

La relazione genitore-bambino



Loredana Cena • Antonio Imbasciati • Franco Baldoni

La relazione genitore-bambino

Dalla psicoanalisi infantile
alle nuove prospettive evuzionistiche
dell'attaccamento

In collaborazione con:

Patricia M. Crittenden, Lucia Di Filippo, Elisa Facondini,
Alberto Ghilardi, Andrea Landini, Maria Maffia Russo, Nicola Romeo

 Springer

Loredana Cena

Professore Associato di Psicologia Clinica
Dipartimento Materno Infantile
Università degli Studi di Brescia
Brescia

Antonio Imbasciati

Professore Ordinario di Psicologia Clinica
Dipartimento Materno Infantile
Università degli Studi di Brescia
Brescia

Franco Baldoni

Professore Associato di Psicologia Clinica
Attachment Assessment Lab
Dipartimento di Psicologia
Università di Bologna
Bologna

Questo testo fruisce della rassegna bibliografica effettuata nell'ambito del programma interuniversitario PRIN 2007 "Sviluppo psichico e fisico del neonato come matrice della persona per una società prossima futura"

ISBN 978-88-470-1719-1

e-ISBN 978-88-470-1720-7

DOI 978-88-470-1720-7

© Springer-Verlag Italia 2010

Quest'opera è protetta dalla legge sul diritto d'autore, e la sua riproduzione è ammessa solo ed esclusivamente nei limiti stabiliti dalla stessa. Le fotocopie per uso personale possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633. Le riproduzioni per uso non personale e/o oltre il limite del 15% potranno avvenire solo a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da AIDRO, Corso di Porta Romana n. 108, Milano 20122, e-mail segreteria@aidro.org e sito web www.aidro.org.

Tutti i diritti, in particolare quelli relativi alla traduzione, alla ristampa, all'utilizzo di illustrazioni e tabelle, alla citazione orale, alla trasmissione radiofonica o televisiva, alla registrazione su microfilm o in database, o alla riproduzione in qualsiasi altra forma (stampata o elettronica) rimangono riservati anche nel caso di utilizzo parziale. La violazione delle norme comporta le sanzioni previste dalla legge.

L'utilizzo in questa pubblicazione di denominazioni generiche, nomi commerciali, marchi registrati, ecc. anche se non specificatamente identificati, non implica che tali denominazioni o marchi non siano protetti dalle relative leggi e regolamenti.

Responsabilità legale per i prodotti: l'editore non può garantire l'esattezza delle indicazioni sui dosaggi e l'impiego dei prodotti menzionati nella presente opera. Il lettore dovrà di volta in volta verificarne l'esattezza consultando la bibliografia di pertinenza.

9 8 7 6 5 4 3 2 1

Layout copertina: Ikona S.r.l., Milano

Impaginazione: Ikona S.r.l., Milano

Stampa: Fotoincisione Varesina, Varese

Stampato in Italia

Springer-Verlag Italia S.r.l., Via Decembrio 28, I-20137 Milano

Springer fa parte di Springer Science+Business Media (www.springer.com)

Prefazione

In questi ultimi decenni la psicoanalisi infantile si è notevolmente sviluppata, portando innovazioni teoriche e tecnico-cliniche all'intera psicoanalisi. Questa, nata e per decenni sviluppatasi in un setting duale di adulti, ha basato la sua efficacia terapeutica sulle trasformazioni psichiche che avvengono a seguito di un continuativo dialogo mediato dalla verbalità e dalle forme del pensiero adulto. Nella ricerca di come si potesse ottenere analogo effetto mutativo nella mente dei bambini, si è dovuto fronteggiare il fatto che per questi, tanto più quanto più sono piccoli, il linguaggio, la verbalità, anche se acquisiti, diventano del tutto secondari rispetto agli effetti che ci si aspetta da un rapporto interpersonale continuativo come quello analitico. Un bambino può anche parlare con l'adulto psicoanalista, e questi tentare di farlo ragionare riguardo a ciò per cui i suoi genitori l'hanno portato dal "dottore", ma i suoi sintomi e il suo comportamento di ben poco cambieranno, a meno che con questo dottore, che gli si rivelerà diverso dagli altri, non si instauri un rapporto affettivo che interessi sempre più il bimbo. Ma per questo rapporto occorre ben altro che "parlare". Del resto anche nell'analisi degli adulti si è andato scoprendo che ciò che ha effetto mutativo è costituito da messaggi affettivi che accompagnano le parole.

Nell'applicazione ai bambini, la psicoanalisi si è così trovata di fronte allo studio di come modalità comunicative diverse dal linguaggio parlato potessero avere effetto mutativo terapeutico: nasce il concetto di relazione, nel suo significato affettivo profondo e nelle sue modalità dialogiche non verbali che ne veicolano la comunicazione di affetti. Ecco il valore del gioco, quale studiato da Melanie Klein. Ed ecco il problema di come i genitori, da cui pur sempre il bambino in tutto dipende, possono essere coinvolti nella terapia nei modi adeguati a un effetto positivo. Parallelamente, negli anni '30 si sviluppava l'osservazione sperimentale dei bambini nel loro sviluppo affettivo e cognitivo, ottimale piuttosto che patologico, e negli anni '60 Bowlby, differenziandosi dalla psicoanalisi, dava origine a una nuova e originale serie di studi clinico-sperimentali: nasceva lo studio dell'*Attaccamento* e l'*Infant Research*. Ci si occuperà, a questo punto, anche dei neonati. Anche all'interno dei set psicoanalitici

ortodossi si sviluppano ora forme di intervento terapeutico sui neonati: naturalmente insieme alle loro madri, a partire dalla metodologia della *Infant Observation* approntata da Esther Bick.

Da quegli anni in seno alla psicoanalisi ufficiale (*International Psychoanalysis Association*, IPA) si è andata individuando una speciale Psicoanalisi Infantile, mentre le scuole derivate da Bowlby si integravano con gli sviluppi del cognitivismo e con altre scuole e indirizzi di psicologia sperimentale sui bambini dalla nascita in avanti.

A questa feconda osmosi di scoperte e di invenzioni si sono affiancate negli ultimi lustri le neuroscienze, confermando l'importanza delle osservazioni cliniche sugli infanti e degli interventi psicoterapeutici precoci, per gli effetti di ogni successivo sviluppo psichico e psicosomatico dell'individuo. Fin dall'epoca fetale si struttura infatti una relazione, in senso psichico affettivo profondo, tra gestante e bimbo, che si prolunga e ripete tra *caregiver* e neonati, che permette la trasmissione di messaggi, prima biochimici e poi sonori, motori, pressori e quindi tattili e visivi i quali a loro volta strutturano le reti neurali del bimbo: è questo il concetto attuale di maturazione cerebrale, non tanto per codici genetici, quanto per apprendimenti modulati dalla qualità della relazione. Si stabilisce in tal modo un dialogo non verbale, eppure contenente messaggi definibili, la cui qualità condiziona il cervello del bambino, in maniera ottimale piuttosto che patogena. Un'eventuale patologia, o meglio patologizzazione, della maturazione cerebrale dipende da molteplici fattori, dei quali gran parte sono inerenti alla struttura neuropsichica funzionante nella madre nelle condizioni di accudimento.

La dimostrata incidenza dei caregiver sullo sviluppo neuropsichico del bambino acquista ancor più rilievo dalla convergenza di studi catamnestici e sperimentali su come la qualità del primo sviluppo psichico condizioni ogni successivo sviluppo neuromentale del futuro individuo, verso l'ottimalità oppure verso il deficit o le patologie. Si è così sempre più affermato il concetto della relazione primaria quale matrice fondamentale su cui operare terapeuticamente, sia individuando tutte le situazioni a rischio, per poterle curare, sia garantendo adeguate situazioni terapeutiche al bambino, ai suoi caregiver, alla famiglia per promuovere l'ottimalità dello sviluppo. Si è così sviluppata una clinica rivolta non tanto a curare il singolo, quanto a modificare le relazioni – madre/neonato/bimbo e madre/padre/bimbo – matrici della costruzione della mente e del cervello del futuro individuo. Il paziente non è mai il singolo, ma la relazione, le relazioni.

Una diagnostica psicologica precoce si è affermata nella sua importanza preventiva, mentre stanno tuttora progredendo metodologie psicoterapeutiche per curare le relazioni a rischio. La psicoanalisi infantile si sta oggi sempre più integrando con gli sviluppi delle altre scienze e tale arricchimento sta riversandosi anche nella psicoanalisi degli adulti, ove autori di tutto rilievo hanno mostrato come in pazienti adulti gravi, prima giudicati inanalizzabili, possa avere utile impiego un setting psicoanalitico adeguato, che fruisca dei contributi teorici e tecnici dell'analisi infantile.

Il presente testo, facendo seguito a molti altri lavori, anche in volume, dei suoi curatori nonché principali autori, ne continua lo sviluppo teorico e clinico, presentando la storia delle progressive scoperte in questo campo, per giungere a illustra-

re alcune delle principali metodologie psicoterapeutiche attuali per le situazioni infantili a rischio. Tra questi recenti contributi di rilievo sono i modelli originali elaborati da Patricia Crittenden e dalla sua scuola.

Milano, marzo 2010

Antonio Imbasciati
www.imbasciati.it



Indice

Parte I Dall'intrapsichico al relazionale	1
1 La psicoanalisi infantile: dall'intrapsichico alla relazionalità	3
Antonio Imbasciati, Loredana Cena	
1.1 La psicoanalisi e i bambini	3
1.2 La pedagogia psicoanalitica	7
1.3 La psicoanalisi dei bambini	9
1.4 Dalla psicoanalisi infantile alla pediatria: madre-neonato, una unità ..	14
1.5 Tra educazione psicoanalitica e analisi dei bambini: nuovi sviluppi nella prospettiva relazionale	17
Bibliografia	23
2 Dalla psicoanalisi infantile: un cambiamento di rotta	27
Loredana Cena, Antonio Imbasciati	
2.1 Una frattura e una svolta: la teoria dell'attaccamento	27
2.2 Un ponte tra l'orientamento psicoanalitico e la teoria dell'attaccamento: l'Infant Research e le nuove metodologie di osservazione dell'interazione	31
2.3 La regolazione affettiva madre-bambino: la verifica sperimentale delle neuroscienze	37
Bibliografia	40
3 Psicoanalisi infantile e teoria dell'attaccamento: nuove prospettive per lo studio della relazione genitore-bambino	45
Loredana Cena, Antonio Imbasciati	
3.1 Psicoanalisi infantile e teoria dell'attaccamento: focus sulla relazione genitore-bambino	45

