione, dunque di rientrare nella finestra di tolleranza, si avrà una sensazione di malessere psichico. È importante rientrare nel proprio range di tolleranza, perché è lì che l’individuo è in contatto con ciò che sente e riesce a produrre pensieri. Infatti, poter riportare l’attivazione fisiologica verso il basso quando è in fase di iper-arousal o verso l’alto se è in ipo-arousal, fa sì che le emozioni diventino psicologicamente più tollerabili. Per questo motivo, è fondamentale il ruolo dei caregiver, i quali devono essere capaci di aiutare i bambini nell’acquisire una buona capacità di regolazione emotiva e insegnare loro a sopportare la frustrazione, consentendo di ampliare la finestra di tolleranza, imparando a tollerare anche le emozioni negative. È altresì importante sottolineare che, ogni persona, ha un’ampiezza differente della finestra di tolleranza, e questo fa sì che egli tenda a regolarsi in maniera diversa di fronte ad uno stesso stressor (Siegel, 1999). Infatti, è proprio l’ampiezza della finestra a dare all’individuo la capacità di elaborare le informazioni. Ad esempio, le persone con una finestra ampia sono in grado di elaborare più efficacemente le nozioni complesse e affrontare i picchi più elevati di arousal.

Dall'altra parte, coloro che dispongono di una finestra più ristretta, non riescono a gestire adeguatamente le fluttuazioni e cadono più frequentemente nella disregolazione. Per esempio, la finestra di tolleranza dei pazienti che hanno subito dei traumi, è molto ristretta. Infatti, essi hanno una maggior predisposizione alla disregolazione. In caso di traumi ripetuti o di situazioni stressanti che si protraggono nel tempo, l'individuo ha sempre più difficoltà a rientrare nel range ottimale, permanendo più a lungo nelle zone di iper o ipo-attivazione. Di conseguenza vi sarà una frammentazione emotiva, corporea e percettiva dell'individuo.

A volte accade che, in coloro che hanno una finestra ristretta, vi sia un picco molto alto di iper-arousal. Il rischio è quello di andare velocemente verso il basso. Ad esempio, alcuni bambini che non riescono a regolare la rabbia, subito dopo la manifestazione dell'ira, svengono o si addormentano profondamente. Questo è dovuto alla conformazione del nervo vago, il quale è connesso alla capacità di regolazione emotiva (Urry et al., 2006). Infatti, ci sono porzioni di nervo vago, alla base del tronco dell'encefalo, che regolano le risposte di iper e ipo-arousal. Quando c'è sovraeccitazione dell'iper-arousal in maniera intensa, il nostro cervello, per evitare che l'attivazione fisiologica salga ancora più in alto, in mancanza di strumenti per autoregolazione si comporta come un interruttore che stacca la corrente per tutelare la sopravvivenza dell'individuo.

2.4 La Teoria Polivagale

Quando l'essere umano avverte un pericolo minaccioso per la sua vita, si attiva un sistema di allerta che permette al soggetto di capire da dove arriva il pericolo e cosa fare per mettersi in salvo. Tutte le riflessioni condotte finora, confermano il fatto che, se non vi è un senso di sicurezza nella relazione tra bambino e caregiver, il piccolo non riuscirà a partire per l'esplorazione da quella che abbiamo definito base sicura, oppure, non riuscendo ad utilizzare l'adulto come regolatore per ritrovare uno stato di calma, avrà anche difficoltà nell'approdare nel porto sicuro (Bowlby, 1969). Non avere una base e un porto sicuro, può causare la compromissione della neurocezione, ovvero della capacità di valutare come pericoloso o meno l'ambiente. Come abbiamo visto in precedenza, in base alla valutazione che diamo allo stimolo e all'emozione che esso ci causa, avremo un diverso tipo di arousal. Il rischio a cui il piccolo va incontro, è dunque quello di rimanere

in uno stato costante di iper-allerta per difendersi dalle minacce percepite e, di conseguenza, non potrà concentrarsi sulla scoperta del sé e dell'ambiente.

A tal proposito, il neurofisiologo Stephen Porges (2014), elabora la Teoria Polivagale per spiegare le reazioni dell'individuo quando si trova in una situazione di pericolo. Una prima distinzione che possiamo fare è quella tra la teoria classica del sistema nervoso autonomo e la teoria di Porges. La prima espone che il sistema nervoso, che funziona indipendentemente dalla nostra volontà, è formato da due sistemi che si alternano durante il corso della giornata, ovvero quello simpatico e quello parasimpatico. Il primo sistema è responsabile della nostra sopravvivenza, poiché si occupa di preparare l'organismo ad affrontare un pericolo, attraverso la risposta di attacco/fuga. Il secondo invece, ci permette di ritornare ad uno stato omeostatico.

Dall'altra parte, la teoria polivagale si focalizza sul legame mente-corpo e sui meccanismi neurofisiologici alla base di questa interazione, analizzando con un'ottica diversa, come il nostro sistema nervoso autonomo si attivi davanti alle minacce. Porges concorda sul fatto che il sistema nervoso autonomo si sia sviluppato per garantire la sopravvivenza degli individui, assicurando adeguate strategie per affrontare i pericoli dell'ambiente e ritrovare sicurezza. Egli, in tale sistema, individua tre circuiti neurali, che corrispondono a precise strategie di difesa e che seguono un ordine gerarchico. Infatti, il circuito più recente si occupa di tenere sotto controllo quelli più arcaici:

1. Il circuito più antico dal punto di vista filogenetico è il dorso vagale, che consiste in un ramo non mielinizzato del nervo vago. Quest'ultimo possiamo definirlo metaforicamente come il freno del nostro organismo, che ci aiuta a mantenere uno stato di calma. Questo circuito lo condividiamo anche con i vertebrati, e ha la funzione di regolare sia gli organi sotto al diaframma che i processi vegetativi. Quando in situazioni di pericolo si attiva, causa un graduale affievolimento delle emozioni, nonché l'immobilizzazione dell'organismo. Per immobilizzazione si intende un meccanismo di difesa, che consiste in paura associata a irrigidimento. Esso è molto utile per i rettili, mentre risulta essere pericoloso per i mammiferi superiori e per l'uomo.

2. Il sistema nervoso simpatico si occupa di tutte le funzioni fondamentali per attuare la strategia di difesa dei mammiferi, ovvero l'attacco/fuga. A lui si deve dunque l'attivazione metabolica, il controllo del battito cardiaco e della respirazione.
3. Il circuito ventre vagale, invece, è dal punto di vista evolutivo il più recente. Per questo motivo è una peculiarità dei mammiferi superiori e dell'uomo. Ha un effetto calmante, che ci permette di rilassarci e di farci rimanere immobili ma, a differenza del circuito dorso vagale, l'immobilizzazione non prevede l'emozione della paura. È un circuito mielinizzato e per poterlo sviluppare in maniera ottimale è indispensabile un caregiver sufficientemente buono e responsivo.

Porges, in quest'ultimo circuito, individua due componenti:

- la componente visceromotoria, la quale si occupa della regolazione del battito cardiaco e degli organi posti sopra al diaframma;
- la componente sensomotoria, responsabile del sorriso, del contatto visivo, della voce e dell'ascolto, poiché si occupa della regolazione dei muscoli del collo, del volto (dunque delle espressioni facciali) e della testa. In sostanza a lei si devono tutti quei meccanismi che ci consentono di comunicare e di avere un coinvolgimento sociale.

Possiamo far corrispondere ognuno di questi tre circuiti alle tre aree della finestra di tolleranza, precedentemente descritta. Ad esempio, il circuito dorso vagale corrisponde all'ipo-attivazione, il sistema simpatico all'iper-attivazione ed infine il circuito ventre vagale coincide con la zona di attivazione ottimale.

Infatti, la presenza di un pericolo comporta l'attivazione dei tre circuiti sopradescritti: in condizioni di sicurezza, il sistema ventre vagale si attiva, permettendoci il coinvolgimento sociale, il quale rappresenta la strategia più adattiva, poiché ci consente di richiedere e ricevere aiuto. Se questo circuito è attivo, ne consegue che il sistema nervoso simpatico viene "frenato". In questo caso, si parla di freno vagale.

