

PENSARE LA MENTE

Emdr e Psicoterapia Cognitivo-Evoluzionista

Antonio Onofri e Lucia Tombolini
Psichiatri

Didatti della Società Italiana di Terapia Cognitiva e Comportamentale (SITCC)
Docenti della Associazione per la Ricerca sulla Psicopatologia dell'Attaccamento e
dello Sviluppo (ARPAS)
Membri della Associazione Italiana per l'EMDR

Introduzione

In una terapia cognitivo-evoluzionista vengono utilizzate molte tecniche derivate dal comportamentismo o dal cognitivismo classico di Beck (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979); per citare alcune tra le più usate pensiamo agli esercizi di esposizione graduale alle situazioni temute nel caso dei disturbi fobici, ai diari di auto-osservazione, o all'impostazione del dialogo sul modello socratico. La strategia terapeutica globale all'interno della quale trovano spazio queste tecniche presenta tuttavia delle particolarità legate al modello cognitivo-evoluzionista, che illustreremo nella prima parte del nostro lavoro; in seguito, attraverso delle esemplificazioni cliniche, parleremo di come è possibile per noi affidare un ruolo privilegiato all'EMDR soprattutto in quei casi in cui non c'è l'indicazione per - o risulterebbero inefficaci - modalità di comprensione del disagio psichico basate prevalentemente sul dialogo. Ci riferiamo cioè alle situazioni cliniche nelle quali l'esplorazione congiunta del paziente e del terapeuta si blocca per la scarsa capacità del paziente di riflettere sui propri contenuti mentali e per l'assenza del linguaggio interiore. In queste circostanze, come vedremo meglio in seguito, l'EMDR permette da una parte l'elaborazione degli episodi traumatici, dall'altra - a partire dalla ricostruzione delle interazioni - facilita la riflessione congiunta della coppia terapeutica sul livello delle rappresentazioni, migliorando cioè quella che viene chiamata *capacità metacognitiva*. In effetti la terapia cognitiva è stata negli ultimi anni fortemente influenzata dal concetto di metacognizione (Semerari, 1999; Wells, 2000). L'incremento delle abilità metacognitive è infatti divenuto uno dei principali obiettivi della psicoterapia (Liotti, 2001).

Nel presente capitolo illustreremo l'ipotesi secondo la quale l'EMDR può rappresentare un utile strumento per promuovere la metacognizione; almeno nelle sue linee essenziali tale ipotesi è stata presentata al I Congresso Nazionale dell'EMDR tenutosi a Bologna nel novembre 2004 (Onofri e Tombolini, 2004).

L'incremento delle abilità metacognitive, del resto, appare in linea con quanto accade in una psicoterapia guidata dalla Teoria dell'Attaccamento (Tombolini e Onofri, 2004).

Non sarà pertanto scopo del presente scritto presentare una rassegna esaustiva né della Teoria dell'Attaccamento né delle basi concettuali fondamentali o del protocollo clinico utilizzato nelle terapie con EMDR, facilmente reperibili in altri testi (Shapiro, 1995) anche all'interno di questo stesso volume (vedi ad esempio il capitolo di Marta Tibaldi).

Appare invece necessario proporre al lettore le linee principali secondo cui si muove il modello cognitivo-evoluzionista.

La conoscenza di sé e dell'altro

L'ottica cognitivo- evoluzionista è caratterizzata da due punti teorici fondamentali: l'importanza riconosciuta dal cognitivismo clinico alla conoscenza interpersonale come fondamento dello sviluppo individuale, e l'esistenza di una serie di disposizioni innate alla organizzazione di tale conoscenza. La psicopatologia viene quindi vista sia come un blocco o una mancata organizzazione della conoscenza di sé e dell'altro, sia come il mancato raggiungimento di uno o più obiettivi da parte dei sistemi motivazionali interpersonali a base innata (SMI) (Liotti, 1999). Nella psicoterapia uno degli obiettivi principali è quindi aiutare il paziente a migliorare lo sviluppo di tale conoscenza interpersonale, e nello stesso tempo permettere la formazione di nuove modalità relazionali per raggiungere in maniera più adattativa le mete dei vari sistemi motivazionali.

Per Flavell (1963) la conoscenza di sé e degli altri è un processo determinato da una regola principale, quella dell'abbandono dell'egocentrismo cognitivo,

attraverso i vari stadi descritti da Piaget, che vanno da quello sensomotorio fino allo stadio delle operazioni formali. Questo sviluppo invariante, che può essere interrotto o ostacolato dagli eventi traumatici interpersonali, si struttura attorno ad un principio organizzativo, la “sintesi personale” (Janet, 1907), che permette l’”aggregazione”, cioè l’organizzazione delle informazioni intorno al gruppo di immagini e memorie che costituiscono l’Io e la personalità. In questo modo tutti i contenuti mentali, dalle sensazioni e percezioni fisiche, alle fantasie, ai pensieri, alle emozioni, sono vagliate e elaborate dalla mente sia nelle strutture inconscie sia nei processi coscienti. La psicopatologia viene allora considerata in termini di conoscenza delle proprie emozioni, e non più legata a dinamiche pulsionali basate sul conflitto: tale conoscenza può essere parziale, disorganizzata, o immatura, in quanto influenzata dall’egocentrismo cognitivo. Oppure può essere scissa tra conoscenza esplicita, dichiarabile attraverso il linguaggio, e implicita, osservabile nel comportamento. Vaste aree della propria sfera emotiva possono non ricevere dal paziente un significato connesso alla propria sintesi personale, e rimanere quindi percepibili e conoscibili soltanto come sensazioni fisiche, come accade per esempio in molti casi di sintomi agorafobici o nelle varie modalità di espressione dell’alexitimia (tra cui i disturbi del comportamento alimentare e i disturbi somatoformi). Oppure alla conoscenza esplicita, dichiarativa, semantica, relativa ad esperienze positive nella relazione con i propri genitori durante l’infanzia, possono non essere collegate memorie dolorose di abusi o grave trascuratezza fisica e emotiva. O ancora, come vedremo meglio in seguito, rappresentazioni inconciliabili e simultanee di sé e dell’altro, formati in particolari stili di accudimento, possono disorganizzare e ostacolare la formazione di un’immagine coerente di sé e rendere discontinua e deficitaria la narrazione autobiografica, con inevitabili aree di sofferenza e di fratture del corso esistenziale.

Per Liotti (2001), l’importanza attribuita dal cognitivismo classico alla conoscenza interpersonale e alle varie modalità di costruzione dei significati personali deve essere adeguatamente affiancata da un interesse analogo per una teoria

della motivazione. La prospettiva evuzionista permette di rispondere a questa esigenza e di connettere le motivazioni conoscitive con quelle emotive, conservando il ruolo centrale della conoscenza come fattore principale della regolazione emotiva. Il punto di incontro fra il corpo - con le sue emozioni e motivazioni biologiche - e la costruzione dell'identità personale attraverso la relazione con l'altro è costituito dal sistema motivazionale interpersonale.

Secondo la ricerca etologica (Hinde,1982) e le teorie evuzioniste del comportamento umano (Chance, 1984), l'individuo dispone fin dalla nascita di numerosi e distinti sistemi funzionali selezionati dall'evoluzione, strutturati come sistemi di regole (algoritmi) per l'azione e per la comunicazione emozionale, che guidano il comportamento verso una meta precisa: attaccamento del piccolo all'adulto che si prende cura di lui, accudimento, difesa del territorio, strutturazione della gerarchia all'interno di un gruppo, collaborazione tra pari, accoppiamento sessuale, alimentazione, e altre mete ancora. Come vediamo, alcune di queste motivazioni riguardano l'individuo isolato, come ad esempio la difesa del territorio o l'esplorazione, mentre altre prevedono il riconoscimento e la relazione con l'altro: la biologia evuzionista e l'etologia descrivono bene come, partendo dai rettili e salendo nella scala evolutiva, si strutturino nelle varie specie i diversi sistemi di controllo del comportamento sociale. Nei rettili, cioè, comportamento sessuale e difesa del territorio costituiscono le uniche forme di relazione tra i membri della stessa specie; negli uccelli sono anche presenti primordiali forme di accudimento della prole e di attaccamento della prole ai genitori; nei mammiferi infine il comportamento sociale è regolato, oltre che dall'attaccamento e dall'accudimento, anche da rapporti di dominanza e subordinazione, fino ad arrivare a forme di collaborazione tra pari nelle scimmie antropomorfe.

Per l'uomo sono ovviamente validi gli stessi meccanismi evolutivi, con la presenza di sistemi innati che regolano la motivazione alla relazione controllando l'attaccamento e accudimento, la sessualità, i rapporti di dominanza e subordinazione, la collaborazione tra pari (Liotti, 2001).

Secondo Edelman (1989; 1992) il termine “innato” non descrive circuiti neuronali programmati, ma configurazioni di attività nervosa che si strutturano in seguito alle interazioni tra organismo e ambiente e acquistano un valore evolutivo e di sopravvivenza. Pertanto ogni esperienza relazionale viene codificata in una categoria legata all’esperienza, alla quale è assegnato un valore innato specifico. In questo modo avremo un *valore* per le esperienze relative alla ricerca di vicinanza di un conspecifico nei momenti di pericolo (attaccamento); un *valore* per il prendersi cura dell’altro percepito più debole e vulnerabile (accudimento); un *valore* per i rapporti volti a definire il rango (sistema agonistico) così via.

