

Trauma e Attaccamento: considerazioni teorico-tecniche per un intervento articolato di Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP)

ELISABETTA CAIRO

Summary – TRAUMA AND ATTACHMENT: THEORETICAL AND TECHNICAL CONSIDERATIONS FOR AN ARTICULATED INTERVENTION OF ADLERIAN PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY (APPs). In recent years the scientific literature concerning Trauma highlighted the neurophysiological correlates related to traumatic experiences, the influences it can have on the development of Self-Life Style and what role playing sensory-bodily and emotional experiences in the treatment of individual mental suffering resulting from that experience. Trauma is configured as an experience that breaks the continuity of the Self and blocks the development of Social Feeling, which aggregation instance of Self parts: the inability to integrate the sensory-bodily-emotional components blocks the process of experience signification rendering the individual incapable of organizing a representation of the himself experience. This paper intends to present a proposal for an adlerian psychodynamic psychotherapeutic treatment for individuals precociously traumatized that takes account of the latest techniques in the treatment of post-traumatic stress disorder which involved primarily aspects of non-integration of sensory-bodily-emotional Self vision and secondarily on development of the meaning.

Keywords: TRAUMA, ADLERIAN PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY, PSICOTERAPIA SENSOMOTORIA, ATTACCAMENTO

La letteratura scientifica degli ultimi anni ha dimostrato in modo esaustivo la connessione tra la disregolazione affettiva e le esperienze di trascuratezza, il trauma e il fallimento dell'attaccamento nella prima infanzia [69]. La regolazione affettiva è considerata centrale in psicopatologia e nella pratica psicoterapeutica [29, 38, 74] e le ricerche neuroscientifiche recenti sottolineano il primato dell'emisfero destro nell'elaborare le emozioni negative inconsce [67], dimostrando che la corteccia di tale emisfero ha un ruolo fondamentale nel processo di elaborazione dell'immagine di sé [84] e che gli affetti basati sul corpo si trovano al centro della comunicazione empatica. Attualmente l'interesse clinico-scientifico per il trauma è aumentato molto negli ultimi anni, in quanto le neuroscienze hanno messo in evidenza gli effetti negativi che questo ha sullo sviluppo del sé.

I. Il trauma: cenni storici e definizione

Storicamente la comunità scientifica ha iniziato ad occuparsi dei sintomi derivanti dall'esperienze traumatiche fin dai tempi di Oppenheim, nel 1892, che introdusse il concetto di nevrosi post traumatica, e di Kraepelin, nel 1896, con il concetto di nevrosi da spavento [55]. L'attenzione nei confronti dei Traumi diviene sempre maggiore con la nascita della moderna psicoterapia e con l'impiego dell'ipnosi come cura d'elezione per la psicopatologia ad eziopatogenesi post-traumatica.

Tra i vari clinici dell'epoca che si occuparono dello studio e della cura dei disturbi post traumatici, sicuramente P. Janet riveste una notevole importanza; il clinico francese è colui che ha forse maggiormente influenzato la moderna psicotraumatologia (40, p. 4). Il concetto di trauma può essere considerato come un ponte tra la Psichiatria, la Biologia e la Psicologia Psicodinamica, tanto che la letteratura scientifica attuale mette in luce come un qualsiasi evento possa risultare traumatico per l'individuo e possa avere un potenziale patogeno in relazione sia alla intensità e alla durata dello stimolo sia alle variabili individuali di soglia di risposta, rappresentazione, rielaborazione e ripresa [59].

Una delle chiavi di comprensione del trauma è costituita dalla conoscenza delle modalità con cui il cervello umano risponde all'impotenza e come quest'ultima attivi il nostro naturale istinto di sopravvivenza. Nella letteratura scientifica si trovano moltissime definizioni di trauma e tutte hanno in comune il concetto di incapacità da parte dell'individuo di integrare in modo efficace l'esperienza emotiva sopraffacente vissuta al momento del trauma.

- “...esperienza unica individuale di un evento, di una serie di eventi, o di un insieme di condizioni durature nelle quali la capacità di integrare l'esperienza emotiva è sopraffatta” [66].

- “... minaccia per la sicurezza e la sopravvivenza stimola le risposte difensive sub-corticali e l'iper-ipoarousal.... la minaccia viene percepita a livello cognitivo e a livello di sensazioni e impulsi fisici e fisiologici. Tali sensazioni e impulsi precedono la percezione cognitiva ed emotiva” [60].

Il trauma pertanto rimanda ad un vissuto di impotenza, di fronte ad una esperienza sconvolgente e non controllabile che fa sorgere delle sensazioni incontenibili, travolgendo le difese dell'individuo, costringendolo ad utilizzare delle difese patologiche ed impedendogli di categorizzare e significare l'esperienza che si configura così come “terrore indicibile”.

II. *Correlati neurofisiologici alla base del trauma psicologico*

Gli studi scientifici evidenziano in modo chiaro le specifiche alterazioni neurologiche e biochimiche che derivano dall'esposizione a situazioni traumatiche, specialmente se queste si connotano come estreme e ripetute nel tempo e in età precoce [18, 48].

Attualmente un aspetto importante sottolineato dalle neuroscienze è il ruolo giocato dall'emisfero destro e le sue peculiarità. L'emisfero destro riveste un ruolo essenziale nell'elaborazione degli stimoli emotivi e nella comunicazione emotiva all'interno di un relazione interpersonale¹.

È l'emisfero primariamente e maggiormente coinvolto nell'attivazione dei sistemi di arousal, nell'elaborazione dell'arousal emotivo e nella risposta automatica agli stimoli emotivi [39]. "L'emisfero destro gestisce una rete neurale diffusa per una rapida risposta al pericolo e ad altri problemi urgenti..... e rappresenta il substrato biologico della mente umana inconscia,.... è profondamente implicato nell'elaborazione dell'informazione affettiva proveniente dalle reazioni fisiologiche ed è associato ai vari stati motivazionali" (20, p. 186) [75].

Le alterazioni morfo-funzionali cerebrali principali derivanti dal trauma si riscontrano maggiormente nel circuito costituito da ippocampo, corteccia pre-frontale, amigdala e nuclei para-ventricolari [5] e nella compromissione del sistema di controllo corticale frontale sui sistemi sotto-corticali [79, 59]. Lo stimolo sensoriale che proviene dal troncoencefalo non viene integrato nella normale consapevolezza perché l'informazione non riesce a raggiungere in maniera efficace il sistema limbico e la neocorteccia [51, 52]. In sostanza nell'esperienza traumatica le strutture più alte del cervello sono spesso dominate da quelle più basse [27, 71], comportando un traffico neuronale più intenso dal basso verso l'alto [55], cui si unisce la liberazione degli ormoni endogeni sensibili allo stress: le catecolamine, la serotonina, il cortisolo e gli altri glucorticoidi e gli oppioidi endogeni [8].

Queste alterazioni e squilibri causano un deficit della capacità di mentalizzazione, significazione e rappresentazione simbolica che impedisce l'elaborazione e pertanto l'integrazione del ricordo traumatico nella memoria dichiarativa autobiografica [53, 54, 68].