Se davanti ad uno stimolo pericoloso, la reazione di coinvolgimento sociale è maladattiva per la sopravvivenza dell'individuo, il sistema nervoso simpatico si attiva, innescando a sua volta la difesa più arcaica, ovvero il meccanismo di attacco/fuga (iper-attivazione). Poiché questa strategia comporta un'attivazione dell'individuo, possiamo definirla come una risposta di mobilitazione.

Quando lo stimolo viene percepito come eccessivamente pericoloso per la propria sopravvivenza e le strategie appena descritte non sono sufficienti, l'unica soluzione è l'attivazione del circuito dorso vagale, che comporta delle strategie che possiamo definire passive. Infatti, il comportamento che ne deriva è il freezing (ipo-attivazione), che implica l'immobilizzazione di tutti gli organi sotto al diaframma. Come abbiamo già detto, dal punto di vista evolutivo, tale strategia ha avuto una funzione adattiva in caso di pericolo per i rettili e gli altri vertebrati, ma per l'essere umano risulta non essere più funzionale. Infatti, i mammiferi si sono evoluti per passare rapidamente, nelle situazioni di pericolo, dalle strategie del ventre vagale, alla mobilitazione, causata come abbiamo detto dal sistema nervoso simpatico, per poi ritornare allo stato iniziale non appena il pericolo scompare. Se questo meccanismo invece fallisce, dal sistema simpatico si passa al circuito dorso vagale, da cui poi è più complesso ritornare indietro. Quest'ultimo percorso, negli esseri umani, è molto comune in coloro che hanno subito un trauma relazionale precoce, che comporta una maggiore difficoltà nel risalire ai circuiti superiori, e percorrere le strategie più funzionali appena descritte. Di conseguenza, il sistema nervoso dell'individuo perde flessibilità, essendo intrappolato in uno stato di costante allerta, causando nei casi più estremi la dissociazione. Ed è proprio questo che la teoria polivagale vuole sottolineare, ovvero che se il nostro sistema nervoso autonomo è continuamente impegnato nella difesa del nostro organismo, si avranno dei danni sia fisici che mentali, poiché non si riuscirà mai a raggiungere un equilibrio tra i tre circuiti. Porges sostiene infatti che, nella valutazione degli stimoli, l'ideale sarebbe fare un uso equilibrato di tutti e tre i circuiti, poiché far prevalere una modalità sulle altre, risulta essere disadattivo per l'individuo.

2.5 La regolazione emotiva negli stili di attaccamento

A questo punto, possiamo chiederci che ruolo giocano gli stili di attaccamento nella regolazione emotiva. Il bambino di tre mesi crea degli schemi relazionali, i quali vengono interiorizzati e trasformati in aspettative su come si comporterà il caregiver. Di conseguenza, il tipo di legame affettivo, che si crea all'interno delle relazioni precoci tra il bambino e l'adulto, influenzerà la capacità del piccolo di riconoscere le proprie

emozioni e determinerà il suo atteggiamento nelle relazioni con gli altri individui (Cassidy, 1994).

Come abbiamo visto nel capitolo precedente, un attaccamento sicuro (tipo B), è caratterizzato da una buona base di fiducia dovuta ad un caregiver sensibile e responsivo. Infatti, se il bambino percepisce l'adulto come emotivamente disponibile, egli comunicherà in maniera aperta ogni emozione, sia positiva che negativa, poiché avrà la certezza che la sua figura di attaccamento accoglierà prontamente la sua richiesta, offrendo conforto e validando l'emozione provata. Se il bambino ha avuto un'esperienza negativa, un caregiver sufficientemente buono tendenzialmente offrirà immediatamente conforto. In questo modo, attraverso un affetto positivo, egli insegnerà al piccolo che la negatività può essere tollerata. Tanto più l'adulto riesce a comprendere e regolare le emozioni dell'infante, tanto più quest'ultimo svilupperà una buona capacità di regolare funzionalmente le proprie emozioni, nonostante vi siano situazioni di grande stress. Il bambino, dunque, utilizzerà la regolazione diadica per portare l'arousal entro l'area ottimale della sua finestra di tolleranza. Inoltre, riuscire ad affrontare le situazioni avverse, aumenterà nel piccolo l'autoefficacia e l'autostima e rinforzerà il senso di sicurezza. Allo stesso tempo, crescendo, il piccolo con attaccamento sicuro, oltre ad imparare a tollerare le proprie emozioni dolorose, sarà in grado di sopportare anche la sofferenza altrui, offrendo a sua volta un conforto immediato. A tal proposito, alcuni studi dimostrano che i bambini con attaccamento sicuro, hanno una comunicazione più aperta e fluida con il caregiver, che permette loro la condivisione di emozioni positive e negative. In questo modo, si sviluppa un'intimità psicologica più profonda, che apporta nel piccolo una miglior comprensione degli stati emotivi propri e altrui.

Possiamo quindi concludere che il bambino con attaccamento sicuro, in caso di necessità, sarà in grado di cercare l'aiuto degli altri per la regolazione emotiva, ma allo stesso tempo, riuscirà ad affinare sempre di più le sue abilità di autoregolazione. Questo permetterà al bambino di divenire un adulto capace di richiedere e ricevere supporto dagli altri e, contemporaneamente, di sentirsi autonomo, essendo in grado di autoregolarsi.

Nel caso di un attaccamento insicuro invece, l'adulto solitamente tende a non rispondere o a rispondere in maniera ambigua o confondente ai bisogni del bambino, provocando in lui un senso di insicurezza e una grande difficoltà nel riconoscere e regolare le emozioni

provate. Per questo motivo, il piccolo attuerà dei comportamenti difensivi, che comportano delle alterazioni sui suoi stati emozionali e sulle rappresentazioni riguardo alle relazioni con gli altri.

Nello specifico, l'attaccamento insicuro-evitante (tipo A), porta il piccolo a prevenire ulteriori rifiuti da parte del caregiver non responsivo, attraverso una riduzione delle espressioni emozionali, sia positive che negative. Come abbiamo già visto nel capitolo precedente, la tendenza dell'adulto non responsivo a bloccare la ricerca di vicinanza del piccolo, fa sì che egli non riesca ad esplorare i propri stati interni e di conseguenza riduca il suo bisogno di attaccamento. Infatti, il bambino si convince che dipendere dagli altri sia fonte di sofferenza per lui e di fastidio per gli altri. Pertanto, questi bambini solitamente evitano le situazioni che possano incitare il bisogno di attaccamento, preferendo l'autoregolazione all'interazione. Per questo motivo, il bambino manifesta un atteggiamento passivo nell'interazione con gli altri. Egli, per autoregolarsi, si affida prevalentemente sul circuito dorso vagale. Di conseguenza, sperimenterà un senso di impotenza e bassi livelli di arousal. Inoltre, il piccolo non solo avrà difficoltà ad uscire dallo stato di ipo-attivazione, ma farà fatica anche a moderare un eventuale iper-arousal. In sostanza, un caregiver non responsivo, spingerà il bambino a diventare un adulto chiuso in sé stesso in caso di stress e che tenderà ad evitare il supporto emotivo da parte degli altri, qualora ve ne fosse il bisogno.

Nell'attaccamento insicuro-ambivalente (tipo C), a causa della risposta discontinua del caregiver, il bambino non riesce ad autoregolarsi, poiché ogni volta che ci prova, il comportamento imprevedibile dell'adulto si impone su di lui, provocando una disregolazione emotiva e orientandolo verso l'iper-arousal. Infatti, in questo pattern di attaccamento, a dominare è il sistema nervoso simpatico che rende difficile al bambino mantenere l'arousal entro la zona di tolleranza. Inoltre, l'infante, non essendo in grado di percepire la sicurezza nella relazione, non riesce a controllare gli impulsi e ad attuare strategie per superare lo stress, poiché si concentra eccessivamente sulla propria angoscia interna. Questo stile di attaccamento fa sì che il piccolo costruisca un nucleo affettivo del sé negativo, caratterizzato da rabbia e tristezza, fondato sulla rappresentazione di sé come inefficace. Per questo motivo, egli appare irritabile, tendente all'umore negativo e manifesta un'eccessiva paura per l'abbandono. Questa paura fa sì che non sia in grado di tollerare la solitudine e di conseguenza diventa eccessivamente dipendente dalla

regolazione interattiva. Un bambino con un pattern di attaccamento insicuro-ambivalente tenderà dunque a diventare un adulto totalmente dipendente dagli altri, che desidera lasciarsi coinvolgere in maniera eccessiva nelle relazioni interpersonali, chiedendo costante vicinanza.