Gli algoritmi, cioè l’insieme di regole che guidano il comportamento, e il valore di sopravvivenza legato al raggiungimento della meta del sistema motivazionale non sono accessibili alla coscienza. Sono invece accessibili alla coscienza le emozioni che accompagnano e caratterizzano l’attivazione dei sistemi motivazionali. Per quanto riguarda l’attaccamento, saremo consapevoli della paura, legata alla separazione dalla figura di attaccamento; della collera, l’emozione che segnala la protesta per l’indisponibilità della figura di attaccamento (FdA); della tristezza, successiva alla perdita della FdA. Proveremo invece gioia e conforto quando la meta del sistema viene raggiunta attraverso la prossimità della FdA. Il funzionamento del sistema agonistico è segnalato dalla presenza della paura di un giudizio, dalla vergogna e dall’umiliazione in caso di sconfitta in una competizione; dalla collera in caso di sfida verso l’altro visto come un avversario; dal trionfo in caso di vittoria. Questi sono soltanto alcuni cenni descrittivi dei SMI (per una trattazione dettagliata vedi Liotti, 2001); in questa sede dobbiamo limitarci a ricordare che i sistemi motivazionali sono attivi simultaneamente e operano al di fuori della coscienza, elaborando in parallelo sia gli stimoli ambientali sia le informazioni che provengono dall’organismo. Il campo della coscienza, il cui funzionamento è sequenziale, sarà quindi occupato da uno solo di questi sistemi per volta, attraverso le sensazioni fisiche, le emozioni, il dialogo interno. Nella coscienza, inoltre, le emozioni e

l'immagine dell'altro in relazione con noi sono sempre connesse, e attivano il nostro sistema motivazionale corrispondente o complementare, con il suo correlato emotivo: se qualcuno ci chiede aiuto, avremo di lui un'immagine di vulnerabilità, e proveremo un senso di sollecitudine; la nostra coscienza sarà invece invasa da collera agonistica se vediamo nell'altro segnali di sfida o competizione, o ci sentiremo attratti di fronte a segnali di disponibilità sessuale. Il modo in cui percepiamo l'altro, le nostre azioni verso di lui e il correlato emotivo sono strutturati fin dalla nascita in specifici schemi percettivo-motori, nel senso piagetiano del termine; in seguito questi schemi assumeranno le caratteristiche di schemi cognitivi e con lo sviluppo del linguaggio acquisiranno un carattere esplicito, proposizionale. Gli schemi relativi alla conoscenza di sé e dell'altro all'interno di una relazione sono definiti da Safran e Segal (1990) "schemi interpersonali" e da Bowlby (1969, 1973) "Internal Working Models" (Modelli Operativi Interni, MOI). Le influenze ambientali, attraverso le esperienze vissute da un individuo, li modellano, influenzando di conseguenza anche il funzionamento di ciascun sistema motivazionale. Il cambiamento degli schemi interpersonali è possibile anche con la riflessione cosciente- come avviene ad esempio in una psicoterapia-, con ripercussioni nelle relazioni e nella conoscenza di sé.

Attaccamento e organizzazione degli altri sistemi motivazionali

Tra i vari sistemi comportamentali, l'attaccamento svolge un ruolo particolare nell'organizzazione progressiva della personalità, essendo il sistema attraverso il quale il neonato stabilisce e interiorizza le prime relazioni. Inoltre, i modelli operativi interni dell'attaccamento influenzano anche le rappresentazioni di sé-con-l'altro che si vanno formando, durante lo sviluppo, negli altri sistemi motivazionali. Vedremo in seguito l'importanza della qualità e della coerenza delle rappresentazioni di sé e dell'altro mediate dall'attaccamento; ora, in estrema sintesi, vogliamo accennare a quanto emerso dall'osservazione empirica su bambini valutati a 12 mesi con la Strange Situation. Gli studi longitudinali hanno mostrato come i bambini con

attaccamento sicuro, a tre anni di età, in situazioni di gioco competitivo, appaiano poco turbati dalla sconfitta e aumentino la concentrazione e gli sforzi per vincere, al contrario dei bambini insicuri, che mostrano segni di scoraggiamento o di aggressività (Lutkenhaus e Grossmann, 1985). E' possibile che mentre il bambino sicuro si aspetta di poter essere consolato dal genitore in caso di sconfitta, e quindi la teme di meno, il bambino insicuro non abbia la possibilità di condividere il senso di umiliazione, con conseguente mancanza di fiducia in se stesso e nelle sue capacità. Analoghe osservazioni sono state condotte per il sistema dell'accudimento, esplorato attraverso una situazione in cui uno sperimentatore vestito da clown interagiva con il bambino, prima gioiosamente, poi simulando dolore. I bambini sicuri apparivano tristi in sintonia con l'adulto e cercavano di consolarlo, mostrando quindi un'attivazione congrua del sistema dell'accudimento, e ritornavano a giocare con lui quando l'interazione ritornava gioiosa. Gli insicuri, invece, si irrigidivano, evitavano il contatto con lui quando lo vedevano soffrire, e apparivano distanti anche quando l'espressione mimica cambiava (Main e Weston, 1981; Grossmann e Grossmann, 1991, 1993).

I modelli operativi dell'attaccamento, la qualità delle rappresentazioni e la loro coerenza sembrano quindi influenzare e organizzare anche l'immagine di sé e dell'altro mediata dagli altri sistemi motivazionali, durante il corso dello sviluppo.

Conoscenza, attaccamento e metacognizione durante lo sviluppo

Le prime intuizioni di Bowlby (1973) sull'esistenza di modelli operativi interni multipli, cioè di rappresentazioni interne di sé, della figura di attaccamento e della relazione, contraddittorie e incompatibili, hanno dato seguito anche ad uno spostamento dell'interesse della ricerca sperimentale verso il livello delle rappresentazioni. La possibilità di sistemi interni molteplici e disconnessi tra loro appare molto rilevante per la psicopatologia, dal momento che il bambino molto piccolo, essendo incapace di comprendere la natura rappresentazionale del proprio pensiero e di operare una distinzione tra le rappresentazioni della realtà e la realtà

stessa, è particolarmente vulnerabile a sviluppare modelli multipli di attaccamento nel corso dell'infanzia. A questo si aggiungono, nel perpetuare gli elementi di dissociazione tra le rappresentazioni interne, le caratteristiche stesse del modello operativo interno costruito in una relazione di attaccamento insicura, così come vengono descritte da Bretherton (Bretherton e Waters, 1985).

Mentre il modello operativo sicuro è flessibile, cioè in grado di essere rivedibile e suscettibile di modifiche a seconda delle esperienze interpersonali vissute, il modello operativo insicuro è rigido e non permette collegamenti tra i vari ordini di rappresentazioni, che normalmente partono dalle situazioni reali ripetute (“mi faccio male e mamma viene”) e arrivano a generalizzazioni semantiche su di sé e sulla relazione (“quando ho bisogno di mamma, lei è sempre disponibile”; “io sono amabile e mamma mi vuole bene”). L'insicurezza ostacolerebbe la possibilità di revisione delle rappresentazioni, accentuando il divario tra conoscenza autobiografica e memoria episodica: le nuove esperienze relazionali positive potranno non avere un'influenza sulla rappresentazione di sé, in quanto incapaci di accedere ai livelli rappresentativi gerarchicamente superiori, e, per contro, si potranno creare immagini idealizzate del caregiver, non suffragate da situazioni positive, che saranno pertanto assenti dalla memoria episodica.

La possibilità di riflettere sulle immagini di sé, della realtà, o delle relazioni, cioè la capacità di pensare esplicitamente a come rappresentiamo il mondo e i nostri pensieri è chiamata metacognizione (Main, 1991). La metacognizione o conoscenza metacognitiva si basa sul principio fondamentale di quella che è stata definita la filosofia del senso comune (Forguson e Gopnik, 1988): il riconoscimento della distinzione tra apparenza e realtà –“le cose possono non essere come appaiono e le apparenze non sono certe”- da cui conseguono la diversità rappresentazionale –“la stessa cosa può apparire differente a persone differenti”- e il cambiamento rappresentazionale –“ciò che penso oggi non è uguale a ciò che pensavo ieri e a ciò che penserò domani”. Tale capacità non viene acquisita prima dei sei anni, e il bambino inferiore a questa età è incapace anche di integrare emozioni simultanee

negative e positive relative ad una medesima situazione (Harter e Buddin, 1987), o di pensare che una stessa persona abbia aspetti e caratteristiche contrastanti. E' intuibile come quanto descritto possa facilitare la dissociazione di rappresentazioni di sé e dell'altro fortemente connotate dal punto di vista emotivo; inoltre, non avendo la consapevolezza delle diversità rappresentazionali, il bambino di età inferiore ai sei anni formerà un modello operativo – “sono una persona non amabile, dal momento che la mia figura di attaccamento mi rifiuta”- sul quale non è in grado di riflettere ad un livello metarappresentativo per esempio dicendosi “La mia figura di attaccamento pensa che io non sia amabile e mi rifiuta, ma forse si sbaglia dato che in altre circostanze ha creduto il falso, e non tutti gli altri la pensano come lei” (Onofri e Tombolini, 1999).

Nell'attaccamento disorganizzato, le esperienze con un genitore spaventato/spaventante, ancora immerso in ricordi traumatici non elaborati di un lutto o di un abuso, esporranno quindi il bambino all'incapacità di sviluppare una metarappresentazione organizzata della figura di attaccamento, il cui comportamento imprevedibile e i cui cambiamenti di umore non saranno integrabili e comprensibili dal piccolo se non in termini di rappresentazioni simultanee multiple, incompatibili e incoerenti di sé e dell'altro.

Come vedremo in seguito, infatti, i soggetti con diversa organizzazione dell'attaccamento differiscono tra loro non solo per quanto riguarda le caratteristiche delle rappresentazioni, ma anche per la facilità e flessibilità con cui ne possono parlare. Infatti è proprio la modalità di comunicazione, libera e fluida, che caratterizza il rapporto madre-bambino nell'attaccamento sicuro a permettere l'analoga elasticità del modello operativo sicuro; inoltre, come dimostrato dalle ricerche di Meins (1997), il particolare atteggiamento comunicativo della coppia caregiver-bambino nell'attaccamento sicuro, facilita la competenza del piccolo in diversi settori dello sviluppo cognitivo e della conoscenza cognitiva, e ne migliora la *self-efficacy*, la capacità di concentrarsi su un compito, e la qualità del gioco. L'ipotesi di Meins è che lo stile di acquisizione del linguaggio, le attività simboliche,

le capacità metacognitive del bambino - a parità di Q.I.- siano influenzate dalla capacità della madre di considerare il bambino un “agente mentale” (Meins, 1997): la *mind-mindedness* sarebbe cioè quel particolare aspetto della sensibilità materna che la porterebbe a concepire il figlio non soltanto come un agente intenzionale, in grado di esprimere desideri anche in età preverbale, ma come agente mentale, capace di avere rappresentazioni della realtà, anche indipendentemente dalla sua effettiva capacità.