3.2	Aree di integrazione: rappresentazione delle relazioni e trasmissione transgenerazionale	50
3.3	Un costrutto trasversale ai diversi approcci teorici: la responsività sensibile	55
3.4	Una teoria esplicativa sulla costruzione della mente	61
	Bibliografia	69
Parte II La relazione genitore-bambino nella clinica		77
4	Retrospective e prospettive dell'attaccamento in ambito teorico e applicativo	79
4.1	John Bowlby e la genesi della teoria dell'attaccamento (<i>Alberto Ghilardi</i>)	79
4.1.1	Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento	79
4.1.2	La storia e la teoria di John Bowlby	82
4.1.3	Lo sviluppo della teoria dell'attaccamento	86
4.1.4	Le condizioni dell'attaccamento	88
4.1.5	I modelli operativi interni ("Internal Working Models")	89
4.2	Attaccamento familiare, pericolo e adattamento (<i>Franco Baldoni</i>)	90
4.2.1	L'attaccamento familiare in una prospettiva evuzionista	90
4.2.2	La relazione d'attaccamento	93
4.2.3	Gli studi sull'attaccamento	94
4.2.4	Attaccamento di coppia e amore romantico	95
4.2.5	Attaccamento familiare e funzione paterna in una prospettiva triadica	98
	Bibliografia	104
5	Un modello evuzionistico della teoria dell'attaccamento: l'intervento clinico	109
5.1	Introduzione al Modello Dinamico-Maturativo (DMM) (<i>Patricia M. Crittenden</i>)	109
5.1.1	Intrecci teorici	109
5.1.2	Le strategie apprese	115
5.1.3	Qual è la strategia migliore?	121
5.2	L'approccio evuzionistico e la teoria dell'attaccamento (<i>Andrea Landini</i>)	123
5.3	Le rappresentazioni dei genitori, il loro contributo al comportamento genitoriale interattivo e le rappresentazioni infantili dell'esperienza con le figure di attaccamento (<i>Patricia M. Crittenden, Andrea Landini</i>)	126
	Dal vivo dei video e dall'intervento clinico alla descrizione verbale (<i>Nota dei curatori</i>)	141
	Bibliografia	142

6	Parenting nella nascita a termine e pretermine: fattori di protezione e rischio	145
	Loredana Cena, Antonio Imbasciati	
6.1	Il parenting nella nascita a termine	145
6.2	Quando la nascita è... pretermine	153
6.3	Il bambino nato pretermine e i suoi genitori	156
6.4	Fattori di rischio e di protezione nella nascita pretermine	163
6.5	La relazione genitore-bambino nella nascita pretermine	170
6.6	<i>Raising parents</i> , comprensione e sostegno alla genitorialità	179
	Bibliografia	181
7	Esperienze cliniche	191
7.1	Il ruolo dello psicologo all'interno di un'Unità operativa di terapia intensiva neonatale (<i>Elisa Facondini, Franco Baldoni, Maria Maffia Russo, Nicola Romeo</i>)	191
7.2	Precursori dell'attaccamento e adattamento di coppia nella famiglia con bambino nato pretermine: uno studio italiano (<i>Franco Baldoni, Elisa Facondini, Nicola Romeo, Andrea Landini, Patricia M. Crittenden</i>)	194
7.2.1	Introduzione	194
7.2.2	Campione e metodologia	196
7.2.3	Risultati	197
7.2.4	Discussioni e considerazioni conclusive	198
7.3	CARE-Index e sua applicazione in una valutazione peritale: un caso di depressione materna (<i>Lucia Di Filippo</i>)	200
7.3.1	<i>Child-Adult Relationship Experimental Index</i> (CARE-Index) di Patricia M. Crittenden	200
7.3.2	Sua applicazione in ambito forense	202
7.3.3	Presentazione di un caso di depressione materna in Perizia Tecnica d'Ufficio	207
7.3.4	La valutazione dei genitori e del minore	208
7.3.5	Le video-osservazioni diadiche con ciascun genitore	212
7.3.6	Conclusioni peritali	214
	Bibliografia	216
	Indice analitico	221



Elenco degli Autori

Franco Baldoni

MD, PhD, Psicoterapeuta
Professore Associato di Psicologia Clinica
Responsabile del Laboratorio sulla
Valutazione dell'Attaccamento (Attachment
Assessment Lab)
Dipartimento di Psicologia
Università di Bologna
Bologna

Loredana Cena

PhD, Psicoterapeuta
Professore Associato di Psicologia Clinica
Dipartimento Materno Infantile
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università degli Studi di Brescia
Brescia

Patricia M. Crittenden

PhD, Family Relations Institute
Presidente della International Association
for the Study of Attachment (IASA)
Miami
FL, USA

Lucia Di Filippo

PhD, Psicologa
Consulente Tecnico d'Ufficio del Tribunale
per i minorenni di Milano
Milano

Elisa Facondini

Psicologa, Psicoterapeuta
Laboratorio sulla Valutazione
dell'Attaccamento
(Attachment Assessment Lab)
Dipartimento di Psicologia
Università di Bologna
Bologna

Alberto Ghilardi

Psicologo, Psicoterapeuta e Psicoanalista
Professore Associato di Psicologia Clinica
Dipartimento Materno Infantile e
Tecnologie Biomediche
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università degli Studi di Brescia
Brescia

Antonio Imbasciati

Professore Ordinario di Psicologia Clinica
Direttore della Sezione di Psicologia
Dipartimento Materno Infantile
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università degli Studi di Brescia
Brescia
Psicoanalista Membro Ordinario e Didatta
della Società Psicoanalitica Italiana e
dell'International Psychoanalytical
Association
www.imbasciati.it

Andrea Landini

MD, Neuropsichiatra infantile
Psicoterapeuta
Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva
Bologna
International Association for the Study of
Attachment (IASA)

Maria Maffia Russo

Psicologa
Direttore del Programma di Psicologia
AUSL di Rimini
Rimini

Nicola Romeo

MD, PhD, Direttore dell'Unità Operativa di
Terapia Intensiva Neonatale dell'Ospedale
Infermi AUSL di Rimini
Rimini



Parte I

Dall'intrapsichico al relazionale





La psicoanalisi infantile: dall'intrapsichico alla relazionalità

1

A. Imbasciati, L. Cena

1.1

La psicoanalisi e i bambini

Le idee e i metodi della prima psicoanalisi, come nuova scienza, si sviluppano a partire dai primi del Novecento con Freud, e si diffondono tra i suoi allievi. I primi psicoanalisti cercano spiegazioni di ciò che constatano nei pazienti che hanno cominciato ad ascoltare secondo l'approccio sperimentato da Freud, e sui quali cercano di intervenire per curarli: le teorie, attraverso le discussioni dei casi clinici, si alternano ai riferimenti e ai commenti di testi filosofici, psicologici, letterari. Si sta sviluppando, con il setting, il metodo psicoanalitico, che sarà l'effettiva fondazione della psicoanalisi come specifica scienza. I primi psicoanalisti studiano anche se stessi; si intuisce la necessità che essi stessi si sottopongano a un'analisi e si gettano le prime basi di quanto negli anni '20 sarà statuito come training formativo per chi diventa psicoanalista. I primi psicoanalisti, nell'ambito di questi contesti, iniziano a parlare anche dei bambini, e dei propri bambini. Con i primi due Congressi, a Salisburgo (1st Congress, Salzburg, 1908) e a Norimberga (2nd Congress, Nürnberg, 1910) viene organizzata la Società Internazionale di Psicoanalisi (*International Psychoanalytical Association*, IPA), ufficialmente fondata durante il secondo Congresso.

La psicoanalisi dei bambini, come oggi è denominata, o "per i bambini", come più giusto sarebbe definirla nelle sue origini, ha una storia lunga e laboriosa, ancor oggi non completa, nelle discussioni in atto in alcune Società psicoanalitiche aderenti all'IPA, circa un suo preciso statuto separato, piuttosto che integrato, da quello della psicoanalisi degli adulti, con una conseguente distinzione, piuttosto che integrazione, tra due tipi di training per i futuri analisti. Nella laboriosità di questa evoluzione è allora interessante ripercorrere, in una panoramica storica progressiva, i vari tentativi di applicazione della scienza psicoanalitica, nel frattempo anch'essa in profonda evoluzione, a un campo, quello infantile, che sempre più si rivelerà importante agli

1

effetti prognostici e preventivi, fino a giungere alle attuali tecniche per i neonati.

La psicoanalisi infantile può essere collocata nelle sue origini a Vienna, nel periodo che va dal 1905 al 1920. Il “caso del piccolo Hans”, un bambino di cinque anni, costituisce il primo rudimentale esempio di analisi infantile seguito da Freud (1908). Il lavoro parte da un’osservazione di un bambino altrimenti normale: Freud conosce i genitori e quando il piccolo manifesta una fobia per i cavalli, viene realizzata, attraverso i colloqui di Freud con il padre, una prima forma di analisi. È la prima terapia psicoanalitica infantile della storia. Freud ci descrive come si sviluppa la nevrosi infantile di questo bambino e le tappe che portano alla guarigione, guidandoci nella complessità dei processi psichici infantili, nella difficile fase dello sviluppo sessuale che egli descrive come dominata dal conflitto edipico.

È il padre del bimbo a realizzare in prima persona questa prima analisi: benché non sia né medico, né esperto, in quanto padre del paziente egli è il mediatore diretto di un’analisi condotta da Freud. Il lavoro di Freud consiste in una sorta di supervisione al padre. A quel tempo d’altra parte le madri, in quanto donne, se ne stavano in disparte. Al termine di cinque anni di analisi, sempre attraverso il padre, i sintomi sono scomparsi: il bambino viene considerato guarito. Freud ritiene l’esito di questa cura molto importante in quanto conferma di ciò che sta elaborando come teoria sulla sessualità infantile. Questa analisi infantile aiuta Freud a chiarire una serie di problemi teorici non riconducibili solo al problema presentato dal bambino, ma alla teorizzazione generale che sta elaborando.

La Società Psicoanalitica di Vienna (Wiener Psychoanalytische Vereinigung), fondata dagli psicoanalisti per diffondere la nuova scienza emergente, inizia a occuparsi dei bambini e in particolare della loro sessualità dopo la pubblicazione dei *Tre saggi sulla teoria sessuale* (Freud, 1905). Al primo Congresso Internazionale della Società Psicoanalitica a Salisburgo, Ferenczi si presenta con la relazione “Quali pratiche offrono le esperienze freudiane all’educazione dei bambini?”, in cui viene sollevato il problema dell’educazione sessuale rivolta ai bambini. All’interno della Società Psicoanalitica sorgono allora discussioni su quale sia la modalità più idonea per trasmettere ai bambini le informazioni inerenti alla sessualità: i primi psicoanalisti ritengono utile proporre un’educazione sessuale completa e precoce, a iniziare dagli 8-10 anni (Geissmann C., Geissmann P., 1992). Si manifestano tuttavia molte reazioni polemiche negative, soprattutto da parte dei pedagogisti, che non vedono di buon grado l’aspetto relativo alla sessualità infantile che la psicoanalisi va sviluppando, e vi oppongono resistenza.

Con l’*Analisi della fobia di un bambino di cinque anni* (Freud, 1908), Freud sollecita i suoi allievi a raccogliere osservazioni sulla vita sessuale dei bambini: si ritiene che l’osservazione, purché dotata di un’idonea metodologia, possa contribuire a confermare le ipotesi freudiane e ad approfondire nuovi elementi teorici emergenti, come l’esistenza del simbolismo sessuale di cui la psicoanalisi di lì a poco si occuperà.