Infine, sappiamo che l'attaccamento disorganizzato (tipo D) è il più complesso. Infatti, il caregiver, spaventato o spaventante, tende a respingere il piccolo e a reagire in maniera inappropriata alle sue espressioni emotive e ai suoi bisogni. Non partecipando ai processi di regolazione emotiva, l'adulto porterà il bambino ad avere inefficaci capacità interattive di regolazione. Inoltre, il piccolo non riuscirà nemmeno a sviluppare strategie adeguate che gli permettano l'autoregolazione. Un'altra considerazione che si può fare, è che in questo pattern di attaccamento, l'infante esprime molta rabbia e tende ad essere ipervigile verso gli stimoli negativi. A questi stati emotivi, si somma la mancanza di motivazione, che si manifesta in depressione o, nei casi più gravi, in comportamenti autolesionisti. Tutto questo, nel lungo termine, porta a difficoltà nella gestione dello stress e delle emozioni, nonché alla disregolazione degli impulsi aggressivi. Si può notare come i bambini disorganizzati mostrino nei momenti di pericolo uno stato di iper-arousal, il quale se non viene regolato, porta rapidamente all'ipo-arousal. Infatti, "il corpo subisce l'improvvisa e rapida transazione da una strategia inefficace di lotta, che richiede il massimo arousal del sistema simpatico, allo stato metabolicamente conservativo ed immobile simile alla morte, associato con il complesso dorso vagale" (Porges, 2001). La situazione diviene più complessa, in caso di ipo-arousal conico, poiché questo non solo porta il bambino a chiudersi, ma ne riduce l'affettività e il distacco dall'ambiente.

CAPITOLO 3: Dalle relazioni precoci all'alleanza terapeutica

3.1 L'alleanza terapeutica e il ruolo del terapeuta

Abbiamo visto l'importanza del ruolo ricoperto dal caregiver, il quale aiuta il bambino ad acquisire la capacità di regolare le proprie emozioni (Sroufe, 1995) e gli fornisce il senso di sicurezza necessario per poter esplorare l'ambiente che lo circonda.

La relazione madre-bambino viene rievocata dall'esperienza terapeutica, la quale permetterebbe al paziente di ricostruire la propria storia di attaccamento (Bowlby, 1988)

[6]. Infatti, la funzione svolta dalla relazione terapeutica assume la stessa importanza di quella effettuata dal caregiver, poiché aiuta il paziente ad abbandonare la sensazione di pericolo, consentendogli così di sviluppare un atteggiamento di esplorazione (Gilbert, 1989; Holmes, 2001). Attraverso la terapia, infatti, il paziente può sperimentare una nuova modalità relazionale, facendo esperienza diretta dei suoi vissuti emotivi e migliorando la sua capacità di autoregolazione. Il fattore che predice maggiormente il buon esito della psicoterapia è l'alleanza terapeutica, la quale permette al clinico di riuscire a motivare il paziente al cambiamento e conoscerne le emozioni (Greenson, 1965). Affinché questo avvenga, bisogna considerare l'alleanza terapeutica come l'incontro tra due esperti: il terapeuta è un esperto della mente umana, mentre il paziente è l'unico esperto di sé stesso. Per questo motivo è necessario che entrambe le parti ricoprano un ruolo attivo nella terapia [7] e che riescano a favorire la comunicazione tra di loro. Questo è possibile se il terapeuta utilizza il linguaggio del paziente. In questo modo, oltre a rendere il soggetto maggiormente attivo, il terapeuta potrà scegliere metafore appropriate al gergo del paziente, per riuscire a trasmettergli delle informazioni che non gli sarebbero di facile comprensione se venisse usato un linguaggio troppo tecnico. Edward Bordin (1979) sostiene che l'alleanza terapeutica sia costituita da tre componenti, ovvero la condivisione esplicita degli obiettivi da parte del terapeuta e del paziente, la

⁶ “Il modo in cui un paziente costruisce la sua relazione con il terapeuta non è determinato solo dalla propria storia: è determinato allo stesso grado da come il terapeuta lo tratta. Così il terapeuta deve sempre impegnarsi a essere consapevole della natura del proprio contributo alla relazione il quale, insieme ad altre influenze, probabilmente riflette in un modo o nell'altro a ciò che il terapeuta stesso ha sperimentato durante l'infanzia (Bowlby, 1988a, trad. it. p. 136).

⁷ Bowlby (1988) paragona il ruolo del terapeuta a quello di una madre. Egli svolge un ruolo attivo, perché, oltre ad essere attento e responsivo, ci sono momenti in cui deve incoraggiare il proprio paziente ad esplorare il suo mondo di pensieri, sentimenti e azioni non solo nel presente ma anche nel passato.

definizione dei compiti all'inizio del trattamento e il tipo di legame affettivo che si costituisce fra i due, caratterizzato da reciproche aspettative di fiducia e rispetto.

Riuscire a creare un clima di fiducia in terapia, permette al paziente di sentirsi sicuro nell'esplorare anche gli argomenti che riguardano le relazioni nelle quali si è sentito in pericolo. In questo modo egli comprenderà come le relazioni precoci tendano ad influenzare quelle attuali e capirà che le sue emozioni e i suoi comportamenti sono guidati dai suoi modelli operativi interni. Quest'ultimi possono essere modificati grazie alle esperienze più recenti, tra cui quella terapeutica, permettendo così al paziente di sentire e agire in maniera diversa (Liotti & Monticelli, 2014). Per fare tutto questo, è necessario che il terapeuta sia capace di sostenere il paziente nell'affrontare e gestire le esperienze che lo spaventano e che gli causano sofferenza. Affinché ciò avvenga, egli deve avere un atteggiamento non giudicante, in modo da far sentire il paziente libero di poter raccontare informazioni che solitamente tende a nascondere. È fondamentale che il clinico sia in grado di sintonizzarsi emotivamente con lui, rispecchiando ciò che prova, esprimendo così empatia e calore (Truax, Frank e Imber, 1966). Tutto questo, non solo permetterà di validare le emozioni del paziente, ma lo aiuterà anche a riconoscere i propri comportamenti protettivi e le proprie visioni distorte. Per poter mantenere una buona relazione con il paziente, il terapeuta deve modulare il proprio intervento in base alle caratteristiche e ai bisogni specifici del soggetto, fornendogli delle esperienze correttive. Alan Schore (2013) afferma che, tra le diverse funzioni svolte dallo psicoterapeuta, vi è quella di "regolatore emotivo degli stati disregolati del paziente". Infatti, un terapeuta ben sintonizzato aiuta il paziente a dare un significato ai sentimenti che emergono nella relazione terapeutica, in modo da aiutarlo a gestire e tollerare le emozioni, piuttosto che contrastarle. La relazione sicura permette al paziente di interiorizzare l'esperienza di regolazione (Siegel, 1999) e di diminuire i suoi comportamenti difensivi. In questo modo, il soggetto viene incoraggiato ad entrare in contatto con le proprie emozioni e le sedute diventeranno per lui delle esperienze significative (Tryon & Winograd, 2001).

Proprio come accade durante l'infanzia, affinché il paziente possa esplorare le emozioni e il proprio comportamento, è necessario che egli abbia una base sicura da cui partire e un porto sicuro in cui fare ritorno. Spesso, l'unica base sicura a disposizione del paziente è rappresentata dalla relazione terapeutica (Bowlby, 1977). In essa, infatti, il paziente ha l'occasione di vivere una nuova relazione significativa e sperimentare la base sicura che

non ha avuto durante l'infanzia ^[8]. Per divenire la base sicura dalla quale il paziente possa imparare ad esplorare il proprio passato e guardare al futuro, è necessario che il clinico conosca cosa si cela dietro le strategie di difesa del paziente, in modo da rispondere adeguatamente ai suoi bisogni insoddisfatti. Egli, inoltre, deve riuscire a dimostrare al paziente che è disposto a lavorare con lui per ottenere il cambiamento desiderato. Solo a quel punto il paziente inizierà a sentirsi sicuro ed entrambe le parti potranno collaborare nella revisione dei modelli operativi interni del soggetto.