Questo orientamento alla mente della figura di attaccamento può spiegare le successive capacità del bambino sicuro di riflettere sulla propria mente e di comprendere le menti altrui. L’accuratezza nel riconoscimento dei contenuti mentali e la libertà comunicativa della relazione madre-bambino nell’attaccamento sicuro rappresentano pertanto i precursori delle potenzialità metacognitive dell’individuo acquisite nel corso dello sviluppo: è stato infatti dimostrato dalle ricerche longitudinali, che a 21 mesi i bambini sicuri utilizzano il linguaggio autodiretto in misura maggiore rispetto ai coetanei insicuri e soprattutto come uno strumento di correzione per raggiungere un obiettivo (ad esempio il piccolo può darsi delle istruzioni se sta cercando qualcosa o se è alle prese con un gioco impegnativo) (Main, 1983). In un campione di bambini di sei anni, quelli classificati sicuri cinque anni prima, ad un’intervista che valutava la loro comprensione della natura e della collocazione dei pensieri, apparivano più riflessivi, più accurati nella conoscenza dei loro contenuti mentali, più consapevoli della privatezza del pensiero (Main, 1991). A 11 anni, i racconti autobiografici dei bambini sicuri apparivano più coerenti, più ricchi di ricordi completi e precoci, e corredati da riflessioni ed emozioni (Main, 1991). Infine, nella metodica ideata da Green, Stanley, Smith e Goldwyn (2000) ideata per i bambini di 6-8 anni e denominata “Manchester Child Attachment Interview”, in notevole accordo con l’intervista per gli adulti di cui parleremo in seguito, i bambini sicuri, a differenza di quelli con attaccamento insicuro, descrivono l’interazione tra due bambole, raffiguranti un bambino e una madre che si prende cura di lui, in maniera diversa dai coetanei insicuri: l’interazione immaginata dal bambino tra i due personaggi ha un contenuto positivo, la figura di attaccamento è

descritta come accudente e competente, il racconto è coerente, adeguato al contesto, il bambino è in grado di accedere alle sue emozioni e di parlarne all'esaminatore.

Questi studi longitudinali dimostrano chiaramente lo stretto rapporto tra la sicurezza dell'attaccamento e lo sviluppo delle capacità metacognitive (l'accesso ai ricordi autobiografici, la capacità di riflettere sul contenuto della propria mente e di quella dell'altro) o, in altre parole, della coscienza.

Conoscenza e metacognizione nell'adulto

La ricerca sulla psicopatologia dello sviluppo si è occupata delle rappresentazioni mentali degli adulti dagli anni '80, a partire dalla pubblicazione della monografia di Bretherton e Waters (1985), nella quale Mary Main e il suo gruppo hanno esposto un metodo per classificare lo stato mentale dei genitori di bambini sottoposti alla Strange Situation cinque anni prima. Fino a quel momento la ricerca sull'attaccamento si era focalizzata soprattutto sullo studio del comportamento non verbale del genitore per individuare delle correlazioni con quello del bambino sia nelle situazioni sperimentali, sia a casa e a scuola nella quotidianità (Hesse, 1999).

Main e Goldwyn avevano invece messo a punto un'intervista sulle esperienze di attaccamento dell'adulto, la "Adult Attachment Interview", la AAI, (Main e Goldwin, 1989), e un accurato protocollo di classificazione che permetteva di individuare quattro categorie relative allo stato mentale dell'adulto rispetto alle proprie esperienze di attaccamento, correlate con il pattern di attaccamento del bambino. Ai genitori (classificati F, Free) che nel corso dell'intervista mostravano la capacità di riflettere liberamente sulle proprie passate esperienze di attaccamento e di riconoscerne l'influenza su di sé, corrispondeva con un'alta predittività un bambino B, sicuro; individui (Ds, Dismissing) che riportavano invece una scarsa capacità di ricordare la propria infanzia, e contemporaneamente idealizzavano i propri genitori, avevano figli classificati come A, evitanti (avoidant). Chi sembrava ancora preoccupato e intrappolato nel groviglio emotivo delle proprie esperienze di attaccamento (E, Entangled), aveva un figlio C, ansioso-resistente. Infine ognuna di

queste categorie poteva mostrare degli errori nel monitoraggio del discorso e del pensiero nel momento in cui venivano affrontati i temi relativi alla perdita di persone significative o a situazioni traumatiche: questi individui ricevevano una ulteriore classificazione (U, Unresolved), e avevano figli che mostravano segni di disorganizzazione alla Strange Situation (per una rassegna recente vedi Hesse,1999).

Dal punto di vista clinico, è importante sottolineare che la ricerca ha individuato nello stato mentale insicuro dei genitori, valutato con la AAI, un fattore predisponente per il disagio clinico del figlio. In uno studio del 1989 su madri di bambini di otto mesi ricoverati per problemi di denutrizione e crescita, Benoit, Zeanah e Barton (1989) hanno riportato che soltanto una su 23 madri aveva uno stato mentale sicuro, mentre in un'analoga ricerca su bambini con disturbi del sonno, nessuna madre era stata classificata Free (Benoit, Zeanah, Boucher e Minde, 1992). Altri lavori dimostrano la stessa stretta correlazione tra presenza di disturbi del comportamento del bambino e stato mentale insicuro del genitore (Crowell e Feldman, 1988, 1991); risultati simili sono stati trovati anche in adolescenti (Rosenstein e Horowitz, 1996). Un dato importante è relativo allo stato Unresolved del genitore , che sembra essere altamente correlato ai disturbi del comportamento del bambino (DeKlyen, 1996; Constantino, 1996; Greenberg, Speltz, DeKlyen e Endriga, 1991). Anche per quanto riguarda le ricerche effettuate con campioni clinici adulti, lo stato mentale Unresolved sembra essere più frequentemente rappresentato rispetto ai gruppi di controllo, in soggetti con disturbi d'ansia (Manassis, Bradley, Goldberg e Hood, 1994), in adolescenti con condotte suicidarie (Adam, Sheldon-Keller e West, 1996); in pazienti psichiatrici (Fonagy et al., 1997). Inoltre sembra che un elemento fortemente differenziante le AAI dei campioni clinici rispetto ai controlli consista in una scala che misura non le esperienze infantili, ma una qualità dello stato mentale: la capacità metacognitiva (Fonagy, Steele, Steele, Moran e Higgitt, 1991). L'aspetto più interessante dell'intervista consiste infatti nel suo basarsi sulla capacità di accedere ai ricordi del passato e sulla modalità di rappresentazione e quindi di espressione di tali ricordi. Gli individui sicuri, in grado di ricordare senza distorsioni

cognitive le loro esperienze passate con i propri genitori, hanno uno stato mentale “libero” perché sono capaci di riflettere e di valutare realisticamente anche esperienze negative dell’infanzia, e di riconoscerne il valore sulla loro personalità. Non è quindi la qualità dell’esperienza reale, ma la sua rappresentazione, il fattore determinante la qualità dello stato mentale sull’attaccamento. Lo stato mentale *Free*, sicuro, è anche caratterizzato dalla presenza di elementi di quello che Main chiama “monitoraggio metacognitivo”: la capacità cioè di riflettere sui propri contenuti mentali, di cogliere la diversità dei vari punti di vista, sia propri, sia tra varie persone che considerano lo stesso elemento. Nel corso dell’intervista, un individuo con un alto livello di monitoraggio metacognitivo è in grado, ad esempio, di vedere se stesso cambiare idee, emozioni e comportamenti nel corso del tempo: in altre parole appare capace di mantenere nella sua memoria operativa diverse rappresentazioni, e di confrontarle tra loro. Trattando il tema delle sue esperienze di attaccamento è in grado di cogliere anche il punto di vista del genitore, di vedere come le relazioni possono modificarsi nel tempo, di riconoscere la diversità delle sue emozioni infantili da quelle attuali. E’ evidente la differenza con le altre categorie citate: i *Dismissing* non sono in grado di confrontare l’immagine positiva idealizzata del genitore con i ricordi a tonalità negativa relativi al rapporto con quel genitore; gli *Entangled* non riescono a cogliere il punto di vista dell’altro e a confrontarlo con il loro ruolo attivo nella relazione. Infine, i trascritti delle interviste dei soggetti *Unresolved* segnalano che la coscienza dell’intervistato è invasa da elementi dissociati relativi ad abusi o a lutti. Uno stato mentale sicuro è pertanto caratterizzato da una buona qualità della coscienza e della funzione metacognitiva, che a loro volta sembrano essere gli elementi maggiormente responsabili nel determinare il pattern di attaccamento del bambino: come ha sottolineato Van Ijzendoorn (1995), più che la sensibilità del genitore, infatti, sembra essere la sua capacità metacognitiva la caratteristica favorente la sicurezza del bambino.

Proprio a partire dalle osservazioni sulla scala del monitoraggio metacognitivo della AAI, Fonagy ha sviluppato una ulteriore scala denominata “Reflective Self

Capacity Scale” (Fonagy, Steele M., Steele H., Leigh, Kennedy, Matton, Target, 1995). Lo strumento misura la capacità di riflettere sui contenuti mentali, valutando la presenza nell’intervistato di una teoria della mente, e partendo dal presupposto che ci sia una forte relazione con la coscienza di sé: viene misurata la frequenza con cui il soggetto intervistato nomina stati mentali differenti, la sensibilità alle caratteristiche degli stati mentali e il loro collegamento con i comportamenti. La caratteristica principale di questa scala è quella di correlare in maniera significativa con la sicurezza dell’attaccamento del bambino: madri con uno scarso punteggio alle misurazioni della sensibilità ai segnali del bambino ma con un alto punteggio alla Reflective Self Capacity Scale hanno comunque figli valutati sicuri alla Strange Situation.

La metacognizione o funzione riflessiva è alla base dell’organizzazione del sé perché è coinvolta nella coscienza di sé, nell’autonomia e nella responsabilità, creando quindi la continuità dell’esperienza di sé (Fonagy e Target, 1996). Se è vero che l’attaccamento sicuro facilita la coerenza dei propri significati attraverso lo sviluppo della metacognizione, è possibile anche che individui con esperienze infantili negative, ma con notevoli capacità di mentalizzazione, siano in grado di ottenere da adulti uno stato mentale sicuro sull’attaccamento. Infine, è importante citare l’uso clinico del concetto di metacognizione, ormai sempre più rilevante soprattutto per le psicopatologie più gravi e disorganizzate, che stanno rappresentando la nuova sfida e il recente campo di interesse del cognitivismo (Liotti, 1992, 1994, 1999; Semerari, 1999).

