

JONATHAN BAYLIN E DANIEL HUGHES

LA NEUROBIOLOGIA DELLA TERAPIA
FOCALIZZATA SULL'ATTACCAMENTO

JONATHAN BAYLIN E DANIEL HUGHES

LA NEUROBIOLOGIA
DELLA TERAPIA FOCALIZZATA
SULL'ATTACCAMENTO

Migliorare la connessione e la fiducia
nel trattamento dei bambini e degli adolescenti



© Istituto di Scienze Cognitive Editore, 2017
ISBN 978-88-97386-27-8

A cura di
Silvia Perrone

Traduzione a cura di
Silvia Rosafio e Silvia Perrone

Grafica copertina e impaginazione
Silvia Brucoli

Stampa
LegoDigit srl, Lavis (TN)

Titolo originale
The Neurobiology of Attachment-Focused Therapy, W.W. Norton & Company
Jonathan Baylin e Daniel Hughes

Istituto di Scienze Cognitive Srl Via Rolando, 16 - 07100 Sassari
www.international-isc.com
www.isceditore.it
isc@istitutodiscienzecognitive.it
editoria@isceditore.it

*A Youngblood e Tyree e i nascituri B. a A,
il futuro*
Jonathan Baylin

Ai Membri della comunità DDPI
Daniel Hugh

INDICE

Prefazione	9
Ringraziamenti	13
Introduzione	15
1. Buon Accudimento e Cattivo Accudimento: le Neurodinamiche della Cura e dell'Attaccamento	23
2. Blocco della fiducia: lo stress e lo sviluppo iniziale del cervello	53
3. Il blocco dell'accudimento: il cervello dei genitori e il ruolo del caregiver	75
4. Il trattamento focalizzato sull'attaccamento: i principali processi di cambiamento	93
5. La costruzione della fiducia nella diade genitore-figlio	111
6. Praticare l'apertura: Risvegliare fiducia e coinvolgimento tramite la relazione e l'estinzione della paura	143
7. Storie di guarigione: Prosodia, Narrativa Integrativa e Co-Creazione di Significato	157
8. Giocare in sicurezza: rafforzare i legami di attaccamento con gioia e co-regolazione dell'umore	173
9. Trattare il blocco dell'accudimento: linee guida per lavorare con i genitori	183
10. Presenza terapeutica: interventi basati sul cervello per rimanere aperti e coinvolti con bambini e caregiver	199
11. Espandere il modello: Mindfulness, EMDR, Neurofeedback e altro	217
<i>Riferimenti bibliografici</i>	227
<i>Lecture consigliate</i>	237

PREFAZIONE

THREE LAYERS OF TRANSPARENCY

*The screen door is partially open
to allow for the cat to come in
and go out at his leisure
This space opens to the outside air
and my arm could easily reach through
to that freshness
The screen door, in a more reserved and veiled way,
also allows the cool morning air
to pass through to the inside
Further to the left of the screen is the glass sliding door
a hard clear shell that, too, allows light to pass through
but clearly defines inside and outside,
Three layers of transparency,
three ways of being
There are times I am glass
when I allow things in and peer out at the world
but remain separate and distinctly myself
At times I am the screen
permeable, allowing light and air to pass through from
either side
with only a skin of protection
when trust has begun to deepen with ones I love
And the open space, that's what I long to be
when all barriers have dissolved
when the air inside is no different than the air outside
and I am free to roam fearlessly in all the spaces
When compassion for myself floods into the open space of
compassion for all*

Eric Baylin, August 2015

Stephanie e Chad erano abbastanza felici della loro vita insieme in un tranquillo sobborgo alla periferia di St. Louis. Avevano due eccezionali ragazze di dieci anni che sembravano sfidare le voci che gli adolescenti sarebbero “burrascosi”, un buon lavoro per soddisfare le loro esigenze, e una forte famiglia allargata. Che cosa avrebbero potuto desiderare di più? Sentivano di avere qualcos’altro da dare, più spazio nella loro famiglia per un bambino che ne aveva bisogno. Dopo molte discussioni con le loro figlie, amici e un assistente sociale, avevano scelto di adottare un bambino, e nel giro di un anno, avevano accolto nella loro casa Mark di nove anni. Egli aveva avuto una vita molto difficile, ma nella sua ultima casa adottiva sembrava stesse migliorando, e avevano fiducia - supportati dal loro assistente sociale - nel poter fornire a Mark la casa di cui aveva bisogno.

Da lì a quattro o cinque mesi, avevano cominciato ad avere dubbi. Erano stati pazienti con Mark, nonostante la sua inosservanza delle regole e dei pochi lavoretti che gli erano stati assegnati. Sapevano che Mark aveva bisogno di tempo per cambiare, ma dopo le prime settimane sembrava cronicamente infelice. Non provava gioia per le cose fatte per lui o con lui. Né chiedeva il loro aiuto quando non era in grado di fare qualcosa o quando commetteva errori. Anzi, mentiva sui suoi errori e s’irritava se dubitavano di lui. Gradualmente la sua irritazione divenne rabbia e la sua rabbia divenne intensa, seguita da minacce e corse nella sua stanza e comportamenti in cui si rifiutava di parlare.

Stephanie e Chad avevano richiesto un trattamento psicologico e avevano parlato con un assistente sociale, mentre Mark vedeva il suo terapeuta. Dopo quattro o cinque mesi, i loro dubbi erano aumentati. Il terapeuta diceva che Mark aveva bisogno di tempo, ma il suo comportamento peggiorava a casa e a scuola. Erano preoccupati perché Mark spesso diceva di odiarli, di non voler vivere con loro, che non erano i suoi genitori e mai lo sarebbero stati.

Quando era stato punito per il suo comportamento, minacciava di fargliela pagare e poi lo faceva realmente. Alcuni oggetti nella loro casa iniziavano a sparire o a rompersi. Mark aveva iniziato a trattare male le loro figlie, proprio come aveva fatto con loro.

Un anno dopo l’adozione, ricordavano a mala pena la famiglia che erano e che avevano desiderato condividere con lui. Litigavano e trascorrevano molto tempo fuori casa. Sperimentavano poca gioia o risate. Stephanie e Chad erano convinti di aver commesso un terribile sbaglio nell’adottare Mark. Si sentivano intrappolati. Avevano smesso di provare amore per lui. Lui era diventato un dovere, un lavoro. Cos’era accaduto?

Dopo aver ricevuto un buon accudimento da Stephanie e Chad per un anno, Mark ancora non si fidava di loro. Si fidava sempre meno, ogni giorno trovava

motivi in più per non fidarsi. Passavano le settimane e i mesi e la loro irritazione aumentava e più lui si convinceva della loro inaffidabilità. Di cosa aveva bisogno Mark per spostarsi dalla sfiducia alla fiducia? Qualunque cosa fosse servita, ora era meno probabile perché Stephanie e Chad avevano smesso di prendersi cura di lui. Era ormai una tempesta perfetta. Mark era arrivato nella sua famiglia adottiva con il blocco della fiducia e nessun comportamento che i genitori adottivi, l’assistente sociale o il suo terapeuta avessero messo in atto, avrebbe potuto permettergli di fidarsi.

Stephanie e Chad avevano sviluppato il blocco dell’accudimento. Anche se Mark avesse intrapreso in qualche modo un passo provvisorio verso la fiducia, probabilmente non avrebbero potuto vederlo o rispondere a esso. La loro risposta primaria era sulla difensiva. Proteggevano i loro cuori dal dolore causato dalla sua forte rabbia e dal suo rifiuto.

Questo libro è scritto per persone come Mark, Stephanie e Chad. Se desideriamo sviluppare la fiducia e ripristinare l’accudimento, dobbiamo sapere in primo luogo cosa impedisce lo sviluppo della fiducia quando un bambino vive in un ambiente amorevole per un lungo periodo. Quali sono le conseguenze dell’abuso e della trascuratezza sullo sviluppo dei cervelli dei bambini? Cosa ostacola la fiducia verso adulti tanto differenti da coloro che li hanno feriti? Dobbiamo sapere cosa noi - genitori e professionisti - potremmo fare per incoraggiare lo sviluppo di tale fiducia.

RINGRAZIAMENTI

A Dan, mio coautore e amico, grazie per avermi portato nel mondo internazionale della terapia focalizzata sull'attaccamento e per avermi messo in contatto con tutti i meravigliosi psicoterapeuti nella rete della psicoterapia diadica evolutiva. Grazie per essere stato disponibile alle riflessioni mattutine sul cervello e sulla terapia, anche se alle volte la tua prima reazione è stata "questa idea non funzionerà". Grazie ai fratelli Eric e Steve, che continuano a ispirarmi mentre invecchiamo. Grazie ai miei giovani colleghi, Brian, Christy, Liz e Stacey, per essere studenti appassionati e terapeuti innovativi che si dedicano al complesso mondo della terapia dell'attaccamento. Al "gruppo del cervello", ormai insieme da tanti anni, vi ringrazio per le discussioni mensili sempre stimolanti quando "mettiamo il cervello in terapia". A Jessica Sinarski, grazie per il tuo entusiasmo e per le tue competenze organizzative nel mettere insieme il programma di studio del cervello degli esperti della salute mentale. Zach, Kate, Ben, Abby, i miei "bambini", voi quattro mi date speranza per il futuro con la vostra passione per la vita e con la vostra creatività. A Ben Yarling della Norton, grazie per essere un editore di supporto, paziente e preciso, per avermi aiutato a rendere questo libro molto più leggibile. Grazie anche, al resto delle persone della Norton per aver contribuito alla nascita di questo progetto. Infine, rendo grazie a mia moglie, Sarah, nota a qualcuno come Porgy, la mia compagna in tutto e per tutto da molti anni, sin da quando ci siamo conosciuti da adolescenti, allora impazienti del futuro, ora guardiamo spesso indietro, con meravigliosi ricordi di 50 anni di buon matrimonio, adesso, benedetto anche con M e M.

Jonathan Baylin

RINGRAZIAMENTI

Grazie a te, Jon, per le nostre vivaci discussioni sulla psicologia e neuropsicologia e anche per quelle conversazioni sul significato della vita, specialmente nipoti e baseball. E grazie ai molti terapeuti e professionisti che erano con me nello sviluppo e nella pratica della psicoterapia diadica evolutiva. Sono tanti da menzionare, ma io vorrei dare la mia riconoscenza a Deb Shell e Robert Spottswood dagli Stati Uniti, Sian Philips dal Canada, e Geraldine Casswell, Kim Golding, Edwina Grant e Julie Hudson dal Regno Unito. Ringrazio i miei bambini, Megan, Kri, e Maddie e mia nipote Alice Rose. Trascorrere il tempo con voi ha dato nuovo significato alle parole sollievo e gioia.

Daniel Huges

INTRODUZIONE

“Se volessimo proteggere i bambini dal pericolo... dovremmo considerare quello che portano nella vita – l’insaziabile spirito dei loro giochi oltre il tentativo di sopravvivere”.
Colywn Trevarthen (2013, p.203)

Come terapeuti e caregiver possono aiutare i bambini maltrattati a recuperare la condizione con cui sono nati? La capacità di sperimentare sicurezza, comfort e gioia con adulti affidabili e amorevoli? Questo è l’argomento del libro. Gli autori hanno collaborato per molti anni al trattamento dei bambini maltrattati e dei loro caregiver. Possiamo aiutare questi bambini a fidarsi e i caregiver a essere “costruttori di fiducia”. Il nostro progetto sta sviluppando un modello scientifico della terapia focalizzata sull’attaccamento che collega gli interventi clinici ai processi bio-comportamentali di fiducia e diffidenza sottostanti.

Il nostro approccio s’inserisce nel crescente campo della neurobiologia interpersonale (IPNB) (Siegel, 2012; Schore, 2013), un modello clinico psicoterapico basato sulle neuroscienze sociali, attualmente in rapida crescita. In particolare, attingiamo da (1) ricerche che mostrano come la prematura esposizione a uno scarso accudimento conduca il cervello del bambino a vivere in maniera difensiva (Perry et al., 1995; Cushing & Kramer, 2005; Roth et al., 2006; Beach et al., 2010; Tottenham, 2012; Meaney, 2013) e (2) ricerche che mostrano come esperienze sociali “arricchite” possano ritrasformare il cervello e supportare un cambiamento bio-comportamentale dalla sfiducia alla fiducia, risvegliando e rinforzando la capacità del bambino per le competenze sociali (Branchi, Francia, & Alleva, 2004; Weaver, Meaney, & Szyf, 2006; Curley et al., 2009; Dozier, Meade, & Bernard, 2014; Humphreys et al., 2015; Moretti et al., 2015).

Il nostro precedente lavoro sullo sviluppo di un modello basato sul cervello del caregiving, ha portato al libro *Brain-Base Parenting* (Hughes & Baylin, 2012), in cui ci siamo soffermati maggiormente sulle neuro dinamiche dell’accudimento, introducendo il concetto di blocco dell’accudimento genitoriale, o semplicemente blocco dell’accudimento. In questo libro abbiamo rivolto la nostra attenzione ai bambini costretti a sviluppare, in seguito al cattivo accudimento, quello che chiamiamo blocco della fiducia: la soppressione d’innati bisogni relazionali (comfort e compagnia) per sopravvivere all’abuso e alla negligenza. I neonati, che non sono consapevoli dell’apprendimento, come imparano a fidarsi o a diffida-

re degli adulti? Il blocco della fiducia è reversibile? Il loro “potenziale bloccato”, relativo all’aver fiducia nelle cure di un adulto affidabile, può essere risvegliato dopo aver vissuto per anni in maniera difensiva? Questi bambini possono imparare a sentire le emozioni sociali – il dolore dato dalla separazione, il rimorso, l’empatia, la gioia dello stare insieme - che hanno dovuto sopprimere in maniera prematura nella vita? In caso affermativo, come compiono questo cammino dalla sfiducia alla fiducia, e cosa si deve verificare nei loro rapporti con gli adulti accudenti per facilitare questo cambiamento? I loro caregiver come sfuggono al rischio di sviluppare il blocco dell’accudimento in seguito alle ripetute esperienze di mancanza di fiducia e come gestiscono la loro compassione verso questi complicati bambini feriti? Come possono caregiver, terapeuti e altri adulti, inviare forti e consistenti messaggi di sicurezza e accedere in profondità in quei cervelli diffidenti?