“Quando il paziente capisce che i suoi dubbi, i sentimenti di rifiuto e le sue richieste di affetto traggono origine dall'atteggiamento verso di sé e la realtà che possedeva in precedenza, è arrivato il momento di dire arrivederci” (Liotti e Guidano, 1983, p. 123). Ciò significa che il paziente, alla fine della terapia, dovrà lasciare la sua base sicura. Questo processo rappresenta per lui una vera e propria separazione, che potrebbe causare sofferenza nel soggetto facendolo sentire nuovamente rifiutato dalla figura che si prende cura di lui, oppure far emergere in lui nuovi quesiti, come ad esempio quello di chiedersi se sarà in grado di fronteggiare i problemi in autonomia. Il paziente quindi affronterà questa fase in relazione al modo in cui ha interiorizzato la base sicura offerta dal terapeuta (Holmes, 1993).

3.2 Il sistema cooperativo di Liotti

Nel corso del primo capitolo, ci siamo soffermati sui sistemi motivazionali interpersonali di Liotti (1995), focalizzandoci su quello dell'attaccamento. Ora sposteremo il focus della nostra attenzione sul sistema motivazionale interpersonale della cooperazione, il quale sappiamo essere fondamentale per la costruzione dell'alleanza terapeutica.

Secondo la teoria di Liotti, nel momento in cui i soggetti interagenti percepiscono che gli obiettivi non sono risorse limitate, cessano di competere, attivando così il sistema cooperativo, il quale, attraverso uno sforzo congiunto, permette di raggiungere gli scopi comuni.

⁸ In Una Base Sicura Bowlby (1988) afferma che “Nel fornire al suo paziente una base sicura dalla quale esplorare ed esprimere i suoi pensieri e sentimenti, il ruolo del terapeuta è analogo a quello della madre che fornisce al suo bambino una base sicura dalla quale esplorare il mondo”

Tali comportamenti si arrestano nel momento in cui gli individui raggiungono l'obiettivo condiviso. Il sistema cooperativo può anche disattivarsi nel caso in cui la lealtà alla base della cooperazione venga a mancare, oppure a causa dell'attivazione di altri sistemi motivazionali interpersonali.

Come già evidenziato, ogni sistema motivazionale interpersonale, quando è in funzione, attiva una classe specifica di emozioni. Nel caso del sistema cooperativo, se l'obiettivo viene raggiunto, emergono emozioni di gioia da condivisione e di reciproca lealtà, nonché fiducia ed empatia. Nel caso in cui il risultato sperato non venga raggiunto, l'emozione che affiora è quella della collera, accompagnata da un sentimento di sfiducia nell'altro. Se uno dei due individui dovesse interrompere prematuramente la cooperazione, senza prima consultare l'alleato, potrebbe emergere in lui un senso di colpa, provocando odio in colui che ha subito la mancanza di lealtà.

Nelle fasi iniziali della relazione terapeutica il paziente, che si trova in una situazione di sofferenza, tende ad attivare il sistema motivazionale di attaccamento nei confronti del terapeuta. Quest'ultimo accoglie la sua richiesta di aiuto, attivando a sua volta il sistema interpersonale di accudimento. Tuttavia, per poter costruire una solida e proficua alleanza terapeutica, è necessario che paziente e terapeuta si pongano su un piano di pariteticità, sentendosi parte di una diade, basata sulla condivisione e sulla collaborazione. Pertanto, una volta che paziente e terapeuta comprendo di essere alleati, iniziano un rapporto di co-costruzione, influenzandosi in maniera reciproca. In questo caso, il sistema interpersonale che si attiva è quello cooperativo, che mantiene salda l'alleanza terapeutica (Liotti, 1995). Tale sistema permette alla diade, oltre alla condivisione degli obiettivi comuni (Bordin, 1979; Liotti 1995), anche l'esplorazione delle difficoltà attuali del soggetto. Questo perché i pazienti, ricoprendo un ruolo attivo e paritetico, non si sentono né giudicati né inferiori rispetto al terapeuta. Così facendo, il paziente è meno competitivo e resistente, evitando l'attivazione del sistema motivazionale agonistico.

Tuttavia, nel corso del trattamento, vi sono delle situazioni in cui l'alleanza e la cooperazione rischiano di essere messe in discussione a causa dell'attivazione di altri sistemi motivazionali interpersonali. Questi momenti di tensione nell'alleanza possono generare sentimenti negativi, che rischiano di portare a quella che viene definita rottura (Safran & Muran, 2003). La causa delle rotture non è da attribuire esclusivamente

all'attivazione di altri sistemi motivazionali. A tal proposito, tra i diversi fattori che possono ostacolare l'alleanza e la cooperazione, vi è la perdita di sintonizzazione tra terapeuta e paziente. Può accadere, infatti, che quest'ultimo non concordi con il terapeuta sugli obiettivi della terapia, assumendo un atteggiamento di ritiro o di scontro (Safran e Muran 2000). Il terapeuta deve comprendere le motivazioni alla base di tali rotture e riuscire a ripristinare la cooperazione tra le parti per ristabilire l'alleanza. In questo caso si parla di riparazione. Tale procedura permette di arricchire e consolidare la relazione terapeutica, attraverso la definizione di nuovi obiettivi e il ripristino di quello originario. La riparazione richiede ad entrambi i membri della diade una riflessione sull'immagine di sé, dell'altro e sulla loro relazione.

3.3.1 L'influenza degli stili di attaccamento del paziente nell'alleanza terapeutica

Abbiamo visto che i pazienti caratterizzati da uno stile di attaccamento sicuro (tipo B), hanno avuto un caregiver responsivo, il quale ha permesso loro di interiorizzare una sensazione di sicurezza. Tale sensazione ha consentito a questi soggetti una corretta esplorazione dell'ambiente e lo sviluppo di adeguate strategie di interazione con gli altri. Per questo motivo, essi identificano il clinico come una figura responsiva, in grado di fornire loro cura e conforto, riuscendo così a costruire una relazione terapeutica basata sulla fiducia e sulla cooperazione. Questo clima collaborativo, non solo permette ai pazienti di chiedere aiuto al terapeuta con maggior facilità, ma anche di esplorare i temi più dolorosi. I soggetti con uno stile di attaccamento sicuro, inoltre, sono in grado di gestire in maniera adeguata le proprie emozioni, recuperare le informazioni che riguardano le esperienze passate ed utilizzarle nel qui ed ora per affrontare le situazioni difficili. Rispetto ad altri pazienti con pattern di attaccamento differenti, essi accolgono l'aiuto fornito dal terapeuta senza resistenze e questo porterà ad una più rapida riduzione del disagio.

Per quanto riguarda i pazienti con uno stile di attaccamento insicuro-evitante (tipo A), sappiamo che essi, durante l'infanzia, non hanno potuto sperimentare un adeguato conforto da parte della figura di attaccamento. Di conseguenza, crescendo, essi hanno sviluppato delle strategie distanzinanti, che li hanno portati a sminuire l'importanza delle

emozioni e ad avere poca fiducia nei confronti degli altri. Infatti, i soggetti con un pattern di questo tipo cercano di apparire autosufficienti, negando il bisogno di aiuto e minimizzando qualsiasi tipo di problema. Questo perché hanno interiorizzato una mancanza di disponibilità da parte delle persone a rispondere alle loro richieste di aiuto. Tutto ciò ha delle ripercussioni nella relazione terapeutica, in cui il paziente tende a manifestare maggiori difficoltà nel creare un legame col clinico e ad affrontare argomenti e ricordi dolorosi. Generalmente, questi soggetti temono che il terapeuta possa rifiutarli ed umiliarli qualora provassero ad esprimere le emozioni che reputano “pericolose” (come ad esempio la rabbia, la paura e la tristezza). Per questo motivo, possono assumere un atteggiamento più compiacente nei confronti del clinico, oppure apparire freddi e distaccati (Dozier 1990). A questo punto, il terapeuta è costretto a desumere le emozioni provate dal soggetto attraverso il linguaggio non verbale. Sfortunatamente, il fatto che questi pazienti predicano in maniera automatica il rifiuto da parte del terapeuta, può far sì che il sistema motivazionale che si attivi sia quello agonistico, impedendo in questo modo la cooperazione.