La psicoterapia cognitivo-evoluzionista guidata dalla Teoria dell’Attaccamento

Utilizzare i sistemi motivazionali interpersonali in una psicoterapia cognitiva implica un’attenzione particolare al tipo di sistema motivazionale attivo nel paziente nel rapporto con il terapeuta durante la seduta, con un’attenzione particolare ai momenti in cui sia nella relazione terapeutica, sia nello svolgersi del racconto del paziente, emergono situazioni mediate dal funzionamento del sistema

dell'attaccamento. Vengono classicamente considerate tali le esplorazioni degli episodi autobiografici delle esperienze infantili del paziente, le separazioni che avvengono nel corso della terapia, e i momenti in cui il paziente vede il terapeuta attraverso i propri modelli operativi interni.

Per quanto riguarda le esperienze infantili, le indicazioni tecniche suggerite da Bowlby sono soltanto apparentemente semplici. Per Bowlby infatti è importante che il terapeuta aiuti il paziente che sta ricordando il suo doloroso passato “a scoprire che cosa è veramente accaduto, a distinguere ciò che è reale e ciò che è o era fantasia. Personalmente incoraggerei un paziente a comunicarmi, nel maggiore dettaglio possibile, tutti i ricordi che ha di ciò che gli è stato fatto o pensa che gli sia stato fatto o detto. E lo incoraggerei a esaminarli, verificarli, osservarli, considerarli”. (Hunter, 1994). Questa modalità di ricostruzione ha diversi risvolti: in primo luogo è comprensibile all'interno del periodo storico e del contesto psicoanalitico al quale Bowlby si rivolgeva, e sottolinea pertanto l'importanza degli eventi come realmente vissuti e non come fantasie. Inoltre è utile per colmare il divario tra la rappresentazione semantica del genitore e quella episodica, divario che è alla base dell'esistenza di immagini della figura di attaccamento e di sé incompatibili. Un individuo può cioè avere un'immagine positiva delle figure genitoriali del tutto discordante con quanto realmente accaduto nella relazione con loro, e soprattutto può avere di sé un'immagine negativa legata alle parole e alle giustificazioni che il genitore utilizzava nel rapporto con il bambino: “Ti punisco per il tuo bene” o “Devo picchiarti perché sei un bambino cattivo” sono frasi che possono essere interiorizzate nell'infanzia e strutturare la formazione della propria identità, proteggendo simultaneamente la positività della figura di attaccamento. Può verificarsi tuttavia la possibilità che i modelli operativi interni del paziente, costruiti in una relazione insicura, non permettano questo tipo di esplorazione, arrivando perfino a ostacolare la ricerca di cura.

Uso dell'EMDR in una psicoterapia cognitivo-evoluzionista

Il contatto con l'EMDR, un approccio elettivamente rivolto verso la ricerca di una migliore elaborazione di un determinato episodio di natura più o meno traumatica, ha offerto una feconda opportunità di ampliamento del nostro lavoro. Un esempio clinico ci può aiutare a vedere meglio un possibile utilizzo dell'EMDR a questo primo livello di ricostruzione episodica.

Alessia chiede un trattamento con EMDR perché, afferma, ha avuto un “trauma infantile”. Quando aveva otto mesi, dopo la morte del padre avvenuta in un incidente stradale, la madre aveva tenuto con sé il primo figlio, di tre anni, e aveva affidato la piccola ad una cugina che viveva in un'altra città. La bambina era quindi stata allevata in un'altra famiglia, anche se riceveva periodiche visite della madre. A dieci anni, in seguito al secondo matrimonio della madre, Alessia era ritornata nella sua città di origine, ricongiungendosi alla madre, al fratello e al patrigno, con cui aveva nel tempo instaurato un discreto rapporto. Dopo la rottura di una relazione affettiva all'età di 20 anni, Alessia decide di rivolgersi ad una psicologa perché reputa la sua sofferenza troppo intensa. Si sentiva “annichilita”, racconta, e non semplicemente addolorata come sarebbe stato normale in quella situazione. Nel primo incontro, la dottoressa definisce traumatica l'infanzia di Alessia. Il giorno del secondo appuntamento, la ragazza si sveglia completamente afona, e decide di non continuare il trattamento. Ora, a distanza di una decina d'anni, dopo la fine di un'altra relazione affettiva, è decisa ad esplorare quanto le è successo nell'infanzia. “Ma non ricordo assolutamente nulla. E poi, come posso ricordare un evento accaduto quando avevo pochi mesi?”.

In termini di attaccamento, è ovvio che il trauma non è soltanto la separazione dalla madre, perché è ugualmente traumatica anche la seconda separazione dalla madre sostitutiva, la cugina, oltre all'assenza della figura paterna e all'atmosfera luttuosa che avrà caratterizzato soprattutto i primi anni di vita della bambina. Alessia non ricorda neanche questa seconda separazione, molto più recente e potenzialmente accessibile alla memoria. Inoltre, all'inizio di questa seconda terapia, pur non perdendo la voce, non sembra intenzionata a ripercorrere i ricordi infantili. La terapeuta ipotizza un modello operativo D/A, cioè la presenza di una disorganizzazione del pattern evitante di attaccamento, che giustificherebbe il sintomo dell'afonia, l'interruzione della prima terapia, l'inaccessibilità agli eventi passati. E' possibile che la relazione terapeutica, per quanto richiesta in un momento di vulnerabilità, sia una fonte di paura per Alessia: non può avvicinarsi, non può parlare, non può ricordare. Non ha mai cercato di capire perché la madre abbia tenuto il fratellino e abbia allontanato lei; non ricorda se ha sofferto lasciando la madre adottiva; non sembra in

grado di collegare l'esperienza emotiva attuale di perdita a qualcosa che ha vissuto o è possibile vivere quando si è separati da una figura di riferimento. Alessia vuole soltanto capire perché in questo periodo le sembra di soffocare come se le si stringesse la gola.

In questo caso imporre incontri basati sul dialogo come normalmente prevede la terapia cognitiva può non avere alcuna utilità. La paziente non ha accesso alla propria esperienza emotiva, conosciuta soltanto come sensazione fisica (il nodo alla gola) e non vuole condurre un'esplorazione congiunta su situazioni presenti (l'attuale relazione interrotta) o passate. La terapeuta accetta di lavorare su questo sintomo con l'EMDR. Già dopo la prima seduta, esclusivamente basata sul cambiamento degli stati corporei e del variare delle proprie condizioni di sicurezza, Alessia riesce a fare un collegamento tra la sensazione di soffocamento e il trattenere le lacrime. Nelle sedute successive ipotizza che il dolore localizzato alla base della lingua e la sensazione di paralisi siano simili a "quando si vuole urlare senza riuscirci". Con pochi interventi di collegamento- non di interpretazione- da parte della terapeuta, Alessia riesce a ricostruire il dolore che non aveva potuto esprimere in occasione della separazione dalla madre adottiva, "simile forse a quando ero poco più di una neonata e improvvisamente non ho più visto mia madre". A questo punto è possibile cominciare l'esplorazione sul livello semantico lavorando ad esempio sulla descrizione di quale immagine di sé e dell'altro si è costruita sulla base di queste esperienze, o cercando di capire quanto il suo modo di agire nei momenti di difficoltà abbia influenzato le sue vicende relazionali attuali.

Sicurezza dell'attaccamento, relazione terapeutica e metacognizione

I teorici dell'attaccamento che hanno esplorato le implicazioni cliniche della teoria stessa hanno sottolineato come sia proprio la sicurezza dell'attaccamento, sperimentata nella relazione terapeutica (secondo il modello del terapeuta base sicura; Holmes, 1993) a permettere l'esplorazione dei contenuti dolorosi e quindi a promuovere l'introspezione.

Ecco perché il terapeuta guidato dalla Teoria dell'Attaccamento cerca, fin dalle prime fasi della terapia, di aumentare il senso di sicurezza e padronanza del paziente, convinto che questo si accompagnerà ben presto ad un incremento delle capacità introspettive e di esplorazione (Onofri, in stampa).

A questo scopo particolarmente utile appare l'approccio seguito con l'EMDR, con la sua attenzione costante al "sentirsi accudito" da parte del paziente.

L'EMDR, infatti, permette al paziente di avvicinarsi al proprio dolore in condizioni di sicurezza. Il paziente rassicurato e con strumenti di autorassicurazione (valga per tutti l'esempio del "posto sicuro") può esplorare la realtà dei suoi traumi e accedere alle informazioni disponibili.

Si potrebbe aggiungere che l'approccio EMDR – con tutto il suo repertorio terapeutico – contrasta le sensazioni di impotenza non solo nel paziente, ma anche nel terapeuta, aumentando la sensazione di sicurezza in entrambi, nel fronteggiare la sofferenza. La condizione di sicurezza permette così la disattivazione temporanea del sistema di attaccamento e quindi l'attivazione del comportamento esplorativo e della collaborazione con il terapeuta.

Pensiamo al caso di un paziente con disturbo di personalità, rabbioso perché in difficoltà e perché non si aspetta l'aiuto da nessuno, ma anzi una svalutazione per la sua vulnerabilità. Permettendo l'espressione della sua rabbia all'interno del contesto sicuro dell'EMDR, il terapeuta interviene sull'attivazione in corso dell'attaccamento, il paziente si rassicura perché non è più solo ad affrontare il problema e, più calmo, comincia a parlarne con maggiori dettagli, elaborandone via via i vari contenuti ad essa collegati. Sappiamo infatti che una attivazione troppo intensa di uno stato emotivo – pensiamo alla paura - impedisce la contestualizzazione dell'esperienza. Dobbiamo ricordare ancora una volta il modello della base sicura: il bambino che si allontana sicuro della presenza materna per esplorare e per tornare da lei in caso di difficoltà.

L'attaccamento sicuro risulta infatti correlato allo sviluppo di capacità metacognitive: così come il bambino con un attaccamento sicuro al genitore sviluppa più precocemente una "teoria della mente" (1), il paziente che si sente in una relazione sicura mostra un aumento delle proprie capacità metacognitive. Su questo punto ha anche insistito il San Francisco Psychotherapy Research Group: quando il paziente si sente rassicurato dalle risposte del terapeuta mostra un aumento delle capacità

(1)Nota: per "teoria della mente" si intende – in psicologia dello sviluppo – la consapevolezza dell'altro come agente mentale dotato di intenzionalità e volontà proprie e dotato di una sua unicità e diversità, sul cui funzionamento mentale possono essere formulate ipotesi più o meno sofisticate.

introspettive (Weiss, 1993).