Alcuni allievi di Freud iniziano a studiare i propri bambini: si ritrovano diverse sedute della Società Psicoanalitica di Vienna stenografate da Otto Rank (Geissmann C., Geissmann P., 1992). La prima psicoanalisi infantile inizia a occuparsi di terapia con bambini soprattutto durante il periodo di latenza e poi nella prima infanzia. Anche nel caso del bambino, come nell’adulto, si ritiene che la terapia psicoanalitica

ca consista nel permettere l'accesso alla coscienza dei sentimenti e dei desideri istintuali ritenuti rimossi, perché inaccettabili.

Il problema della psicoanalisi infantile viene trattato da Freud con il caso clinico dell'uomo dei lupi in *Dalla storia di una nevrosi infantile* (1914): qui si opera la ricostruzione di una nevrosi infantile dall'analisi di un adulto. L'attenzione riservata da Freud al bambino è presente anche nell'osservazione del gioco del rocchetto, in *Al di là del principio del piacere*, in cui l'autore stabilisce un legame tra il gioco del bambino e la pulsione di morte (1920). Più tardi nella *Introduzione alla psicoanalisi* (1932) egli presenterà il tema nuovo e interessante che sta emergendo: "molto importante [...] forse il più importante dei compiti dell'analisi" dice riferendosi all'applicazione della psicoanalisi alla pedagogia di cui la figlia Anna "ha fatto lo scopo della sua vita" (1932).

Jung e Abraham seguono il maestro in questi nuovi sviluppi e iniziano a sperimentare la tecnica psicoanalitica con i propri figli; Hilda, la figlia di Abraham, diventerà poi a sua volta psicoanalista all'interno della Società britannica di psicoanalisi. Jung, a Zurigo, affida le prime analisi dei bambini ad alcune donne, che forma appositamente a tale scopo. Nell'opera *Psicologia e educazione* (Jung, 1942-1946) in cui vengono raccolti i contributi di tre conferenze, Jung affronta i problemi dei rapporti tra psicologia analitica ed educazione ed evidenzia come la psicoanalisi sia necessaria agli educatori nel loro rapporto con i bambini.

Nel 1924 Melanie Klein intraprende a Berlino l'analisi con Abraham, che avrà un'influenza determinante nell'impostazione della teoria kleiniana: la Klein si dimostra molto interessata ai nuovi sviluppi della teoria psicoanalitica nei confronti dei bambini e inizia a occuparsene con molta attenzione.

Oggi, dopo un secolo di progresso scientifico della psicoanalisi, il modo di operare dei primi psicoanalisti appare del tutto scorretto. In particolare per ciò che concerne l'analisi dei propri figli, o analisi per interposta persona, o l'improvvisarsi analisti perché si sono frequentati seminari e discussioni; o ancora, il mescolare la pedagogia col senso comune ed entrambi con nozioni psicoanalitiche, a maggior ragione se solo teoriche. Ma un secolo fa si poteva procedere solo usando le poche nozioni psicoanalitiche, spesso confuse, che erano a disposizione. Gli psicoanalisti nei loro primi interventi operano in modo pionieristico, sperimentando setting e modalità che oggi sarebbero considerate scorrettezze, ma che occorre ricordare, proprio per rendere più evidenti i processi di cambiamento operati all'interno della psicoanalisi dalle sue origini fino agli sviluppi attuali.

Ferenczi (1927, 1929, 1932) è il primo che nella storia della psicoanalisi classica pone il centro dell'attenzione degli psicoanalisti sull'investimento affettivo dei genitori nei confronti del neonato, con uno spostamento di focalizzazione dall'individuo all'influenza della relazione e in particolare della valenza terapeutica del rapporto affettivo (Aliprandi, Pati, 1999). All'opera di Ferenczi molti psicoanalisti infantili si sono riferiti anche recentemente, con la riscoperta di Ferenczi come fondatore di una psicoanalisi della relazione (Borgogno, 2004). In effetti, Ferenczi fu il primo uomo, medico e ufficialmente praticante la psicoanalisi, nonché autorevolissimo tra i fondatori di questa scienza, a dare importanza alla reciprocità dei legami affettivi tra genitori e bimbi nella strutturazione della psiche infantile e, poi, adulta.

1

Dal punto di vista storico, la psicoanalisi dei bambini si considera ufficialmente iniziata con l'opera di Hermine Hug-Hellmuth, allieva di Freud, che entra a far parte della Società Psicoanalitica di Vienna: il suo testo, *A Young Girl's Diary* (1921), conferma le teorie di Freud sulle caratteristiche dell'infanzia, ma solleva molte polemiche e critiche, in quanto tratta dei sentimenti di un'adolescente dagli 11 ai 14 anni, in cui si ha il risveglio affettivo, sociale e sessuale. L'autrice conduce anche l'analisi del nipote Rolf, che le crea non pochi problemi, in quanto, dopo aver perso entrambi i genitori, viene inserito in diversi centri di rieducazione: gli sforzi pedagogici della Hermine Hug-Hellmuth falliscono tragicamente. I primi studi si riferiscono alla psicologia del nipote di cui racconta l'analisi: solleverà molte discussioni all'interno della società psicoanalitica in quanto giunge a sostenere che "tutto si gioca prima dei cinque anni" e "niente da fare dopo cinque anni". Una tale affermazione sembrerebbe contestare alcune posizioni freudiane, relative alla situazione edipica.

Tra gli psicoanalisti inizia ad aprirsi la discussione su quale sia il momento più adeguato per il trattamento dei bambini, e le idee a questo proposito sono contrastanti: la prima opera psicoanalitica pubblicata da Hermine Hug-Hellmuth è *l'Analisi di un sogno di un fanciullo di cinque anni e mezzo* (1912), in cui studia il problema dei primi ricordi dei bambini; in altre opere mette in evidenza come lo sviluppo affettivo e intellettuale del bambino inizi già nelle prime settimane di vita. In *Sulla vita psichica del bambino* (1913) fa precludere quale sarà l'impostazione futura della tecnica psicoanalitica infantile, utilizzata poi da Anna Freud e Melanie Klein.

La psicoanalisi infantile trova molte difficoltà a svilupparsi in quanto si riscontrano resistenze sempre più accese da parte dei pedagogisti, che sollevano polemiche e proteste a livello internazionale, puntualizzate in un documento ufficiale: *Allarme sugli sconfinamenti della Psicoanalisi dei bambini*, firmata dai membri della sezione di studio dei bambini dell'Unione per la riforma scolastica di Zurigo, preoccupati per i possibili pericoli derivanti dal tentativo di applicare il metodo psicoanalitico a bambini e adolescenti (Geissmann C., Geissmann P., 1992). Hermine Hug-Hellmuth (1914) risponde con *La psicoanalisi del bambino e la pedagogia*, in cui sostiene che la psicoanalisi del bambino comporta contemporaneamente educazione e cura: non si tratta di psicoanalisi applicata all'educazione, ma del carattere educativo che la psicoanalisi dovrebbe avere (Hug-Hellmuth, 1924). L'autrice puntualizza una differenziazione: la cura psicoanalitica dei bambini, anche se ha un ruolo educativo, ha una funzione diversa dall'educazione. Sarà Anna Freud (Freud A., 1927, 1945, 1949, 1970) a sviluppare questi concetti. Il problema dei rapporti tra pedagogia e psicoanalisi si ritrova ancora nelle successive discussioni sulla psicoanalisi infantile, che sollevano incomprensioni sia nei pedagogisti sia negli psicoanalisti degli adulti.

In *Sulla tecnica dell'analisi dei bambini*, Hermine Hug-Hellmuth (1920) presenta la sua metodologia analitica infantile, costituita da un colloquio preliminare con i genitori e una conduzione dell'analisi del bambino a casa; utilizza la tecnica del gioco che consente di avviare un dialogo con il bambino, permettendo all'analista di conoscere meglio i sintomi e il carattere. La terapia attraverso il gioco verrà poi sviluppata dalla Klein (Klein, 1932).

1.2 La pedagogia psicoanalitica

Nei primi anni la psicoanalisi dei bambini viene considerata inscindibile dalla pedagogia, che già precedentemente era l'unica disciplina a occuparsi di interventi educativi e rieducativi, con un concetto in realtà un po' ambiguo di "pedagogia curativa" (Aliprandi, Pati, 1999). Dagli anni '20 al 1945, a Vienna, Anna Freud inizia ad applicare la psicoanalisi in ambito educativo e osservazionale. Anna è un'istitutrice di scuola primaria e durante la sua formazione analitica effettua uno stage in un centro per bambini diseredati e si interessa ai metodi pedagogici. Crea un corso di psicoanalisi applicata alla pedagogia, rivolto agli educatori e agli istitutori della città. Diventa membro della Società Psicoanalitica di Vienna dopo aver fatto, come è noto, un'analisi con il padre. In quegli anni in Austria è impossibile per chi non è medico effettuare l'analisi degli adulti, che viene considerata una "cura", mentre un intervento sui bambini viene a essere considerato come pertinente all'educazione: è così che Anna diventa psicoanalista infantile. A condurre l'analisi dei bambini sono all'epoca donne, non medici, così che la psicoanalisi infantile nei primi tempi rimane meno qualificata, rispetto all'analisi degli adulti, anche se da essa ha origine.

All'ottavo Congresso di Salisburgo, nel 1924, Anna Freud incontra Melanie Klein, che presenta una relazione sulla tecnica dell'analisi precoce che la Freud non condivide: da qui iniziano le controversie tra le due psicoanaliste.

Nel testo *Il trattamento psicoanalitico dei bambini* (Freud A., 1927) si ritrova l'evoluzione del pensiero di Anna Freud: ella ritiene che prima di iniziare un'analisi con un bambino occorra preparare il piccolo paziente facendogli riconoscere la malattia: la fiducia nell'analisi e nell'analista è condizione indispensabile per intraprendere un'analisi; si puntualizza la tecnica possibile con i bambini, come l'analisi dei suoi sogni, delle sue fantasticherie, dei suoi disegni, quali mezzi di comunicazione; non si utilizzano le associazioni come nell'analisi di un adulto e questo porterà altri analisti a cercare tecniche compensative, come la tecnica del gioco. Ci si interroga, infatti, sulla tecnica del gioco che intanto sta sviluppando Melanie Klein: la Freud si dimostra contraria all'uso che la Klein ne fa per la cura psicoanalitica del bambino, in quanto ritiene che non sia possibile assimilare le azioni del bambino mentre gioca alle associazioni dell'adulto; mette, d'altra parte, in evidenza i compiti difficili dell'analista infantile che deve analizzare ed educare, evidenziando la necessità per l'analista infantile di essere contemporaneamente analista ed educatore. Sottolinea inoltre la differenza tra l'analisi degli adulti e quella dei bambini, che risiederebbe nell'atteggiamento pedagogico dell'analista, che deve sondare e modificare gli influssi educativi che il bambino subisce, esonerando gli educatori dal compito per tutta la durata dell'analisi e facendosene carico.