I bambini sviluppano il blocco della fiducia in risposta a esperienze relazionali con adulti, spaventose e dolorose. La ricerca neuroscientifica rivela che queste esperienze sensibilizzano il “sistema di allarme” neurale (Liddell et al., 2005) denominato sistema di difesa mid-brain, ponendo le basi per la modalità difensiva cronica, il nucleo del blocco della fiducia. Allo stesso tempo, il maltrattamento reprime lo sviluppo del “sistema di coinvolgimento sociale” (Porges, 2011) del bambino, il sistema cerebrale che normalmente sarebbe attivato e potenziato da un buon accudimento. Il maltrattamento innesca reazioni chimiche nei cervelli dei bambini che riducono la sofferenza soggettiva data dal dolore del rifiuto e dall’abuso (Lanius, Paulsen, & Corrigan, 2014), mentre consente loro di rimanere vigili e in modalità difensiva nei confronti dei caregiver incuranti. Questa combinazione di soppressione del dolore e di stile difensivo cronico e irragionevole è al centro del profondo disimpegno emotivo e della diffidenza che vediamo in questi bambini. Il trattamento del blocco della fiducia ha come target il disarmo del sistema di allarme midbrain, e la rimozione del blocco che impedisce al bambino di sentire la necessità di essere accudito e di ricevere comfort dagli adulti. Affinché ciò si realizzi, i bambini devono avere esperienze confortevoli e divertenti con gli adulti, queste possono risvegliare il loro cervello tanto da sperimentare la sicurezza che non hanno mai conosciuto. Hanno bisogno di ascoltare voci amorevoli, di vedere occhi brillanti e di sentire il tocco affettuoso di persone che in qualche modo siano in grado di continuare ad amarli profondamente, di fronte alla loro diffidenza.

Psicoterapia Diadica Evolutiva: un modello basato sul cervello e sull’attaccamento

La psicoterapia diadica evolutiva (DDP) è un modello di trattamento focalizzato rigorosamente sul fornire esperienze con adulti che siano sicure e degne di fiducia, in modo tale da facilitare il processo di cambiamento del cervello e aiutare i bambini con blocco della fiducia a spostarsi dall’atteggiamento cronicamente difensivo al coinvolgimento aperto (Hughes, 2006; 2007; 2011). La DDP mira al cuore del blocco della fiducia: l’interruttore del cervello sociale dove si avvia il processo implicito di valutazione della sicurezza e del pericolo. In questo circuito del cervello usiamo informazioni sensoriali grezze come le espressioni facciali per valutare l’affidabilità a livello preconsciouso.

La terapia focalizzata sull’attaccamento ha bisogno di lavorare, come direbbe con forza Sebern Fisher (2014), “sull’epicentro” della modalità cronicamente difensiva, il cuore del blocco della fiducia e dello sviluppo del trauma. È fondamentale che il terapeuta DDP accolga lo stile difensivo del bambino, antepoendo la connessione alla correzione, con la consapevolezza che il bambino ha dovuto sviluppare questa strategia relazionale per sopravvivere allo scarso accudimento. Questa accettazione radicale della diffidenza del bambino (potrà essere come abbracciare un porcospino) è essenziale nel processo il cui obiettivo è di aiutarlo a fidarsi nuovamente.

I bambini maltrattati che non si sono mai sentiti al sicuro con i caregiver hanno bisogno di sperimentare la sicurezza su almeno tre livelli di base: (1) per sentire il dolore dato dalla disconnessione e per cercare conforto in un adulto meritevole di fiducia; (2) per coinvolgersi in interazioni positive, giocose e gratificanti con un caregiver; (3) per condividere esperienze interiori e per intraprendere un rapporto intersoggettivo con un adulto di fiducia. Questi sono i tre livelli di sicurezza che i bambini devono recuperare dal blocco della fiducia e dalla soppressione delle esigenze di attaccamento.

Nella DDP, il cambiamento è guidato da interventi relazionali e focalizzati sulle emozioni che operano in modo bottom up, creando nuove esperienze positive con i caregiver, e in modo top down, promuovendo un nuovo significato e lo sviluppo di narrazioni più coerenti mentre il bambino comprende di essere in un ambiente sicuro e affidabile. I processi relazionali utilizzati nella DDP sono simili a quelli di creazione della fiducia che i genitori usano con i bambini piccoli per sviluppare un attaccamento sicuro, processi oggi noti come cuscineti per il sistema di difesa del bambino e che favoriscono lo sviluppo sano del cervello (Tottenham, Hare, & Casey, 2009). Il terapeuta del DDP utilizza le competenze

relazionali per aiutare i caregiver e i bambini diffidenti a rivivere i processi reciproci di attaccamento e accudimento che sono stati soppressi poiché erano assenti nelle precedenti relazioni del bambino con gli adulti. La psicoterapia diadica evolutiva aiuta i caregiver e i terapeuti a essere costruttori di fiducia, essendo nella giusta posizione per inviare messaggi di sicurezza nel profondo e in quel circuito di difesa iper sensibilizzato e per attivare il sistema di coinvolgimento sociale.

Quando il sistema di allarme del bambino è disattivato e il suo sistema di coinvolgimento sociale è acceso, egli può iniziare a utilizzare le regioni del cervello più sviluppate, in particolare la corteccia prefrontale, che devono essere attivate per sostenere il nuovo apprendimento per compiere il viaggio dalla diffidenza alla fiducia. Noi mettiamo in relazione i processi della DDP con quelli neurobiologici dell'apprendimento inverso, estinzione della paura, consolidamento della memoria, riflessione, rivalutazione, che dipendono dal risveglio delle regioni prefrontali. Questi processi consentono ai bambini diffidenti di iniziare a imparare dalle esperienze con gli adulti e di cambiare gradualmente le loro menti e il loro comportamento basandosi su nuove esperienze, qualcosa che non saranno in grado di compiere finché i loro cervelli rimarranno nel blocco della fiducia. Utilizzando interventi quali PACE (gioco, accettazione, curiosità, empatia), co-regolazione dell'affetto, narrazione, co-creazione del significato, induzione dello stato emotivo, dialogo affettivo/riflessivo e riparazione relazionale, il terapeuta DDP stabilisce il ritmo della reciproca comunicazione non verbale con il bambino. Poi integra questo coinvolgimento non verbale con parole congruenti con gli eventi traumatici del passato, mentre rimane socialmente coinvolto con PACE, consentendo al bambino di partecipare a questo dialogo senza essere sulla difensiva. Questo consente al bambino di sperimentare l'accudimento in modo diverso e di cominciare a creare nuovi significati per gli eventi traumatici del passato, spostandosi verso lo sviluppo di una narrazione autobiografica coerente. PACE costituisce una mentalità terapeutica o un "atteggiamento" che aiuta gli adulti a inviare messaggi di avvicinabilità e affidabilità nel cervello del bambino, aiutando a prevenire lo scenario di reciproca diffidenza che spesso si sviluppa tra i bambini e gli adulti diffidenti. L'atteggiamento di PACE è l'opposto dell'approccio spesso difensivo dell'adulto nei confronti di questi bambini.

Concentrandosi sulla priorità di creare una connessione sicura con il bambino diffidente, il terapeuta apprende in tempo reale, monitorando costantemente il feedback del bambino, come coinvolgersi con lui. Una volta conseguito un certo livello di coinvolgimento - quello che chiamiamo coinvolgimento leggero - il terapeuta si concentra sull'estensione e l'approfondimento di questa connessione diadica, modellando il processo di coinvolgimento dei caregiver e allenandoli

in modo tale che diventino messaggeri di sicurezza e di fiducia per il bambino. Il terapeuta utilizza il coinvolgimento per aiutare il bambino a muoversi emotivamente da uno stato di chiusura a uno stato di leggera giocosità, verso uno stato di tristezza, con l'obiettivo di aiutarlo a rimuovere, in sicurezza, il blocco neurobiologico dal sistema di ansia da separazione che è una componente importante dell'attaccamento. Questo a sua volta permette al bambino di iniziare a sentire il bisogno di cure e la ricerca di conforto da un adulto che è pronto, disposto e in grado di fornire, un adulto che non ha sviluppato il blocco dell'accudimento.

La DDP include un intenso lavoro con i caregiver per migliorare la loro capacità di sostenere uno stato d'animo premuroso verso il bambino. In termini cerebrali, ciò significa aiutare i caregiver a rafforzare il circuito del cervello che permette loro di "non dar sfogo" e di regolare le loro emozioni e le loro azioni quando si trovano di fronte a comportamenti oppositivi o difensivi. La DDP aiuta i caregiver a fornire il tipo di accudimento arricchito che è necessario per annullare gli effetti negativi della precedente esperienza.

Ecco cosa ci attende. Nel capitolo 1, discutiamo la nuova scienza dell'attaccamento e dell'accudimento e di come i bambini imparino a fidarsi di caregiver sensibili e sperimentino il comfort e la gioia date da connessioni profonde. Nel capitolo 2, presentiamo il concetto di blocco della fiducia, sviluppando un modello basato sul cervello di come lo scarso accudimento costringa i bambini ad adottare uno stile di vita che combini le difese con la soppressione delle "emozioni sociali". Nel capitolo 3, ci rivolgiamo al caregiver della diade, rivisitando il concetto di blocco dell'accudimento che abbiamo introdotto in *Brain-Based Parenting* per sottolineare l'importanza del lavoro svolto con i genitori a livello emotivo per aiutarli a diventare i costruttori di fiducia dei loro figli.

Nel capitolo 4, introduciamo le quattro R del cambiamento - inversione, ri-consolidamento, riflessione e rivalutazione - collegando le neuroscienze al trattamento focalizzato sull'attaccamento. Descriviamo come l'accudimento arricchito facilita il processo di apprendimento disarmando il sistema di difesa del bambino e risvegliando le regioni superiori del cervello, soppresso dalla diffidenza cronica.

Dal capitolo 5, descriviamo gli interventi utilizzati nella DDP per promuovere un cambiamento positivo nella relazione genitore-figlio. Introduciamo PACE, il follow-lead-follow, il dialogo affettivo-riflessivo, la co-regolazione dell'affetto, la co-creazione del significato, la riparazione interattiva e i processi d'induzione dello stato emotivo come interventi che promuovono il cambiamento di base del cervello.

Nel capitolo 6 presentiamo i concetti del risveglio e della pratica di coinvolgimento, interventi che aiutano i bambini a recuperare la loro capacità soppressa e sottosviluppata di sentire il bisogno dell'accudimento e aiutiamo loro a "fare le riparazioni" di coinvolgimento sociale con terapeuti e genitori. Descriviamo in dettaglio il processo che include la co-regolazione degli affetti e introduce l'importante processo d'induzione di stato affinché il terapeuta aiuti il bambino a reintegrare stati emozionali proibiti, in particolare la tristezza, per attivare l'esperienza fondamentale di bisogno di comfort da parte di un caregiver. Questa discussione enfatizza l'intervento cruciale che aiuta il genitore/figlio a ripristinare il processo di chiamata e risposta che è stato deragliato quando il bambino ha dovuto sopprimere prematuramente i suoi bisogni di attaccamento.

Nel capitolo 7, definiamo ulteriormente il processo del dialogo affettivo-ri-flessivo presentato nel capitolo 5 e descriviamo il potere curativo della narrazione e della voce narrante per promuovere il cambiamento. Presentiamo il correlato neuroscientifico delle storie per lo spostamento e l'importanza del tono emotivo o della prosodia del racconto per promuovere il coinvolgimento con i bambini difficili. Da questo coinvolgimento il bambino è in grado di dare inizio alla co-creazione, con il terapeuta e il caregiver, di nuovi significati relativi alla sua storia di vita.

Nel capitolo 8 evidenziamo quanto il gioco sia fondamentale nel trattamento focalizzato sull'attaccamento. Diamo una spiegazione basata sul cervello di come il gioco reciproco tra genitori e figli sia parte del processo di costruzione della fiducia, aiutando a disattivare il sistema di autodifesa nel bambino e nel genitore. I bambini diffidenti raramente hanno sperimentato se stessi e la vita come spontanea, affermando la gioia, la risata, il piacere che intensificano la relazione di attaccamento e forniscono uno sfondo di amore incondizionato e di fiducia che contribuiscono a sostenere il rapporto durante i tempi difficili.

Nel capitolo 9 portiamo l'attenzione al lavoro svolto con il genitore che consente di aiutare i bambini a fare il passaggio dalla sfiducia alla fiducia. Questo intervento inizia con l'aiutare il genitore a sentirsi sicuro e a sperimentare fiducia nel terapeuta e nel processo terapeutico stesso. Con la fiducia stabilita e ristabilita ogniqualvolta sia necessario, i genitori esplorano la loro storia di attaccamento. Inoltre presentiamo interventi e strategie più specifiche, quotidiane, coerenti con il modello di costruzione della fiducia basato sul cervello.