Risulta quindi una influenza reciproca tra stato mentale sicuro rispetto all'attaccamento e metacognizione. La metacognizione, in altre parole, si caratterizza come una forma di conoscenza che si acquisisce all'interno delle relazioni, influenzandone a sua volta la qualità

La funzione metacognitiva consente l'utilizzo delle conoscenze del proprio e altrui funzionamento mentale per fronteggiare specifici stati problematici fonte di sofferenza soggettiva (Semerari, 1999).

Coerenza narrativa e EMDR

Nel campo della psicoterapia cognitivo-evoluzionista guidata dalla teoria dell'attaccamento, sicuramente nuovi stimoli sono giunti dalle ricerche che hanno utilizzato la AAI che abbiamo già descritto. Con l'AAI, infatti, anche l'attenzione clinica si è spostata sempre di più verso lo stato mentale dell'adulto studiato dal punto di vista dello stile e della coerenza narrativa. Il terapeuta è così diventato sempre più attento ai diversi parametri della narrazione e il suo primo compito è diventato quello di aiutare il paziente a narrare e rinarrare la propria storia.

Abbiamo già detto che la AAI non valuta l'organizzazione dell'attaccamento di un individuo ad un'altra persona, bensì lo “stato mentale rispetto all'attaccamento”, cioè la forma con la quale la storia del soggetto viene presentata e discussa.

Qualunque sia l'accuratezza dei ricordi di un individuo sicuro, la sua narrazione viene classificata più sulla base della loro coerenza che non sul contenuto. Così, appare intuitivo che un paziente che nel corso del colloquio con noi ha dei flashback non possa offrirci al tempo stesso un racconto chiaro e coerente di quanto gli è accaduto. I sicuri, invece, sono caratterizzati da una narrativa sufficientemente coerente e collaborativa indipendentemente dal fatto che le esperienze raccontate siano favorevoli o sfavorevoli. Coloro che hanno guadagnato la sicurezza (Cassidy e Shaver, 1999), che d'ora in poi chiameremo semplicemente “Sicuri Guadagnati”, possono anche raccontare storie di attaccamento sfavorevoli. Ma la loro narrazione

rimane coerente ed equilibrata, evidenziando una capacità di “contenere” e “regolare” le reazioni emotive provocate da ricordi spiacevoli.

Come psicoterapeuti siamo particolarmente interessati a quello che accade ai Sicuri perché ci mostrano la meta, la finalità, il punto di arrivo di una psicoterapia. I “Sicuri Guadagnati” confermano inoltre la possibilità di un cambiamento. I Sicuri mostrano spesso una capacità per il monitoraggio metacognitivo dei loro ricordi e del linguaggio. Questo monitoraggio metacognitivo viene descritto come “una capacità di esaminare le prove di nuovo, anche mentre l’intervista è in atto” (Main e Goldwin, 1989). L’intervistato può commentare contraddizioni logiche o relative ai fatti nel resoconto della sua storia, possibili pregiudizi erronei, e/o la fallibilità della memoria personale. Alla base sembra esserci un attivo riconoscimento della distinzione apparenza/realtà, della diversità delle rappresentazioni, del cambiamento delle rappresentazioni (Forguson e Gopnik, 1988).

Noi ipotizziamo che questo riconoscimento possa essere raggiunto con più rapidità e si potenzi particolarmente con l’ EMDR.

La Metacognizione come capacità di riflettere sui propri contenuti mentali include infatti diverse abilità di particolare rilevanza clinica (es. autoriflessività, comprensione della mente altrui, regolazione emotiva, padronanza) e permette al paziente di limitare nella propria vita l’influenza degli eventi traumatici e dei modelli operativi disfunzionali. In altre parole, appare come la variabile che rende possibile il cambiamento in psicoterapia. Si differenzia inoltre dalla più semplice introspezione perché non è solo consapevolezza di un certo contenuto mentale e delle sue origini, ma capacità di regolarlo proprio mentre si affaccia alla coscienza. Per esempio si verifica quando il paziente riferisce episodi in cui stava per comportarsi in un certo modo, se ne è accorto ed è così riuscito a mutare la propria condotta. Un esempio può essere quello di un paziente che racconta di essersi arrabbiato con il proprio figlio e di essere stato sul punto di picchiarlo, ma di aver ripensato – proprio in quel momento – alle occasioni della propria infanzia in cui era stato picchiato dal proprio padre e di aver così optato per un diverso atteggiamento.

Negli stati traumatici tipicamente riscontrabili nei soggetti Unresolved assistiamo al crollo della capacità di monitoraggio metacognitivo: i contenuti relativi all'evento traumatico possono cioè irrompere nella narrazione come elementi sensoriali non integrati: mentre parla delle sue esperienze, il soggetto intervistato perde di vista il contesto del colloquio ed entra in uno stato mentale in cui una persona morta è ancora viva, un genitore abusante può impossessarsi della sua mente e controllarla, l'abuso è ricordato e subito dopo negato. Anche il paziente grave, con traumi cronici nella relazione di attaccamento, manifesta il crollo delle capacità metacognitive come accade alla AAI con il soggetto con lutto o abusi non risolti.

Chi lavora con l'EMDR con pazienti con traumi complessi (o anche semplici ma con sequele psicopatologiche complesse) sa che dovrà sempre e comunque arrivare a lavorare con le esperienze di attaccamento, come ci ricorda de Zulueta (1993). E' infatti l'attaccamento il sistema che media la reazione allo stress attraverso i Modelli Operativi Interni. Nel caso della disorganizzazione dell'attaccamento e del paziente con traumi complessi parliamo di modelli operativi multipli, contraddittori, incompatibili e soprattutto simultanei, descritti da Liotti (2004) secondo le figure del c.d. "triangolo drammatico" (persecutore/vittima/salvatore) che impediscono – in una atmosfera emotiva caratterizzata dalla paura – una unica sintesi di significato. Emergono anche immagini negative globali della Figura di Attaccamento e di sé, non integrate con altri aspetti. Per esempio, chi si identifica con una figura di attaccamento ostile svaluta l'attaccamento, arrivando anche a ridere in momenti dolorosi; oppure può descrivere un genitore in termini totalmente negativi e poi sottolineare le somiglianze con sé. O, ancora, è presente una rabbia pervasiva, non accompagnata da capacità introspettive (Lyons-Ruth et al.1999). La disorganizzazione dell'attaccamento comporta infatti una iperattivazione del Sistema Agonistico e una disconnessione dei vari SMI.

Lorenzo è un trentenne che chiede una psicoterapia per una sintomatologia ossessivo-compulsiva: idee e immagini intrusive a contenuto perlopiù sessuale accompagnati da continui timori di

danneggiare gli altri che arrivano persino alla paura di “poter essere stato io il mostro di Firenze, di aver agito in stato di incoscienza e non ricordarmelo più”.

Lavorando con il paziente sulla storia di attaccamento, emergono ricordi – che come vedremo anche tra breve diventeranno specifici target di un trattamento con EMDR – che hanno a che fare con maltrattamenti da parte del padre, continue inferiorizzazioni e umiliazioni, svalutazioni costanti, e con un atteggiamento piuttosto passivo e debole da parte della madre, che Lorenzo ricorda come assolutamente imprevedibile nella propria disponibilità affettiva.

“E’ come se per me – racconta in una seduta di EMDR centrata su un’esperienza di svalutazione da parte del padre che gli diede dell’imbecille mentre lui bambino tentava di aiutarlo nel suo lavoro di idraulico – tutto avesse da allora acquistato un sapore di competizione, ogni amicizia, ogni rapporto, ogni sentimento. Mi sento sempre sul punto di soccombere. E questo mi fa vivere un’esistenza ovattata, staccata dagli altri”.

Questi modelli possono emergere anche nei sogni – o nelle immagini che a volte si producono durante una seduta di EMDR - come immagini demoniache o come pensieri catastrofici con un Sé vittimizzato o infine con autoattribuzioni di pericolosità e di danneggiamento (Kahlsched, 1999).

“Mi sembra proprio di vederlo, è sempre pronto ad entrare in azione. E’ uno spiritello maligno, sottile, senza spessore. Si infila dappertutto, è in grado di strisciare ovunque, danneggia irreparabilmente ogni rapporto che cerco di costruire”, racconta Enrica, una paziente con una storia di abuso sessuale infantile.

La nostra esperienza clinica mostra ad esempio che l’EMDR aumenta decisamente la possibilità di una “narrazione coerente e verosimile” nel paziente: le risposte alle domande poste dalla AAI diventano ad esempio più chiare e coerenti e maggiore il monitoraggio metacognitivo del proprio racconto.

Lorenzo riporta dopo le prime sedute esplorative e il tentativo di ricostruire la sua storia un ricordo di quando aveva all’incirca 6 anni. Descrive innanzitutto un sintomo fisico, una nausea improvvisa e apparentemente inspiegabile, che sarà il primo target di una seduta con EMDR.

“Non so, non deve essere successo...erano grandi, più grandi, forse 16, 17 anni. Qualche minaccia

mi sembra....Solo una minaccia....Sento la paura, la rabbia. No, non deve essere successo. Erano grandi. E erano tanti, tre quattro, ma solo uno è cattivo....” I ricordi, le parole, la narrazione, tutto appare estremamente confuso. Sarà solo grazie alle sedute con EMDR, che Lorenzo potrà riaccostarsi a questo terribile ricordo, narrarlo con coerenza sempre maggiore, rifletterci sopra, padroneggiarlo. “Sì, purtroppo è successo, a 7 – 8 anni, in un prato dove andavo a giocare da bambino, alcuni ragazzi più grandi mi obbligarono ad alcuni atti sessuali con loro, anzi per la verità con uno solo di loro mentre gli altri guardavano. Ora lo ricordo chiaramente. Ricordo la paura e soprattutto il senso di solitudine che da allora non mi abbandonò più. E il tentativo di non voler più pensare a quello che mi era successo. Perché ero un bambino che non poteva raccontarlo a nessuno. Avevo troppa paura delle reazioni di mio padre, come se avessi fatto io qualche cosa di terribile. E’ nata lì la paura di essere un mostro che mi ha sempre accompagnato. Sono nati lì i pensieri e le immagini sessuali che mi tormentano”. Si noti come il discorso sia divenuto nel complesso più chiaro, coerente, ordinato e rimanga aderente al tema.