Affinché paziente e terapeuta possano lavorare insieme, quest'ultimo deve riuscire a trovare il modo di aiutare il soggetto ad esplorare ed accettare la propria esperienza affettiva. Il clinico deve essere il primo ad esprimere i suoi sentimenti, per fare in modo che il paziente lo prenda come esempio da seguire ed acquisisca gradualmente la sensazione di essere compreso. Così facendo, il soggetto capisce che vi sono altre possibili relazioni rispetto a quella che ha avuto con le sue figure di attaccamento.

Come per i soggetti con uno stile di attaccamento insicuro-evitante, anche i pazienti con uno pattern insicuro-ambivalente (tipo C) sono meno capaci di creare relazioni soddisfacenti con gli altri e col terapeuta. (Eames & Roth, 2000). Questa incapacità è causata dall'imprevedibilità e dall'incostanza dei caregiver di questi soggetti. Essi, infatti, hanno portato i pazienti a credere che ogni risposta ai propri bisogni sia inefficace. Per questo motivo, crescendo, questi soggetti, non solo percepiranno le relazioni come superficiali e insicure, ma penseranno anche che le risposte ai loro bisogni siano inefficaci o inadeguate.

Nella relazione terapeutica, questi pazienti tendono a identificare il clinico con le loro figure di attaccamento precoci, percependolo così come una persona imprevedibile e

incostante nel fornire cure. Essi, infatti, cercano di suscitare in lui una risposta immediata che soddisfi i propri bisogni, ma non ne recepiscono le parole di sostegno. La costante richiesta di rassicurazioni aumenta soprattutto a fine seduta, mostrando in questo modo l'angoscia da separazione. Quando viene chiesto loro di parlare dei ricordi della propria infanzia, questi soggetti sono soliti a ripetere costantemente le stesse cose, tendendo inoltre a mentire o nascondere alcune informazioni. Capita spesso che essi enfatizzino il proprio punto di vista, ignorando l'opinione altrui. Poiché non sono in grado di collaborare col clinico, i pazienti insicuri-ambivalenti sono molto difficili da trattare. Essi non rispettando le regole del setting terapeutico, prestano molta attenzione al linguaggio verbale e non verbale del terapeuta e cercano di prendere il controllo della situazione, dimostrando atteggiamenti iper-richiedenti, lamentosi e a volte aggressivi. I soggetti insicuri-ambivalenti, in un primo momento, cercheranno di mantenere in terapia una distanza molto minore rispetto a quella che viene definita ottimale. Il terapeuta, inizialmente, non riuscirà ad ottenere la distanza utile al raggiungimento degli obiettivi terapeutici, ma dovrà comunque provare a diminuire gradualmente questa vicinanza, al fine di giungere a quella necessaria per creare l'alleanza terapeutica.

Data la poca fiducia nell'aiuto fornito, i terapeuti dovrebbero dimostrare ai pazienti un sostegno concreto. Pertanto, essi non devono solo limitarsi ad ascoltarli, ma far capire loro che le aspettative negative sugli altri, che hanno sviluppato durante l'infanzia, sono dovute a motivi ben precisi. Poiché i pazienti con questo stile di attaccamento utilizzano strategie che possiamo definire "iper-attivanti", il terapeuta dovrebbe lavorare in modo da creare col paziente una relazione in cui tale strategia non sia quella ideale. Così facendo, attraverso la relazione terapeutica, i soggetti avranno l'occasione di vivere una nuova esperienza relazionale che consentirà loro di scoprire la base sicura che gli è mancata durante l'infanzia. In questo modo, capiranno cosa significa avere una persona che fornisce loro un aiuto concreto e non un semplice ascolto empatico. Quest'ultimo, infatti, non rappresenta per questi pazienti né un valido aiuto nel contenere le emozioni dolorose, né un metodo per correggere le aspettative negative sviluppate nei confronti degli altri.

Infine, sappiamo che i pazienti che presentano uno stile di attaccamento disorganizzato (tipo D) sono vittime di un clima di paura, causato da una figura di attaccamento maltrattante, sia sul piano fisico che su quello emozionale. Questo comportamento da

parte dei caregiver ha causato una grave compromissione nella loro capacità di regolazione emotiva, facendo sì che questo stile di attaccamento venisse correlato alla psicopatologia (Liotti, Farina, 2011). Da adulto, il soggetto, oltre ad avere un modello operativo interno dissociato e ricordi traumatici, manifesta degli atteggiamenti contraddittori, che tendono a susseguirsi rapidamente.

Ciò che contraddistingue questa tipologia di pazienti è il conflitto tra il desiderio di avvicinarsi emotivamente agli altri e, contemporaneamente, volersi allontanare da essi, poiché percepiti come fonte di pericolo. Questo dilemma interiore si proietta anche in terapia, dove il soggetto oscilla tra l'idealizzazione e la svalutazione del terapeuta. Anche in questo caso, ciò accade perché il clinico viene paragonato ad un caregiver che passa dall'essere violento, spaventato e trascurante, a una persona rassicurante e fonte di aiuto. Possiamo notare, dunque, che anche sul piano terapeutico emerge la metafora del triangolo drammatico (Liotti, 1994; Karpman, 1968) in cui l'individuo oscilla tra i ruoli del salvatore, della vittima e del carnefice, creando differenti rappresentazioni di sé e dell'altro. Ciò però rischia di compromettere l'alleanza terapeutica, portando il soggetto a identificare il clinico come un persecutore, spingendolo ad abbandonare la terapia (Liotti, 2001).

Un terapeuta che lavora con questi soggetti deve riuscire a trovare un modo per poterli aiutare a gestire e contenere gli affetti. Per poter iniziare ad occuparsi di questa tipologia di pazienti, spesso è opportuno cominciare a lavorare dagli stimoli più semplici, facendo attenzione a non suscitare ulteriore terrore e dissociazione nel soggetto (Liotti, 1993), evitando, inoltre, di rievocare ricordi spiacevoli legati ai traumi subiti (Holmes, 2004). In questo modo, il terapeuta fornisce un significato alle esperienze che il soggetto riporta nel dialogo clinico e, di conseguenza, il paziente, vedendo il clinico emotivamente disponibile, impara ad utilizzarlo come una base sicura.

3.3.2 L'influenza degli stili di attaccamento del terapeuta nell'alleanza terapeutica

A questo punto ci si potrebbe domandare come i diversi stili di attaccamento del clinico possano influenzare la terapia.

Sappiamo che un buon terapeuta deve essere in grado di autoregolarsi emozionalmente e tollerare gli affetti sia iper che ipo-attivanti, come ad esempio la paura e la rabbia (Hill, 2015). Inoltre, in caso di disregolazione, egli deve essere capace a ritrovare la sintonia col paziente. Questo è possibile, non solo in base alle caratteristiche personali del terapeuta, dalla sua storia e dalla sua formazione, ma anche dal suo stile di attaccamento. Infatti, secondo Bowlby (1988), ciò che il terapeuta ha vissuto durante la sua infanzia verrà proiettato nella relazione col paziente. Possiamo quindi affermare che non è solo il clinico ad evocare sentimenti e reazioni nel paziente, ma avviene anche l'opposto. Di conseguenza, se i terapeuti riescono a riconoscere come le proprie esperienze di attaccamento intervengono durante la terapia, essi avranno maggiore probabilità di comprendere meglio il modo in cui interagiscono con gli altri e questo sarà di grande aiuto nell'orientare in maniera efficiente l'intervento terapeutico e riparare eventuali rotture all'alleanza. Inoltre, più il terapeuta riesce a adattare il proprio stile personale alle caratteristiche del paziente, maggiore probabilità avrà la terapia di essere fruttuosa ^[9].

I terapeuti con uno stile di attaccamento sicuro (tipo B), ad esempio, sono in grado di stabilire una valida alleanza terapeutica e un clima di sicurezza, attraverso la loro capacità empatica e di comunicazione. È in questo clima che i clinici sicuri creano un'atmosfera collaborativa, che sia in linea con le caratteristiche del paziente, permettendo così di rispondere in maniera adeguata ai loro bisogni (Dozier, Cue, Barnett 1994). In questo modo, è possibile aiutare il paziente, fin dalle prime fasi della terapia, ad affrontare e gestire anche i sentimenti più dolorosi, senza a sua volta lasciarsi influenzare da essi. Il terapeuta sicuro riesce a comprendere il punto di vista della persona che ha davanti, pur mantenendo il proprio, vivendo in questo modo la relazione in modo equilibrato e priva di conflitti. Egli ha una solida fiducia in se stesso e negli altri e questo gli consente di non soffermarsi solo sui deficit del paziente, ma di valorizzarne anche le potenzialità.