Nel capitolo 10 ci concentriamo sul terapeuta e sull'importanza dei terapeuti che rafforzano la loro capacità di essere nel giusto stato d'animo in relazione a entrambi, genitori e figli, in questo lavoro. Ci concentriamo sulla necessità che i terapeuti capiscano e sappiano rispondere al comportamento difensivo del

bambino o del genitore per rimanere al sicuro. Inoltre poniamo l'accento sulla necessità di riconoscere eventuali errori da riparare con i clienti. È enfatizzata l'importanza sia del lavoro intrapsichico, come la consapevolezza, sia di quello intersichico, come gli schemi di attaccamento del terapeuta.

Infine, nel capitolo 11, discutiamo i modi in cui il modello DDP può essere ampliato per includere più processi, messi in evidenza per ridurre lo stress e la difesa cronica, includendo la pratica della mindfulness, la stimolazione bilaterale, il neurofeedback, la pet-therapy, i processi di integrazione sensoriale, la musicoterapia e altri processi che potrebbero migliorare il lavoro relazionale nel trattamento focalizzato sull'attaccamento.

Nel libro presentiamo aneddoti clinici presi dal nostro lavoro per illustrare gli interventi clinici e mostrare come promuovono il cambiamento. Le vignette sono il risultato di più storie piuttosto che versioni letterali di singoli casi. Sebbene non sia un sostituto degli studi evidence-based della DDP, speriamo che questo modello di cambiamento basato sul cervello condurrà a una ricerca che esplora l'impatto bio-comportamentale di questo trattamento oltre ad aiutare i terapeuti a essere più efficaci nella cura dei bambini che vivono in uno stato di diffidenza generalizzata.

CAPITOLO 1

BUON ACCUDIMENTO E CATTIVO ACCUDIMENTO: LE NEURODINAMICHE DELLA CURA E DELL'ATTACCAMENTO

A differenza dei rettili, il sistema nervoso dei mammiferi non si è evoluto unicamente per sopravvivere in situazioni di pericolo e potenzialmente letali ma per costruire interazioni e legami sociali in ambienti sicuri.

Porges and Lewis (2009, p. 256)

L'esperienza plasma i circuiti neurali alla base del comportamento sociale ed emotivo, dal periodo prenatale alla fine della vita.

Davidson and McEwen (2013, p. 689)

I neonati nascono socievoli, pronti a interagire con il loro mondo. Non devono imparare a ricercare legami stretti con i caregiver. Sono pronti a brillare negli occhi dei loro genitori, a essere una fonte d'incommensurabile gioia, ma al contempo sono inevitabilmente fonte di stress, anche per i genitori più amorevoli. Avendo già appreso la voce della loro madre prima della nascita, entrano nel mondo cercando il suo volto, ponendo particolare attenzione ai suoi occhi. I loro cervelli si attivano quando trovano quegli occhi, specialmente quando si dilatano e s'illuminano mentre ricevono lo sguardo magico della madre (Guastella, Mitchell, & Dadds, 2008). Non è un caso che i neonati abbiano fin dalla nascita occhi grandi e l'abilità di imitare le espressioni facciali dei loro caregiver. Il loro aspetto grazioso e socievole fa parte del disegno della natura il cui obiettivo è di assicurare che i cervelli dei genitori siano reattivi ai segnali del neonato e che diventino ossessionati, nella maniera più amorevole, dal prendersi cura di loro (Noriuchi, KiKuchi, & Senoo, 2008; Carter & Porges, 2013). Esperienze simili attendono anche i nonni fortunati, per i quali sarà facile innamorarsi dei nipoti.

I neonati portano energia ed eccitazione nelle interazioni con i loro caregiver ricettivi, esprimendo quello che Dan Stern (1985) chiama "affetti vitali": la capacità di sentire le sofferenze e i piaceri derivanti dall'essere sociale, il bisogno di conforto e compagnia. Quando i bambini sono ben accuditi, sviluppano una profonda e durevole fiducia nei loro caregiver, godendo dei benefici di un ambiente sicuro in cui giocare, in cui esprimere tutte le loro emozioni e in cui essere esuberanti, appassionati e curiosi.

Che cosa può sopprimere questa vitalità naturale, questa innata prontezza al coinvolgimento sociale? La paura del coinvolgimento. I bambini esposti a un accudimento molto scarso in età precoce, imparano ad avere paura a esprimere i bisogni necessari di conforto e di piacevole compagnia che normalmente portano a legami emotivi duraturi con i caregiver affidabili. Il cattivo accudimento nelle forme di trascuratezza, abuso o assenza di una figura di attaccamento può forzare i bambini a sopprimere i loro bisogni basati sull'attaccamento, portandoli a limitare il coinvolgimento con adulti ai quali altrimenti si sarebbero avvicinati per essere confortati, per condividere pensieri e sentimenti e con cui essere spensierati. Piuttosto che impegnarsi completamente con i caregiver inaffidabili, soffocano i loro bisogni relazionali e imparano a essere autosufficienti, mantenendo i caregiver a debita distanza. Questo modo di vivere sulla difensiva ha come esito quello che chiamiamo "blocco della fiducia", un complesso adattamento dello sviluppo imposto ai bambini che non possono dipendere dai caregiver per soddisfare i loro bisogni emozionali e sociali. Incontriamo Mavis e Danny, due esseri intrinsecamente socievoli che si trovano in età precoce, in ambienti sociali radicalmente diversi.

La storia di due cuochi

Mavis ha quindici mesi e la sua mamma la tiene con un braccio mentre con l'altro prepara delle uova strapazzate. "Questo è tutto, bambina mia. Mescoliamole ancora un po' e poi aggiungiamo un pizzico di pepe." La mamma offre a Mavis lo spargipepe e le dice: "Scuotilo, scuotilo, scuotilo. Tu sei la migliore assistente che io abbia mai avuto." Mavis sorride mentre condisce le uova dorate che ha strapazzato con la mamma. Questa è la meravigliosa danza della cucina con un braccio solo, mentre madre e figlia restano in contatto per iniziare un altro giorno insieme nella vita di questa bambina fortunata.

Danny ha due anni. Sua madre dorme sul divano dopo una notte in cui ha fatto uso di droga e si è azzuffata con il padre di Danny. Lui sta aprendo un barattolo di burro di arachidi per prepararsi un sandwich per colazione. Prova a svegliare sua madre, ma lei lamentandosi si gira dall'altra parte per dormire ancora un po'. All'età di sette anni, Danny è accudito dai nonni. Rivolgendosi ai nonni dice: "Io vivrò con voi solo il tempo necessario affinché possiate insegnarmi a preparare la cena, dopodiché potrò andare a casa per stare con la mamma." Il nonno lo stringe forte e gli dice: "Ti manca così tanto. Tu hai fatto del tuo meglio per prenderti cura di te stesso e di tua madre. Sei un ragazzo così sveglio e coraggioso". Danny

sorride e si tira in dietro. Lui non vuole nessun conforto da suo nonno. Questo lo farebbe sentire piccolo e bisognoso.

Mavis e Danny si trovano su traiettorie di sviluppo diverse, si preparano a vite molto differenti basate su quello che hanno appreso molto presto sulla natura delle persone, inclusi loro stessi. Ora sappiamo dalle neuroscienze che i loro cervelli si stanno sviluppando in maniera differente in risposta al diverso tipo di accudimento che stanno sperimentando.

L'accudimento premuroso che Mavis sperimenta promuove un modello di sviluppo cerebrale che favorirà un'infanzia tranquilla e durante la quale potrà immergersi nelle cure amorevoli dei suoi genitori. Con il passar degli anni imparerà da loro, potrà rallegrarli e allo stesso tempo insegnargli come prendersi cura di lei. Mavis può gironzolare per esplorare servendosi di loro come una base sicura, per poi condividere l'emozione delle sue scoperte. Saldamente attaccata ai suoi fidati caregiver, cura queste relazioni ed è profondamente impegnata nel farle andare avanti. Ama guardare i volti dei suoi genitori, specialmente i loro occhi e ama ascoltare i suoni musicali delle loro voci mentre esprimono la loro totale gioia.

Danny non è così fortunato. Lui ha già perso la sua innocenza e buona parte della sua infanzia, costretto a badare a se stesso fin da bambino. Deve essere sempre vigile in presenza dei caregiver per cogliere segni che indichino che stanno per litigare, fargli del male, o semplicemente che lo ignoreranno, lui è già diventato un piccolo uomo, ha poche occasioni per giocare, piangere o per essere curioso del suo mondo. Danny non rallegra nessuno; fa del suo meglio per tenersi al sicuro in un mondo dove non si aspetta che le persone adulte si prendano cura di lui o che gioiscano della sua presenza. Mentre Mavis guarda occhi amorevoli e si sente preziosa, Danny evita gli occhi dei suoi caregiver, avendo trascorso i suoi primi anni vedendo occhi che erano variabilmente assenti, arrabbiati o terrorizzati, occhi che lo spaventavano e lo facevano sentire non amato, svalutato, invisibile.

Mentre Mavis può concedersi il tempo di cui ha bisogno per crescere, Danny deve effettivamente accelerare il suo sviluppo e andare avanti in un mondo pieno di mancanze. Se l'ambiente è stimolante e favorevole, la neurobiologia si ottimizzerà per favorire la crescita e lo sviluppo, se l'ambiente è duro, la neurobiologia si ottimizzerà per la parsimonia e le avversità (Nim Tottenham, 2014, p. 2).

L'esperienza condiziona lo sviluppo del cervello

I neuroscienziati hanno imparato che ciò che accade nei primissimi anni di vita, in termini di buono e cattivo accudimento, influenza lo sviluppo del cervello attivando e inibendo geni nei sistemi o nei circuiti che sono in fase di sviluppo (Weaver, Meaney, and Szyf, 2006; Champagne and Curley, 2011). L'interazione tra geni e ambiente è detta epigenetica, un processo nato dalla ricerca sul cancro (Baylin and Ohm, 2006) e recentemente al centro delle neuroscienze dello sviluppo. La ricerca, in rapida crescita, rivela come le esperienze con i caregiver influenzino il modo in cui i geni "si comportano" nel cervello del bambino, geni che sono coinvolti nella costruzione di tutti i principali neurotrasmettitori come dopamina, serotonina, oppioidi e ossitocina e che supportano la formazione di un attaccamento sicuro. Epigeneticamente, buon accudimento e cattivo accudimento possono sia risvegliare sia inibire geni che dirigono lo sviluppo strutturale del cervello del bambino. Questi processi epigenetici aiutano a costruire i principali sistemi cerebrali che costituiscono il cervello sociale (Callaghan et al., 2014).

Il cervello del neonato, principalmente l'emisfero destro (Chiron et al., 1997), attende input dalle esperienze con i caregiver per iniziare ad adattare la sua struttura e il suo funzionamento in base al tipo di accudimento ricevuto (Belsky, 2005, 2013). La qualità del primo accudimento presagisce una vita di "latte e miele" dove le risorse sono abbondanti e altri gioiscono della tua presenza? O la vita sarà costantemente stressante, un mondo in cui ognuno pensa ai propri interessi lottando in ogni momento per le scarse risorse, un mondo in cui è meglio non fidarsi, dove nessuno sguardo è sicuro? O la vita sarà una via di mezzo, con livelli di fiducia che gradualmente decrescono dal mondo della famiglia al vicinato, alla scuola, alla comunità a situazioni sociali più distanti caratterizzate dalla presenza di sconosciuti? Rispondere a queste domande fondamentali sulla natura del mondo sociale e adattarsi di conseguenza è esattamente quello che fa il cervello preverbale del bambino, anche se il neonato non ha consapevolezza del suo processo di apprendimento sociale. Questo tipo di apprendimento è implicito, guidato dalle emozioni, forse è il più potente tipo di apprendimento che gli umani sperimentano nella vita, apprendimento che resta con noi, è letteralmente integrato epigeneticamente nei nostri cervelli e nei nostri corpi. Che tipo di messaggi inviati dai caregiver innescano effetti epigenetici nel cervello del neonato e quali sistemi cerebrali sono sensibili a questi effetti? In primis i segnali non verbali delle espressioni facciali, i toni della voce, i diversi tipi di contatto, input multisensoriali inviati al cervello del bambino, influenzano la costruzione di diversi sistemi cerebrali che insieme costituiscono il cervello sociale.

Faccia, Voce, Tatto: come i caregiver entrano nel cervello di un bambino

I neonati sono in grado di prestare attenzione a quegli aspetti della presenza dei caregiver che hanno immediata rilevanza per la loro sopravvivenza. Dalla nascita, il neonato risponde diversamente alle esperienze sensoriali che causano piacere e sofferenza. Distinguere le esperienze piacevoli da quelle dolorose permette l'apprendimento dell'avvicinamento e dell'allontanamento, comportamenti fondamentali per lo sviluppo sociale (Berridge & Kringelbach, 2008). Tutte le informazioni sensoriali esterne - gli occhi della madre che brillano, il tono della sua voce, il calore del contatto dei genitori - sono smistate in una regione del cervello del neonato che le può valutare rapidamente, in conformità a quanto sono rilevanti per la sopravvivenza, stabilendo se l'avvicinamento sia sicuro o dannoso, spaventoso o qualcosa da evitare.