EMDR e incremento delle capacità metacognitive

Diverse indicazioni che provengono dal protocollo EMDR sembrano suggerire al paziente di operare una distinzione tra la realtà e le sue rappresentazioni: già il considerare i propri contenuti mentali che emergono durante i Movimenti Oculari come materiale che scorre - da osservare senza giudizio - sembra una manovra potente che suggerisce implicitamente al paziente questa distinzione. Con l’approccio usato dall’EMDR si lavora fin dall’inizio su quelli che possono essere lette come operazioni metacognitive: la possibilità di diverse convinzioni (negative e positive) su di sé; le diverse modalità di strutturazione dell’esperienza (i diversi canali sensoriali, emotivi, cognitivi e corporei); il cambiamento di intensità delle emozioni misurato ricorrentemente; le diverse prospettive che appartengono al passato al presente e al futuro; i diversi punti di vista del bambino e dell’adulto. Lo stesso addestramento all’autoosservazione, che fin dall’inizio si verifica con l’approccio EMDR, aiuta il paziente a distogliere la propria attenzione dal controllo della relazione con il terapeuta e a indirizzarla verso il proprio mondo interiore, oltre a favorire la presa di distanza da esso, il cosiddetto “distancing cognitivo” che sottende la metacognizione.

Così, chi lavora con l'EMDR, può facilmente notare l'emergere di affermazioni come *ora mi viene in mente... torna il pensiero... ecco un altro ricordo... che strano, mi vedo in quell'occasione mentre...*, che indicano un incremento di attività metacognitiva, di riflessione sui propri stessi contenuti mentali.

La spola ricorrente tra le proprie convinzioni negative e lo “stato desiderato” – obiettivo verso il quale tendere – sembra essere un'altra potente operazione per un aumento di capacità metacognitive e per aiutare il paziente a considerare le proprie convinzioni, appunto come delle convinzioni e non come la realtà. Così come il focalizzarsi sui diversi canali sensoriali (l'integrazione tra il cognitivo, l'emotivo e il somatico di cui parla Lenzi, 2001), la valutazione ricorrente del disagio provato, la ricerca delle differenti prospettive passate, presenti e future, del bambino che si è stati e dell'adulto che si è ora e il cui punto di vista diventa finalmente non più una negazione del dolore, ma un importante e consapevole punto di forza rispetto al tempo che scorre.

Tornando a Lorenzo, grazie al lavoro con l'EMDR il paziente è riuscito a poco a poco a prendere le difese del bambino che è stato, a consolarlo, e questo ha significato allo stesso tempo una disidentificazione da quel bambino che era stato e di fatto non era più. Per poter entrare in rapporto con lui come un adulto protettivo avrebbe fatto, Lorenzo ha dovuto cercare dentro di sé immagini e figure maschili positive che gli permettessero di uscire dallo schema ripetitivo della prevaricazione e della umiliazione. Questo è stato possibile inizialmente proprio soffermandosi a lungo – e lavorandoci con i Movimenti Oculari – sulle proprie rappresentazioni mentali di sé, presenti entrambi dentro di lui, di giudice e di giudicato.

Aiutare il paziente a recuperare e a potenziare le proprie capacità metacognitive vuol dire lavorare sui ricordi, sulle sue varie componenti. Lavorare con l'EMDR permette di girare attorno ad un ricordo attentamente e in dettaglio, permettendo così di “girare la mente”, di osservare i propri processi mentali, riconoscerli, trovare loro un nome, capire la loro funzione, trovare modalità comportamentali adeguate per affrontare la sofferenza, mitigare la negatività globale

dell'immagine di una figura di attaccamento, contestualizzando e storicizzando l'esperienza. Ed è proprio quello a cui assistiamo lavorando con l'EMDR.

Quando si arriva a lavorare sui contenuti dell'attaccamento può essere utile avere in mente le domande dell'AAI "che vanno diritte all'attaccamento": *che succedeva quando ti ammalavi? quando ti facevi male? quando avevi un problema o eri turbato emotivamente? ricordi la prima separazione dai tuoi genitori? come reagisti e come reagirono loro? ricordi le tue emozioni in quella occasione? hai mai ricevuto minacce o percosse dai tuoi genitori? hai subito abusi? ti è morto qualcuno quando eri bambino? e quando eri adulto?* (Casonato e Sagliaschi, 2003), soffermandoci poi attentamente sui singoli episodi riportati. Con i Movimenti Oculari o le altre stimolazioni bilaterali assistiamo allora ad un maggiore accesso alle informazioni disponibili da parte del paziente ad una loro progressiva e migliore organizzazione, ad un recupero della chiarezza, all'emergere di significati nuovi, a commenti e riflessioni, in una parola a tutto quello che generalmente intendiamo come elaborazione e che possiamo rileggere alla luce della metacognizione: è come se il paziente potesse in certi momenti riuscire a "vedere" la propria rete associativa, a pensare la propria mente a partire da un determinato ricordo.

E' ancora Lorenzo che parla, dopo aver effettuato i Movimenti Oculari: "è come se mi scorresse davanti agli occhi tutta la mia vita; ho sempre cercato di evitare il dolore dei miei ricordi, ma questo mi ha fatto sentire distaccato da tutto; è come se improvvisamente potessi vedere il collegamento tra tutti i miei comportamenti. Mi vedo mentre cerco di fare il prepotente, il divertente a tutti i costi, il dongiovanni, ma è come se vedessi un filo che collega tutti questi miei atteggiamenti: è il mio pensarmi come una schifezza, completamente senza valore. Ora lo vedo proprio chiaramente".

Durante questo lavoro possiamo poi aiutare il paziente utilizzando differenti tecniche (Giannantonio, 2002) – da quelle "schermo" a quelle di "cambiamento di storia" -

che ristabilendo in lui un sufficiente grado di sicurezza gli permettano di recuperare progressivamente la distanza e il controllo metacognitivo.

Cercare i diversi punti di vista, anche il punto di vista e lo “stato mentale” dell’altro, le diverse prospettive utilizzando l’EMDR, vuol dire aumentare la consapevolezza metacognitiva del paziente, lavorare “metacognitivamente” sulle immagini del “triangolo drammatico” (salvatore/vittima/persecutore) descritto da Karpman (1968) e ripreso da Liotti (2001) tipico delle situazioni di attaccamento disorganizzato e favorire nel paziente la possibilità di una migliore “teoria della mente” dell’altro che ne mitighi la assoluta e totale negatività.

Tornando a Lorenzo, stavamo lavorando su uno dei tanti episodi di maltrattamento fisico da parte del padre. Emergeva un’immagine persecutoria. L’attento soffermarsi durante l’EMDR prima sulla situazione specifica e poi a lungo sul volto stesso del padre, gli fa descrivere a un certo punto l’occhio finto (una protesi) del padre, su cui il paziente non si era mai prima di ora soffermato. Racconta l’incidente subito dal padre quando era bambino mentre giocava con un’arma. La prospettiva improvvisamente cambia. Emergono un padre sofferente, tenerezza nei suoi confronti, e le parole del paziente “solo ora capisco chela rabbia di mio padre in fondo non era colpa sua; mio padre ha sofferto tutta la vita di un disturbo post-traumatico!”

La contestualizzazione e la degeneralizzazione saranno un passo fondamentale per il successivo lavoro di integrazione delle diverse immagini, per la possibilità – di nuovo metacognitiva – di tenere insieme senza assolutizzarle - ma considerandole solo delle possibili e transitorie seppur a volte inevitabili rappresentazioni della realtà – le immagini legate all’attaccamento.

La possibilità di un confronto costante tra una “visione sicura” e una “visione insicura” reso possibile dall’elaborazione con l’EMDR e dalla relazione terapeutica promuove la Metacognizione e quindi la possibilità di una “scelta” sempre più libera e attiva della “visione sicura”. Come scrive Liotti (2001) la coscienza metacognitiva rende così possibile il nostro accesso alla dimensione della responsabilità e della libertà individuale, nel contesto della relazione fra sé e il mondo da cui la coscienza continuamente emerge. In tale prospettiva particolarmente utile appare la possibilità

della cosiddetta “installazione delle risorse” descritta e utilizzata nell’approccio EMDR. Tornando al caso clinico di cui sopra:

Lorenzo nelle sedute con EMDR potrà immaginare di parlare con il padre, avvicinarsi al suo stato mentale per poi tornare alle proprie esperienze infantili o vivere attraverso l’immaginazione situazioni in cui possa non provare più paura nei suoi confronti, manifestargli anzi le ragioni della propria paura e della propria collera ancora presente, e ritrovare alla fine del percorso persino i sentimenti di affetto nei suoi confronti, che erano rimasti sepolti tanto a lungo.

Francesca ovvero “non tutti i rapporti si fanno in due”

A proposito di aumento delle capacità di coerenza narrativa e di abilità metacognitive e del progressivo formarsi di una maggiore “teoria della mente” riferita a sé o agli altri, concludiamo queste brevi riflessioni con un caso clinico che possa ulteriormente illustrare le potenzialità di una integrazione tra EMDR e prospettiva cognitivo-evoluzionista.

Francesca chiede un trattamento con EMDR dopo una lunga terapia cognitivista, che – dice “è stata utile ma non risolutiva”. La paziente si lamenta di persistenti “momenti di vuoto e di rabbia che si verificano quando non ottengo dagli altri le conferme di cui ho un assoluto bisogno”. Dice: “Anche se ora mi conosco meglio, quando mi sento abbandonata entro nel panico e perdo il controllo. Vorrei invece riuscire a regolare meglio le mie emozioni”. Vorrebbe inoltre elaborare meglio l’esperienza di abuso sessuale da parte di uno zio che ha vissuto durante la sua infanzia e che la paziente collega alle proprie difficoltà attuali, accennando anche a problemi sessuali.

Francesca inizia quindi il trattamento con EMDR. Il primo esercizio previsto dal protocollo è quello di immaginare un posto sicuro al fine di permettere alla paziente di tornarvi mentalmente nel caso si attivi una sofferenza emotiva troppo intensa durante la rievocazione del trauma. E’ interessante che Francesca – che aveva descritto le proprie profonde difficoltà nel rapporto con gli uomini - scelga il ricordo della casa paterna in Sicilia. Immagina un’estate all’aperto: vede i fichi, gli ulivi, la luce. Sente il caldo sulla pelle, il silenzio, le cicale, la tranquillità. Cominciano ad affiorare i ricordi. Già a dieci anni non si percepiva come desiderabile. Era contenta che il bulleto del paese facesse anche a lei un complimento, anche se scappava. Comincia subito a ricordare e a commentare i ricordi di figure maschili bonarie, come il nonno paterno che la accompagnava a scuola.