Nel marzo 1938 a Vienna arrivano i nazisti e la famiglia Freud si trasferisce a Londra: Anna si dedica insieme alla Burlingham, sua fedele compagna, al lavoro nelle Hampstead Nurseries che ospitano molti bambini da zero a quattro anni, orfani di guerra. Questa esperienza le consente di approfondire l'osservazione del comportamento dei bambini senza famiglia e di evidenziare, nello sviluppo infantile, alcune

1

problematiche connesse alla mancanza delle figure genitoriali (Freud A., Burlingham, 1943). La nursery chiude nel 1945 ma nel 1947 l'iniziativa prosegue con gli *Hampstead Child Therapy Courses*. Una clinica pediatrica viene annessa cinque anni dopo. La Freud diventa una vera e propria autorità nel campo della psicologia infantile e la sua influenza aumenta rapidamente.

In *Osservazione sullo sviluppo infantile* (1949), descrivendo gli stadi dello sviluppo libidico e aggressivo del bambino, e le diverse funzioni dell'Io, la Freud puntualizza come la sua opera si sviluppi attraverso l'osservazione diretta dei bambini, lo studio longitudinale e l'analisi. Anna intende estendere l'applicazione dell'analisi attraverso due modalità distinte: una si incentra sul modificare la tecnica psicoanalitica classica, ed è la psicoterapia in senso stretto, mentre l'altra consiste nell'applicare le conoscenze teoriche a problematiche educative, di insegnamento e di prevenzione.

Per l'attività clinica vengono predisposti servizi di prevenzione ed educazione, attraverso consultazioni psicologiche individuali e gruppi formati da madri in difficoltà che si incontrano periodicamente con i loro bambini. Per l'intervento psicoanalitico vengono strutturate modalità sempre specifiche in cui un analista segue la madre e un altro il bambino, attraverso due analisi parallele, mentre un terzo analista coordinatore svolge un lavoro di riflessione metanalitico sui due analisti di base.

In *Normalità e patologia nell'infanzia* (1965) la Freud raccoglie il materiale prodotto dall'osservazione effettuata presso l'Hampstead Clinic e completa il lavoro iniziato in *L'Io e i meccanismi di difesa* (1936): ella evidenzia le complessità dei diversi aspetti della personalità del bambino in interazione con il mondo che lo circonda, facendo riferimento a linee di sviluppo tra evoluzione delle pulsioni, sviluppo dell'Io e Super-Io e influsso con l'ambiente. Viene messo in evidenza il concetto di regressione, non sempre segno di patologia, ma inteso come fenomeno normale in quanto il bambino cerca la sicurezza e la protezione che ha conosciuto nella relazione con la madre, e si delinea un profilo metapsicologico del bambino che comprende dati dinamici, genetici, strutturali e adattativi, partendo dalle variazioni della normalità per andare verso la patologia. Si rivolge inoltre l'attenzione ai meccanismi di difesa, che diventano materiale d'osservazione: il comportamento manifesto dei bambini diventa comprensibile all'analista quando la sua attenzione si rivolge, dai contenuti dell'inconscio – fantasie, impulsi, immaginazione – al metodo impiegato dall'Io per tenerli lontani dalla coscienza. Si fa inoltre riferimento alla necessità di un'alleanza terapeutica, fondata su un transfert positivo del bambino, per poter intraprendere la cura analitica. La strutturazione di difese e sintomi nevrotici, secondo Anna Freud (1965), comincia a operare quando la struttura psichica si differenzia tra le istanze dell'Io, del Super-Io e del mondo esterno, e quando la frustrazione suscita angoscia. Anna apprezza la tecnica del gioco nell'osservazione del bambino, ma ritiene che non possa essere utilizzato similmente alle libere associazioni dell'adulto (come invece sta facendo la Klein) e afferma inoltre che il bimbo, non avendo consapevolezza di essere in un'analisi, non riesce a rappresentarsi la sua guarigione e dunque non può attivare il transfert sul terapeuta. Pertanto interviene con i bimbi con tecniche dirette e molto attive, sensibilizzandoli al loro disagio e attuando poi la terapia. Tutto ciò la distingue dalla Klein (Klein, 1932). L'identità della Scuola di Vienna viene così definita, in opposizione alla Scuola di Berlino e poi alla Scuola inglese della Klein.



Anna Freud e Melanie Klein fonderanno ognuna una propria scuola di psicoanalisi infantile.

Molti viennesi esiliati si raccolgono intorno ad Anna Freud, come la Robertson, assistente sociale, che porta il suo contributo negli ospedali pubblici e che consente alle madri di essere presenti durante il ricovero ospedaliero dei loro bambini; nascono figure di educatori e nurse che svolgono osservazioni longitudinali sui bambini e che ricevono una formazione in relazione alla psicologia del bambino.

I numerosi viaggi di Anna le consentono di mantenere i contatti con Marie Bonaparte nella Società Psicoanalitica di Parigi (*Paris Psychoanalytical Society*), con la Lampl de Groot nella Società Psicoanalitica Olandese (*Dutch Psychoanalytical Society*) e con la Società Psicoanalitica Svizzera (*Swiss Psychoanalytical Society*). Anna Freud viaggia molto negli Stati Uniti, per fare conferenze, insegnare e visitare amici: porta la sua testimonianza di come la psicoanalisi sia metodo di cura, strumento di investigazione e teoria, e fa riferimento alla necessità di formazione di studenti alla "pedagogia psicoanalitica", che consentirebbe una prevenzione delle nevrosi. La formazione degli psicoanalisti è per Anna una preoccupazione costante di tutta la sua vita: cercherà di far riconoscere l'indipendenza della psicoanalisi infantile dalla psicoanalisi degli adulti e l'opportunità che la psicoanalisi infantile sia praticata dai non medici; inserirà la formazione di psicoanalista infantile della Hampstead Clinic all'interno dell'IPA (Geissmann C., Geissmann P., 1992). La formazione di analisti infantili inizia dunque alla Hampstead Clinic di Anna Freud, ma non possono parteciparvi i non medici: solo molto più tardi, in America, dopo la sentenza giuridica dell'*American Psychoanalytic Association* conclusasi nel 1991, si ammetteranno i non medici alla formazione come analisti, senza peraltro che venga regolato il problema formativo dell'analisi infantile.

1.3

La psicoanalisi dei bambini

Mentre i primi pionieri sperimentano l'applicazione della psicoanalisi ai bambini, dobbiamo a Melanie Klein la prima vera fondazione di una psicoanalisi dei bambini, con apposito differenziato setting: l'uso metodologico e organizzato del gioco resta oggi un fulcro della psicoanalisi infantile. Attraverso il suo lavoro di ricerca, strettamente collegato alla lunga pratica analitica, Melanie Klein offre un fondamentale contributo alla conoscenza dello sviluppo psicologico dei primissimi tempi di vita del bambino.

La sua ricerca evidenzia in particolare l'importanza del mondo interno del bambino: qui identifica e definisce l'oggetto interno, il concetto di fantasia, e descrive le angosce primitive, con le relative difese, i processi di identificazione proiettiva e introiettiva, rispetto alla relazione che si stabilisce tra il bambino e la madre.

In *Lo sviluppo di un bambino* (1921), osserva attentamente suo figlio Erich e, nell'analisi che poi conduce con lui, si rende conto che in un bambino non si possono sollecitare cambiamenti solo con l'educazione, ma sono necessarie vere sedute di ana-

1

lisi (Klein, 1923). Nel 1926 la Klein sottolinea il parallelismo tra il gioco e l'attività onirica: nel gioco i bambini riproducono simbolicamente fantasie, desideri, esperienze e nel farlo si servono dello stesso linguaggio dei sogni. L'analista può capire ciò che i bambini esprimono con il gioco se affronta il gioco con lo stesso metodo usato per interpretare i sogni. La Klein sostiene che il gioco va interpretato come il sogno e indica che è possibile l'analisi infantile basandosi sugli stessi principi di quella degli adulti: l'interpretazione del gioco viene utilizzata in modo analogo a quella dei sogni (Klein, 1926) e la sequenza dei vari aspetti del gioco alla stregua delle libere associazioni. Nella teorizzazione kleiniana viene evidenziata l'importanza dell'analisi del transfert, quando si attiva un intervento psicoterapeutico con il bimbo. L'incontro con l'analista consente al bambino di attivare un transfert: se tale transfert sull'analista è negativo, va comunque interpretato, al contrario di quello che ritiene Anna Freud. La Klein mette in evidenza che il bambino è in grado di attivare un transfert sull'analista in quanto le figure genitoriali che si incontrano in analisi non sono i suoi genitori reali ma fantasmi interni, che vengono trasferiti sull'analista. Anna Freud ritiene invece che i bambini non possano manifestare un transfert sul terapeuta perché ancora troppo legati ai genitori: le relazioni con essi sono storia attuale.

Le due metodologie di analisi e le teorie sottostanti diventano motivo di conflitto tra le due scuole. Tale conflitto determina una frattura nell'ambito della psicoanalisi: gli psicoanalisti di lingua tedesca sono schierati con Anna Freud, mentre le idee della Klein trovano accoglienza presso la Società Psicoanalitica Britannica (*British Psychoanalytical Society*), presieduta da Ernest Jones. Nel 1926, su invito dello stesso Jones, Melanie si trasferisce a Londra. I contrasti con i principi della pedagogia psicoanalitica di Anna Freud proseguono (1927).

La Klein elabora la tesi di una formazione precoce del complesso edipico, e del Super-Io, in contrapposizione alla teorizzazione freudiana: il Super-Io è una struttura molto primitiva ed è precursore del complesso edipico; nel contributo del 1928, *Early stages of the Oedipus conflict (Scritti 1921-1958)* sostiene che il complesso di Edipo e la conseguente formazione del Super-Io, come istanza morale e giudicante, sono anticipati rispetto alla teoria freudiana; per Freud l'Edipo si colloca intorno ai 4-5 anni e permette l'interiorizzazione del Super-Io paterno (istanza morale), mentre la Klein pone la nascita dell'Edipo tra i sei e i dodici mesi, sostenendo che la formazione di un Super-Io precoce avviene a seguito dell'individuazione della triade, cioè della presenza del "terzo" nella relazione duale. Questa concezione, centrata sulla triangolarità, sarà dagli studiosi successivi sviluppata al di là del contenuto sessuale conferitole da Freud con la teorizzazione dell'Edipo.