Questo è il lavoro svolto da una parte ormai famosa del cervello, l'amigdala. Essa funziona negli umani prima della loro nascita ed è pronta ad aiutare il bambino a riconoscere il pericolo e la minaccia nei caregiver. Infatti, questo è il modo in cui tutti i mammiferi neonati apprendono come comportarsi con le loro madri per sopravvivere. Affinché il neonato si senta al sicuro con il caregiver, quell'adulto deve convincere l'amigdala del bambino che questa vicinanza sia positiva. I genitori devono essere dei sussurratori dell'amigdala (Cozolino, 2016) o, usando il gergo della recente neuroscienza, "tamponi sociali" (social buffers, Tottenham, 2014), qualcuno la cui sola presenza segnali sicurezza e calmi la parte dell'amigdala che altrimenti attiverrebbe l'allarme, innescando reazioni difensive. L'amigdala dirige il primo apprendimento di avvicinamento e allontanamento in un modo che è fondamentale per imparare a diffidare o a fidarsi dei caregiver.

Neurocezione: rapida, rivelazione inconsapevole di minaccia e sicurezza

Il modo più veloce per inviare messaggi di sicurezza a un altro cervello è attraverso la comunicazione non verbale, che è generata e processata principalmente nell'emisfero destro (Corrigan, 2014). I segnali non verbali raggiungono il generatore di emozioni del sistema limbico dell'emisfero destro e rapidamente vengono smistati all'amigdala per una rapida valutazione di sicurezza o minaccia. Stephen Porges (2011) chiama questo processo di valutazione ultra veloce "neurocezione" per differenziarla dal più lento e più conscio processo di percezione. Il processo neurocettivo impiega meno di cinquanta millisecondi, mentre ci vogliono circa 300 millisecondi affinché il cervello formi un'immagine nitida

del volto di qualcuno. Attraverso questo processo, i segnali non verbali prodotti da altre persone possono avvicinarci o allontanarci da loro molto più velocemente rispetto al tempo necessario per comprendere il significato delle parole pronunciate dagli stessi. A causa di questa differenza nella velocità di elaborazione, la comunicazione non verbale prevale su quella verbale quando si tratta di generare sensazioni di sicurezza o minaccia tra un genitore e un bambino. I terapeuti osservano quanto detto tutte le volte che si trovano a lavorare con gente altamente difensiva, sensibile al rifiuto, per la quale una minima variazione nei movimenti degli occhi o nel tono della voce può innescare un istantaneo distacco o anche la dissociazione.

Quando i neonati ricevono un buon accudimento assorbono sguardi, suoni e le esperienze tattili di sicurezza, orientano il loro sistema sensoriale verso l'individuazione della sicurezza piuttosto che del pericolo. Quando i bambini sperimentano uno scarso accudimento succede il contrario. Il sistema neurocettivo del bambino sviluppa una propensione a riconoscere i pericoli per aiutarlo a rimanere abbastanza sicuro in presenza di adulti inaffidabili. Questa predisposizione alla negatività crea "cecità alla sicurezza" rendendo difficile al bambino vedere, udire e percepire i segni di sicurezza nelle sue relazioni con i caregiver. Nel processo di cernita delle esperienze sensoriali, alla ricerca di segnali di sicurezza e di minaccia, i sensi del neonato vengono messi a punto per processare il range di informazioni che sono rilevanti per la sopravvivenza nel suo ambiente specifico. Questo processo di valutazione sensoriale è paragonabile a quello della corteccia uditiva, che inizia a specializzarsi nell'elaborazione dei suoni della lingua nativa del bambino, un compromesso che gli renderà più difficile sentire i suoni che non appartengono alla sua lingua. Prima di compromettere il giovane cervello ai suoni della lingua nativa, il bambino ha la capacità di sentire i suoni di tutte le lingue, dopo questo processo di sintonizzazione, ascoltare questi suoni non nativi diventa più difficile. Per quanto riguarda l'apprendimento basato sull'attaccamento, il neonato viene al mondo con la capacità di vedere, udire e percepire i segni di sicurezza e pericolo e col tempo il suo cervello si dedica a elaborare il tipo specifico di esperienze sociali che sono disponibili in questa prima fase di accudimento.

Un buon esempio di questo processo di messa a punto sensoriale è nel modo in cui il cervello risponde a differenti toni di voce, alla metrica o alla qualità musicale del linguaggio umano. Alcuni modelli di metrica sono intrinsecamente riconosciuti come sicuri, a dispetto di altri riconosciuti come intrinsecamente minacciosi. Il cervello del bambino regola questo sistema di ascolto per essere abile a selezionare i suoni che i primi caregiver usano con lui e tra di loro. Più specificatamente, come descritto elegantemente da Porges e Lewis (2009), a par-

tire dalla reattività dei muscoli nell'orecchio medio ai suoni di sicurezza e pericolo, i canali del sistema uditivo permettono di reagire alle vocalizzazioni di altre persone attraverso il distanziamento difensivo o l'avvicinamento sicuro.

Nel filtrare i suoni vocali sicuri, questi muscoli dell'orecchio interno privilegiano suoni con frequenza più alta facilitando l'abilità di ascoltare i suoni di cordialità e disponibilità, i suoni del "maternese" o il linguaggio diretto ai bambini. Quando l'operazione di filtraggio deve individuare il pericolo, questi muscoli privilegiano i suoni con frequenza più bassa che generalmente in natura sono tipici dei predatori e quindi più minacciosi. Questo include i suoni più bassi di rabbia o fastidio presenti nelle voci di altre persone così come il tono piatto e uniforme del genitore depresso. Concentrando i muscoli dell'orecchio medio sull'intensità dei suoni è più facile riconoscere quelli più bassi di potenziale pericolo, come ad esempio la variazione nella voce di un genitore da un tono di voce più alto e amichevole ad uno più basso che inizia a sembrare collerico.

I bambini che crescono in case minacciose calibrano il loro sistema uditivo per sentire i suoni di minaccia mentre tendono a ignorare o sopprimere i suoni con tonalità più alta, più prosodici, più musicali tipici della sicurezza. Una volta che questo tipo di sintonizzazione prende il sopravvento, questi sistemi devono essere riqualificati, è come apprendere una seconda lingua, quando l'ambiente cambia da minaccioso a sicuro. Nel trattamento focalizzato sull'attaccamento quando i terapeuti utilizzano il tono di voce più alto i bambini quasi invariabilmente rispondono in maniera più positiva e diventano più partecipi. Questi sono i suoni di sicurezza che rapidamente raggiungono il sistema limbico innescando il rilascio di ossitocina nell'amigdala per disattivare la regione sensibile alla minaccia e per permettere al bambino di sentirsi abbastanza sicuro. Se il terapeuta varia il registro utilizzato con uno più basso per discutere un problema, è probabile che il bambino percepisca il tono come intimidatorio e si sposti immediatamente sull'autodifesa. Parole empatiche di conforto possono essere effettivamente un ponte che porta sicurezza all'esperienza di minaccia e angoscia, quindi le parole del terapeuta o del caregiver tendono verso il registro più basso, ma sono espresse con ritmo e intensità lieve, non nella maniera monosillabica tipica di un rimprovero severo.

In questo modo possiamo vedere come i neonati iniziano a imparare a fidarsi o a diffidare dei caregiver in relazione alle cure che ricevono. Vediamo ora come un buon accudimento e un cattivo accudimento influenzino lo sviluppo del cervello. Per fare questo è utile considerare i sistemi cerebrali in fase di sviluppo nel primo periodo di vita, che contribuiscono all'attaccamento e allo sviluppo del coinvolgimento sociale e dell'autodifesa, della fiducia e della sfiducia.

Ci rivolgiamo alle neuroscienze per comprendere come le esperienze di vita siano trasformate in materia cerebrale e scolpiscono o “programmino” il cervello sociale che è in fase di sviluppo. Per comprendere questo complicato argomento attingiamo dal campo delle neuroscienze dello sviluppo sociale, che studiano quanto le prime esperienze relazionali con i caregiver influenzino il modo in cui il cervello del bambino adatta la sua struttura e il suo funzionamento (deHaan & Gunnar, 2009). Per capacitarci di questo processo è utile considerare alcuni sistemi cerebrali principali che si sviluppano durante il primo anno e mezzo di vita, come ognuno di questi sia influenzato dal buon accudimento e dal cattivo accudimento e come l'interazione di questi sistemi differisca nei cervelli dei bambini fiduciosi e diffidenti.

I Cinque sistemi cerebrali primari: coinvolgimento sociale, autodifesa, scambio sociale, sofferenza e reattività allo stress

I sistemi di coinvolgimento sociale, autodifesa, scambio sociale, sofferenza e reazione allo stress nel cervello dei bambini ben accuditi e con attaccamento sicuro differiscono da quelli presenti nel cervello dei bambini accuditi inadeguatamente, con attaccamento insicuro. All'inizio del primo anno di vita, questi sistemi subcorticali sono sensibili alle prime esperienze e sono i bersagli degli effetti epigenetici. Durante lo sviluppo il cervello cresce e questi sistemi diventano connessi a regioni più evolute, come la corteccia prefrontale ventromediale o (nell'acronimo inglese vmPFC) che combina parti della corteccia cingolata anteriore (ACC) e parti della corteccia orbitofrontale (OFC). Quando le connessioni fronto-limbiche diventano abbastanza forti nel cervello del bambino, tipicamente intorno ai 18 mesi, la vmPFC funziona da sistema esecutivo per il cervello sociale, dirigendo l'interazione di questi cinque sistemi primari in maniera top-down (dall'alto verso il basso), sostituendo il processo bottom-up (dal basso verso l'alto) tipico del funzionamento precedente. In effetti, questo aiuta un bambino (e un genitore) a mantenere il controllo durante le interazioni emotivamente “calde”, è la chiave per rimanere in sintonia evitando il reciproco spostamento sulla difensiva, perdendo in tal modo questa buona connessione.

Lo sviluppo del cervello nel bambino favorisce la costruzione di un legame esclusivo con i caregiver che inizia intorno al settimo mese e progredisce fino al primo anno. Questo processo è caratterizzato dalla consapevolezza di sé, compresa l'abilità di distinguere tra persone diverse e tra sé e gli altri. È il periodo della paura dell'estraneo. Il caregiver rappresenta una base sicura, un co-regolatore di emozioni. Un buon accudimento promuove il cambiamento del funzio-

namento da bottom-up a top-down, mentre un accudimento inadeguato tende a mantenere il cervello del bambino in uno stato meno sviluppato, meno connesso, che prolunga sia il funzionamento bottom-up sia la reattività funzionale alla sopravvivenza, come quando si vive in ambienti pericolosi. Quando il funzionamento è regolato dal “better safe than sorry” (meglio prevenire che curare) è adattivo continuare a utilizzare soprattutto i circuiti subcorticali che favoriscono il sistema di autodifesa al coinvolgimento sociale. Il problema è che questo tipo di funzionamento diventa un modello abituale e per il bambino può risultare difficile adattarsi in un ambiente più sicuro. Il trattamento focalizzato sull'attaccamento deve considerare questo uso cronico del sistema di autodifesa, fornire la co-regolazione protettiva di cui il bambino ha bisogno e offrire numerose opportunità di sperimentare un sano sistema di coinvolgimento sociale. Per questo motivo è molto importante per i caregiver avere un sistema auto-regolatore top-down ben sviluppato, in modo tale da essere coinvolti quando è coinvolto anche il bambino. Fortunatamente per il terapeuta, l'epigenetica dei caregiver e dei bambini maltrattati cambia nell'espressione dei geni in risposta alle nuove esperienze che si verificano nell'arco della vita e fornisce un meccanismo neurobiologico che permette di cambiare i nostri cervelli e le nostre menti se la vita ci presenta condizioni radicalmente diverse da quelle che sono state predominanti nel periodo sensibile durante il quale si è appreso se fidarsi o meno.

Differenze nello sviluppo e nell'interazione di questi sistemi cerebrali primari sono alla base di tutti i diversi stili di attaccamento: dal sicuro, all'evitante, all'ambivalente, al disorganizzato. Un buon accudimento favorisce lo sviluppo della resilienza e aiuta il bambino a trascorrere molto tempo nel coinvolgimento sociale e meno tempo nell'autodifesa, essendo capace di sentire, allo stesso tempo, sia la naturale sofferenza sociale data dalla separazione sia di ricercare e beneficiare del conforto che i caregiver possono offrire. In un cervello con attaccamento sicuro, il bambino può regolare il processo di variazione dal coinvolgimento all'autodifesa in una maniera più consapevole utilizzando la vmPFC top-down, regolando in tal modo la reattività dell'amigdala. Questo aiuta il bambino a interagire con un caregiver senza che sia necessario mettersi sulla difensiva. Infine, il sistema di risposta allo stress del bambino sicuro, l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), si attiva e si disattiva efficientemente per aiutare il bambino ad affrontare imprese positive e negative, invece di rimanere costantemente attivo al fine di tenerlo in uno stato di costante prontezza, come fanno i bambini scarsamente accuditi.

Rivediamo ognuno dei cinque sistemi cerebrali primari e come ognuno di essi sia influenzato dal buon accudimento e dal cattivo accudimento.

Il sistema del coinvolgimento sociale

Il coinvolgimento sociale è una caratteristica dei mammiferi, profondamente sviluppata nei primati, che raggiunge l'apice dello sviluppo nell'evoluzione umana. L'abilità esclusivamente umana di sostenere il coinvolgimento sociale, anche quando le interazioni diventano tese, è basata su una nuova parte del sistema nervoso parasimpatico, una regione superiore del nervo vago sopra il diaframma, altamente sviluppata negli umani (Porges, 2011). Questo circuito, così detto smart vagus (tecnicamente il vago ventrale, rispetto al circuito vago dorsale) si è evoluto per rendere i mammiferi competenti (specialmente i primati) nel formare stretti legami sociali, sostenendo il processo di cura e di attaccamento per assicurare la sopravvivenza dei piccoli (e quindi della specie). Il sistema smart vagus connette funzionalmente i muscoli del viso, le corde vocali e un muscolo dell'orecchio medio che regola il processo uditivo con il funzionamento del cuore e dei polmoni. Questo circuito favorisce la nostra abilità sociale: rimanere vicini senza spostarsi in modalità difensiva. Il sistema vago superiore, spiega Porges, agisce come un meccanismo di freno sul cuore, aiutando a regolare i cambiamenti nel ritmo cardiaco (o più precisamente la variabilità del ritmo cardiaco), in base alle mutevoli richieste di energia delle differenti situazioni sociali. Lo smart vagus consente alle persone di rimanere coinvolte e aperte le une verso le altre, piuttosto che portarle a un completo stato difensivo quando le interazioni sociali diventano impegnative, ma non tanto da richiedere realmente una reazione difensiva.