Nella seconda seduta di EMDR la paziente comincia a ricordare gli episodi dell'abuso. Dice: "Sono a casa degli zii. C'è una festa. Io ho 10 o 11 anni. Sono in poltrona con lo zio (fratello della madre). Lui mi mette una mano sul seno, sotto la maglietta. E' questa la parte più disturbante. E' accaduto altre tre volte, sempre a casa degli zii, poi una volta a casa mia, quando finalmente sono riuscita a dire: "No, non voglio". A Francesca vengono in mente le parole precise pronunziate dallo zio: "Fallo per me", "Se mi vuoi bene, sopporta questo dolore". Dice "mi sento confusa, è una sensazione che provo nella testa. Penso di non avere scelta". Il terapeuta aiuta Francesca a trovare una convinzione positiva da contrapporre a questi ricordi. Lei sceglie la frase: "Posso difendermi". Seguendo il protocollo classico indicato dall'EMDR si eseguono i movimenti oculari (M.O.), visualizzando il primo episodio raccontato, fino ad estinguere l'attivazione emotiva (misurata con la scala SUD, risulterà 1) e a sentire più vera la convinzione positiva scelta. A questo punto Francesca ricorda di nuovo il nonno che l'accompagnava all'asilo, quasi a voler trovare anche stavolta un'immagine maschile positiva da contrapporre a quella dello zio. Si ritorna al target iniziale. La seduta si chiude con un disagio percepito da Francesca – e misurato con la scala SUD – ancora piuttosto alto.

Perciò nella terza seduta si riprende l'elaborazione del primo episodio di abuso. La paziente si focalizza sulla sensazione fisica della mano dello zio sul suo seno. Lei dice: "Intuisco, ma non capisco. Provo una sensazione di confusione che sento diffondersi in tutto il corpo. Perché fai questo a me? Non sono desiderabile. Non valgo nulla". La paziente si sposta poi alla sua situazione attuale e dice: "Ancora oggi faccio fatica a darmi un valore come persona e come donna". Torna all'episodio traumatico ed emerge l'emozione di paura. Dice: "Mi sento spaventata. Temo di far star male l'altro, dicendo di no. Ho anche paura che si arrabbi". L'ultima serie di M.O. si accompagna alla focalizzazione di quella che emerge come la principale convinzione negativa legata a questo episodio: "Succede a me perché non valgo nulla". Il SUD è sceso fino a 1. La seduta viene chiusa con la cosiddetta installazione – sempre attraverso i M.O. o le stimolazioni tattili sulle mani- di una convinzione positiva alternativa. La paziente sceglie: "Sono una persona desiderabile".

Nella seduta successiva Francesca racconta di aver pianto molto dopo la seduta e di aver provato molto dolore per come sono andate le cose. Ha pianto perché l'abuso è successo a lei, perché lei non valeva niente. Dice: "Sa quelli che abusano degli handicappati? Io non ero capace di difendermi". E' il contesto di "vittima predestinata", cui aveva già accennato, che l'ha fatta piangere così disperatamente. Il terapeuta, seguendo un approccio cognitivista all'EMDR, si limita ad un lavoro psicoeducazionale sugli effetti dei traumi e su cosa si intende per risoluzione di un trauma. Le spiega che il dolore segnala finalmente un pieno riconoscimento di quello che è

accaduto e il fatto che non si possa far nulla per cancellarlo. Questo è il presupposto per superare il trauma e riconoscere che ora la situazione è cambiata. Lei non è più quella bambina. A questo punto Francesca dice che era proprio questo che ripeteva a se stessa mentre piangeva: “Basta, non voglio più essere quella bambina senza valore”. In questo incontro, affrontando da un punto di vista più cognitivo questi aspetti problematici, si opta per una pausa rispetto al lavoro con EMDR, che si riprende così nella seduta successiva.

Si torna al primo ricordo di abuso (a casa degli zii sulla poltrona). Di nuovo l'emozione che emerge è la paura. Francesca si sente bloccata, confusa e incredula. Il SUD è di nuovo salito, rispetto all'ultima seduta di EMDR. Dopo diverse serie di M.O. l'emozione si trasforma in rabbia, accompagnata da pensieri di risarcimento nei confronti dello zio (fantastica di parlare alla cugina etc). Il terapeuta asseconda la fantasia, invitandola a immaginare di parlare allo zio, senza ovviamente prendere decisioni reali in tal senso. Si torna quindi al target iniziale: la scena dell'abuso. Il disagio provato in seduta e misurato con la scala SUD, dapprima cresce e poi diminuisce, fino ad arrivare finalmente allo 0.

Nella successiva seduta di EMDR Francesca si concentra quindi sul secondo episodio dell'abuso, a casa degli zii, al piano di sopra: Francesca ricorda che lo zio la ha raggiunta lì, ha iniziato a parlarle di “Topolino”, di cui si serviva per condividere il suo mondo, e intanto iniziava nuovamente a toccarla. Il terapeuta invita Francesca a ripercorrere la scena, fotogramma per fotogramma, come se utilizzasse una moviola, per individuare le parti più disturbanti che costituiranno il target del lavoro con i M.O. Francesca quindi racconta l'episodio in prima persona e al tempo presente. L'aspetto più disturbante: la sensazione di blocco fisico. Emerge qualche emozione: “Mi sento vinta, bloccata, impotente. Non mi posso muovere. Sento il corpo completamente paralizzato. Sono in balia di mio zio”. Si eseguono numerose serie di M.O. fino a quando il grado di sofferenza soggettiva provato dalla paziente, mentre con l'immaginazione si rispone alla scena traumatica, si abbassa fin quasi a scomparire (SUD: 1). Alla fine si prova a riprendere la scena appena raccontata accompagnandola però ad una convinzione positiva che in questo caso è: “Posso reagire, posso dire di no.”

La volta successiva, riprendendo il lavoro utilizzando questo specifico ricordo come target, emerge ben presto il tema della colpa. Dice: “È stata anche colpa mia, perché sono stata compiacente. Avrei potuto dirlo subito a mia madre”. Il terapeuta e la paziente si focalizzano su queste frasi e intanto si eseguono molte serie di M.O. Il SUD è di nuovo alto. La situazione non sembra sbloccarsi. La convinzione patogena (“E' colpa mia”) rimane. Il terapeuta interviene suggerendo allora di guardare la situazione dal di fuori con lei adulta che guarda la scena, nel tentativo di favorire un cambio di prospettiva. Finalmente Francesca piange senza trattenersi.

Dice di provare tenerezza verso quella bambina e conclude dicendo: “No, non è stata colpa sua”. Il SUD è ora sceso a 1.

Nella seduta successiva Francesca racconta al terapeuta un sogno in cui lo zio la afferra da dietro, ma lei è meno spaventata. Il terapeuta le dice che nel sogno lei accetta di riesporsi alla situazione temuta al fine di padroneggiarla, come se facesse le prove per accettare la paura che inevitabilmente riprovarebbe nell’essere toccata da un uomo (Weiss, 1993). In effetti lei dice di sentirsi ora un po’ più sicura e curiosa verso gli uomini, che fino ad ora aveva sempre continuato ad evitare.

Subito dopo, Francesca elabora ancora una volta “il ricordo del piano di sopra”: rievoca i passi sulle scale dello zio che sta salendo da lei, ritrova dentro di sé l’antica paura provata e l’angosciosa sensazione dell’ineluttabilità di tutto ciò. Durante i M.O. sceglie lei stessa di tornare a vedere la scena dal di fuori, non identificandosi più totalmente con la bambina di allora. Il disagio soggettivo sperimentato in seduta si abbassa notevolmente, ma poi tira fuori di nuovo il tema della sua partecipazione all’abuso e della colpa. Forse le carezze dello zio le sono anche piaciute. Il terapeuta ritiene di essere di fronte ad un blocco nell’elaborazione, che rende necessario un intervento integrativo. Il terapeuta torna così su un registro psicoeducazionale: le spiega che anche delle carezze che non andrebbero fatte a una bambina, possono comunque essere piacevoli, ci sono delle risposte corporee che sono fisiologiche e l’aver provato piacere non vuol dire affatto che sia stata colpa sua. Prova quindi a suggerire alla paziente di concentrarsi su questo mentre si eseguono i M.O. Poi la invita di nuovo a mettersi da adulta a riosservare quella scena, a guardare la bambina spaventata che è stata. Dopo varie serie di M.O., Francesca nota la discrepanza di statura tra la bambina e lo zio. Stavolta immette nella scena anche se stessa da adulta, accanto alla bambina, immaginando di togliere la bambina da quella situazione. Il SUD è sceso a 0. Con l’ultima serie di M.O. spontaneamente riemerge la convinzione positiva della seduta precedente: “Non è stata colpa mia”. Al fine di rafforzarla seguono nuove serie di M.O. Il terapeuta è molto preciso nello spiegarle che i bambini non hanno nessuna colpa dell’abuso perché sono solo i grandi che fanno il confine tra quello che si può e quello che non si può fare e solo loro sono responsabili delle proprie azioni. A questo punto, come un’improvvisa intuizione, Francesca dice che c’è stato forse un aspetto della precedente terapia psicoanalitica che è stato come una riattualizzazione del trauma: è quando la precedente terapeuta le diceva che “I rapporti si fanno in due”, quando commentava le sue attuali grandi difficoltà relazionali. Questo la confondeva profondamente, ma solo ora capisce perché: è quello che lei stessa ha sempre pensato rispetto all’abuso subito da bambina. Quella frase – pronunciata dalla terapeuta precedente con il solo scopo di aiutarla – la rendeva confusa e arrabbiata.

Solo ora potrà davvero “guardare” a questa sua profonda convinzione ancora presente dentro di sé e prendere finalmente le distanze da essa.

Sarà l'occasione per un ultimo lavoro di consapevolezza e integrazione sulle rappresentazioni “drammatiche” di sé e dell'altro che aveva sempre reso confuse e problematiche le sue relazioni interpersonali.