Rispetto ai terapeuti sicuri, quelli con uno pattern insicuro presentano difficoltà maggiori a lavorare con le emozioni. Infatti, gli evitanti percepiscono disagio nell'entrare a contatto con le esperienze emotive negative, mentre gli ambivalenti possono avvertire un senso eccessivo di coinvolgimento.

⁹ A tal proposito, alcuni autori, come ad esempio Rubino, Barker, Roth et al. (2000), riconoscono la "sicurezza" del terapeuta come uno dei fattori che può influenzare il risultato della terapia.

Per quanto riguarda i terapeuti con uno stile insicuro-evitante (tipo A), essi presentano delle difficoltà nel creare valide alleanze con i pazienti. Questo è causato dalla loro inclinazione a sviluppare relazioni superficiali e la tendenza a non empatizzare con gli altri soggetti, mostrando scarsa partecipazione emotiva. Inoltre, cercano di compiacere i pazienti, tralasciando il proprio punto di vista per assecondare il loro. Tuttavia, i clinici in questione non comprendono pienamente il bisogno che viene presentato loro, anzi, sono soliti a cedere alle eccessive richieste di attenzione dei pazienti, senza fornire loro la sicurezza di cui necessitano.

Anche i terapeuti insicuri-ambivalenti (tipo C), a causa dell'insoddisfazione verso le esperienze infantili, mostrano delle difficoltà nella creazione dell'alleanza terapeutica. Essi, sono soliti a vivere il rapporto con i propri pazienti in maniera ambivalente e a volte ostile. Questo avviene perché il clinico insicuro-ambivalente ha la tendenza ad agire in maniera impulsiva, ignorando l'opinione altrui e imponendo le proprie idee al paziente. Il fatto di concentrare l'attenzione esclusivamente sul proprio punto di vista, impedisce la creazione di un clima collaborativo e porta il terapeuta a non comprendere i reali bisogni del paziente o a trascurarli. Spesso capita che questa tipologia di terapeuti presenti delle difficoltà nella gestione dei problemi, spingendoli così a chiedere aiuto ai loro colleghi. Infatti, la fuga dalle responsabilità è un'altra caratteristica di questi soggetti, che però può essere causa di eventuali rotture dell'alleanza col paziente. A volte, infatti, può capitare che i terapeuti con questo pattern di attaccamento, a causa delle loro modalità iper-attivanti e intrusive di relazionarsi con gli altri, già dopo poche sedute causino un peggioramento dell'alleanza terapeutica (Dinger, Strack, Sachsse e Schauenburg, 2009). Questo comportamento è dovuto alla paura del clinico di non essere amato dal paziente e per questo abbandonato. Di conseguenza egli può essere portato a violare i confini e le regole del setting, percependo il rapporto terapeutico come una normale amicizia.

È importante sottolineare che anche i terapeuti insicuri possono essere all'altezza della loro mansione. Infatti, grazie alla formazione professionale, essi riescono ad acquisire le giuste capacità terapeutiche ed una buona flessibilità da utilizzare all'interno dell'alleanza. In questo modo, potranno compensare i propri limiti personali e permettere la creazione di un clima sicuro.

Possiamo quindi affermare che, per rendere la terapia fruttuosa, è necessario renderla un processo dinamico, in cui il terapeuta riesca a adattarsi in maniera flessibile ai bisogni del paziente in ogni fase della terapia. Abbiamo visto che è importante che egli presti attenzione al proprio stile di attaccamento, a quello del paziente e alla loro combinazione (matching). Quest'ultima, infatti, gioca un ruolo importante, non solo nella creazione dell'alleanza terapeutica, ma anche nel processo diagnostico, influenzando di conseguenza l'esito della terapia (Hill, 2015).

A tal proposito, sono state condotte recenti ricerche, i cui risultati devono ancora essere presi con cautela ^[10]. Ad esempio, alcuni studi ^[11], hanno dimostrato che la qualità della relazione migliora quando lo stile di attaccamento del terapeuta è complementare a quello del paziente. Questo significa che, quando il paziente è iper-attivato è opportuno che il terapeuta risponda in maniera "disattivante". Così facendo, il soggetto avrà l'opportunità di esplorare le strategie emotive e i comportamenti maladattivi che tende a mettere in atto, confrontandoli con quelli del terapeuta. Questo gli consentirà di adottare nuovi comportamenti e nuove strategie emotive più funzionali.

Tuttavia, i dati sopra descritti non sono stati confermati da altre ricerche ^[12], le quali sostengono che l'alleanza terapeutica sia più efficace quando clinico e paziente presentino stili di attaccamento analoghi.

¹⁰ Queste ricerche presentano ancora una debolezza sulla metodologia. Inoltre, sono state effettuate con strumenti eterogenei su campioni piccoli.

¹¹ Tra i quali possiamo citare quelli di Tyrell et al., (1999); Petrowsi et al., (2011)

¹² Tra le quali vi sono quelle condotte da Wiseman e Tishby, (2014); Holmes, (2009); Mallinckrodt, Porter e Kivlighan, (2005).

CONCLUSIONE

Questa dissertazione ha avuto lo scopo di evidenziare come le relazioni precoci del bambino, con le sue figure di attaccamento, lo portino a definire la sua capacità di stabilire legami affettivi e di relazionarsi in futuro con gli altri individui. Da tali relazioni, inoltre, dipende l'efficienza della regolazione emotiva, nonché l'esito della terapia, in quanto esse potrebbero influenzare le dinamiche necessarie alla creazione di una valida alleanza terapeutica.

Come si è potuto evincere dal lavoro svolto, l'attaccamento gioca un ruolo fondamentale nella crescita sia fisica che emotiva del bambino. A tal proposito, i lavori di Bowlby hanno sottolineato il modo in cui il legame, che si crea tra il piccolo ed il suo caregiver, sia indispensabile per la sua sopravvivenza, spingendolo a mettere in atto una serie di comportamenti innati che favoriscono la vicinanza all'adulto. Si è visto come i primi schemi di attaccamento del piccolo possano inoltre influenzare le relazioni future, portandolo a sviluppare delle aspettative sulla disponibilità degli altri individui. Si è ulteriormente osservata l'importanza di poter esplorare e crescere in un clima di sicurezza, condizione resa possibile da un caregiver responsivo e accessibile, che funga da base sicura e da porto sicuro. È stato successivamente messo in evidenza come, in base al tipo di esperienza, si possano formare diversi pattern di attaccamento, che porteranno il bambino a sviluppare determinate caratteristiche comportamentali e caratteriali. In seguito, il focus è stato rivolto ai sistemi innati di Panksepp, in modo particolare su quello del panico, per poi spostarsi sullo studio dei sistemi motivazionali interpersonali di Liotti, prestando particolare attenzione a quello dell'attaccamento.

Il secondo capitolo si è focalizzato sullo studio della regolazione emotiva. Attraverso il paradigma della Still-Face di Tronick e gli studi di Sroufe si sono potute osservare la regolazione diadica e l'autoregolazione. Dopodiché ci si è spostati sulle basi neurofisiologiche, prestando particolare attenzione alla finestra di tolleranza di Siegel, per poi soffermarsi sulla Teoria di Polivagale di Porges. Sono stati nuovamente affrontati gli stili di attaccamento, evidenziando il loro ruolo nella regolazione emotiva.

Giunti a questo punto ci si è chiesto in che modo tutte le osservazioni condotte fino a lì potessero riflettersi sulla costruzione dell'alleanza terapeutica e, più in generale, sulla

terapia. Dopo aver descritto la relazione terapeutica e l'importanza della funzione svolta dal clinico, il focus si è spostato sul sistema motivazionale cooperativo di Liotti e il ruolo che esso ricopre nella costruzione di una valida e fruttuosa alleanza terapeutica. Sono stati ripresi gli stili di attaccamento, sia del paziente che del terapeuta, al fine di approfondire la maniera in cui essi possano influenzare la terapia e l'alleanza tra i due membri della diade.