¹ Come nota Mancina, l'emisfero destro sembra essere la sede della memoria implicita, dove viene conservata la conoscenza relazionale implicita, formata dalle esperienze emotive ed affettive pre-simboliche e pre-verbali, a volte anche traumatiche, che si sviluppano nella relazione precoce madre-bambino.

III. Memoria e Trauma

La letteratura scientifica ci dice che ogni tipologia di trauma è accomunata dall'impossibilità dell'apparato psichico di integrarla in una rappresentazione mentale. Le tracce mnestiche degli eventi traumatici sono caratterizzate dalla non volontarietà del recupero mnestico, dalla vividezza delle immagini, da una risposta emotiva autonoma di allarme di elevata intensità: *living in the trauma time!* [90] e dalla mancanza del sentimento di identità generalmente connesso a ricordi non traumatici [6, 46, 62].

Grazie alle recenti ricerche sappiamo che l'esperienza traumatica è dominio della memoria implicita dove predomina la funzione di regolazione dell'amigdala, del sistema limbico e delle connessioni tra queste e la corteccia pre-frontale. I pensieri, le emozioni e le sensazioni fisiche rimangono divise in rappresentazioni separate che non vengono memorizzate come un tutto. Le informazioni vengono processate da 3 differenti forme di memoria implicita: procedurale, percettiva ed emotiva [70]. Il ricordo traumatico è memorizzato usando quindi tre vie: le tensioni somatiche all'azione (componente procedurale), le intrusioni sensoriali e sensazioni (componente percettiva) e l'attivazione emotiva intensa e sopraffacente (componente emotiva) [60]. La conseguenza di ciò è una traccia mnemonica traumatica non organizzata secondo una narrativa logica e coerente, ma in frammenti sensoriali ed emotivi (88, pp. 202-203).

I recenti studi scientifici, ci informano che le più importanti memorie implicite comportano procedure per stare con gli altri e con se stessi, e che tali procedure sono conosciute come "conoscenza relazionale implicita" (89, p. 200) [9, 82]. La maggior parte dei comportamenti umani è guidato dalla memoria procedurale: parafrasando Beebe [10] si può dire che i primi pattern di interazione vengono rappresentati in modo pre-simbolico attraverso l'organizzazione procedurale di sequenze di azioni (9, p.160). Anche le abitudini psicologiche si configurano come tendenze apprese a livello procedurale; quello che è svantaggioso di tali tendenze è l'automatismo da cui sono caratterizzate, perché nel corso del tempo potrebbero non rivelarsi più adeguate a tutte le situazioni. Sappiamo anche che la memoria somatica [70], memoria corporea implicita, fa riferimento prevalentemente a ricordi dell'attaccamento che emergono attraverso l'esperienza somatica e contiene rappresentazioni degli stati emotivi associati con esperienze vissute dall'individuo.

Per i motivi precedentemente descritti l'accesso alla memoria implicita procedurale è molto importante nel trattamento dei traumi, in quanto è lì che risiedono le associazioni che guidano i processi mentali e i comportamenti al di là della coscienza [28]. Gli esperimenti di priming dimostrano che l'individuo ricorda in maniera implicita, quando si attiva una rete associativa, in tal senso l'individuo reagisce nelle relazioni interpersonali sia preventivamente che affettivamente a seconda degli "schemi apperceptivi" che si è costruito nelle esperienze precedenti, anche molto precoci, di cui non si ha memoria consapevole.

IV. *Influenza dei correlati neurofisiologici e psicologici del trauma sullo sviluppo del sé*

Il nucleo del trauma evolutivo si trova a cavallo tra l'attaccamento traumatico e la disregolazione psicobiologica che è la conseguenza del fallimento delle relazioni primarie.

Grazie alle ricerche e agli studi scientifici sappiamo che le relazioni di attaccamento sono co-create: inizialmente sono il regno del non-conscio, del pre-verbale e sono regolate dal comportamento intuitivo e dalla conoscenza relazionale implicita. In tal senso ne consegue che le interazioni affettive fondate sul corpo costituiscono mattoni fondamentali per la costruzione del legame di attaccamento e delle emozioni ad esso associate. Questa esperienza comunicativa “emisfero destro con emisfero destro”, “corpo con corpo”, sarà ricordata più avanti come una “memoria corporea” appresa proceduralmente a livello emotivo, del SNA, motorio, viscerale e di significato.

Le strategie coinvolte in queste relazioni primarie sono quelle volte alla regolazione degli affetti che a loro volta daranno forma al Sé. La capacità adattiva dell'individuo si sviluppa proprio qui, dove la madre si sintonizza psicobiologicamente con le modifiche degli stati interni di arousal del bambino, in modo che non siano troppo alti o troppo bassi. Come ben descritto da Schore il sistema di attaccamento contribuisce alla formazione di una adeguata capacità di regolazione emotiva e di gestione dello stress gerarchicamente coordinata dall'emisfero destro, secondo la “regolazione diadica dell'emozione” [73, 79].

Sappiamo che se queste primarie interazioni, regno dell'apprendimento procedurale [42], sono connotate traumaticamente possono compromettere il normale sviluppo del sistema nervoso [72, 73, 79, 83]: in particolare si producono risposte disadattive del sistema nervoso autonomo [63, 72, 73, 77, 78, 79], un'alterazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene [23, 51, 52], un ridotto volume dell'amigdala e dell'ippocampo [13], una riduzione del metabolismo della corteccia prefrontale [22], una ridotta connettività fra le strutture dell'emisfero destro [73, 87], un aumento abnorme di cortisolo e noradrenalina [75, 77, 58]. Inoltre la disregolazione psicobiologica porta a una riduzione della finestra di tolleranza emotiva [69], della capacità di integrazione tra strutture corticali superiori e strutture limbiche e troncoencefaliche, delle funzioni di controllo della corteccia frontale e prefrontale sul sistema limbico [51, 52] e crea uno stato ipermetabolico del SNA [58, 75, 77].

È in questo contesto di precoce traumatizzazione che si producono un deficit della capacità di mentalizzazione e a livello psicologico un'interruzione della continuità del Sé, perché vengono improvvisamente invalidati gli schemi di significato che organizzano l'esperienza di “chi si è” (16, p.8). L'intensità emotiva dell'esperienza traumatica, essendo minacciosa per l'integrità del Sé, viene dissociata, in modo che la coscienza ordinaria sia al riparo da stimoli dolorosi sopraffacenti [19, 20].

Se si tratta di una traumatizzazione precoce e cronica allora la difesa dissociativa può diventare il centro intorno a cui si organizza la personalità, passando da meccanismo normale della mente a meccanismo di difesa patologico e pervasivo che impedisce l'accesso agli stati somatopsichici connessi alle memorie traumatiche (17, p.11) [14, 15, 40, 44, 45, 56, 87].

V. *Il corpo regno del trauma*

Come già Otto Kernberg sosteneva, “il corpo è una configurazione geografica di significati personali. Per afferrare questi significati dobbiamo dare spazio al sé somatico, prestare attenzione sia a ciò che rivela il corpo del paziente, sia alla relazione del paziente con il proprio corpo” (89, p. 220).