Con Melanie Klein si inizia a sostenere che, se anche l'Io non è completamente sviluppato e si interviene precocemente con appropriati trattamenti, è possibile riscontrare miglioramenti allo stato di disagio in cui trova il bimbo. Nella prima fase della sua ricerca, l'autrice mette a punto la tecnica di analisi attraverso il gioco iniziata nel 1926 e si concentra sulle fantasie inconse osservabili nelle azioni ludiche. Attraverso la *Psicoanalisi dei bambini* (1932) e successivamente nella *Tecnica psicoanalitica del gioco* (1953) struttura la sua tecnica; ne vengono descritti gli adattamenti alle fasi dello sviluppo del bambino in età precoce, nel periodo di latenza e nella pubertà. L'espressione simbolica delle fantasie e dei desideri inconsci infantili viene

rappresentata attraverso il gioco; nella situazione di gioco è possibile che i bimbi possano esprimere aspetti di sé e fantasie inconscie, che vengono interpretati dall'analista come libere associazioni, analogamente a quanto si fa per i sogni nell'adulto. Nel gioco il bambino esprime sentimenti precoci che possono così essere osservati mentre vengono vissuti e riattualizzati durante l'azione ludica. L'autrice sostiene che non è possibile ottenere una situazione analitica con mezzi analitico-pedagogici e struttura perciò un setting specifico per l'analisi infantile, con giochi adatti ai bambini, giocattoli costituiti da personaggi umani, animali, pasta per modellare, carta, matite, forbici. Il bambino può esprimersi in modo naturale con il gioco e ciò può essere utilizzato come mezzo di comunicazione. Il gioco per il bimbo non è soltanto esplorare il mondo esterno, ma controllare le angosce attraverso l'espressione e l'elaborazione della fantasia sotto forma ludica: nel gioco il bambino drammatizza le sue fantasie ed elabora i suoi conflitti. Il gioco libero nel bambino, equiparato al sogno, è la via maestra che conduce all'inconscio. L'inibizione al gioco è indicativo di inibizione della vita fantasmatica: così come per le resistenze alle libere associazioni dell'adulto, la Klein ritiene che l'interpretazione consenta di dare sollievo all'angoscia sottostante liberando l'inibizione a giocare. Il gioco può essere analizzato come i sogni e le libere associazioni dell'adulto utilizzando l'interpretazione: esiste un'analogia tra gli elementi del sogno e quelli del gioco, così come analizzando le associazioni si evidenzia il contenuto latente del sogno, osservando e interpretando i dettagli del gioco del bambino si possono fare interpretazioni che consentono di liberarne il contenuto latente.

Nella teorizzazione kleiniana riveste una particolare importanza il concetto di angoscia: a partire dai primi scritti sulla *Psicoanalisi dei bambini* (Klein, 1932), l'intera elaborazione teorica della Klein si sviluppa intorno al modo con cui l'Io reagisce alla doppia minaccia a cui deve fare fronte, quella del mondo esterno e quella del mondo interno: l'angoscia e il senso di colpa sono precocissimi nello sviluppo infantile; la sublimazione, che ha lo scopo di protezione stabile contro l'angoscia, rappresenta la modalità che viene raggiunta nelle condizioni di adeguato sviluppo psichico, nell'età adulta. Nel 1948 (Klein, 1948), nello scritto sull'angoscia e il senso di colpa, assume importanza, come fattore primario dell'angoscia, il concetto di pulsione di morte (distruttività), contrastata dalla pulsione di vita. Nella teorizzazione kleiniana hanno fondamentale importanza i concetti di scissione-introiezione-proiezione che costituiscono un altro punto di distacco dalla teoria freudiana classica. Aderendo invece all'elaborazione freudiana dell'istinto di morte, la Klein sostiene che le fantasie, le angosce e i conflitti, vissuti dal bambino fin dalla nascita, debbano essere ricondotti all'azione di tali pulsioni. Il bambino vivrebbe una drammatica conflittualità tra pulsione di morte e pulsione di vita. Un Io primitivo si struttura dalla lotta tra pulsioni di vita e pulsioni di morte, e queste sarebbero responsabili della scissione degli oggetti reali in oggetti interni "buoni" piuttosto che "cattivi". Il bimbo introietta e si identifica con l'oggetto buono per tenere a distanza gli oggetti cattivi interni. Il bambino deve far fronte alle angosce psicotiche mediante l'utilizzo di meccanismi di difesa ugualmente di tipo psicotico.

Nel 1933 la Klein scrive *Il primo sviluppo della coscienza morale del bambino* (Klein, 1933) e inizia l'elaborazione dell'importante concetto di "identificazione proiet-

1

tiva". La teorizzazione della Klein trova riscontro soprattutto tra gli analisti che si occupano di psicotici e che si confrontano continuamente con i meccanismi di identificazione proiettiva e introiettiva. Questi meccanismi hanno molteplici scopi, l'identificazione proiettiva consente di disfarsi di parti di sé cattive, che vengono proiettate fuori di sé, nell'altro, e che vanno a costituire l'oggetto persecutorio, mentre le parti buone vengono messe al riparo in un oggetto idealizzato, che viene introiettato attraverso il processo di identificazione introiettiva. Attraverso la definizione di identificazione la Klein evidenziava il modo di comunicare della persona psicotica, e ciò le consentiva di comprendere i pazienti psicotici.

La Klein definisce l'identificazione proiettiva (1946) come quel processo in base al quale informazioni prevalentemente inconscie sono trasmesse da un emittente a un ricevente: questo processo di comunicazione tra livelli inconsci inizia nello sviluppo primitivo e prosegue per tutta la vita. L'identificazione proiettiva è un meccanismo di difesa che può consistere in una massiccia invasione della personalità dell'altro (Klein, 1955) e rappresenta l'evacuazione di parti indesiderate del Sé (1946); tale importante concetto è stato recentemente considerato (Seligman, 1999; Schore 2003) come un possibile punto di integrazione tra differenti teorie.

Nel 1935 inizia a introdurre il concetto di "posizione depressiva", fondamentale per i costrutti teorici che poi svilupperà nel corso di tutta la sua teorizzazione. Nello sviluppo del bambino si organizza un processo che si articola in due fasi, da lei definite con lo specifico termine di "posizioni": "posizione schizoparanoidea" e "posizione depressiva" (Klein, 1946). Il concetto di posizione viene inteso in senso strutturale e non cronologico, per definire l'organizzazione dell'Io, la natura dei rapporti con gli oggetti interni, l'angoscia e le difese. La posizione detta "schizoparanoidea" si dispiega nei primi quattro mesi di vita. In questi primi stadi dello sviluppo l'Io sarebbe sottoposto ad angosce persecutorie, conseguenti a fantasie di attacco al seno materno, o meglio all'oggetto interno Seno. L'autrice sviluppa il concetto di invidia primaria: il bimbo non potendo disporre, possedere, il Seno, lo attacca e vuole distruggerlo. Questo Seno diventa così oggetto cattivo persecutore, su cui vengono proiettati gli stessi impulsi avidi e aggressivi del bimbo. L'oggetto esterno verrebbe così scisso in due oggetti: un seno buono, che arriva e nutre il bimbo e che il bimbo introietta dentro di sé, e un seno cattivo che invece gli si nega e che egli, per allontanare l'angoscia, proietta all'esterno, temendolo però poi come persecutore.

Il meccanismo della scissione servirebbe a tenere separati gli oggetti cattivi da quelli buoni, affinché questi ultimi non vengano danneggiati. Nella posizione schizoparanoidea, paura dominante è che l'oggetto cattivo possa distruggere l'oggetto buono. Melanie Klein usa il termine *schizoparanoidea* per indicare che l'angoscia è di tipo persecutorio (paranoide) e che lo stato dell'Io e dei suoi oggetti è rappresentato dalla scissione (schizoide). Contro l'angoscia l'Io utilizza alcuni meccanismi di difesa, tra cui la proiezione di ciò che è cattivo, che viene proiettato fuori di sé, e l'introiezione di ciò che è buono, che pertanto verrebbe introiettato.

La seconda posizione evidenziata da Melanie Klein è chiamata "depressiva". Se le condizioni ambientali sono favorevoli, il bambino, crescendo, rafforzerà il suo Io, sarà meno spaventato dai propri impulsi aggressivi e li proietterà meno all'esterno. I meccanismi di scissione e proiezione diminuiscono, attraverso un'integrazione sia

dell'Io che dell'oggetto. La posizione depressiva viene innescata dal riconoscimento che l'oggetto cattivo attaccato è il medesimo oggetto buono introiettato, cioè dal riconoscimento che l'oggetto Seno è un unico oggetto: non esistono due oggetti, buono e cattivo, ma è l'Io del soggetto ad aver proiettato su uno stesso oggetto i propri vissuti di rabbia e aggressività, rendendolo pertanto cattivo. In tal modo oggetto buono e oggetto cattivo, riuniti, favoriscono la percezione di un oggetto totale, reale. La posizione depressiva corrisponde alla fase in cui il bambino riunisce gli aspetti scissi in un unico oggetto che riconosce come oggetto intero ed entra in relazione con questo oggetto. Questa fase si sviluppa tra il quarto mese e il compimento del primo anno di vita. In questo periodo il bambino riconosce anche che la madre è un individuo con una vita propria e scopre la propria dipendenza da lei e la propria gelosia verso chi entra in rapporto con lei. Si trova dunque di fronte alla propria ambivalenza e ai conflitti che ne derivano: ecco l'Edipo precoce.

Con tale riunione si verificherebbe nel bimbo il sentimento di aver danneggiato l'oggetto buono: l'oggetto cattivo non è più in tal modo un oggetto esterno sopravvenuto a perseguitarlo, ma è frutto dell'attribuzione (proiezione) di propri impulsi (fantasie e pulsioni di morte) a un medesimo oggetto percepito come buono e posseduto (introiettato). Si forma in tal modo il primitivo senso di colpa, che è all'origine della posizione depressiva. Si parla di un lento e altalenante "viraggio" da processi psichici (affetti) schizoparanoidei – proiezione del cattivo, scissione, esternalizzazione del cattivo, persecutorietà – a meccanismi depressivi: sensi di colpa, riunificazione, riconoscimento dell'oggetto reale.

A seguito dello stabilizzarsi della posizione depressiva, oltre a sentimenti di amore e odio insorge nel bimbo il bisogno di "riparazione" (Klein, Rivière, 1937). La riparazione allontana le angosce depressive. Se la posizione depressiva viene elaborata con successo l'Io diventa più maturo e il bambino comincia a distinguere tra fantasia e realtà esterna. La sofferenza per la perdita dell'oggetto nella posizione depressiva e le spinte riparatrici, maturate per reintegrare gli oggetti interni ed esterni, rappresentano, secondo la Klein, la base della creatività e della sublimazione.

Negli anni '30 Joan Rivière contribuisce a mettere a punto in modo decisivo le fondamentali intuizioni della Klein e a trasmetterle a un mondo psicoanalitico inizialmente ostile.

La teorizzazione kleiniana sul primo sviluppo del bimbo è stata rimodulata da gran parte degli studiosi successivi: è stata criticata soprattutto la parte concernente l'attribuzione di quanto si descrive all'azione delle pulsioni (Imbasciati, 1978) e il riferimento all'istinto di morte, concetto del resto abbandonato dall'ultimo Freud. Tuttavia la descrizione kleiniana di quanto avviene nel mondo interno dell'infante è rimasta fondamentale per la psicoanalisi dei bambini.