In effetti, avere un buon tono vagale - l'effettivo funzionamento di questo sistema vagale superiore - è la chiave neurobiologica per essere socialmente competenti. Mentre i geni contribuiscono al tono vagale, questo smart vagal system è in fase di costruzione in età precoce ed è reattivo alla qualità delle cure che il bambino riceve. In breve, si sviluppa più efficacemente in un ambiente accudente sicuro che in un ambiente duro e minaccioso. I bambini maltrattati hanno molte più probabilità di avere uno scarso tono vagale a causa del loro atteggiamento difensivo cronico; aiutarli a migliorare il tono vagale è uno degli obiettivi principali del trattamento.

Default Mode Network (DMN) e lo sviluppo del funzionamento riflessivo

Legato al sistema di coinvolgimento sociale è lo sviluppo dei circuiti del cervello che favoriscono l'autoconsapevolezza e la capacità di pensare a sé e agli altri guardando "dentro" anziché "fuori". I neuroscienziati hanno scoperto che noi utilizziamo due differenti sistemi cerebrali per guardare esternamente e in-

ternamente - uno quando ci stiamo concentrando sul mondo esterno e l'altro quando ci stiamo concentrando sulla nostra vita interiore, pensando a noi stessi e alle nostre relazioni (Raichle & Snyder, 2007). Questo secondo stato del cervello è chiamato Default Mode Network (DMN). Nello sviluppo sano il DMN diventa il sistema cerebrale che supporta il funzionamento riflessivo e il "pensiero relazionale" (Mitchell, Banaji, & Macrae, 2005; Broyd et al., 2009). Il DMN è connesso al sistema di coinvolgimento sociale e viene soppresso quando il sistema di autodifesa è attivo. Abbiamo bisogno di un ambiente esterno sicuro per rivolgerci verso il mondo interno e per trascorrere del tempo in modalità default divenendo introspettivi e riflessivi. Il DMN per l'autoriflessione è un processo non disponibile in una persona che è cronicamente sulla difensiva. In effetti, il DMN è la parte pensante del cervello relazionale, dove andiamo quando ci sentiamo al sicuro per riflettere sulle nostre esperienze interpersonali, conferendo un maggiore significato a queste esperienze. Il DMN favorisce quella che Dan Siegel definisce "mindsight" e quello che i neuroscienziati chiamano "mentalizzazione" - il processo di pensare alla vita interiore di altre persone e comprendere come i loro pensieri e sentimenti possano differire dai propri. Quando il DMN è pienamente funzionante possiamo sintonizzarci con un'altra persona, combinare empatia e mentalizzazione, sviluppare uno stato mentale compassionevole verso noi stessi e gli altri. Questo rende il DMN un sistema cerebrale estremamente importante per i caregiver - essenziale per essere in grado di pensare al proprio bambino e sviluppare reazioni più semplici e più adeguate.

Il DMN inizia a svilupparsi piuttosto presto nella vita, durante le ultime fasi dell'infanzia. Il buon accudimento favorisce lo sviluppo del funzionamento riflessivo e l'elaborazione delle competenze già acquisite alla luce delle nuove esperienze (Chen & Miller, 2012). Il cattivo accudimento, al contrario, può sopprimere lo sviluppo di questo sistema, rendendo difficile per il bambino l'essere riflessivo e il trascorrere del tempo a pensare e a dare senso alle esperienze interpersonali. Il DMN non è un posto sicuro dove stare quando non ci sentiamo sicuri del nostro mondo interno e se non siamo impegnati in qualcosa vaghiamo nei nostri pensieri e nelle nostre riflessioni; il nostro mondo interiore è uno spazio da evitare perché è pieno di terrore e vergogna, non un luogo piacevole da abitare e non è opportuno distogliere l'attenzione dall'ambiente circostante. I bambini maltrattati sono spesso doppiamente in pericolo: nel mondo esterno e nel loro mondo interno (van IJzendoorn, 1995; Daniels et al., 2010). Inoltre, rimanere vigili per cogliere i segni di un imminente danno nel mondo esterno sopprime lo sviluppo del DMN. In questo senso, uno degli obiettivi importanti, che ci permette di aiutare un bambino a sviluppare un attaccamento sicuro, è

quello di rendere il suo sistema di default un luogo sicuro, rendendo la sua vita interiore ricca e produttiva, non uno stato mentale da evitare restando costantemente impegnati a rilevare la minaccia (Sripada et al., 2014). Per quanto riguarda il trattamento focalizzato sull'attaccamento, uno dei cambiamenti principali è quello di utilizzare il DMN per iniziare a dare un nuovo significato alle esperienze passate, aiutando il bambino diffidente affinché possa sentirsi al sicuro nel suo "mondo interiore" e compiere un viaggio verso la fiducia.

Il sistema di autodifesa

Tutti hanno bisogno della capacità di difendere se stessi dalle minacce fisiche ed emotive. Il sistema di autodifesa è presente nei bambini sani, con attaccamento sicuro, ben accuditi. Il buon accudimento promuove la sicurezza e riduce il bisogno di difendersi. Questo sistema è conservato per il futuro, quando il bambino entrerà nel mondo e incontrerà nuove sfide che potranno richiederne l'utilizzo. L'autodifesa è radicata in quello che i neuroscienziati chiamano sistema di difesa del cervello medio, un insieme di regioni del cervello coinvolte nella valutazione del pericolo e nell'attivazione di azioni di autodifesa come attacco, fuga e congelamento. Il buon accudimento mantiene questo sistema relativamente quieto, mentre il cattivo accudimento lo mantiene attivo e promuove la crescita e il rafforzamento delle connessioni tra le regioni del cervello che insieme compongono il sistema di difesa del mesencefalo o cervello medio.

Questo sistema è formato da aree cerebrali che elaborano in modo sequenziale informazioni sensoriali, ricevono input dall'ambiente esterno e interno del corpo. Una delle regioni importanti che costituisce questo sistema è il collicolo superiore, una piccola, potente regione in cima al tronco encefalico, appena sotto la parte posteriore del talamo, riceve informazioni dagli occhi, dalle orecchie e dalla corteccia somatosensoriale, innesca la risposta di "orientamento obbligatorio" per attirare l'attenzione su informazioni salienti e poi smista questo pacchetto d'input sensoriale all'amigdala per una rapida valutazione ai fini della sopravvivenza (Field et al., 2008; Lanius, Paulsen, & Corrigan, 2014). L'amigdala può poi innescare reazioni difensive da una parte del cervello medio o del tronco encefalico superiore chiamato sostanza grigia periacqueduttale (PAG) e può anche attivare il sistema di risposta allo stress, l'asse ipotalamo ipofisi surrene (HPA), che produce ormoni dalla ghiandola surrenale. Questo circuito di difesa può fare il suo lavoro in meno di 50 millisecondi, spostando il cervello in modalità di autodifesa se vengono rilevate delle minacce dall'amigdala.

L'amigdala ha connessioni particolarmente forti con la sostanza grigia periacqueduttale, la regione nel cervello dei mammiferi programmata per i comportamenti difensivi e sociali. Il buon accudimento incanala messaggi di sicurezza in questo sistema, tenendo a bada le reazioni difensive mentre promuove il coinvolgimento sociale. Il cattivo accudimento inoltra segnali di minaccia in questo sistema, tenendo le reazioni difensive piuttosto impegnate mentre sensibilizza il percorso dall'amigdala alla sostanza grigia periacqueduttale per rendere estremamente facile "diventare difensivi" (Caldji, Diorio, & Meaney, 2003). Questo circuito semplificato determina reazioni difensive eccessive nei bambini maltrattati, reazioni che inibiscono gli altri sistemi superiori del cervello per favorire una risposta rapida, guidata dall'istinto di sopravvivenza. Questo rende il circuito amigdala-PAG un bersaglio importante nel trattamento di bambini con disturbi dell'attaccamento. La terapia può desensibilizzare questo circuito del cervello medio in modo che i bambini possano sperimentare una relazione di fiducia con un caregiver più rassicurante. Guarda la figura 1.1 per una illustrazione del sistema di difesa del cervello medio.

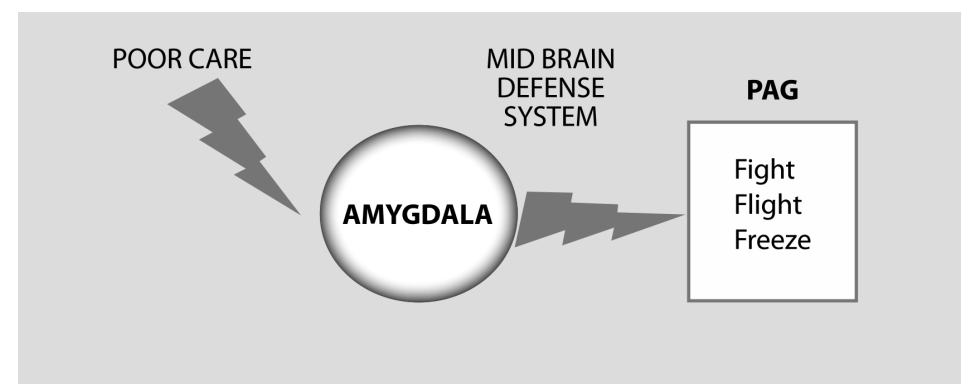


Figura 1.1 The mid-brain defense system

Ossitocina: disarmare il sistema di difesa sociale

Il buon accudimento innesca il rilascio di ossitocina nel cervello del bambino e del genitore. L'ossitocina aiuta a promuovere la fiducia in una diade genitore-bambino inibendo il sistema di autodifesa. Ci sono numerosi recettori dell'ossitocina in tutte le regioni subcorticali del cervello, inclusa l'amigdala e la PAG e questo fa sì che l'ossitocina, rilasciata dall'ipotalamo, sia in grado di inibire o calmare il sistema di difesa (Gimpl & Fahrenholz, 2001). L'ossitocina gioca un ruolo primario nell'aiutare le persone a sentirsi abbastanza sicure, permettendo alle stesse di rimanere aperte durante incontri ravvicinati con partner sociali,

non spostandosi sulla difensiva (Domes et al., 2007; Neuman, 2008). Il rilascio dell'ossitocina nel sistema di difesa del cervello medio, che ha molti recettori, può effettivamente disarmare questo sistema, disabilitando le reazioni difensive e promuovendo un cambiamento verso il coinvolgimento sociale.

L'ossitocina inoltre sembra permettere alla gente di mettersi l'uno nei panni dell'altro empaticamente, sintonizzandoli sulle reciproche esperienze interiori, in particolare esperienze di sofferenza, sia fisica che emotiva. È stato dimostrato che ascoltare storie drammatiche di persone che sperimentano stress estremo e poi riescono a superarlo, l'arco emozionale di molte storie potenti (Zak, 2012), può innescare un cocktail di ormoni dello stress, come cortisolo e ossitocina. Questa combinazione promuove apparentemente il processo di proiezione di noi stessi nella storia, sia sperimentando preoccupazione – un senso di dramma – sia empatia. In termini cerebrali, la repressione prematura del sistema dell'ossitocina derivato dal bisogno di essere sulla difensiva è parte dell'adattamento allo scarso accudimento e deve essere affrontata e fiduciosamente invertita da un buon accudimento e dalla terapia. La ricerca di Zak suggerisce che la narrazione può essere uno dei modi che permette di riavviare il sistema dell'ossitocina nei bambini con blocco della fiducia, insieme a occhi amichevoli, voce gentile e contatto confortante. Di seguito c'è un esempio dell'uso della narrazione e della voce nel trattamento.

Lance aveva quindici anni, solitario, svogliato a scuola, con frequenti sfoghi aggressivi diretti verso i suoi pari (che si verificavano quando credeva che si stessero prendendo gioco di lui) o i suoi insegnanti (quando pensava che fossero ingiusti nei suoi confronti). La sua madre adottiva, Betty, aveva detto al suo terapeuta DDP, prima dell'inizio della sessione, che il figlio aveva assistito alla scena di un bambino di nove anni, molto spaventato, mentre era vittima di bullismo da parte dei suoi compagni di classe. Lance aveva allontanato i bulli e poi accompagnato il ragazzino a due isolati dalla sua abitazione. Quando il terapeuta chiese informazioni a riguardo, lui non diede peso a quello che aveva fatto, dicendo che il ragazzino non meritava quello che gli stavano facendo. Il terapeuta fece una pausa, guardò fuori dalla finestra e divenne animato. Disse rapidamente, con un senso di urgenza e con la necessità di comprendere:

Terapeuta: Non lo capisco! Non lo capisco! La gente dice che tu sei semplicemente come tuo padre! Anche tu me lo hai detto! Tu hai detto, "Io sono esattamente come mio padre!"

Lance fissò il terapeuta: Quindi...

Terapeuta: Quindi tuo padre era solito colpirti e prenderti a schiaffi quando avevi nove anni! E tu non te lo meritavi! Se tu ti fossi aggregato e avessi colpito o preso in giro quel ragazzino allora saresti stato come tuo padre! Ma non lo hai fatto! Cosa vuol dire questo? Cosa vuol dire questo?