Le emozioni vengono percepite nel corpo e danno forma alla realtà dell'individuo [25, 26, 71] ed è nell'attaccamento che si impara a regolare le emozioni [36, 73]. Questo processo di regolazione interattiva psicobiologica permette all'essere umano di imparare a tradurre le sensazioni corporee in emozioni e sentimenti che pian piano potranno essere riconosciuti, nominati, contenuti ed interpretati [48; 49]. Se questo processo è deficitario le emozioni verranno vissute prevalentemente come sensazioni somatiche o sintomi fisici, rendendo l'esperienza sensoriale-corporea-emotiva il centro della traumatizzazione: come scrive Van der Kolk: “il corpo tiene il conto!” [88, 89].

Le ricerche nell'ambito delle neuroscienze hanno confermato che gli individui traumatizzati possono “non avere parole” [88, 90] per descrivere le loro esperienze, per motivi connessi allo sviluppo del linguaggio (esperienze traumatiche precedenti), per motivi difensivi (rischio di perdita delle relazioni vitali) e perché le emozioni evocate dal trauma inibiscono il funzionamento delle strutture cerebrali mediatrici del linguaggio (corteccia sinistra, area di Broca ed ippocampo). In tal senso assistiamo ad un primato della memoria implicita procedurale su quella esplicita/dichiarativa, che rende necessario un lavoro specifico con la memoria somatica.

VI. *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP), sentimento sociale e trauma dell'attaccamento*

Un elemento fondamentale per la strutturazione del Sè- Stile di Vita è il sentimento sociale, concetto formulato da Adler inizialmente nella sua teoria della nevrosi e successivamente consolidato con un valore centrale per il modello adleriano nel 1927 nel suo testo *La Conoscenza dell'Uomo*. Sentimento Sociale come “legame umano... in correlazione con l'empatia” (65, p. 25) e come senso comune “...quale Sentimento di Appartenenza, in quanto nell'individuo c'è una necessità strutturale di avvicinarsi all'Altro, di stabilire una relazione per una comunicazione efficace in forma di oggettività-intersoggettività...” (65, pp. 25-26).

Lo Stile di Vita si forma nella primissima infanzia già in modo bene definito, anche

se poi attraversa un processo di adattamento e riorganizzazione nel corso della vita; lo Stile di Vita "...è un modo originale di pensare, sentire ed agire: esso è unico per quell'individuo e rappresenta il concetto all'interno del quale devono essere considerate tutte le manifestazioni specifiche, anche quelle comunitarie (65, p.22) [81].

La concettualizzazione teorica della psicoterapia sensomotoria appare in linea con i paradigmi delle APPs [32, 33]:

1) il paradigma dell'unità psicosomatica dell'individuo appare in linea con il principio della psicoterapia sensomotoria che utilizza il corpo come primo punto di accesso per l'elaborazione del trauma integrando anche gli aspetti cognitivi ed emotivi, sostenendo l'essenzialità dell'integrazione dei processi sensomotorio-cognitivo ed emotivo;

2) il paradigma della regolazione del sé appare in linea con l'uso della mindfulness, che potrebbe essere considerata come una funzione specifica del sentimento sociale che permette di accettare la sensazione di inferiorità, in modo non giudicante, modificando lo schema appercettivo per sperimentare nuovi modi di percepire se stessi, gli altri e il mondo, attraverso la promozione di un adattamento creativo alle esigenze ambientali [1-3] e dell'aggregazione delle istanze del sé, in favore della funzione intrapsichica del sentimento sociale [30, 31] unitamente alla costanza e coerenza dell'identità;

3) Il paradigma dei moduli di legame appare in linea con l'accento posto dalla psicoterapia sensomotoria sul lavoro sui processi di memorizzazione impliciti e procedurali connessi alle relazioni di attaccamento per promuoverne l'integrazione a livello esplicito dichiarativo, al fine di rendere l'individuo consapevole delle risposte automatiche e degli schemi d'azione consolidati (procedurali) e promuovere la formazione di rappresentazioni di sé adattive all'ambiente. Nello specifico le tecniche delle APPs si articolano diversamente a seconda del disturbo psichico del paziente e si riferiscono "...ad una teoria causale dell'evento clinico che serve a spiegarne la genesi e a definire ciò che si cerca di guarire o di modificare, e ad una teoria del cambiamento dell'evento clinico che serve a formulare delle ipotesi sulle modalità attraverso cui il cambiamento si possa realizzare" (394, p. 46).

Adler, parlando del legame mente-corpo come di un tutto indivisibile, sottolineava il loro reciproco influenzamento e la necessità di comprendere come l'individuo reagisce di fronte alle sensazioni del proprio corpo e scrisse -parafrasandolo- che gli stati emotivi sono strettamente collegati al nucleo della personalità e che la condizione emotiva è molto profondamente inserita nella vita psichica dell'individuo tanto da esteriorizzarsi fisicamente ed influenzare il sistema volontario quanto quello vegetativo [3].

In termini adleriani le memorie procedurali implicite partecipano alla formazione degli schemi appercettivi e del Sé-Stile di Vita nelle fasi precoci dell'attaccamento. "Lo stile di Vita sotteso da una base biologica non è soltanto una mera collezione di regole: ma è l'organizzazione di tutte le regole.

Lo Stile di Vita nasce nell'ambiente che lo circonda (Umwelt) con un particolare mondo percettivo, legato ai processi di apprendimento ed agli Stili di Attaccamento. A mano a mano che il bambino cresce, lo stile iniziale viene continuamente rafforzato dall'esperienza sino a diventare una legge del movimento nella vita dell'individuo" (65, p. 22) [64].

Nello sviluppo traumatico assistiamo all'attivazione conflittuale del sistema di attaccamento e di quello di difesa in quanto l'individuo è spinto (tendenza innata) a cercare vicinanza protettiva al caregiver e contemporaneamente a fuggire dallo stesso che gli appare minaccioso. Gli studi recenti ci informano sul fatto che la reattività alle condizioni di stress, la formazione di "mappe" (schemi appercettivi) e le connessioni cerebrali di un individuo sono mediate dal corredo genetico che è influenzato dalla quantità di stress che bisogna gestire durante le prime fasi dello sviluppo.

L'interazione geni-"ambiente traumatico" può portare ad un deficit di organizzazione cerebrale dei circuiti dello stress e ad un'interazione patologica tra le mappe (schemi appercettivi) cerebrali del sistema di difesa, quelle relative al sistema di attaccamento e quelle delle funzioni integrative della memoria [57].