Le due "posizioni", riconosciute non come fasi successive, ma come due tipi di processazione psichica (Imbasciati, 1991) mai completi e spesso contemporanei o alternantisi (Bion, 1967), sono servite a descrivere la psicopatologia. Di qui il contributo, nascente con la Klein, che la psicoanalisi infantile ha dato allo sviluppo dell'intera psicoanalisi.

Nell'articolo *Sull'osservazione del comportamento dei bambini nel primo anno di vita* (1952), l'autrice presenta il mondo interno del bambino popolato contempo-

1

ranamente da oggetti buoni e cattivi, da invidia, gelosia, ma anche da gratitudine (1957). L'invidia va distinta dalla gelosia: la gelosia si fonda sull'amore per cui si vorrebbe l'oggetto gratificante tutto per sé e, conseguentemente, si desidera la distruzione di tutto ciò che si frappone a questo possesso; nasce dalla triangolazione edipica fondata sull'amore e sull'odio. L'invidia, invece, collegata alla pulsione di morte, viene a configurarsi come desiderio di distruzione di quanto non si può possedere. L'invidia, secondo la Klein, è un'energia distruttiva, manifestazione di pulsioni sadiche che sarebbero presenti all'inizio della vita.

I meccanismi di scissione e di proiezione si ritrovano alla base degli stati di confusione dello psicotico. L'oggetto buono diventa cattivo: non si conosce così l'oggetto reale, e cioè la realtà.

Il merito della Klein sta nell'aver colto il ripetersi di certi accadimenti nella psiche del bambino (1961) evidenziando in ambito teorico processi costanti della mente infantile: ciò ha consentito un passaggio dall'osservazione clinica alla formulazione teorica dello sviluppo psichico infantile.

1.4

Dalla psicoanalisi infantile alla pediatria: madre-neonato, una unità

Negli anni dal 1941 al 1945 la psicoanalisi affronta un periodo di intenso dibattito scientifico, nell'ambito della società psicoanalitica britannica, che viene denominato "Controversial discussions" o "Freud-Klein Controversies" (Geissmann C., Geissmann P., 1992): le proposizioni della Klein, soprattutto quelle riguardanti le fantasie dei bambini molto piccoli, l'anticipazione della situazione edipica, l'accento sull'aggressività e sull'invidia, sembravano rivoluzionare la sistematizzazione freudiana dello sviluppo psichico. Al centro di tale diatriba viene a ritrovarsi la psicoanalisi infantile, in quanto proprio da questa la Klein estraeva le sue affermazioni, sostenendo l'analizzabilità dei bambini. Le discussioni si focalizzarono pertanto sulla contrapposizione tra le due scuole antagoniste di Anna Freud e di Melanie Klein. Iniziano anni di feconde discussioni teoriche tra vari autori del tempo che si occupano di psicoanalisi infantile: le innovazioni apportate dalla Klein scatenano una disputa fra diverse scuole di pensiero, che si concentra in due opposte fazioni; Anna Freud, oltre a "difendere" l'eredità paterna, contesta l'idea di una "analizzabilità" in senso adulto dei bambini molto piccoli. La metodologia dell'osservazione del bambino diventa pertanto fondamentale nel suo indirizzo e col tempo si struttura e contribuisce all'elaborazione di un nuovo sapere: la psicologia psicoanalitica del bambino, in cui vengono integrati i dati provenienti dall'osservazione diretta del bambino e dalla ricostruzione dell'analisi degli adulti. Le produzioni del bambino diventano materiali di osservazione, il gioco infantile viene trattato, ma senza utilizzarne l'interpretazione simbolica in quanto si pensa che ciò possa aumentare le angosce del piccolo paziente, accentuandone le resistenze. Sostenitrici della Freud sono alcune psicoanaliste sue allieve, come Anny Katan-Rosenberg, Doroty Burlingham, con cui fonda le Hampstead Nurseries e poi la Hampstead Clinic, Ilse Hellmann, che lavora con

lei alle Nurseries, e Joseph Sandler, figura autorevole tra gli psicoanalisti infantili, che presiede il gruppo di ricerca e si occupa di riorganizzare il materiale raccolto durante i trattamenti.

Dall'altra parte la Klein anticipa lo sviluppo delle principali fasi e competenze dello sviluppo infantile e sostiene l'analizzabilità dei bambini. Attorno a lei si schierano Ernest Jones, Paula Heimann, Hanna Segal, e Joan Rivière; quest'ultima si adopera per un'integrazione tra le idee della Klein e la teoria di Freud. Una pedagogista che viene conquistata dalle teorie psicoanalitiche kleiniane è Susan Isaacs, molto attenta allo studio dello sviluppo del bambino e tra le prime ad applicarvi le conoscenze della psicoanalisi.

Altri autori non si schierano né da una parte, né dall'altra, anche se nelle loro teorizzazioni risentono prevalentemente dell'eredità kleiniana: costituiranno la cosiddetta Scuola di Mezzo, Middle Group, della Società britannica. Sono da menzionare Winnicott e Bion nonché la scuola di Fairbairn.

Tra il 1944 e il 1946 la Società britannica comprende così tre gruppi di psicoanalisti: i seguaci di Anna Freud, il gruppo di Melanie Klein e un nuovo gruppo intermedio che si è venuto a creare, quello degli Indipendenti. La formazione degli analisti viene effettuata separatamente e parallelamente dai kleiniani, dagli Indipendenti e dal gruppo di Anna Freud; ciò consentirà alla Società britannica di restare unita.

Donald Winnicott, medico e pediatra inglese, che con Balint (1952), medico ungherese emigrato, crea il Gruppo degli Indipendenti, porta tramite la sua professione di pediatra un grosso contributo alla teoria del rapporto infante-genitore (1960), soprattutto attraverso l'osservazione dei bambini insieme alle madri (Winnicott, 1987).

Egli pone come elemento centrale dello sviluppo psichico la qualità delle prime relazioni (1945) e dell'ambiente affettivo in cui ha luogo la crescita psicologica del bambino (Winnicott, 1965a), attribuendo massima considerazione alla funzione della psicoanalisi nei contesti di sviluppo (1958); elabora una sua teoria intorno all'osservazione della diade madre-bambino a partire dalla nascita e studia in una prospettiva temporale lo sviluppo del bambino, evidenziando l'unione con la madre, la separazione da lei, la conquista dell'indipendenza, sostenendo che in uno stadio molto precoce non è logico pensare a un individuo: non esiste un bambino da solo, ma un bimbo con una madre. Nell'*Osservazione dei bambini piccoli in una situazione prefissata* (Winnicott, 1941) sostiene che la diade madre-bambino è una "unità": se si comincia a descrivere un bambino si scoprirà che si sta descrivendo un bambino e qualcun altro; un bambino è sostanzialmente parte di una relazione. La nascita di un figlio ha inizio nel vissuto genitoriale quando i bambini "vengono pensati" (Winnicott, 1965b), cioè a partire dal momento della decisione che la coppia consapevolmente, ma anche non consapevolmente, prende rispetto alla nascita di un proprio figlio.

Secondo Winnicott il bambino, appena nato, parte da uno stato di indifferenziazione rispetto al proprio ambiente (1965a), che è la madre, e lo sviluppo consiste in un'organizzazione delle esperienze corporee e sensoriali frammentate in qualcosa di unico e unitario; in questa prima fase della sua vita, che dura circa sei mesi, il bambino è totalmente dipendente dalla madre, e non si percepisce come distinto da essa. L'autore definisce "madre sufficientemente buona" (1958) quella madre che è in grado di prendersi cura del suo bambino. Nella madre, a partire dallo stato di gravidanza e con la

1

nascita del suo bambino, si sviluppa una “particolare malattia”, la “preoccupazione materna primaria” (1956), uno stato psicologico che si attiva nella donna negli ultimi mesi della gravidanza e fino ai tre mesi di vita del bimbo, perché essa possa fornire le cure adeguate al piccolo, e che le permette di essere per lui un riferimento indispensabile nei confronti del mondo esterno. Questo stato psicologico, unico e specifico della madre, le consente di sviluppare la capacità di cogliere i segnali che il bimbo le invia, di comprenderli e di rispondere ai bisogni del figlio adeguatamente, in modo sensibile e contingente, cioè come risposta appropriata al segnale.

La madre esprime con cure fisiche e assistenza verso il bambino la sua capacità di *holding*: è, questa, la capacità di contenimento che la madre manifesta nei confronti del suo bambino e che deriva dalla preoccupazione materna, che si sviluppa attraverso l'identificazione con il proprio figlio, e che serve per definire anche la capacità della madre di fungere da contenitore delle angosce del bambino. È la capacità di contenimento sufficientemente buona da parte della madre, la quale sa quando intervenire e quando invece mettersi da parte. All'interno dell'*holding* il bambino può sperimentare l'onnipotenza soggettiva (1965a), ovvero la sensazione di essere lui, con i suoi desideri, a creare ogni cosa. Questa esperienza è necessaria e indispensabile per il sano sviluppo dell'individuo, e può verificarsi soltanto all'interno di uno spazio fisico e psichico (una *holding* appunto) che possa permettere la sua espressione. Tenere in braccio e sostenere il bambino, da parte della madre, portano all'integrazione graduale dei sentimenti, delle sensazioni, degli stimoli, dei momenti di sconforto che il bambino prova ogni giorno. Il contenimento fisico preclude e promuove quello psichico.

Successivamente tramite l'*handling* (manipolazione) la madre accarezza, tocca e maneggia il bimbo; attraverso questi contatti il bimbo impara a conoscere se stesso, il proprio corpo e l'altro. La terza funzione materna è “la presentazione degli oggetti” (*object presenting*) (1965b), in cui la madre presenta la realtà al bimbo e gli insegna a relazionarsi con gli oggetti della realtà esterna. Inizialmente la realtà viene vissuta dal bimbo come parte di sé, ed egli crede di aver creato l'oggetto attraverso la sua onnipotenza: sarà la madre che porterà il bimbo gradualmente a riconoscere l'illusione di questa creazione e a scoprire la realtà esterna come realmente è.

La condizione di onnipotenza del bimbo è anche una situazione di dipendenza assoluta dall'ambiente (1965a): il bimbo è totalmente dipendente dalla madre per la sua sopravvivenza, ma non ne è consapevole. È questa pertanto una “doppia” dipendenza. Il passaggio a una dipendenza relativa e poi all'indipendenza dalla madre è graduale: dalla nascita alla condizione di separazione e alla prima strutturazione della soggettività è necessario uno spazio simbolico tra la mamma e il bambino, che Winnicott definisce spazio transizionale (1951). Esso permette lo sviluppo della capacità di vivere nella realtà oggettiva, riuscendo però a conservare il nucleo dell'onnipotenza soggettiva: per Winnicott l'esperienza transizionale è una sorta di luogo psichico dove il bambino può giocare creativamente; all'interno di questa esperienza e in questo spazio, si inseriscono i cosiddetti oggetti transizionali (1951): oggetti con qualità tattili-pressorie (animali di peluche, pezzi di stoffa) che servono al bimbo nei momenti d'angoscia e nelle situazioni di distacco dalla madre. Non è tanto importante il tipo di oggetto che il bambino adopera ad aumentarne il valore, quan-

to la funzione che questo esercita sulla vita psichica del bimbo (1971) proprio perché rappresenta l'oggetto amato (madre) quando è assente, e assume quindi funzioni consolatorie.