Bibliografia

- Adam, K.S., Sheldon-Keller A.E., West, M. (1996). Attachment organization and history of suicidal behavior in adolescents, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **64**, 264-292.
- Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G. (1979). *Cognitive therapy of depression*, Guilford Press, New York. Tr. It.: *Terapia cognitiva della depressione*, Boringhieri, Torino, 1987.
- Benoit D., Zeanah, C., Barton, M.L. (1989). Maternal attachment disturbances in failure to thrive, *Infant Mental Health Journal*, **10**, 185-202.
- Benoit, D., Zeanah, C., Boucher, C., Minde, K.K. (1992). Sleep disorders in early childhood: Association with insecure maternal attachment, *Journal of American Academy of Child and Adolescent psychiatry*, **31**, 86-93;
- Bowlby, J. (1969): *Attaccamento e perdita*. Vol. 1. Tr. It. Boringhieri, Torino 1972.
- Bowlby, J. (1973): *Attaccamento e perdita*. Vol. 2. Tr. It. Boringhieri, Torino 1975.
- Bowlby J. (1988), *Una base sicura*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bretherton, I., Waters, E. (Eds) (1985). Growing points in attachment theory and research. In: *Monographs of the Society for Research in Child Development*, **50**.
- Casonato M., Sagliaschi S. (2003). *La valutazione dell'attaccamento nel ciclo di vita*, Quattroventi, Urbino.
- Cassidy J., Shaver P.R. (1999). *Handbook of attachment*, The Guilford Press, New York. Tr. It. *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2002.
- Chance, M.R. (1984). Biological systems synthesis of mentality and the nature of the two modes of mental operation: hedonic and agonistic. *Man-Environment Systems*, **14**, 143-157;
- Conti L., Bosco F.M., Bara B., Semerari A. (2001). Condivisione e funzioni metacognitive: analisi di sedute psicoterapeutiche attraverso l'Indice di Condivisione e la S. Va. M., *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, **9**, 2001;
- Constantino, J., (1996). Intergenerational aspects of the development of aggression: A preliminary report, *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, **17**, 176-182;

- Crowell, J.A., Feldman, S.S. (1988). Mothers' internal models of relationships and children behavioural and developmental status: A study of mother-child interaction, *Child Development*, **59**, 1273-1285.
- Crowell, J.A., Feldman, S.S. (1991). Mothers' working models of attachment relationships and mother and child behavior during separation and reunion, *Developmental Psychology*, **27**, 597-605.
- De Klyen, M. (1996). Disruptive behavior disorder and intergenerational attachment patterns: A comparison of normal and clinic-referred preschoolers and their mothers, *Journal of Consulting and Clinical psychology*, **64**, 357-365.
- De Zulueta F. (1993). *From pain to violence*. Trad. It.: *Dal dolore alla violenza. Le origini traumatiche dell'aggressività*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999.
- Edelman, G.M. (1989): *Il presente ricordato: una teoria biologica della coscienza*, Tr. It. Rizzoli, Milano, 1991.
- Edelman, G.M.(1992). *Bright air, brilliant fire: On the matter of mind*. New York: Basic Books. Tr. It. *Sulla materia della mente*, Adelphi, Milano, 1993.
- Flavell, J.H. (1963). Tr. It. *La mente dalla nascita all'adolescenza nel pensiero di Jean Piaget*, Astrolabio, Roma 1971.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G., Higgitt, A. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment, *Infant Mental Health Journal*, **12**, 201-218;
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H. et al. (1995). Attaccamento, Sé riflessivo e disturbi borderline. Tr. It. In Fonagy, P., Target, M., *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano, 2001;.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, M., Steele, H., & others (1997). Morality, disruptive behavior, borderline personality disorder, crime, and their relationship to security of attachment. In: Atkinson, L., Zucker, J. (Eds), *Attachment and Psychopathology*, Guilford Press, New York, pp.233-274.
- Fonagy, P., Target, M. (1996). Giocare con la realtà. I. Teoria della mente e sviluppo normale della realtà psichica. Tr. It. In Fonagy, P., Target. M., *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
- Forguson, L., Gopnik, A. (1988). The ontogeny of common sense. In: Astington, J.W., Harris,P.L., Olson, D.R. (Eds), *Developing Theories of Mind*, Cambridge Press, New York.
- Giannantonio M. (2002), *Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza*, Ecomind, Salerno;
- Green, J., Stanley, C., Smith, V., Godwin, R. (2000): The identification of representations of attachment in 5-8 years old children: validation of a Child Attachment Interview. *Attachment and Human Development*, vol **2**, n.1, pp. 71-84.

- Greenberg, M.T., Speltz, M.L., DeKlyen, M., Endriga, M.C. (1991). Attachment security in preschoolers with and without externalizing behavior problems: A replication, *Development and Psychopathology*, **3**, 413-430;
- Grossman K.E., Grossman K. (1991). Attachment quality as a organizer of emotional and behavioral responses in a longitudinal perspective. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde. P. Marris (Eds), *Attachment across the life cycle*. London:Routledge.
- Grossman K.E., Grossman K. (1993). Legame di attaccamento infantile e sviluppo delle dinamiche psichiche individuali nel corso della vita. *Terapia familiare*, **41**, 5-18.
- Harter, S., Buddin, B.J. (1987). Children's understanding of the simultaneity of two emotions: a five stage developmental acquisition sequence, *Developmental Psychology*, **23**, 388-99;
- Hesse, E. (1999). The Adult Attachment Interview. In: Cassidy, J., Shaker, P.R. (Eds), *Handbook of Attachment*, Guilford Press, New York, pp. 395-433.
- Hinde, R. (1982). *Ethology*. Oxford University Press, Oxford.
- Holmes J.(1993). *John Bowlby and Attachment Theory*. Tr. It: *La Teoria dell'Attaccamento. John Bowlby e la sua scuola*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1994.
- Hunter, V (1994). *Psychoanalysts talk*. Tr.it. *Psicoanalisti in azione*. Astrolabio, Roma, 1996.
- Janet, P. (1907). *The Major Symptoms of Hysteria*, Hafner, New York 1965.
- Kahlsched, D. (1999). *The Inner World of Trauma. Archetypal Defenses of the Personal Spirit*. Trad. It *Il mondo interiore del trauma. Difese archetipiche dello spirito personale*, Moretti e Vitali, Bergamo, 2001.
- Karpman S.B. (1968). Fairy Tales and script Drama Analysis. In *Transactional Analysis Bulletin*, **7**, pp. 39-43.
- Lenzi S. (2001). Come agisce l'EMDR, *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, **9**.
- Liotti, G. (1992). Disorganizzazione dell'attaccamento e predisposizione allo sviluppo di disturbi funzionali della coscienza, In: Ammaniti, M., Stern, D.N., (a cura di), *Attaccamento e psicoanalisi*, Laterza, Milano.
- Liotti G. (1994): *La dimensione interpersonale della coscienza*, Carocci, Milano;
- Liotti G. (1999). La storia del paziente secondo Giovanni Liotti. In: Veglia F. (a cura di), *Storie di vita*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Liotti G. (2001). *Le opere della coscienza*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Liotti G. (2004). Trauma, Dissociation and Disorganized Attachment: Three Strands of a Single Braid, *Psychotherapy: Theory, research, practice, training* Vol. 41, pp. 472-486.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Atwood, G. (1999). A relational diathesis model of hostile-helpless states of mind: Expressions in mother-infant interaction. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization*, (pp. 33-70). New York: Guilford.

- Lutkenhaus P., Grossman K.E. (1985). Infant-mother attachment at twelve months and style of interaction with a stranger at the age of three years. *Child Development*, 56, 207-221.
- Main, M. (1983). Exploration, play and cognitive functioning as related to child-mother attachment, *Infant Behavior and Development*, 6, 167-174.
- Main M. (1991): Conoscenza metacognitiva, monitoraggio metacognitivo e modello di attaccamento singolo (coerente) o multiplo (incoerente), In Tr. It. Parkes C.M., Stevenson- Hinde J., Marris P. (a cura di), *L'attaccamento nel ciclo di vita*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1995;
- Main, M., Goldwyn, R. (1989). Adult Attachment Rating and Classification Systems, *Unpublished Manuscript*, Università di California, Berkeley.
- Main M., Weston R.D. (1981). The quality of the toddler's relationship to mother and to father: related to conflict behavior and the readiness to establish new relationships. *Child Development*, 52, 923-40.
- Manassis, K., Bradley, S., Goldberg, S., Hood J. (1994). Attachment in mothers with anxiety disorders and their children, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1106-1113;
- Meins, E. (1997): *Security of attachment and the social development of cognition*. Hove: Psychology Press, East Sussex, UK. Tr. It.: *Sicurezza e sviluppo sociale della conoscenza*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999.
- Onofri A. (in stampa). Pensare la mente del padre. La Psicoterapia Cognitiva orientata dalla Teoria dell'Attaccamento: un caso clinico di Disturbo Ossessivo Compulsivo. In: L. Onnis (a cura di), *Attaccamento e Psicoterapie* (titolo provvisorio), Franco Angeli, Milano.
- Onofri A., Tombolini L. (1999). Attaccamento e Metacognizione, *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 5.
- Onofri A., Tombolini L. (2002). Continuità e discontinuità della conoscenza di sé secondo il modello cognitivo-evoluzionista, *Saggi Child Development and Disabilities*, 3, 41-61.
- Onofri A., Tombolini L. (2004). L'EMDR e il pensare la mente. Attaccamento sicuro e capacità metacognitive, *I Congresso Nazionale EMDR*, Bologna, 24-26 novembre.
- Rosenstein, D., Horowitz, H.A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 244-253.
- Safran J.D., Segal Z.V. (1990). *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*. Tr. It *Il processo interpersonale nella terapia cognitiva*, Feltrinelli, Milano, 1993.
- Semerari A.(1999). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Shapiro F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols and Procedures*. Tr. It. *EMDR. Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari*, Mc Graw-Hill, Milano, 2000.

Tombolini L. , Onofri A. (2004). Attaccamento, sicurezza e metacognizione: le tecniche terapeutiche nel lavoro clinico, *XII Congresso Nazionale SITCC*, Verona, ottobre.

Van Ijzendoorn, M.H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis of the predictive validity of the Adult Attachment Interview, *Psychological Bulletin*, **117**, 387-403.

Weiss J. (1993). *How Psychotherapy Works. Process and Technique*. Tr. It. *Come funziona la psicoterapia*, Bollati Boringhieri, Torino, 1999.

Wells A. (2000). *Emotional Disorders and metacognition. Innovative cognitive therapy*. Tr. It.. *Disturbi emozionali e metacognizione. Nuove strategie di psicoterapia cognitiva*, Erickson, Trento, 2002.