Alla luce di quanto evidenziato dalle scienze si può dire sinteticamente che il trauma dell'attaccamento blocca l'esperienza interna di continuità del Sé e lo sviluppo del sentimento sociale come istanza di aggregazione delle parti del Sé e come istanza di cooperazione ed appartenenza al mondo [30, 31, 81, 64, 65], anche in quanto vi è scarsa o mancante sintonizzazione da parte del caregiver, con il bisogno di tenerezza primaria, che è il precursore del sentimento sociale e di conseguenza dell'empatia e della reciprocità. L'impossibilità di integrare la componente sensoriale-corporea-emotiva dell'esperienza traumatica, in quanto soverchiante, blocca il processo di significazione dell'esperienza rendendo l'individuo incapace di organizzare una rappresentazione dell'esperienza di sé, a cui consegue pertanto una discontinuità nel Sè-Stile di Vita.

In termini adleriani si potrebbe dire che il sentimento sociale, in quanto istanza intrapsichica di aggregazione delle parti del sé, diventa l'oggetto principale di lavoro della psicoterapia degli individui precocemente traumatizzati. Pertanto per questi ultimi sembra di fondamentale importanza partire dal lavoro sui correlati sensoriali-corporei-emotivi, non integrati, presenti nel qui ed ora, connessi all'esperienza traumatica e successivamente procedere con l'utilizzo delle tecniche verbali rivolte a promuovere la significazione-simbolizzazione dell'esperienza e l'insight.

VII. *Cenni di Psicoterapia Sensomotoria*

La psicoterapia Sensomotoria è formulata negli anni '80 da PatOdgen [60], che ha fatto riferimento nell'attuazione del suo modello al metodo di RonKurtz e alla Mindfulness, quest'ultima è centrale in Psicoterapia Senomotoria e la sua funzione è quella di stabilizzare i sintomi, regolare le emozioni e soprattutto incrementare la metacogni-

zione [61]. La Mindfulness di per sé ha origine dalle tecniche di meditazione orientali ed è volta a promuovere l'attenzione all'esperienza di sé nel momento presente con un atteggiamento osservante non giudicante verso i contenuti mentali che si lasciano scorrere così come sono. Il compito fondamentale è quello di migliorare la capacità del paziente di autoregolare l'attivazione corporea esagerata causata dalla disregolazione emotiva traumatica ed evitare così che questa possa provocare l'inaccessibilità ad alcuni stati mentali problematici e quindi provocare difficoltà terapeutiche o interruzioni precoci del trattamento².

Nello specifico gli scopi principali della Psicoterapia Sensomotoria si possono sommariamente riassumere in: aiutare il paziente a regolare le funzioni neurovegetative alterate dallo sviluppo traumatico; modificare i sintomi somatoformi e le convinzioni negative sul corpo; raggiungere maggiore integrazione corpo-mente attraverso la modificazione degli schemi sensomotori e delle convinzioni patologiche legate al corpo e ottenere un maggior senso di mastery attraverso il percorso bottom-up.

In particolare si utilizza la Mindfulness orientata³, al fine di cercare di aiutare il paziente a migliorare la sua conoscenza delle sensazioni fisiche legate al trauma, bloccando l'esperienza corporea negativa, per promuovere un senso di sicurezza e padronanza relativo al suo corpo; nello stesso tempo aiuta il paziente, attraverso tecniche specifiche, a regolare l'attivazione somatica causata dalle emozioni disregolate.

² Il terapeuta si concentra su postura, tensioni muscolari, movimenti ed esperienze corporee del paziente più che sui contenuti mentali, incoraggiandolo a sperimentare e riconoscere gli elementi di base delle sensazioni fisiche e ad associarle allo stato emotivo e ai pensieri del momento presente. Anche l'esercizio empatico del terapeuta è volto soprattutto all'esperienza corporea del paziente e alla sintonizzazione con i suoi stati somatici (56, p. 214).

Nella seconda fase della terapia il lavoro si concentra in particolar modo sulle reazioni motorie o posturali legate al trauma, aiutando il paziente a riconoscere in queste la ripetizione degli schemi motori indotti dal sistema di difesa; in tal modo il paziente imparerà ad accorgersi dell'attivazione di tale sistema, a riconoscerne le conseguenze comportamentali, cognitive e relazionali, potendo padroneggiarle al di fuori della seduta. Solo successivamente si potrà procedere con il lavoro terapeutico inerente gli stati interni legati ai timori dei legami affettivi, così da avviarsi ad una integrazione delle parti del Sé. In particolare ritengo importante specificare che è necessario avere una formazione in tale modello di psicoterapia per poter utilizzare le tecniche per un trattamento integrato del trauma psicologico; personalmente ho svolto e completato tale formazione con il SensorimotorPsychotherapyInstitute.

³ La mindfulness orientata precisamente corrisponde a prestare attenzione ad elementi particolari dell'esperienza interna che sono importanti in quel preciso momento terapeutico perché emersi nel momento del racconto del trauma; in particolare è usata per sostenere il procesamiento sensomotorio in modo che venga interrotto il ciclo disregolativo, così che la quantità ed intensità delle informazioni da elaborare sia tollerabile e gestibile.

La scelta che ho fatto di proporre un'integrazione di alcune delle tecniche della Psicoterapia Sensomotoria ha a che fare sinteticamente con tre motivazioni:

1. in quanto il solo parlare del trauma spesso riattiva la memoria implicita, senza risolverla, causando un'attivazione fisiologica ed emotiva disregolata, nonché difesa animali (attacco/fuga/freeze) [61], che impedisce la significazione dell'esperienza;
2. perché utilizza la mindfulness, che consente sia di orientare la consapevolezza verso l'organizzazione dell'esperienza interna sia la focalizzazione sull'esperienza presente con curiosità ed interesse, piuttosto che interpretarla o orientarla al cambiamento. La mindfulness è considerata il substrato della mentalizzazione, inoltre aumenta l'attivazione della regione prefrontale sinistra della corteccia, diminuisce la reattività e l'iperattività del Sistema Nervoso Simpatico, favorisce la non automatizzazione dei modelli abituali di pensare e sentire, la calma, la conoscenza di sé e l'accettazione di sé, riduce i livelli di glucocorticoide, il ritmo cardiaco e il consumo di ossigeno.
3. perché aiuta ad integrare le componenti sensoriali-corporee ed emotive durante la narrazione dell'esperienza traumatica, mantenendo il paziente sempre all'interno della finestra di tolleranza emotiva; in tal modo si rende possibile l'integrazione dell'esperienza.

VIII. *Trattamento articolato di psicoterapia psicodinamica adleriana e tecniche di psicoterapia sensomotoria*

“Al di là degli aspetti etici e deontologici, comunque, le ragioni che conducono alla selezione di un approccio integrato al trattamento delle sindromi traumatiche sono semplici: il trauma è una ferita che ha effetti sulla mente, sul corpo e sulle dinamiche interpersonali dell'individuo. Qualunque metodo che si concentri in forma esclusiva su uno di questi elementi, senza considerare l'intreccio olistico e le reciproche influenze, molto probabilmente è destinato a fallire” (20, p. 173).