La madre svolge inoltre un'importantissima funzione di specchio (1967) fondamentale nel bimbo per la formazione della propria identità; il bimbo vede nel volto della madre riflesso se stesso e la madre attraverso le espressioni del proprio volto rimanda al bimbo il suo stato emotivo. Winnicott individua il viso della madre, per la sua ricca varietà di reazioni emotive, quale mezzo principale attraverso il quale il bambino ha un "feedback" non verbale ma emotivo su se stesso. La faccia della madre è il primo specchio del bambino e quello che egli vede nell'espressione della madre è collegato a quello che ella percepisce, come sua esperienza, che gli rimanda e gli consente di riconoscersi; la funzione del rispecchiamento (mirroring) è essenziale per lo sviluppo del sé del bambino.

Winnicott struttura le sedute di psicoanalisi con la madre e il bimbo insieme, anche se a livello terapeutico interviene prevalentemente con il bimbo. Egli introduce così una tecnica nuova nel setting psicoanalitico: un setting per osservare la diade e il comportamento di madre e bambino nei confronti di ogni particolare dello studio professionale.

Introduce anche lo *squiggle game* (1958), il gioco degli scarabocchi, costituito da un'alternanza di turni col bimbo per completare gli scarabocchi iniziati dal terapeuta. Il bambino, dopo il completamento di ogni disegno, ne parla dandone una spiegazione. Il gioco risulta una combinazione fra test proiettivo e associazione libera, entrambi diretti a delineare i processi inconsci. Per Winnicott la psicoterapia stessa si struttura tra due persone che giocano insieme, e il gioco dello scarabocchio serve, appunto, a creare uno spazio in cui possa esprimersi il potenziale ludico della mente infantile. Quando ciò avviene, il bambino può stabilire col terapeuta una relazione, attraverso la quale lo stesso terapeuta può entrare in contatto con il suo mondo interno.

1.5

Tra educazione psicoanalitica e analisi dei bambini: nuovi sviluppi della prospettiva relazionale

Dopo la seconda guerra mondiale diventano numerosi gli psicoanalisti infantili: molti potrebbero essere citati per i loro studi. Nel nostro contesto si accenna brevemente soltanto ad alcuni di essi, tra quelli più conosciuti nell'ambito della storia della psicoanalisi infantile. Fondamentalmente l'evoluzione del pensiero psicoanalitico si delinea tra due poli rappresentati da due indirizzi, freudiano e kleiniano. Diversi autori apportano contributi più o meno importanti, che possono dare svolte significative alla clinica e alla teoria, come Bion, la Bick, la Harris, Meltzer, oppure inseriscono elementi innovativi nella tecnica o nel setting.

Intanto, a partire da alcune geniali intuizioni di Ferenczi (1927, 1929, 1932), si va delineando una nuova prospettiva di studio e di analisi del bambino: Ferenczi,

1

antesignano tra gli psicoanalisti, rivolge l'attenzione non solo agli aspetti individuali, intrapsichici dello sviluppo del bambino, ma anche alle relazioni del neonato con i suoi genitori, in particolare al fatto che il bimbo sia dotato dalla nascita di una predisposizione alla relazione con la madre. Il suo interesse si orienta alla comprensione dei processi mentali del genitore nella relazione con il proprio bambino e apre orizzonti nuovi di indagine rispetto alle trasmissioni transgenerazionali dei modelli relazionali e di comunicazione affettivo-emotiva dal genitore al figlio, processi che hanno poi presentato interessanti prospettive integrative di studio tra i diversi orientamenti clinici. La Klein è una delle prime terapeute che mette in evidenza l'importanza delle relazioni, anche se la sua attenzione sembra procedere dal bambino alla madre e non viceversa. È comunque la Scuola inglese, con la Klein e Winnicott, a sviluppare un approccio teorico e clinico allo studio del bambino improntato alla prospettiva relazionale.

La svolta della psicoanalisi negli anni '50 e '60 consiste nel passaggio dalla concezione del bambino come orientato a soddisfare una pulsione o a ridurre una tensione, all'individuazione della tendenza nel bambino a stabilire relazioni. Per una comprensione più articolata della complessità dello sviluppo si evidenzia la necessità di osservare il bambino non soltanto a livello intrapsichico, ma all'interno della rete interattiva che lo circonda (Greenberg, Mitchell, 1983), e questo porta a concepire un "bambino relazionale". Il bambino non cerca la soddisfazione pulsionale ma l'oggetto (Fairbairn, 1952). Fairbairn, con Winnicott, è un altro degli analisti che pongono al centro della loro concezione metapsicologica la teoria delle relazioni oggettuali, sottolineando, rispetto alla psicoanalisi tradizionale, che il soggetto non è sottoposto a una spinta pulsionale ma a una tendenza alla relazione.

Questa concezione, originata negli studi di psicoanalisti infantili, si svilupperà in tutta la psicoanalisi (nonché nel trattamento degli adulti), dando corpo a un modello dello sviluppo psichico umano che si andrà sempre più differenziando da quello pulsionale freudiano e che diventerà il quadro prioritario di riferimento per ogni intervento clinico.

Pur rimanendo Anna Freud ancorata alla concettualizzazione energetico-pulsionale, i suoi contributi e quelli degli altri analisti che appartengono alla sua corrente teorica, come la Mahler (Mahler et al., 1975), si orienteranno anch'essi progressivamente all'osservazione non soltanto del bambino ma anche della sua relazione con la madre.

Nel corso dell'evoluzione della psicoanalisi infantile, la qualità delle prime relazioni e dell'ambiente affettivo in cui ha luogo la crescita psicologica del bambino diventa sempre più elemento centrale nella valutazione degli studiosi. Questo modello si sviluppa gradualmente e i diversi autori, orientati sempre più ad allargare il campo di indagine della diagnosi e della terapia alla relazione, vi partecipano attraverso modalità interpretative proprie.

In Inghilterra le due scuole antagoniste, assopitesi le controversie iniziali, proseguono la loro evoluzione separatamente: mentre nell'Hampstead Clinic di Anna Freud si sviluppano numerosi centri di consultazione (*Child Guidance Clinic*), nella Tavistock Clinic si colloca l'"Istituto dei rapporti umani" che promuove la formazione alla psicoterapia infantile e in cui lavorano Bion, Bowlby, Martha Harris, Meltzer.

La terminologia utilizzata per far riferimento alla situazione di cura della psicoanalisi è indicativa del setting terapeutico: viene definito "psicoanalisi infantile" il processo terapeutico che prevede un certo setting con sedute di 50 minuti; in entrambe le scuole, della Freud e della Klein, vengono riconosciute queste stesse necessità e sono strutturati setting terapeutici orientati sia all'educazione psicoanalitica, sia all'osservazione psicoanalitica dei bambini e alla pratica psicoterapeutica.

Il pensiero della Klein verrà sviluppato anche da altri importanti autori, come Herbert Rosenfeld, Roger Money-Kyrle, Ignacio Matte Blanco, Hanna Segal, Franco Fornari. Un'altra psicoanalista, esponente della *British Psychoanalytical Society* e allieva della Klein, che contribuisce a diffondere le sue opere è Susan Isaacs (1938, 1948).

Molti psicoanalisti seguono l'orientamento della Klein ma non tutti diventano psicoanalisti infantili. La Bick fa la sua analisi con la Klein e inizia a occuparsi di osservazione del neonato (1964), strutturando una metodologia osservativa nuova e rivoluzionaria nell'ambito della psicoanalisi dei bambini, l'*Infant Observation* (1964), condivisa e sviluppata successivamente anche negli studi della Harris (1980, 1984), altra importantissima psicoanalista infantile.

Questa modalità di approccio dà una svolta decisiva alla metodologia dell'osservazione del bambino molto piccolo: l'osservazione del bambino è introdotta come metodologia nel corso di formazione dell'istituto di psicoanalisi.

Tra gli psicoanalisti che compiono la loro formazione alla Tavistock Clinic di Londra, Bion elaborerà una teorizzazione complessa che apporterà contributi rilevanti per lo sviluppo globale del pensiero psicoanalitico. Sulla scorta del suo concetto di *rêverie* e della sua intuizione di come sia questo lo stato psichico necessario a una buona madre, gli analisti infantili evidenziano come sia la struttura psichica della madre a determinare il tipo di organizzazione psichica che si ritroverà nel bimbo. Il concetto di *rêverie* materna (Bion, 1962) è definito come quel particolare "stato sognante" in cui la madre dialoga (non con le parole) con il proprio bambino, accogliendo i suoi stati affettivi negativi e restituendoglieli "bonificati", cioè tollerabili: il bimbo può così imparare a "pensarli". Attraverso questo processo la madre attribuisce significati alle comunicazioni e ai comportamenti del suo bambino, consentendogli di poter così elaborare modalità di pensiero. Con il concetto di *rêverie* Bion (1962) presenta la funzione dei processi di identificazione proiettiva riscontrabile nella comunicazione che il bambino rivolge alla madre: ella ha il compito di trasformare i sentimenti vissuti dal bimbo come intollerabili, trasformandoli e restituendoglieli; il bambino, reintroiettando le proprie emozioni bonificate dalla madre, le farà proprie interiorizzando anche le modalità di funzionamento della madre stessa; solo così potrà diventare a sua volta capace di trasformare le proprie emozioni.

Donald Meltzer, seguendo Bion, mette a punto uno sviluppo della teoria kleiniana (Meltzer, 1982). La sua opera verte anche sulla cura analitica del bambino: in particolare si occupa di autismo infantile descrivendone casi clinici. Nel testo *Esplorazione sull'autismo* (1975), egli sottolinea la vicinanza che, nella ricerca kleiniana, il desiderio di conoscenza nella prima infanzia ha col desiderio del bambino di esplorare il corpo materno: il mistero del corpo materno è all'origine della sete di conoscenza dell'infante (sete di latte e conoscenza), che si sposta progressivamente nel

corso della crescita sugli oggetti del mondo esterno e si traduce poi in gioco e in capacità di simbolizzare e pensare. L'autore (Meltzer, 1987) richiama il momento della nascita e sottolinea come la ricchezza infinita di sensazioni ed emozioni che il bambino sperimenta nell'impatto con il mondo siano il nucleo di un'esperienza di mistero, bellezza e conoscenza. Secondo l'autore la meraviglia del bambino si concentra sul seno, sul viso, poi sulla figura della madre, e sorgono le domande sulla bellezza dell'oggetto materno: in particolare sono domande sull'interno di tale oggetto. Il bambino si chiede come è fatto l'interno del corpo materno e, successivamente, si chiederà di che natura sia la vita mentale della madre (il suo mondo interno). Da queste domande nasce, secondo Meltzer, la ricerca di significato e si genera la capacità di pensare.