Lance: Non lo so!

Terapeuta: Dobbiamo capirlo! Che cosa vuol dire?

Lance: Significa che non sono come mio padre! (Lance si fermò, confuso e scioccato da quello che aveva detto. Poi disse di nuovo e questa volta più lentamente) Io non sono come mio padre!

Terapeuta: (ora rendendo il suo tono più morbido e ritmico) Tu non sei come tuo padre! Tu non sei come tuo padre!

Lance: (sembrando stordito) Io non sono mio padre!

Terapeuta: (con lo stesso tono gentile) Allora chi sei?

Lance: (sospirando) non lo so.

Terapeuta: Immagino che sia qualcosa che dobbiamo capire, vero? Chi sei tu? (rivolgendosi a Betty con tono calmo) Betty, credo che Lance sia molto confuso ora. Suo padre lo picchiava malamente, molto malamente, e in qualche modo Lance sapeva che questo non era giusto. Lui meritava di meglio. Eppure non ne era sicuro e probabilmente pensava di essere un bambino cattivo e di meritarselo. L'intera cosa è molto difficile per lui, era molto arrabbiato per questo. Molto arrabbiato. Ogni volta che ha mostrato la sua rabbia, come è accaduto anche con te in alcune circostanze, ha pensato di essere suo padre. E ora lui aiuta il ragazzino bullizzato ed è molto confuso. Ha dimostrato cura e protezione verso quel ragazzino. Cose che suo padre raramente, se non mai, ha mostrato nei suoi confronti. Vedi quelle parti di Lance che non sono simili a suo padre?

Betty: Sì, vedo spesso qualità straordinarie in Lance.

Terapeuta: Ma lui si arrabbia.

Betty: Oh, sì, lo fa. A volte più con me che con gli altri. So di che si tratta e non credo che sia come suo padre.

Lance: Che cosa vuol dire allora, quando t'insulto e ti urlo contro?

Betty: Significa che ho fatto qualcosa e pensi che forse io lo abbia fatto perché non mi importa di te. Che sono cattiva con te. Forse sembra anche che io sia quasi cattiva come quando tuo padre t'insultava e ti picchiava.

Lance: Ma tu non lo sei. Io so che non lo sei (con voce tremante e occhi lucidi).

Betty: Sono contenta che tu lo sappia, Lance. Sono contenta. Anche se a volte penso che tu semplicemente te ne dimentichi e non sembra tu ne sia consapevole come in questo momento. Continueremo a lavorarci. Ok?

Lance: Sì (Betty si avvicina a toccarlo, lui si sporge verso di lei e lei gli dà un abbraccio).

Terapeuta: Tutti e due... Tutti e due... Lavorate così duramente. State facendo in modo che accada, Lance scoprirà chi è veramente.

Da lì, Lance continuò il difficile processo di cambiamento e sviluppo di una nuova identità basata sulla fiducia in Betty. In questa sessione, la voce narrativa del terapeuta ha evocato l'impegno intersoggettivo di Lance tramite l'evento in cui ha protetto il ragazzo dai bulli e ha usato questo evento per iniziare a sviluppare una nuova narrazione che potrà cambiare radicalmente il significato dell'abuso subito.

Il Social Switching System

Oltre ai sistemi di coinvolgimento sociale e di autodifesa, abbiamo bisogno di un sistema cerebrale che orchestri il processo di spostamento avanti e indietro tra il coinvolgimento sociale e l'autodifesa, in base a come i nostri cervelli valutano la minaccia e la sicurezza durante le interazioni con altre persone. Questo sistema è denominato "Social Switching System" o "sistema di commutazione sociale". Il buon accudimento influenza lo sviluppo di questo sistema verso il coinvolgimento sociale e il cattivo accudimento influenza lo sviluppo di questo sistema verso l'autodifesa. Il trattamento deve rinforzare il sistema di coinvolgimento sociale (Lanius, 2014).

Nella prima infanzia, il processo di social switching fra coinvolgimento sociale e autodifesa è orchestrato subcorticalmente, principalmente dall'amigdala e dalle sue connessioni con altre regioni subcorticali che promuovono l'approccio sociale e l'evasione sociale. Questo cambiamento di stato bottom-up, guidato dall'amigdala, è il primo stadio nello sviluppo del sistema di regolazione. Mentre il cervello cresce e matura in una condizione di buon accudimento, questo sistema di variazione subcorticale, più primitivo, diviene connesso a quelle regioni prefrontali superiori del cervello, la vmPFC, che collega le parti della corteccia cingolata anteriore e orbitofrontale all'amigdala e ad altre regioni subcorticali per formare il sistema frontolimbico (Johnston et al., 2006). Lungo la strada, l'ippocampo si attiva per collaborare con l'amigdala e la vmPFC nella creazione di un sistema di regolazione più maturo e flessibile. Nello sviluppo sano del cervello, la corteccia prefrontale ventro mediale diventa in ultima analisi il sistema esecutivo che regola il processo di spostamento tra il sistema di coinvolgimento sociale e il sistema di autodifesa, orchestrando questo processo in un approccio top-down basato sulla capacità di inibire l'amigdala e, con input del complesso ippocampale, porta informazioni più elaborate nel momento in cui è necessario decidere se rimanere impegnati o se passare in modalità difensiva. In un sistema auto-regolatore ben sviluppato, la vmPFC e l'ippocampo si attivano automaticamente quando l'amigdala rileva una minaccia, consentendo l'elaborazione top-down per avere un effetto rapido sulla reattività dell'amigdala.

Variazione di stato bottom-up: il lavoro dell'amigdala

In uno sviluppo sano il cambiamento dei nostri stati interni, sia mentali che fisici, è guidato dalle regioni del cervello prefrontale. Nei bambini maltrattati, invece, è un processo rapido determinato dall'amigdala. Un neuroscienziato descrive l'amigdala come segue:

Se si guarda una mappa delle connessioni cerebrali, l'amigdala potrebbe apparire come la Grand Central Station. Ottiene segnali da tutto il cervello e invia segnali in tutto il cervello. L'amigdala ha una posizione privilegiata che le permette di incorporare informazioni circa il significato emotivo degli eventi, garantire la crescita delle funzioni cognitive, quali percezione, attenzione, memoria e selezione e per dare priorità a questi eventi. (Phelps, 2009, p. 216)

L'amigdala lavora sin dalla nascita e si sviluppa in base alla qualità del primo accudimento, adattando la sua struttura e il suo funzionamento in base agli stimoli sensoriali che riceve dall'interazione con questi primi "programmatori"

dello sviluppo cerebrale (Tottenham, Hare e Casey, 2009). L'attività dell'amigdala guida la crescita dei sistemi di coinvolgimento sociale e di autodifesa, favorisce la crescita e lo sviluppo di connessioni tra le regioni interne di questi due sistemi (Barr et al., 2009; Whalen & Phelps, 2009).

Questo sistema valuta rapidamente una situazione come positiva (sicura) o negativa (minaccia) - un comportamento non verbale di un'altra persona: espressioni facciali, toni emotivi di voce (prosodia), linguaggio del corpo. Chiaramente, i neonati imparano ad aver fiducia o a diffidare dei caregiver affidandosi ai circuiti del cervello che non riguardano ancora processi cognitivi più elevati o il linguaggio. Anche più tardi nella vita quando abbiamo maggiori facoltà cognitive, continuiamo a valutare la fiducia e l'avvicinabilità di altre persone, almeno inizialmente, utilizzando questo stesso sistema di elaborazione non verbale. La differenza tra il neonato e l'adulto è che il neonato non ha ancora le risorse cerebrali per andare oltre a questo veloce, automatico sistema di valutazione. Il bambino è un'apprendista rigorosamente sensomotorio, impegnato a processare le espressioni facciali immediate, i toni della voce e le sensazioni tattili incontrate durante l'interazione con l'adulto insieme ai messaggi viscerali e propriocettivi che vengono dal suo corpo durante questi incontri. Il cervello del bambino forma forti associazioni tra segnali sociali esterni del caregiver e segnali interni del corpo per costruire un sistema di memoria sociale che i teorici dell'attaccamento chiamano "modello operativo interno" delle relazioni, un modello implicito del cervello che il bambino usa inconsapevolmente per navigare nel mondo sociale e prevedere come le altre persone si comporteranno.

Il sistema di valutazione rapida, con l'amigdala al suo epicentro, reagisce a esperienze sia positive sia negative determinando la "predisposizione alla negatività". Quando incontriamo qualcosa che ci spaventa e ferisce, fisicamente o emotivamente, le nostre "amigdale" tendono a reagire fortemente. La ricerca mostra che vi è una correlazione molto forte tra il livello di attivazione dell'amigdala a qualcosa che ha significato emotivo e quanto bene ricordiamo questo "qualcosa" più tardi nella vita (Öhman, 2009).

Ecco perché abbiamo ricordi così forti di momenti della nostra vita in cui siamo stati feriti, fisicamente ed emotivamente, così come i ricordi di quando sono successe cose negative a noi o a quelli che amiamo. La forza di questi ricordi guidati dalla paura - e dal dolore - ha molto a che fare con il perché non sia facile sentirsi al sicuro in situazioni che ricordano al nostro cervello dei tempi in cui siamo stati feriti o spaventati. L'amigdala collega i sentimenti del dolore e della paura alle cose o alle persone che provocano quei sentimenti e poi tende a generalizzare queste reazioni emotive condizionate a categorie di cose o persone

senza fare delle accurate distinzioni che potrebbero fornire vitali "notizie di una differenza" e spegnere il sistema di allarme. Questo può spiegare perché i bambini diffidenti che sono stati traumatizzati da un caregiver, più tardi generalizzano eccessivamente e reagiscono con diffidenza anche ai caregiver sicuri. Questo può aiutarci a capire perché alcuni bambini fanno un'ampia distinzione tra le varie categorie di adulti, evitando i "caregiver" e avvicinandosi agli sconosciuti.

L'inclinazione alla negatività sembra essersi evoluta per assicurare un approccio alla vita del tipo "meglio prevenire che curare", un processo che inevitabilmente genera molti falsi allarmi in ambienti sicuri. Poiché le interazioni umane sono complesse e spesso ambigue per quanto riguarda le intenzioni e i reali sentimenti delle persone, l'amigdala tende a essere orientata verso un significato negativo dell'evento. È importante che gli adulti lavorino per ridurre l'ambiguità quando interagiscono con bambini diffidenti. Meglio essere molto chiari - verbalmente e non - rispetto al fatto che il bambino sia al sicuro con noi. Questo è il motivo per cui il trattamento focalizzato sull'attaccamento, e in particolare il DDP, pone così tanta enfasi nell'aiutare i caregiver a essere in uno stato mentale che invia messaggi coerenti con la sicurezza a quei cervelli diffidenti, in particolare modo all'amigdala iperattiva del bambino. Questo è il motivo per cui un terapeuta DDP esprime il suo interesse durante la terapia con il bambino attraverso il "non verbale", al contrario del terapeuta più tradizionale che mantiene una posizione per lo più neutra.

Più giovane è il bambino, più dominante è il ruolo dell'amigdala nell'orchestrare le risposte alle esperienze emotivamente salienti, soprattutto nelle interazioni con i caregiver. In questo senso, i bambini piccoli sono creature molto più "amigdaloidi" rispetto alle persone anziane, più vulnerabili alle loro emozioni. Quando l'amigdala dirige le reazioni, ciò che uno sente è quello in cui poi crede; emozioni forti guidano il processo di significazione. Solo quando superiamo la valutazione rapida degli eventi dell'amigdala per utilizzare il più lento processo cerebrale del funzionamento riflessivo possiamo dare un senso più ricco, più complesso e migliore alle esperienze interpersonali. Aiutare i bambini con il blocco della fiducia ad andare oltre il loro modo di ragionare amigdaloidi per impegnarsi nel "funzionamento affettivo/riflessivo" (Hughes, 2007) è un obiettivo fondamentale del trattamento focalizzato sull'attaccamento.

L'ippocampo: contestualizzare le esperienze per rilevare le differenze tra passato e presente

Una seconda tappa nello sviluppo del Social Switching System si verifica quando l'ippocampo entra in scena, unendosi all'amigdala, nell'elaborazione

delle informazioni sensoriali per aiutare il bambino a decidere se sia sicuro avvicinarsi a un caregiver. L'ippocampo, che è posizionato vicino all'amigdala al centro del lobo temporale in entrambi i lati del nostro cervello, è una regione essenziale per contestualizzare le esperienze rispetto al tempo e al luogo e aiuta a distinguere tra le diverse persone nella propria vita. Il buon accudimento promuove lo sviluppo epigeneticamente sano dell'ippocampo, programmando l'espressione dei geni in questa regione del cervello in modo da rendere l'ippocampo funzionale connesso con l'amigdala e le regioni prefrontali. Lo sviluppo di questi collegamenti tra la vmPFC, l'amigdala e l'ippocampo è un aspetto fondamentale dell'acquisizione della capacità di regolare le emozioni e il cambio di stato in modo più consapevole, resiliente, adattativo. Il cattivo accudimento sopprime lo sviluppo di questa connettività, impedendo che la vmPFC, l'amigdala e l'ippocampo lavorino bene insieme in maniera integrata. Si ritiene che il processo di sviluppo di attaccamento selettivo verso un adulto, che di solito emerge tra i 7 e 12 mesi, dipenda in parte dall'inizio del funzionamento ippocampale che consente al bambino di distinguere le persone ed è la base per la "paura dell'estraneo". L'ippocampo continua a maturare e diventa più connesso con altre regioni del cervello, tra cui la corteccia prefrontale, con l'avanzamento della vita e probabilmente in un cervello sano continua a svilupparsi per tutta la vita (Benes, 1998). Prima dell'attivazione dell'ippocampo, specialmente nei primi 6 mesi di vita, le esperienze con i caregiver, intense dal punto di vista emozionale, sono principalmente processate in modo amigdaloide, senza l'input dell'ippocampo che può aiutare a collocarle nel tempo e nello spazio, per determinare ciò che i neuroscienziati chiamano "contestualizzare la memoria prima che sia memorizzata nel cervello".