Uno degli aspetti caratterizzanti i pazienti con traumi dell'attaccamento è la presenza di condizionamenti bottom-up e questa influenza rende parziale o addirittura nulla qualsiasi intervento top-down; di fondamentale importanza, pertanto, per non ritraumatizzare il paziente è un approccio per fasi [37, 43, 44]. L'approccio per fasi è stato proposto per la prima volta da Janet [85] e nello specifico indirizza i terapeuti a rimanere aperti ai tentativi di crescita, significato e scopo dei pazienti, e attenti a quando mostrano di essere pronti per affrontare i traumi; così come già Adler sosteneva dovesse essere la psicoterapia: un “vestito su misura”.

Essendo riconosciuto dalla letteratura scientifica l'approccio per fasi e la necessità di intervenire prima sui correlati sensoriali-corporei-emotivi, si propone in questa sede l'integrazione delle tecniche di psicoterapia sensomotoria in quanto fondate sull'uso

della mindfulness e pertanto capaci di inserirsi adeguatamente nel modello adleriano, che ha tra i suoi principi guida del trattamento quello dell'incoraggiamento e della presenza attiva del terapeuta.

La psicoterapia per Adler rappresenta un nuovo "legame d'attaccamento" sicuro. Per Adler il terapeuta deve "Comprendere", cioè "avvicinarsi ai propri simili, identificandosi con loro. Comprendere significa formarsi di un uomo o di un avvenimento il concetto che prevediamo se ne formeranno gli altri in modo da accedere a ciò che i nostri pazienti non possono tradurre in parole dobbiamo sintonizzarci con la nostra esperienza soggettiva [35].

Lo sforzo maggiore per questi pazienti traumatizzati cronicamente in età infantile e/o durante l'attaccamento è quello di riconoscere, tollerare ed etichettare gli stati somatici in modo che le sensazioni corporee possano essere collegate alle emozioni e le emozioni con le situazioni che le hanno provocate. Il terapeuta pertanto deve essere allenato a riconoscere ed osservare ogni minimo segnale di malessere in risposta alle tecniche usate o alla relazione terapeutica, notando gli impulsi del paziente ad avvicinarsi, allontanarsi, ritirarsi, ripiegarsi, ecc... [12]. In questo modo il terapeuta svolge un'efficace regolazione interattiva psicobiologica.

Una focalizzazione diretta sui processi emotivi all'inizio, per i motivi descritti in precedenza, può esacerbare la disregolazione e/o rinforzare gli schemi emotivi maladattivi. Pertanto gli affetti potrebbero essere meglio regolati attraverso una focalizzazione su interventi di processamento bottom-up o sensomotori, che mettono alla prova queste tendenze, promuovono la stabilizzazione e preparano la strada per future modalità di elaborazione dell'emozioni. Per scoprire e modificare le tendenze procedurali il terapeuta si interessa non solo alla narrazione ma all'osservazione dell'emergere di queste tendenze nel qui ed ora della seduta, così i pazienti imparano ad osservarle insieme al terapeuta.

Se si tratta di traumi dell'attaccamento, è necessario utilizzare la mindfulness orientata al lavoro con le tendenze procedurali, per intensificare e approfondire i processi emotivi; mentre nel caso di trauma focale si procede con un lavoro sulla finestra di tolleranza affettiva, in quanto l'attivazione emotiva e fisiologica del paziente mette a dura prova la sua capacità integrativa. Spesso è necessario usare alternativamente entrambe le modalità sinteticamente descritte perché il paziente con trauma precoce dell'attaccamento non si senta in balia del condizionamento bottom-up, che rende inefficace qualsiasi intervento top-down.

Tale modalità è fondamentale perché i pazienti, con traumi dell'attaccamento, presentano un deficit nella regolazione delle emozioni e la narrazione dell'esperienza può comportare un elevato grado di disregolazione emotiva, che comporta enorme difficoltà o addirittura impossibilità di accedere al pensiero e alla significazione dell'esperienza di sé. Ampliare la finestra di tolleranza delle emozioni significa, anche, permettere al paziente di tollerare uno spettro più ampio di tonalità emotive così che possa

sperimentare una sensazione di quiete e sicurezza più frequentemente. Alcune volte la disregolazione dell'arousal è così elevata durante il racconto dell'esperienza che si rende necessario dirottare l'attenzione del paziente verso l'ambiente esterno in cui si trova, nel qui ed ora, per stimolare le risposte di orientamento, al fine di ripristinare un sufficiente senso di agency e il paziente possa proseguire nel racconto. Inoltre nel trattamento articolato si usano tecniche volte a definire, identificare e difendere i confini corporei al fine di ripristinare il senso di sicurezza, il grounding e si lavora sull'autocontenimento attraverso la focalizzazione del paziente su sensazioni fisiche unitamente al processamento duale.

Con processamento duale si intende una modalità di intervento che prevede l'utilizzo della mindfulness come attivazione di uno stato mentale sia nel terapeuta sia nel paziente di osservazione non giudicante, di uno stato di piena consapevolezza mentale che aiuta a riconoscere le componenti procedurale, percettiva) ed emotiva [60] codificate nella memoria somatica. In termini adleriani è importante per la ricostruzione del sentimento sociale e quindi per l'integrazione delle parti del sé, perché è un "essere con" del terapeuta che incontra il deficit del paziente con un atteggiamento incoraggiante di accettazione e un'attenzione diretta al qui ed ora che riattiva quella componente del sé, detta sé creativo, che come diceva Adler per costruirlo occorre esprimere le proprie potenzialità creative attraverso l'azione.

In ultimo, ma non meno importante, vi è l'utilizzo della psicoeducazione inerente il PTSD, in modo che il paziente possa iniziare a riconoscere i segnali della traumatizzazione e a sperimentare un minor sentimento di vergogna. Questi sono solo alcuni esempi di tecniche utilizzate per la stabilizzazione del paziente con trauma dell'attaccamento che si adottano tipicamente nella prima fase del trattamento.

In seguito alla fase di stabilizzazione (che può corrispondere ad un momento della seduta o ad periodo lungo del trattamento) si può ritornare alla narrativa agevolando il paziente nel connettere quanto emerso dal sequenziamento dell'arousal e dal processamento duale con il punto esatto in cui era stata interrotta la narrazione del trauma. Questo procedimento consente al paziente di ricordare l'esperienza di sé come dolorosa e di smettere di riesperirla, permettendogli di creare nella mente una rappresentazione di sé in quell'esperienza, senza che il senso di sé percepito nel qui ed ora corrisponda totalmente all'esperienza. A questo punto si apre la strada per la mentalizzazione dell'esperienza traumatica e al lavoro di ricerca ed interpretazione del significato simbolico, appannaggio della APP.

IX. Conclusioni

Nel trattamento psicoterapeutico per pazienti con traumi psicologici occorre concentrare l'attenzione inizialmente sulla dimensione non verbale della relazione terapeutica che si esprime attraverso ciò che è stato sentito, percepito fatto, più che detto [88,

60, 73]. Il lavoro terapeutico sugli affetti basati sul corpo sembra essere essenziale. "... diventa centrale la mindfulness, che permette di contattare intimamente i vissuti corporei e connetterli alla propria esperienza del mondo e delle relazioni.Allora la mindfulness può essere un importante supporto terapeutico, in quanto pratica di integrazione tra corpo, vissuto e rappresentazione, con importanti ricadute sulla consapevolezza e sull'intenzionalità individuale" (20, p. 180).