In conclusione, è possibile affermare che le relazioni precoci siano fondamentali nello sviluppo sia fisico che psichico del bambino, nonché nel definire la sua capacità di stabilire legami affettivi futuri con gli altri individui. Attraverso i caregiver, infatti, il piccolo impara a categorizzare le emozioni che si manifestano nel corso della relazione. Solo attraverso una figura di attaccamento sicura e responsiva egli impara a modulare adeguatamente le emozioni, facendo uso di strategie differenti per regolare l'intensità della risposta emotiva. La relazione madre-bambino viene rievocata dall'esperienza terapeutica, in cui il paziente tende a ricostruire la storia di attaccamento che ha vissuto. È compito del clinico riuscire a trasmettere un senso di sicurezza al paziente, al fine di fornirgli l'esperienza di una base sicura da cui partire per esplorare il proprio passato e guardare al futuro. Tuttavia, le ricerche sullo stile di attaccamento del terapeuta e sulla combinazione con quelli del paziente sono ancora in via di sviluppo. Pertanto, non è possibile al momento avere un quadro definitivo su come essi possano realmente influenzare l'esito della terapia.

BIBLIOGRAFIA

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.

Ainsworth, M.D. (2006). *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Bara, B. G. (2005). *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva Vol. 1*. Torino: Bollati Boringhieri.

Beebe, B., & Lachmann, F. M. (1994). *Representation and internalization in infancy: Three principles of salience*. In *Psychoanalytic Psychology*, 11(2), 127–165.

Bordin, E.S. (1979). *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*. In *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16: 252-60.

Bowlby, J. (1972). *Attaccamento e perdita Vol. 1: L'attaccamento alla madre*. Tr. it. Torino: Bollati Boringhieri.

Bowlby, J. (1975). *Attaccamento e perdita Vol. 2: La separazione dalla madre*. Tr. it. Torino: Bollati Boringhieri.

Bowlby, J. (1985). *Attaccamento e perdita Vol. 3: La perdita della madre*. Tr. it. Torino: Bollati Boringhieri.

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

Cassidy, J., & Shaver, P.R. (2010). *Manuale dell'attaccamento: Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.

Caviglia, G. (2003). *Attaccamento e psicopatologia: Dalla ricerca al lavoro clinico*. Roma: Carocci Editore.

- Dinger, U., Strack, M., Sachsse, T., & Schauenburg, H. (2009). *Therapists' attachment, patients' interpersonal problems and alliance development over time in inpatient psychotherapy*. In *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(3), 277–290.
- Dozier, M. & Davis, K. & Barnett, L. (1994). *Clinicians as caregivers: Role of attachment organization in treatment*. In *Journal of consulting and clinical psychology*. 62. 793-800.
- Dozier, M. (1990). *Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders*. In *Development and Psychopathology*, 2(1), 47–60.
- Dozier, M. Tyrrell, C. (1998). *The role of attachment in therapeutic relationship*. In Simpson, J.A., Rholes, W.S. (a cura di), *Attachment theory and close relationships*. Guilford Press, New Work, pp. 221-248.
- Eames, V., & Roth, A. (2000). *Patient attachment orientation and the early working alliance: A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures*. In *Psychotherapy Research*, 10(4), 421–434.
- Fabbro, N., Bazzoli, M., Ciaghi, M., Colucci, V., Dalla Bona, E., Dalla Valle, M., Dell'Aquila, C., De Rossi, F., Follador, A., Goberti, S., Magli, A., Marchetto, S., Marchiorello, F., Mosna, G., Novello, C., Pancheri, E., Paternicò, D., Petriccione, C., Rossi, S., & Vacca, G. (2013). *Esplorare la mente di psicoterapeuti in formazione. Qualità del parenting, stile di attaccamento, capacità di discriminazione delle emozioni e ruolo degli eventi di vita in un campione di specializzandi*. In *Cognitivismo Clinico*, 10(1), 65–86.
- Fogel, A. (1995). *Relational narratives of the prelinguistic self*. In P. Rochat (a cura di), *The Self in Infancy: Theory and Research*. Amsterdam: Elsevier.
- Fonagy, P. (2002). *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Fonagy, P. Gergely, G., Jurist, E.L., & Target, M. (2005). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Gianino, A., & Tronick, E. Z. (1988). *The mutual regulation model: The infant's self and interactive regulation and coping and defensive capacities*. In T. M. Field, P. M. McCabe, & N. Schneiderman (Eds.), *Stress and coping across development* (p. 47–68). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Gilbert P. (1989). *Human nature and suffering*. London: Erlbaum.

Gilbert, P., & Leahy, R.L. (2007). *La relazione terapeutica in terapia cognitivo comportamentale*. Firenze: Eclipsi.

Greenson, R. R. (1965). *The working alliance and the transference neurosis*. In *The Psychoanalytic Quarterly*, 34(2), 155–179.

Guidano, V., & Liotti, G. (2018). *Processi cognitivi e disregolazione emotive: Un processo strutturale alla psicoterapia*. Roma: Ti Printing srl.

Hill, D. (2015). *Teoria della regolazione affettiva: Un modello clinico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Holmes, J. (2003). *Borderline personality disorder and the search for meaning: An attachment perspective*. In *Australia-New Zealand Journal Psychiatry*, 37, pp. 524-531.

Karpman, S. B. (1968). *Fairy tales and script drama analysis*. In *Transactional Analysis Bulletin* 7, pp. 39-43.

Lambruschi, F. (2014). *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutive: Procedure di assessment e strategie psicoterapeutiche*. Torino: Bollati Boringhieri.

Liotti, G., & Monticelli, F. (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico: il manuale AIMIT*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Liotti, G., & Monticelli, F. (2008). *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica: Una prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici: Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Mallinckrodt, B., Porter, M. & Kivlighan, D. (2005). *Client Attachment to Therapist, Depth of In-Session Exploration, and Object Relations in Brief Psychotherapy*. In *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 42. 85-100.

Meins, E. (1997). *Sicurezza e sviluppo sociale della conoscenza*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Ogden, P., & Minton, K. (2000). *Sensomotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory*. In *Traumatology*, 6,3, pp. 1-20.

Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2013). *Il trauma e il corpo: Manuale di psicoterapia sensomotoria*. Sassari: Istituto Scienze Cognitive Editore.

Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience: The foundation of human and animal emotions*. Oxford: Oxford University Press.

Panksepp, J., & Biven, L. (2014). *Archeologia della mente: Origini neuroevolutive delle emozioni umane*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Petrowski, K., Nowacki, K., Pokorny, D., & Buchheim, A. (2011). *Matching the Patient to the Therapist The Roles of the Attachment Status and the Helping Alliance*. In *The Journal of nervous and mental disease*. 199. 839-44.

Porges, S.W. (2014). *La Teoria Polivagale: fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.

Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., & Marvin, B. (2016). *Il circolo della sicurezza: Sostenere l'attaccamento nelle prime relazioni genitore-bambino*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Rubino, G., Barker, C., Roth, T., & Fearon, R. (2000). *Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures: The role of therapist and patient attachment styles*. In *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*. 10. 408-20.

Safran, J.D., & Muran, J.C. (1996). *The resolution of ruptures in the therapeutic alliance*. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 3, pp. 447-458.

Safran, J.D., & Muran, J.C. (2003). *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. Roma-Bari: Laterza Editore.

Schore, A. (2003). *La regolazione degli affetti e la riparazione del Sé*. Tr. it. Roma: Astrolabio.

Schore, A. (2009). *Attachment trauma and the developing right brain: Origin of pathological dissociation*. In Dell, P.F., O'Neil, J.A. (a cura di). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and Beyond*. Routledge, New York 2009, pp. 107-141.

Semerari, A. (1991). *I processi cognitivi nella relazione terapeutica*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.

Semerari, A. (2005). *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*. Bari: Laterza Editore.

Siegel, D. (1999). *La mente relazionale: Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Siegel, D. (2010). *Il terapeuta consapevole. Guida per il terapeuta al Mindsight e all'integrazione neurale*. Sassari: Istituto di Scienze Cognitive.

Siegel, D.J. (1999). *La mente relazionale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Sroufe, A. (2000). *Lo sviluppo delle emozioni: I primi anni di vita*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Sroufe, L.A. (1985). *Attachment classification from the prospective of infant-caregiver relationship and infant temperament*. In *Child Development*, 56, pp. 1-14.

Sroufe, L.A., Egeland, B., Carlson, E.A., & Collins, W.A. (2005). *The development of the person*. New York: Guilford Press.