L'ippocampo è una parte del cervello del bambino vulnerabile agli effetti tossici dello stress e delle sostanze chimiche eccitanti, in particolare quando questi prodotti chimici vengono rilasciati in modo cronico per sostenere la necessità di un'ipervigilanza continua. Nel tempo, l'ippocampo può subire variazioni strutturali: perdita di ramificazione dendritica neuronale che alla fine causa il restringimento dell'ippocampo e la perdita di connessioni sinaptiche con altre regioni del cervello. Inoltre, la neurobiologia dello stress cronico può sopprimere il processo molto importante della neurogenesi, la produzione di nuove cellule cerebrali nell'ippocampo. Alcune di queste cellule staminali neuronali sopravvivono e prendono il loro posto nel sistema ippocampale per aiutare a supportare il nuovo apprendimento, quindi la soppressione della neurogenesi nell'ippocampo distrugge la capacità di imparare cose nuove dalle nuove esperienze. Questo potrebbe essere in parte ciò che succede nei bambini esposti prematuramente a

maltrattamento e quanto detto può ostacolare le interazioni con nuovi caregiver e condizionare la fiducia negli adulti.

Il trattamento e il buon accudimento devono calmare l'amigdala per ripristinare un funzionamento migliore dell'ippocampo in modo che il bambino possa effettivamente confrontare il presente con il passato, sentire le disparità e imparare dalla differenza.

Attraverso le connessioni vmPFC -amigdala-ippocampali, il cervello del bambino immagazzina le esperienze di attaccamento con un caregiver per utilizzarle successivamente. In questo modo, l'amigdala, la regione orbitale, il cingolato anteriore e l'ippocampo lavorano insieme per aiutare il bambino a usare queste prime esperienze come base per apprendere e memorizzare le conoscenze su cosa fare quando si confronterà in futuro con esperienze simili. Il circuito vmPFC-amigdala-ippocampo è anche fondamentale nel processo di adattamento ai cambiamenti dell'ambiente sociale, processo che i neuroscienziati chiamano "apprendimento inverso" (Schoenbaum, Saddoris e Stalnaker, 2007).

Il trattamento focalizzato sull'attaccamento deve essere indirizzato al circuito fronto-limbico e comunicare la "novità": il bambino ora vive in sicurezza, non in pericolo. Lo stress cronico può compromettere il funzionamento del vmPFC e dell'ippocampo e la reattività del sistema di difesa amigdala-sostanza periacqueduttale. Un cattivo funzionamento di queste parti del cervello può ostacolare l'apprendimento inverso, necessario per passare dalla diffidenza alla fiducia, rendendolo più lento e più difficile. La vmPFC usa gli stimoli che riceve dall'ippocampo per aiutare un bambino diffidente a diventare consapevole delle differenze tra vecchi e nuovi caregiver, pertanto è necessario che il trattamento in qualche modo "risvegli" sia l'ippocampo sia le regioni prefrontali nel cervello dei bambini con blocco della fiducia.

Due esperti genitori adottivi hanno detto al loro assistente sociale che avrebbero voluto far vivere un giorno speciale al loro figlio adottivo Jake e avevano organizzato per lui una serie di attività e sorprese. Alla fine della giornata gli chiesero come fosse andata. Furono sorpresi e delusi quando Jake, in tutta serietà si lamentò della frustrazione che aveva sperimentato durante quella giornata, dimenticando apparentemente tutti i bei momenti.

Assistente sociale: Jake era arrabbiato quando ha detto questo? È successo qualcosa che lo ha irritato?

Anne: No, sembrava rilassato. Stavo solo chiacchierando con lui rispetto alla giornata. Forse sperando che fosse andata bene, che avrebbe potuto ricordarla

quando si arrabbia per qualcosa. Di solito ha tante ragioni per lamentarsi, pensavo che forse questo avrebbe potuto aiutarlo a vedere che vivere con noi non è così male come pensa spesso.

Assistente sociale: Così subito dopo il divertimento non sembrava ricordarlo! Non c'è da stupirsi che per lui sia difficile fidarsi di voi. Lui ricorda tutte le frustrazioni sperimentate quando gli dite "no", ma non il piacere che prova quando dite "sì".

In realtà, Jake non aveva mai avuto consapevolezza dei bei momenti mentre accadevano, facendo sentire i suoi genitori adottivi confusi e inadeguati. La sua inclinazione percettiva ed esperienziale, la sua vigilanza abituale verso quello che potrebbe causargli infelicità, lascia piccole aperture per sperimentare ciò che i suoi genitori adottivi fanno per lui, cose che potrebbero permettergli di sperimentare sicurezza e gioia. Il pericolo allora, se queste circostanze dovessero ripetersi, è che Anne inizierebbe a considerare Jake come ingrato, "mai soddisfatto", e comincerebbe a sentirsi come un genitore incapace. Questo la espone al rischio di sperimentare il blocco dell'accudimento.

Il sistema di sofferenza e di tampone sociale

La natura ha fatto sì che i neonati si sentano in difficoltà quando sono separati dalla loro madre, la loro ancora di salvezza per la sopravvivenza. Il dolore causato dalla separazione condiziona il pianto del neonato che cerca conforto e la risposta premurosa della madre. La capacità di un bambino di sentire questa angoscia naturale e di un genitore di rispondere empaticamente alle vocalizzazioni di sofferenza del bambino è uno dei processi più potenti che promuovono legami profondi e duraturi (Panksepp Et al., 1978; Craig, 2003; Christianson et al., 2008). Parte del buon accudimento è il sano sviluppo di questo sistema di chiamata e risposta che offre al neonato esperienze tramite le quali costruire la fiducia, cercando e ricevendo conforto quando è in difficoltà (Eisenberger et Al., 2011). I bambini che sono scarsamente accuditi, d'altra parte, devono imparare a trattare il loro dolore da separazione in modo diverso, senza dipendere dal conforto di altri.

Naomi Eisenberger e Matthew Lieberman (Eisenberger & Lieberman, 2004), neuroscienziati che hanno contribuito a sviluppare un campo di studio che affronta la sofferenza sociale, hanno dimostrato che in termini cere-

brali "il dolore è dolore", che sia fisico, come un dito del piede rotto, o emotivo o sociale, come essere abbandonato o semplicemente ignorato, soprattutto quando il rifiuto è inaspettato o improvviso (Eisenberger, 2011, 2012; Lieberman, 2013). Questa ricerca sulla sofferenza sociale è molto utile per comprendere gli effetti sui cervelli dei bambini, che sono stati trascurati o semplicemente giudicati duramente perché non considerati una fonte di gioia per i loro primi caregiver. Le ricerche di Martin Teicher (2006) hanno mostrato che gli insulti e gli abusi verbali possono causare cambiamenti a lungo termine nel nostro cervello, come le cicatrici del bullismo infantile (Teicher, 2003). L'amigdala e il resto del nostro cervello emotivo rispondono al dolore fisico e sociale - quando feriamo i nostri corpi e quando tutto il nostro essere è ferito se qualcuno ci tratta male. Stiamo parlando del dolore e del sistema di gestione del dolore che utilizziamo per ferite fisiche ed emotive. Questo è il motivo per il quale riteniamo che il blocco della fiducia sia principalmente una strategia di gestione della sofferenza per sopprimere il dolore del rifiuto e la paura dell'abbandono.

La ricerca di Jim Coan ha mostrato intrigantemente, con scansioni cerebrali di adulti, che avere un partner fidato e premuroso vicino, che letteralmente tiene la loro mano, rende un'esperienza dolorosa più sopportabile attenuando il sistema del dolore nel cervello (Coan, Schaefer & Davidson, 2006). La loro ricerca ha inoltre mostrato che il partner premuroso ha una risposta cerebrale empatica verso il dolore. Questo processo di cuscinetto sociale che Coan ha studiato negli adulti si verifica quando i genitori effettivamente tamponano il sistema di stress dei propri figli (Tottenham, 2014). Aiutare i caregiver a diventare dei tamponi sociali efficienti per i bambini maltrattati è un obiettivo fondamentale nel trattamento focalizzato sull'attaccamento.

Una recente linea di ricerca guidata dal neuroscienziato Nim Tottenham ha rivelato il probabile neuro-meccanismo con cui la cura sensibile materna co-regola le emozioni del bambino. La scoperta fondamentale è stata che il buon accudimento disattiva l'amigdala e attiva la vmPFC del bambino in presenza del caregiver (vedi Figura 1.2). Questo mostra quanto la sicurezza e la presenza di un genitore possa garantire al bambino, in una condizione di buon accudimento, apertura verso il mondo, lasciando ai caregiver il compito di stare attenti a eventuali pericoli.

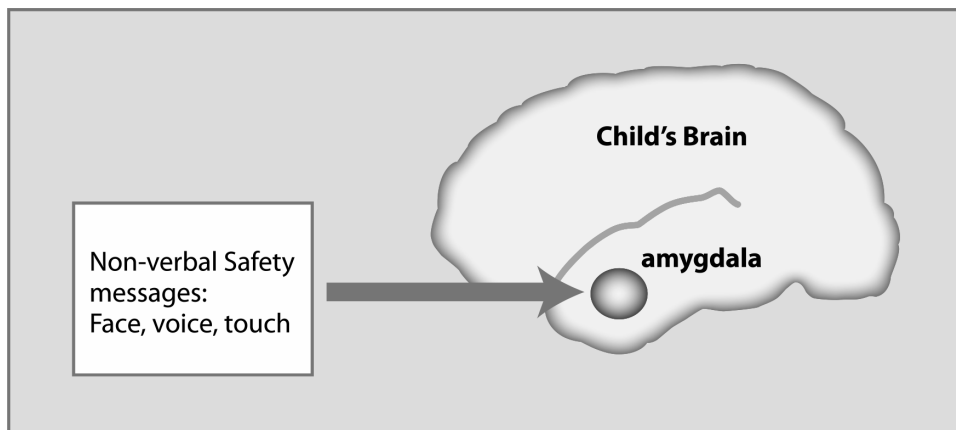


Figura 12 Social buffering

Bambini insicuri che riportano livelli più elevati di ansia da separazione non mostrano questa soppressione della reattività dell'amigdala in presenza della loro madre. Il gruppo di Tottenham ha riassunto questi risultati come segue:

Le nostre scoperte forniscono un quadro neuromeccanico di come i caregiver regolino le reazioni emotive dei bambini. In particolare, la presenza materna sembra fare da tampone contro la reattività dell'amigdala e induce una modulazione plastica della connettività amigdala-mPFC, favorendo un attaccamento positivo e la riduzione dell'ansia. Inoltre, per i bambini che sperimentano gli effetti neuro regolatori della loro madre, la presenza materna permette di avere un migliore comportamento regolativo. Così, i caregiver possono svolgere una funzione esterna di regolazione mentre nell'infanzia si sviluppano i circuiti che supportano la regolazione delle emozioni (Gee et al., 2014, p. 10).

Se nessuno svolge questo ruolo di tampone sociale, per il neonato non è adattativo continuare a piangere e chiedere aiuto o rimanere in uno stato cronico di dolore dovuto alla mancanza di un caregiver. Per gestire il dolore dato dall'essere lasciato solo in stati di bisogno, il neonato deve bloccare il dolore in qualche modo per evitare la sofferenza cronica. Inoltre, il pianto è uno dei più potenti trigger per l'abuso di minori. Quelli maltrattati possono avere bisogno di soffocare il pianto per evitare di innescare rabbia intensa in adulti stressati. Così imparare a sopprimere il dolore causato dall'essere lasciato solo è importante per imparare a sopravvivere senza conforto.

Oppioidi: Comfort, gioia e soppressione del dolore sociale

Gli oppioidi svolgono un ruolo fondamentale e complesso nelle dinamiche del dolore e del piacere sociale (Curley, 2011). Vengono rilasciati quando un bambino riceve conforto e anche quando bambino e genitore giocano insieme, specialmente se ridono ad alta voce. Gli oppioidi svolgono un doppio ruolo nelle buone relazioni. Hanno un ruolo importante nel (1) sollievo del dolore e nel conforto che i bambini sperimentano quando i genitori rispondono alle loro chiamate di sofferenza offrendo una cura calmante, "analgesica" (Kalin, Shelton e Lynn, 1995; Graves, Wallen e Maestripieri, 2002; Panksepp, 2013) e (2) quando i bambini sperimentano il piacere della compagnia. Una recente e interessante linea di ricerca dedicata allo studio del sistema oppioidale sta precisando quanto siano importanti queste sostanze per le esperienze soggettive di comfort e di gioia nelle buone relazioni, aiutando ad orchestrare la danza diadica delle relazioni genitore-figlio (Barr et al., 2008; Way, Taylor & Eisenberger, 2009). D'altra parte, gli oppioidi svolgono un ruolo chiave in situazioni di cattivo accudimento. Gli oppioidi sono fondamentali nel processo di soppressione della sofferenza e nell'attivazione di difese dissociative quando i neonati sono esposti a esperienze dolorose con i caregiver, tra cui l'abbandono e l'abuso (vedere Lanius, Paulsen, & Corrigan, 2014). Gli oppioidi sono noti in quanto vengono rilasciati in risposta a tutti i tipi di dolore, incluse le procedure perinatali nelle unità di terapia intensiva neonatale (LaPrairie & Murphy, 2009). Inoltre, l'attivazione precoce del sistema oppioide porta, più tardi nella vita, a un aumento delle soglie di percezione del dolore (LaPrairie & Murphy, 2009; Lanius, Paulsen, & Corrigan, 2014). Questo filone di ricerca è estremamente importante per comprendere la neurobiologia del blocco della fiducia e del blocco dell'accudimento, condizioni in cui il dolore sociale determina una soppressione dei sentimenti, specialmente correlati al dolore soggettivo, compreso il dolore da separazione. Molto probabilmente, gli oppioidi svolgono un ruolo centrale nella risposta del neonato alle scarse cure e nello sviluppo della soppressione cronica delle emozioni sociali, inclusa l'empatia. Uno degli obiettivi principali della terapia focalizzata sull'attaccamento è la rimozione di questo blocco cronico per consentire ai bambini di sentire quello che hanno bisogno di sentire, di cercare conforto e sperimentare la gioia dei legami. Ripristinare il sistema oppioide al suo ruolo funzionale tipico nel sistema diadico di attaccamento-cura è la chiave del trattamento focalizzato sull'attaccamento.