Le esperienze traumatiche precoci producono a livello psicologico un'interruzione nella continuità del sé in quanto vengono invalidati gli schemi di significato che ci permettono di organizzare l'esperienza di "chi si è" [16]. Il trauma evolutivo, in quanto connesso all'attaccamento, è organizzato sul piano procedurale e non simbolico, perciò si configura come degli stati prementali di natura somatica ed emotiva non pensabili e quindi inaccessibili all'elaborazione secondaria [19, 20]. La proposta di integrazione delle tecniche della Psicoterapia Sensomotoria nella APP è volta ad approfondire gli aspetti procedurali impliciti perché possano diventare fonte di nuove consapevolezze ed aprano la strada alla ricerca di significato dei propri comportamenti "automatici", in modo che la psicoterapia sia il più possibile "un abito su misura".

In tal senso integrare le tecniche derivanti dalla teoria della Tecnica del modello di Psicoterapia Sensomotoria sembra agevolare la mentalizzazione del trauma. Questa modalità svolge le funzioni di presa di contatto con i nuclei traumatici intrapsichici scissi e di recupero delle inerenti emozioni congelate nel corpo, portando ad una risoluzione adattiva – compensazione adeguata - delle immagini negative, dei pensieri, delle sensazioni e delle emozioni inerenti il nucleo traumatico.

L'interpretazione psicodinamica del significato simbolico del contenuto emerso è invece compito e obiettivo della psicoterapia psicodinamica, in quanto psicologia del profondo. In termini Individualpsicologici l'integrazione di tali tecniche con la psicoterapia psicodinamica adleriana può assumere il significato della costruzione di un processo creativo di nuova sintesi nell'individuo inteso come unità bio-psico-socio-culturale.

Dal punto di vista neurobiologico la psicoterapia psicodinamica è volta ad ampliare la sfera di controllo dei lobi pre-frontali sulle strutture sotto-corticali, in modo da accrescere la capacità di mentalizzazione. Durante le sedute, in cui vengono integrate le tecniche esposte, vengono attivate contemporaneamente le aree del linguaggio e i circuiti limbici e ciò promuove il processo di integrazione tra i domini impliciti ed espliciti della memoria e della coscienza.

Tali tecniche fondate sulla mindfulness sembrano sostenere lo sviluppo del Sentimento Sociale in senso intrapsichico e relazionale: in senso intrapsichico agevolando l'integrazione delle parti del sé scisse/o dissociate a causa dell'esperienza traumatica; in senso relazionale agevolando lo sviluppo del senso di appartenenza, cooperazione e dell'empatia.

L'integrazione delle tecniche "sensomotorie" nella APP, per il trattamento del trauma psicologico, consentirebbe di modulare lo stile terapeutico secondo lo stile di attaccamento dell'individuo permettendo l'attivazione della mentalizzazione in un "processo bidirezionale gestaltico in cui la capacità riflessiva di paziente e terapeuta si influenzano reciprocamente" (65, p. 33).

Dal punto di vista specifico la proposta che vi presento di integrazione di tecniche che privilegiano la regolazione e il processamento di esperienze sensomotorie con la Psicoterapia Psicodinamica Adleriana è volta a consentire l'esplorazione da parte della diade terapeutica delle tendenze fisiche ed emotive apprese proceduralmente nell'infanzia, così da aprire la strada ad una significazione anche sul piano simbolico e rappresentazionale che possa essere integrata nel Sè-Stile di Vita.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e Teoria della Psicologia Individuale*, Astrolabio, Roma 1967.
2. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *Psicologia Individuale e conoscenza dell'uomo*, Newton Compton, Roma 1975.
3. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il Senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
4. AMARAL, D. G., PRICE, J. L., PITKANEN, A., CARMICHAEL, T. (1992), Anatomical organization of the primate amygdaloid complex, in AGGLETON, J., *The amygdala: Neurobiological aspects emotions, memory and mental dysfunction*, Wiley-Liss, New York.
5. ANSERMET, F., MAGISTRETTI, P. (2004), *A ciascuno il suo cervello. Plasticità neuronale e inconscio*, Bollati Boringhieri, Torino 2008.
6. ALLEN, J. G. (1995), *Coping with trauma: A guide to self-understanding*, American Psychiatric Association, Arlington, VA, US.
7. ALLEN, J. G., FONAGY, P., BATEMAN, A. W. (2008), *Mentalizing in clinical practice*, American Psychiatric Publishing Inc., Arlington, VA, US.
8. AXEROLD, J., REISINE, T. (1984), Stress hormones: Their interaction and regulation, *Science*, 224: 452-459.
9. BEEBE, B. (2006), Co-constituting mother-infant distress in face to face interactions: Contributions of microanalysis, *Infant Observation*, 9: 151-164.
10. BEEBE, B. (2004), Symposium on intersubjectivity in infant research and its implication for adult treatment, Part II, *Psychoanalytic Dialogues*, 14,1: 1-52.

11. BIONDI, M. (2002), Disturbi dell'adattamento, disturbo acuto da stress e disturbo Post-traumatico da Stress in CASSANO, G. B. et al., *Trattato italiano di Psichiatria II* ed., elettronica, Masson, Milano 2002.
12. BOON, S., STEELE, K., VAN DER HART, O. (2011), *Coping with Trauma-Related Dissociation: Skills Training for Patients and Therapists*, tr. it. TAGLIAVINI, G., GIOVANNOZZI, G. (a cura di), *La dissociazione traumatica. Comprenderla e affrontarla*, Mimesis, Milano 2013.
13. BREMNER, J. D. (2002), *Does stress damage the brain? Understanding trauma-related disorders from a mind-body perspective*, W. W. Norton, New York.
14. BROMBERG, P. M. (1998), *Clinica del trauma e della dissociazione. Standing in the space*, Raffaello Cortina, Milano.
15. BROMBERG, P. M. (2006), *Destare il sognatore. Percorsi clinici*, Raffaello Cortina, Milano.
16. BROMBERG, P. M. (2013), Prefazione, in CARETTI, V., CAPRARO, G., SCHIMENTI, A. (2013), *Memorie traumatiche e mentalizzazione*, Astrolabio, Roma.
17. BROMBERG, P. M. (2013), Prefazione, in CARETTI, V., CAPRARO, G., SCHIMENTI, A., (2013), *Memorie traumatiche e mentalizzazione*, Astrolabio, Roma: 11.
18. CARLSON, E. B., DALENBERG, C. J. (2000), A Conceptual Framework for the Impact of Traumatic Experience, *Trauma, Violence & Abuse*, 1: 4-28.
19. CARRETTI, V., CAPRARO, G. (a cura di, 2008), *Trauma e Psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale*, Astrolabio, Roma.
20. CARETTI, V., CAPRARO, G., SCHIMENTI, A., (2013), *Memorie traumatiche e mentalizzazione*, Astrolabio, Roma.
21. CASSANO, G. D., PANCHERI, P., PAVAN, L., PAZZAGLI, A., RAVIZZA, L., ROSSI, R., SMERALDI, E., VOLTERRA, V. (2002), *Trattato italiano di Psichiatria II*, ed. elettronica, Masson, Milano.
22. CHUGANI, H. T., BEHEN, M. E., MUZIK, O., JUHASZ, C., NAGY, F., CHUGANI, D. C. (2001), Local brain functional activity following early deprivation: a study of post institutionalized Romanian orphans, *NeuroImage*, 14: 1290-1301.
23. CICCETTI, D., ROGOSCH, F. A. (2001), Diverse Patterns of neuroendocrine activity in maltreated children, *Dev. Psychopathol.*, 13: 677-693.
24. CLOITRE, M., COURTOIS, A., CHARUVA STRA, A., STOLBACH, B. C., GREEN, B. L. (2011), Treatment of complex PTSD: Results of ISTSS expert clinician survey on best practice, *J. Trauma. Stress*, 24 (6): 615-627.
25. DAMASIO, A. (1994), *Descartes' error: emotion, reason, and the human brain*, tr. it. *L'errore di Cartesio: emozione, ragione e cervello umano*, Adelphi, Milano 1995.
26. DAMASIO, A. (1999), *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*, tr. it. *Emozione e coscienza*, Adelphi, Milano 2000.
27. DAMASIO, A. (2003), *Looking for Spinoza: Joy, Sorrow, and the Feeling Brain*, tr. it. *Alla ricerca di Spinoza. Emozioni, sentimenti e cervello*, Adelphi, Milano.
28. DANIELE, M. T., MANNA, V., PINTO, M. (a cura di, 2014), *Stress, Trauma e Neuroplasticità. La psicotraumatologia tra neuroscienze e psicoterapia*, Alpes Italia srl, Roma.