Stern, D.N., Hofer, L., Haft, W., & Dore, J. (1984). *La sintonizzazione affettiva*. In D. Stern (a cura di), *Le interazioni madre-bambino*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Trevarthen, C. (1979). *Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity*. In M. Bullowa (Ed.), *Before Speech* (pp. 227-270). Cambridge: Cambridge University Press.

Tronick, E. (2008). *Regolazione emotiva: Nello sviluppo e nel processo terapeutico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Truax, C. B., Wargo, D. G., Frank, J. D., Imber, S. D., Battle, C. C., Hoehn-Saric, R., Nash, E. H., & Stone, A. R. (1966). *Therapist empathy, genuineness, and warmth and patient therapeutic outcome*. In *Journal of Consulting Psychology*, 30(5), 395–401.

Tryon, Georgiana & Winograd, Greta. (2011). *Goal Consensus and Collaboration*. In *Psychotherapy* (Chicago, Ill.). 48. 50-7.

Tyrrell, C.L., Dozier, M., Teague, G., & Fallout, R.D. (1999). *Effective Treatment Relationships for Persons with Serious Psychiatric Disorders: the Importance of Attachment States of Mind*. In *Mental Health Law & Policy Faculty Publications*. 99.

Urry, H.L., Nitschke, J.B., Dolski, I., Jackson, D.C., Dalton, K.M., Mueller, C.J., Rosenkranz, M.A., Ryff, C.D., Singer B.H., & Davidson, R.J. (2006). *Making a life worth living: neural correlates of well-being*. In *Psychol Sci* 15:367–372.

Wiseman, H., Tishby, O. (2014), *Client attachment, attachment to the therapist and client-therapist attachment match: how do they relate to change in psychodynamic psychotherapy?* In *Psychotherapy Research*, 24, pp. 392-406.

Zennaro, A. (2011). *Lo sviluppo della psicopatologia: Fattori biologici, ambientali e relazionali*. Bologna: Il Mulino.

SITOGRAFIA

Albanese F., L'attaccamento nella relazione terapeutica, www.neuroscienze.net/lattaccamento-nella-relazione-psicoterapeutica-con-adulti, consultato il 12/06/2020.

Avico R., Il concetto di finestra di tolleranza e il lavoro di Siegel, www.stateofmind.it/2018/05/siegel-finestra-di-tolleranza, consultato il 20/05/2020.

Camplone S., Tavola rotonda, Stephen Porges. Attaccamento e Trauma, www.medicitalia.it/blog/psicologia/6805-trauma-e-neurocezione.html, consultato il 16/05/2020.

Carnevali V., Relazione terapeutica, alleanza e outcome. Il ruolo del terapeuta alla luce della teoria dell'attaccamento e dei sistemi motivazionali interpersonali, www.stateofmind.it/2015/09/relazione-terapeutica-teoria-attaccamento, consultato il 15/06/2020.

Chiej C., Seminario di Pat Ogden. Il trauma e il corpo. La terapia sensomotiva, www.stateofmind.it/2012/09/seminario-ogden-terapia-sensomotiva, consultato il 18/07/2020.

Contini I., Regolazione emotiva. La diade madre-bambino tra psicoanalisi e neuroscienze, www.stateofmind.it/2018/11/regolazione-emotiva-neuroscienze, consultato il 10/05/2020.

Di Egidio M., & Di Francesco F., Regolazione emotiva. Un processo che inizia nei primi mesi di vita, www.stateofmind.it/2016/01/regolazione-emotiva-primi-mesi, consultato il 13/05/2020.

Fattiroso M., La Strange Situation: l'attaccamento e la qualità della relazione, www.crescita-personale.it/articoli/relazioni/famiglia/strange-situation.html, consultato il 17/03/2020.

Avico R., & Boraso D., Fondamenti di psicoterapia: La finestra di Tolleranza di Daniel Siegel, www.ilfogliopsichiatrico.it/2020/05/20/4646-2, consultato il 23/04/2020.

Fiore F., Giovanni Liotti. Introduzione alla psicologia, www.stateofmind.it/2018/05/giovanni-liotti-sistemi-motivazionali, consultato il 15/04/2020 e il 11/07/2020.

Fiore F., John Bowlby e la teoria dell'attaccamento. Introduzione alla psicologia, www.stateofmind.it/2017/07/john-bowlby-attaccamento, consultato il 15/03/2020.

Forte, M.C., Genitorialità e neuroscienze. Gli abbracci che danno nutrimento, www.stateofmind.it/2018/12/attaccamento-neuroscienze-genitorialita, consultato il 20/03/2020 e il 2/04/2020.

Ganci A., Motivazioni, emozioni e relazione terapeutica. Un seminario con Giovanni Liotti a Palermo, www.stateofmind.it/2017/02/motivazioni-emozioni-relazione-terapeutica-liotti, consultato il 25/03/2020 e il 28/06/2020.

Mancini R., & Mascolo M., Il ruolo dell'attaccamento madre-bambino nella regolazione emotiva, www.stateofmind.it/2015/09/attaccamento-regolazione-emotiva, consultato il 13/05/2020.

Marzocchi C., Neurocezione e relazioni sociali. Il contributo della teoria polivagale, www.stateofmind.it/2014/10/neurocezione-relazioni-sociali, consultato il 13/05/2020.

Ruggiero G.M., La self disclosure e i rischi degli psicoterapeuti cognitivo comportamentali nella relazione terapeutica, www.stateofmind.it/2019/11/self-disclosure-cooperazione-relazione-terapeutica, consultato il 20/06/2020.

RINGRAZIAMENTI

Giunta al termine di questo elaborato, vorrei dedicare questo spazio a tutte le persone che mi sono state vicine in questo percorso di studi e che hanno contribuito, con il loro supporto, alla realizzazione del presente lavoro di tesi.

Ringrazio di cuore il mio relatore Furlanetto Tiziano, che in questi mesi di lavoro è stato presente e disponibile, seguendomi passo dopo passo con infinita pazienza. Malgrado la pandemia è riuscito a starmi vicino anche da lontano, sopportandomi e supportandomi, nonostante i miei mille dubbi e le molteplici insicurezze.

Un ringraziamento speciale va ai miei genitori e soprattutto a mio fratello Giovanni, che da sempre mi sostengono con infinita pazienza, aiutandomi a credere in me stessa, sopportandomi nonostante i miei tanti difetti. Hanno affrontato con me gli alti e i bassi del mio percorso di studi, incoraggiandomi a non mollare mai e a lottare per raggiungere i miei obiettivi. A causa della convivenza forzata in quarantena, hanno sopportato le mie molteplici revisioni dell'elaborato, alla ricerca degli errori e della forma corretta per la sua stesura.

Grazie a Nicholas per avermi appoggiata lungo tutto il corso del mio percorso di studi, in maniera particolare nella stesura di questo elaborato, incoraggiandomi in ogni momento.

Un caloroso grazie va a Mattia e Cristina che, con la loro professionalità e amicizia, mi hanno aiutata a trovare la giusta ispirazione e passione, rendendo possibile la stesura di questo lavoro di tesi.

Ringrazio i miei colleghi Francesca e Alessio. Con loro ho condiviso tre anni fantastici, tra momenti di gioia e di fatiche. Insieme abbiamo trascorso pomeriggi di studio intensi sui libri, ma anche meravigliosi momenti di svago. In questi anni sono diventati come dei fratelli per me, sempre al mio fianco, anche in questi mesi di lontananza forzata. Abbiamo condiviso le ansie degli esami e dello scrivere la tesi, nonché la gioia di laurearsi e di finire questo percorso insieme, sperando fino all'ultimo di poterci finalmente riabbracciare.

Sono ancora molte le persone a cui vorrei dire grazie, ma credo che le parole non rendano giustizia nel descrivere ciò che provo. Pertanto, concludo ringraziando, non solo coloro

che da sempre hanno creduto in me, ma anche chi diceva che non ce l'avrei mai fatta a raggiungere questo traguardo, perché “non si può lavorare e studiare contemporaneamente”. Sono proprio loro che mi hanno dato la grinta e la forza necessaria per arrivare fin qui. Grazie a loro ho dimostrato a me stessa che quando si desidera qualcosa con tutto il cuore, nonostante mille sacrifici e rinunce, alla fine si raggiunge il risultato sperato.