Gli oppioidi hanno un ruolo simile per il genitore sia nella gestione dello stress sia nella gioia dell'accudimento. Quando i genitori sperimentano il blocco dell'accudimento, a seguito di esperienze di rifiuto dai propri figli, i loro cervelli

possono liberare oppioidi per inibire il dolore. Proprio come il trattamento deve affrontare gli effetti degli oppioidi nei bambini, è necessario affrontare anche questo blocco chimico nei genitori per consentire loro di recuperare la capacità di sentirsi nuovamente accudenti verso il bambino.

Il sistema dello stress

Una delle linee più impegnative delle neuroscienze sociali dello sviluppo ha a che fare con la programmazione epigenetica iniziale del sistema di risposta allo stress nel bambino (Moriceau et al., 2009; Conrad, 2011). Questo sistema è attivato quando incontriamo delle sfide e abbiamo bisogno di mobilitare le nostre risorse cognitive, fisiche, emotive. Non potremmo sopravvivere a lungo e bene, senza il sistema di risposta allo stress perché non saremmo in grado di far fronte alle difficoltà in modo efficace. Ricordiamo che la reattività allo stress non è una cosa negativa. Attiviamo il nostro sistema di risposta e produciamo ormoni come il cortisolo anche per fronteggiare sfide positive, come cercare qualcosa di buono da mangiare o incontrare una persona nuova e meravigliosa e, allo stesso modo, produciamo ormoni dello stress per affrontare sfide negative, come respingere l'attacco di un aggressore. La parola stress ha una cattiva reputazione, quindi è importante sottolineare che il sistema di risposta allo stress supporta la capacità di reagire e mobilitare le risposte a tutti i tipi di sfide nella vita e che il cortisolo, a livelli moderati, ci aiuta ad apprendere e ricordare cose nuove associate ad una situazione impegnativa. Il problema nasce quando vi è un modello di attivazione cronica del sistema di stress ovvero quando questo si attiva troppo facilmente ed è difficile da spegnere (McEwen e Morison, 2013). C'è un elevato rischio di reattività cronica nei bambini esposti a livelli non gestibili di stress causato dai caregiver all'inizio della vita.

Il sistema di risposta allo stress è il circuito cervello-corpo che innesca la diffusione di ormoni come il cortisolo. L'anatomia di questo sistema si estende dal profondo centro del cervello, ipotalamo e ghiandola pituitaria, e poi nel corpo attraverso il flusso sanguigno fino alle ghiandole surrenali. Questo sistema è chiamato asse Ipotalamo-Ipofisi-Surrene (HPA) ed è attivato dal sistema limbico, che valuta e orchestra le emozioni positive o negative. La regione chiave del sistema limbico è l'amigdala, primo filtro nella valutazione del pericolo nell'ambiente o rappresentato da un'altra persona. Quando l'amigdala rileva una minaccia o un'opportunità, uno dei suoi molteplici output è verso l'ipotalamo, innescando l'asse HPA per avviare la risposta allo stress. Alcuni neuroscienziati, per eviden-

ziare il ruolo di trigger dell'amigdala, utilizzano l'acronimo A-HPA o sistema L-HPA, dove L sta per "limbico" (Yehuda & McEwen, 2004).

Molti studiosi hanno scoperto che le prime cure ricevute da giovani roditori e primati possono condizionare l'espressione genica nel cervello in regioni come l'amigdala, l'ippocampo, le regioni prefrontale inferiore e media, coinvolte nello sviluppo e nell'apprendimento sociale ed emotivo del bambino (Meaney, 2013). Recentemente, c'è stata una crescente evidenza che questi effetti epigenetici si presentano anche negli esseri umani. L'amigdala e l'ippocampo sono coinvolti nel funzionamento del sistema di risposta allo stress e le regioni ventromediali (inferiori e medie) prefrontali (vmPFC), in particolare la regione orbitale e la corteccia cingolata anteriore (ACC), rappresentano il sistema esecutivo per la regolazione delle emozioni, delle reazioni di stress, del sistema nervoso autonomo (simpatico e parasimpatico) e del comportamento sociale. L'amigdala è una fonte principale di segnali di "via" che mantengono l'asse HPA "attivo" quando vengono rilevati ormoni dello stress; l'ippocampo è una fonte principale di segnali di "arresto" che disattivano automaticamente il sistema HPA.

Il ciclo di costruzione della fiducia

In tutte le relazioni possono verificarsi momenti di conflitto o incomprensione. Per il ricercatore Ed Tronick (2007) ciò che costruisce la fiducia nella relazione genitore-figlio è la capacità del primo di ristabilire rapidamente e in modo efficace buone connessioni dopo un disaccordo. È il ciclo ricorrente di buona e cattiva sintonia che alla fine promuove lo sviluppo di una relazione basata sulla fiducia in cui il bambino apprende che il disaccordo non significa rifiuto o abbandono, ma un momento di rottura seguito da sintonia. La normale riparazione dopo una pausa per qualsiasi motivo, incluso un disaccordo, mostra al figlio che la relazione è più importante di qualsiasi conflitto, ora o in futuro, e rafforza la fiducia. Il caregiver deve essere attento, aperto e non difensivo. Deve riparare piuttosto che esacerbare le tensioni. Deve cogliere i segnali che indicano quando la riconnessione è necessaria o il sorgere delle proprie emozioni negative verso il bambino che promuove la difesa piuttosto che la riparazione.

Durante i momenti di sintonizzazione, genitore e figlio sono nei loro sistemi di coinvolgimento sociale con il sistema di autodifesa disabilitato. Quando il conflitto si verifica, il bambino può passare in modalità difensiva, soprattutto se è diffidente. In questo caso è fondamentale per il genitore rimanere nel coinvolgimento sociale o recuperare velocemente la propria reazione difensiva

per aiutare il bambino. Questi momenti di cattiva sintonia sono in realtà buone occasioni per il genitore per diventare un tampone sociale, il compagno sussurratore dell'amigdala di cui il bambino ha bisogno per imparare a fidarsi. La ripetizione del ciclo sintonia-rottura-riparazione promuove la capacità del bambino di regolare il dolore sociale e di ridurre inutili spostamenti verso la difesa. Nel tempo queste rappresentazioni interattive dovrebbero contribuire alla crescita del sistema di regolazione top-down del bambino, il circuito vmPFC -amigdala-ippocampo.

Mavis, partner nella cucina a un braccio solo (paragrafo "La storia di due cuochi"), sta imparando a fidarsi dei suoi genitori perché sono attenti alla qualità delle loro connessioni con lei e veloci nell'avviare la riparazione di questi collegamenti quando si presentano inevitabili rotture. Danny, d'altra parte, non ha alcuna esperienza con la riparazione, ma deve fare i conti con l'assenza di sintonia nel rapporto con i suoi genitori biologici, che non considerano la rottura e non avviano la riparazione. In breve, gli adulti che in primo luogo sono responsabili di Danny non forniscono il virtuoso circolo di sintonia, conflitto e riparazione che farebbe di loro i costruttori della fiducia. A un certo punto, Danny dovrà sperimentare questo ciclo di creazione di fiducia con un caregiver sensibile se avrà la possibilità di imparare a dipendere da un adulto per conforto, guida e compagnia e risolvere così il blocco della fiducia.

Riepilogo

Buon accudimento e cattivo accudimento inviano messaggi diversi nel cervello dei bambini in fase di sviluppo, e questi messaggi hanno effetti diversi sui modelli di espressione genica dei cinque principali sistemi cerebrali: il sistema di coinvolgimento sociale, il sistema di autodifesa, il sistema di commutazione di stato, il sistema del dolore sociale e il sistema di risposta allo stress. Lo sviluppo cerebrale dei bambini ben accuditi non è uguale a quello dei bambini scarsamente accuditi per via degli effetti epigenetici: i loro cervelli possono avere diversi schemi di connettività e di comunicazione tra i sistemi principali. Il buon accudimento promuove lo sviluppo di connessioni tra i sistemi subcorticali e le regioni ventromediali della corteccia prefrontale per supportare la regolazione, più matura e top-down, dei cambiamenti di stato, dal coinvolgimento alla difesa. Il buon accudimento favorisce lo sviluppo di questa capacità top-down, innescando la crescita di percorsi connettivi che consentono al bambino di avvicinarsi e di evitare altre persone in modo consapevole e intenzionale. Inoltre, il

buon accudimento promuove lo sviluppo del Default Mode Network, il sistema cerebrale necessario per il funzionamento riflessivo e la rivalutazione delle vecchie convinzioni di sé e delle relazioni. L'interazione tra questi sistemi, compreso il grado di maturazione dei collegamenti fronto-limbici, determina gli stili di attaccamento, la possibilità di cambiamento e la capacità di formare relazioni basate sulla fiducia. Quando i caregiver comunicano messaggi coerenti di sicurezza nei cervelli dei bambini favoriscono la crescita di cervelli adatti a vivere in buona connessione con altri. Quando i caregiver falliscono nell'essere i costruttori di fiducia i bambini sono a rischio di sviluppare quello che descriviamo nel prossimo capitolo come blocco della fiducia, un modo abituale di relazionarsi caratterizzato dall'assenza di coinvolgimento sociale e dall'attivazione cronica del sistema di autodifesa, utilizzando il più primitivo circuito bottom-up per dirigere le funzioni sociali ed emotive.

Il nostro desiderio è mostrare ai nostri lettori come la relazione tra accudimento e sviluppo della struttura e del funzionamento del cervello del bambino sia fondamentale per vivere con fiducia la relazione con il caregiver (e insegnante o terapeuta). Questo ci darà una comprensione più completa del perché i bambini inizialmente cresciuti con cattivo accudimento hanno questa difficoltà a rispondere in modo diverso al buon accudimento e a capire inoltre perché gestire il comportamento del bambino diffidente attraverso le ricompense e le punizioni sia spesso insufficiente. Conoscere le motivazioni neurobiologiche del comportamento può facilitare il processo di costruzione della fiducia attraverso interventi realistici e consapevoli.

CAPITOLO 2

BLOCCO DELLA FIDUCIA: STRESS E SVILUPPO DEL CERVELLO

Il ritiro nell'isolamento talvolta può sembrare più controllabile dell'essere inondati dal bisogno di un'altra persona per conforto e connessione.
Siegel (2012, p. 385)

Quando cominciamo a comprendere, a livello neurobiologico, la natura della sofferenza da separazione, possiamo districare il danno causato dalle disgrazie emotive.
Panksepp (2003, p. 237)

Per sopravvivere a uno scarso accudimento, il bambino impara da solo a soddisfare il bisogno di cibo, calore, protezione dal pericolo e a proteggere se stesso da caregiver non affidabili (autodifesa). Il bambino impara a gestire la sofferenza causata dall'essere stato abbandonato in un mondo pericoloso privo del conforto degli altri (auto-regolazione del dolore sociale). In questo processo, deve rafforzare quegli aspetti del funzionamento del cervello che sostengono un atteggiamento difensivo cronico, mentre deve sopprimere quelle emozioni che normalmente sostengono il coinvolgimento sociale e l'attaccamento, compreso il dolore da separazione, il piacere della compagnia, l'empatia e il rimorso - emozioni che lo spingerebbero ad avvicinarsi ad un caregiver non affidabile e a farsi ancor più male. Il bambino deve anche sopprimere lo sviluppo della sua vita interiore, quel sistema introspettivo che abilita il funzionamento riflessivo nello sviluppo sano. Il bambino male accudito non si sente abbastanza sicuro alla presenza di un caregiver per guardarsi dentro ed è costretto a monitorare costantemente l'esterno alla ricerca di eventuali minacce. Il blocco della fiducia è la combinazione di questi diversi processi che costituiscono la strategia di sopravvivenza del bambino: è il suo kit di strumenti per sopravvivere, in gran parte attraverso l'autosufficienza, per mantenere un orientamento alla vita tipo "me" in assenza di un sano "noi" (Siegel, 2012).

Vediamo come questa traiettoria di sviluppo influenza i cinque sistemi cerebrali primari che abbiamo discusso nel Capitolo 1. Quindi consideriamo i processi di rafforzamento dell'autodifesa e la soppressione delle emozioni sociali e del funzionamento riflessivo. Infine, descriviamo tre tipi di strategie per il blocco della fiducia comunemente osservate in ambito clinico.