29. DORPAT, T. L. (2001), Primary process communication, *Psychoanal Inq.*, 3: 448-463.
30. FASSINO, S. (1985), A proposito del Sentimento Sociale quale struttura per la comunicazione intrapsichica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 22-23: 30-42.
31. FASSINO, S. (1986), Per una teoria Individualpsicologica delle relazioni endopsichiche: il sentimento sociale e il dialogo interiore, *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25: 38-58.
32. FERRERO, A. (2004), Moduli di legame e qualità della relazione terapeutica, in: ROVERA, G. G., et al. (a cura di), *La ricerca in Psicologia Individuale. Contributi teorici, metodologici e pratici*, Centro Scientifico Editore, Torino.
33. FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia Psicodinamico Adleriana (APP): un trattamento possibile nei Dipartimenti di Salute Mentale*, Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, Torino.
34. FERRERO, A. (2016), Il caso di Margherita come esempio clinico di trattamento secondo la AdlerianPsychodynamicPsychotherapy (APP), *Riv. Psicol. Indiv.*, 79: 45-59.
35. FERRIGNO, G. (2005), "Intersoggettività e potere in psicoterapia", *XXIII IAIP Congress of International Association of Individual Psychology*, Torino.
36. FONAGY, P., GERGELY, C., JURIST, E. L., TARGET, M. (2002), *Affect regulation, mentalization and the development of the self*, tr. it. *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*, Raffaello Cortina, Milano 2005.
37. FORDJ, D., COURTOISC, A., STEELEK, VAN DER HARTO, NIJENHUIS, E. R. S. (2005), Treatment of Complex Posttraumatic Self-Dysregulation, *J. Trauma. Stress*, 18,5: 437-447.
38. FOSHA, D. (2000), *The transforming power of affect: A model for accelerated change*, Basic Book, New York.
39. FOSHA, D., SIEGEL, D. J., SOLOMON, M. F. (2009), *The Healing Power of Motion. Affettive, Neuroscience, Development & Clinica Practice*, tr. it. *Attraversare le emozioni*, Vol.I, Mimesis, Milano 2011.
40. GIANNANTONIO, M. (2009), *Psicotraumatologia. Fondamenti e strumenti operativi*, Centro Scientifico Editore, Torino.
41. GLEASON, M. M., FOX, N. A., DRURY, S. S. et al. (2014), Indiscriminate Behaviours in Previously Institutionalized Young Children, *Pediatrics*: 133: 657-665.
42. GRIGSBY, J., STEVENS, D. (2000), *Neurodynamics of personality*, Guilford Press, New York-London.
43. HERMAN, J. L. (1997), *Trauma and recovery*, Basic Books, New York.
44. HERMAN, J. L. (2012), PTSD is a distinct entity: Comment on Resick et al., *J. Trauma. Stress*, 25 (3): 256-257.
45. HOROWITZ, M. J., WEISS, D. S., MARMAR, C. R. (1987), Diagnosis of Post-Traumatic Stress Disorder, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 175: 267-268.
46. HOROWITZ, M. J. (1998), *Cognitive Psychodynamics: from conflict to character*, Wiley, New York.
47. JANET, P. (1889), *L'Automatisme Psychologique*, tr. it. *L'automatismo psicologico*, ORTU, F. (a cura di), Raffaello Cortina, Milano 2013.
48. KRISTAL, J. H. (1998), *Integration and self-healing: affect, trauma, alexithimia*, Analitic press, Hillsday, N. J.

49. KRISTAL, J. H., BREMMER, J. D., SOUTHWICK, S. M., CHARNEY, D. S. (1998), The Emerging Neurobiology of Dissociation: Implication for Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, in Brenner, J. D., Marmar, C., *Trauma, Memory and dissociation* American Psychiatric Press, Washington, 1998: 321-365.
50. LANIUS, R. A., JACOBOWITZ, D. (1999), La disorganizzazione dell'attaccamento. Perdite non elaborate, violenza relazionale e cadute nelle strategie comportamentali e attentive, in CASSIDY, J., SHAVER P. R. (a cura di), tr. it. *Manuale dell'attaccamento: teoria, ricerca e applicazioni cliniche*, Fioriti, Roma 2002.
51. LANIUS, R. A., WILLIAMSON, P. C., BLUHM, R. L., DENSMORE, M., BOKSMAN, K., NEUFELD, R. W. J., et al. (2005), Functional connectivity of dissociative responses in posttraumatic stress disorder: A functional magnetic resonance imaging investigation, *Biol. Psychiatry*, 57(8): 873-884.
52. LANIUS, R. A., VERMETTEN, E., LOEWENSTEIN, R. J., BRAND, B., SCHMAHL, C., BREMNER, J. D., SPIEGEL, D. (2010), Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype, *Am. J. Psychiatry*, 167(6): 640-647.
53. LEDOUX, J. (1996), *The Emotional Brain: The mysterious underpinnings of emotional life*, tr. it. *Il Cervello Emotivo. Alle origini delle emozioni*, Baldini e Castoldi, Milano 1998.
54. LEVIN, P., LAZROVE, S., VAN DER KOLK, B. (1999), What psychological testing and neuroimaging tell us about the treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Eye Movement Desensitization and Reprocessing, *J. Anxiety Disord.*, 13(1-2): 159-172.
55. LEYS, R. (2000), *Trauma. A Genealogy*, University of Chicago Press, Chicago.
56. LIOTTI, G., FARINA, B. (2011), *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Raffaello Cortina, Milano.
57. MEAD, H. K., BAUCHAINE, T. P., SHANNON, K. E. (2010), Neurobiological adaptations to violence across development, *Dev. Psychopathol.*, 22:1-22.
58. MEANEY, M. J. (2001), Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations, *Annu. Rev. Neurosci.*, 24: 1161-1192.
59. MUNDO, E. (2009), *Neuroscienze per la psicologia clinica. Le basi del dialogo mente-cervello*, Raffaello Cortina, Milano.
60. OGDEN, P., MINTON, K., PAIN, C. (2006), *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*, tr. it. *Il Trauma e il corpo. Manuale di Psicoterapia Sensomotoria*, Istituto di Scienze Cognitive, Sassari 2012.
61. OGDEN, P., FISHER, J. (2016), *Psicoterapia Sensomotoria. Interventi per il trauma e l'attaccamento*, Raffaello Cortina, Milano.
62. PALLY, R. (1998), Emotional processing: The mind-body connection, *Int. J. Psychoanal.*, 79: 349-62.
63. PERRY, B. D. (1997), Incubate in terror: Neurodevelopment factors in the cycle of violence, in OSOFSKY, J. D. (a cura di), *Children in a violent society*, Guilford Press, New York.

64. ROVERA, G.G. (2015), Patient-Therapist Matching. Il P.T.M. nei trattamenti adleriani, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 3-18.
65. ROVERA, G. G. (2015), Lo Stile Terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 19-85.
66. SAAKVITNE, K. W., GAMBLE, S., PEARLMAN, L. A., LEV, B. T. (2000), *Risking connection: A training curriculum for working with survivors of childhood abuse*, The Sidran Press, Baltimore.
67. SATO, W., AOKI, S. (2006), Right hemisphere dominance in processing unconscious emotion, *Brain Cogn.*, 62: 261-266.
68. SCHACTER, D. L., KOUSTAAL, W., KEENETH, N. A. (1999), Can cognitive neuro- science illuminate the nature of traumatic childhood memories? In WILLIAMS, L. M., BANYARD, V., *Trauma and Memory*, Sage, London: 257-269.
69. SIEGEL, D. J. (1999), *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*, tr. it. *La menterelazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina, Milano 1999.
70. SIEGEL, D. J. (2003), An interpersonal neurobiology of psychotherapy: The developing mind and the resolution of trauma, in SOLOMON, M., SIEGEL, D. J. (Eds.), *Healing Trauma: Attachment, Mind, Body, and Brain*, W.W. Norton & Company, New York: 1-56.
71. SIEGEL, D. J., SIEGEL, A. W., AMIEL, J. B. (2006), Mind, Brain and behavior, in WEDDING, D., STUBER, M. D. (Eds.), *Behavior and Medicine* (4th ed.), Hogfre & Huber, Cambridge: 3-22.
72. SCHORE, A.N. (1994), *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*, Norton, New York.
73. SCHORE, A. (2003), *Affect Dysregulation and Disorders of the Self.*, Norton, New York.
74. SCHORE, A. (2008), Modern attachment theory: the central role of affect regulation in development and treatment, *Clin. Soc. Work J.*, 36: 9-20.
75. SCHORE, A. N. (2009a), cit. in CARETTI, V., CAPRARO, G., SCHIMENTI, A. (2013), *Memorie traumatiche e mentalizzazione*, Astrolabio, Roma.
76. SCHORE, A. N. (2009b), Right brain affect regulation: An essential mechanism of development, trauma, dissociation, and psychotherapy, in FOSHA, D., SIEGEL, D., SOLOMON, M. (Eds.), *The Healing power of emotion: Affective neuroscience, development, clinical practice*, Norton, New York: 112-144.
77. SCHORE, A. N. (2009), Attachment trauma and the developing right brain: origins of pathological Dissociation, in DELL, P. F., O'NEILL, J. A. (a cura di), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*, Rutledge, New York.
78. SCHORE, A. N. (2009), La disregolazione dell'emisfero destro. Attaccamento traumatico e psicopatogenesi del disturbo post-traumatico da stress, in WILLIAMS, R. (Ed.), *Trauma e relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*, Raffaello Cortina Editore, Milano: 89-136.
79. SCHORE, A., et al. (2011), Affects of trauma-related cues on pain processing in posttraumatic stress disorder: an fMRI investigation, *J. Psychiatry Neurosci.*, 36: 6-14.

80. SCHORE, A. N. (2016), The right brain implicit self: A central mechanism of psychotherapy change process, in SCHORE, A. N., *Unpressed unconscious, implicit memory and clinical work*, Karnac, London.
81. SHULMAN, B. H., MOSAK, H. H. (1988), *Manual for Life Style Assessment*, tr. it. *Manuale per l'analisi dello Stile di Vita*, Franco Angeli, Milano 2008.
82. STERN, D. N., SANDER L., NAHUM, J. P., HARRISON, A. M., LYONS-RUTH, K., MORGAN, A. C. et al. (1998), Non-interpretative mechanism in psychoanalytic therapy, *Int. J. Psychoanal.*, 79: 903-921.
83. TAYLOR, G. J., BAGBY, R. M., PARKER, J. D. A. (1999), *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*, tr. it. *I disturbi della regolazione affettiva*, Fioriti, Roma 2000.
84. THEORET, H., KOBAYASHI, M., MERABET, L., WAGNER, T., TORMOS, J. M., PASCUAL-LEONE, A. (2004), Modulation of right motor cortex excitability without awareness following presentation of masked self-images, *Cognit. Brain Res.*, 20: 54-57.
85. VAN DER HARTO, BROWN, P., VANDERKOLKB, A. (1989), Pierre Janet's Treatment of Post-traumatic Stress, *J. Trauma. Stress*, Vol. 2,4: 1-11.
86. VAN DER KOLK, B. A., McFARLANE, A. C. (2005), *Il buco nero del trauma*, in VAN DER KOLK, B. A., McFARLANE, A. C., WEISAETH L. (a cura di), *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*, Magini Edizioni, Roma: 19-38.
87. VAN DER KOLK, B. A. (1996), The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus, discrimination, and characterological development, in VAN DER KOLK B. A., McFARLANE, A. C., WEISAETH, L. (a cura di), *Traumatic Stress: The effect of overwhelming experience on mind, body and society*, Guilford Press, New York.
88. VAN DER KOLK, B. A. (2014), *The Body keeps the Score*, Penguin Random House Company, tr. it. *Il corpo accusa il colpo*, Raffaello Cortina, Milano 2015.
89. WALLIN, D. J. (2007), *Attachment in Psychotherapy*, tr. it. *Psicoterapia e Teoria dell'Attaccamento*, Il Mulino, Bologna 2009.

Elisabetta Cairo
Via Ventimiglia 41
I-10126 Torino
Email: cairoelisabetta@hotmail.com