È questo un processo che si evolve all'interno della relazione tra madre e bambino: la mente nasce nella relazione con un seno che nutre, nella relazione di un bambino con una madre capace di cure. Se in questa relazione il bambino può proiettare la sua angoscia, e trova la mente di una madre capace di *rêverie*, tutto viene accolto e restituito dotato di significato: se la madre è in grado di accettare le proiezioni del bambino restituendogli un mondo di emozioni ordinato e tollerabile, la madre sa pensare e capire il suo bimbo, e questi impara a pensare.

La Segal, sviluppando l'opera kleiniana, sottolinea che, se nell'adulto Freud trova il bambino, nel bambino la Klein finisce col trovare il lattante (Segal, 1979), e mette in evidenza in modo particolare come anche il padre svolga da subito una sua funzione e faccia parte della vita interiore del lattante, sin dai primi mesi di vita.

Un'altra autrice che, in questa linea, si occupa dei bambini sofferenti di autismo psicogenetico è Frances Tustin (1972). Altra psicoanalista infantile della scuola kleiniana che ha sviluppato importanti contributi clinici è Betty Joseph.

Negli anni '20 e '30 la psicoanalisi si espande in tutto il mondo: in Europa, Stati Uniti, Argentina sono inizialmente soprattutto le psicoanaliste donne, amiche e colleghe di Anna Freud, che cominciano a diffondere la psicoanalisi.

In Europa, Eugene Sokolnicka (1920) a Varsavia intraprende l'analisi con i bambini, mentre una sua allieva, Sophie Morgenstern, è la prima ad analizzare i bambini in Francia, seguendo la linea di Anna Freud (Morgenstern, 1937). L'autrice è critica nei confronti di Melanie Klein, di cui non condivide la tecnica del gioco: sostiene, con Anna Freud, che le azioni del bambino non devono essere interpretate come atti simbolici. Il suo pensiero è una delle prime manifestazioni della diffidenza che la psicoanalisi francese manifesta nei confronti delle teorie kleiniane.

Secondo la Morgenstern, poiché durante il trattamento il bambino rimane in famiglia, lo scopo è quello di migliorare i conflitti familiari. L'autrice ritiene che l'inconscio infantile si possa raggiungere più facilmente di quello adulto e che il momento cruciale nell'educazione del bambino sia tra i 5 e gli 11 anni, periodo in cui si può operare anche con l'analisi. Le tecniche utilizzate nella psicoanalisi del bambino sono le libere associazioni, dopo i 10-12 anni; l'uso del disegno permette l'accesso ai conflitti inconsci attraverso il simbolismo. Vengono presi in considerazione anche i racconti di fiabe e le elaborazioni che ne fa il bambino: la creazione di storie consente, inoltre, l'espressione simbolica del suo mondo interno, della sua struttura di personalità e dei suoi conflitti.

In Francia lo sviluppo della psicoanalisi incontra tuttavia diverse difficoltà, dovute anche al ritardo nella traduzione delle opere di Freud, che viene infine realizzata per opera di Marie Bonaparte, fondatrice della Società Psicoanalitica Francese.

Va ricordato in Francia il pensiero di Lacan: entrato in conflitto con l'IPA, viene costretto a uscirne. Fonderà negli anni '60 una sua Scuola, l'École Freudienne de Paris, che lui stesso poi scioglie nel 1980, un anno prima della morte. La sua figura esercita una certa influenza su psicoanalisti francesi, come Françoise Dolto, che si trova in una posizione intermedia nell'evoluzione della psicoanalisi infantile ma lavora isolata, al di fuori delle correnti della Freud e della Klein, e sembra condividere, senza però aderirvi pienamente, le tesi di Lacan. La Dolto si interessa prevalentemente delle problematiche della relazione genitore-bambino (1985, 1996, 2004).

Maud Mannoni è un'assistente della Dolto e si occupa di psicoanalisi infantile presso l'ospedale Trousseau: anche per lei l'incontro con la psicoanalisi di Jacques Lacan è determinante, in quanto indirizza l'impostazione teorica del suo approccio alla patologia mentale. È vicina alle ideologie del movimento antipsichiatrico; in particolare, il suo desiderio di fondare un'istituzione per bambini psicotici e autistici si realizza con la creazione della Scuola sperimentale di Bonneuil-sur-Marne: la struttura di questo ospedale si ispira ai principi della Scuola ortogenetica di Chicago, creata negli Stati Uniti da un altro importante psicoanalista, Bruno Bettelheim (1990, 2002). Il testo *Il bambino ritardato e la madre* (Mannoni, 1964) è un primo tentativo dell'autrice di dimostrare che il bambino ritardato, con deficit mentali, è in grado di sostenere un rapporto psicoanalitico: è il tipo di relazione con la madre a identificare il suo status di "malato", di bambino "bisognoso di cure"; se considerato "malato", non riesce a costruire una sua identità che vada oltre i sintomi e i deficit che gli vengono attribuiti; il bambino, completamente dipendente, "esisterà" in funzione di un genitore che lo farà "esistere" come tale.

Alcuni psicoanalisti francesi, come Lebovici, sono contrari a un riconoscimento degli psicoanalisti infantili come settore indipendente della psicoanalisi e considerano più importante una formazione generale di tutti gli psicoanalisti, che includa nel proprio campo anche la pratica della psicoterapia infantile: si sottolinea che non si tratta di considerare solo i problemi del bambino ma la sua relazione con la famiglia; l'osservazione del bambino va allora focalizzata sul rapporto tra questi e la sua mamma (Geissmann C., Geissmann P., 1992). Lebovici rimane nell'ambito della psicoanalisi freudiana e gode di una notevole fama nell'evoluzione della psicoanalisi infantile in Francia; svolge un ruolo importante nella diffusione delle idee psicoanalitiche nell'ambito della psichiatria infantile e sviluppa una propria terapia genitore-bambino (Lebovici et al., 1985, 1994).

In Italia i primi psicoanalisti infantili si formano alla scuola kleiniana in Inghilterra: non fondano scuole storiche ma si limitano a diffondere la propria esperienza. Recentemente la SPI, Società Psicoanalitica Italiana, ha istituito un training specifico per la psicoanalisi infantile.

Negli Stati Uniti vivono molti psicoanalisti di Vienna e Berlino, immigrati a seguito della guerra, come Heinz Hartmann, che sviluppa la *Psicologia dell'Io* (1939). La sua teorizzazione diviene predominante negli Stati Uniti. La psicologia psicoanalitica dell'Io, con Hartmann (1939), spostando l'interesse sui processi adattativi

1

promossi dall'Io nei confronti dell'ambiente, mette in evidenza l'importanza delle prime fasi che caratterizzano l'interazione dell'Io con l'ambiente (Hartmann, 1950). Con questo orientamento Kris (1950) inizia a utilizzare l'osservazione diretta per studiare le relazioni problematiche genitore-bambino, esplorando i conflitti del genitore proiettati sul bambino, e individua il meccanismo per spiegare il trasferimento dal genitore al bambino delle proprie vicende infantili: il transfert del genitore. Anche René Spitz, uno dei primi psicoanalisti, utilizzando l'osservazione dei bambini abbandonati dopo la guerra, prosegue l'esplorazione dei conflitti del genitore proiettati sul bambino, attraverso l'osservazione diretta delle relazioni nei loro aspetti problematici. Evidenzia, in particolare, che i neonati e i bimbi piccoli sottoposti a particolari deprivazioni affettive cadono in uno stato di grave disordine psichico e fisico (1946). Con Spitz (1965) prende avvio un importante filone di studi sulla relazione madre-bambino e sull'influenza esercitata dalla deprivazione delle cure materne.

Altri psicoanalisti americani seguaci della Freud sono Peter Blos, uno degli educatori della scuola fondata da Anna Freud a Londra che, trasferitosi negli Stati Uniti, diventa uno specialista del periodo dell'adolescenza (1974, 1979); Erick Erikson, amico di Blos, che diventa analista infantile dopo aver fatto l'analisi con Anna Freud: darà importanti contributi innovativi alla psicoanalisi utilizzando il metodo osservativo, con particolare riferimento, anch'egli, agli adolescenti; famoso è il suo *Infanzia e società* (Erikson, 1950), che contiene in nuce una teoria contrastante quella pulsionale, basata appunto su osservazioni, anche transculturali; Phyllis Greenacre, che si occupa di relazioni genitore-neonato e segue la teorizzazione freudiana.

Margaret Mahler, ungherese, si occupa negli Stati Uniti di osservazione diretta dei bambini molto piccoli; pone al centro dell'attenzione la relazione madre-bambino e i conflitti intrapsichici della diade. L'importanza del pensiero della Mahler sta nell'approfondimento della teoria sullo sviluppo psichico del bambino, e specialmente nello studio del bambino psicotico (1968). Mahler ritiene che il momento della nascita biologica (1975) non coincida con quello della nascita psicologica dell'individuo. La sua teoria si basa sui principi di separazione-individuazione: tra il 4° e il 36° mese dalla nascita il bambino si trova in uno stato di fusione simbiotica con la madre e la separazione consente l'emergere psichico del bambino al di fuori di questa fusione; con l'individuazione egli assume le sue caratteristiche psichiche individuali.

In Argentina invece la psicoanalisi fa il suo ingresso nel 1940 e la controversia tra le due teorizzazioni, la freudiana e la kleiniana, è meno evidente: gli psicoanalisti freudiani si dedicano all'osservazione del bambino, allo studio della normalità e delle devianze, mentre i kleiniani svolgono ricerche sulle patologie gravi. Armida Aberastury nel 1942 fonda l'Associazione Psicoanalitica Argentina (*Argentine Psychoanalytic Association*), in un primo momento sul modello di Anna Freud; poi, nel 1952, dopo aver conosciuto Melanie Klein, diffonde le sue idee in quanto più conformi al suo modo di lavorare. Crea gruppi di studio di psicoanalisi infantile e fonda un dipartimento di psicoanalisi infantile, nella Società Psicoanalitica Argentina. Nel 1974 nasce la Scuola Freudiana di Buenos Aires (*Buenos Aires Psychoanalytic Association*), e l'Argentina diventa uno dei paesi in cui la psicoanalisi infantile è maggiormente diffusa: il movimento psicoanalitico si diffonde contemporaneamente anche a Córdoba, Rosario e Mendoza (Plotkin, 2001). Molti ospedali per bambini sono

favorevoli ai principi psicoanalitici e consentono alle madri di soggiornarvi per assistere i loro bambini.

La conclusione fondamentale che si può trarre dall'exkursus storico che abbiamo delineato è la constatazione dell'enorme difficoltà che hanno incontrato i primi indagatori della mente umana, gli psicoanalisti, a entrare nella psiche dei bambini. Malgrado ogni sforzo e malgrado le migliori intenzioni, sono stati necessari parecchi decenni prima di riuscire ad adattare la metodologia scientifica della psicoanalisi così da applicarla ai bambini. Oggi sembra chiaro che i bimbi "pensano" e che tale pensiero si basa su affetti, emozioni e sentimenti inconsapevoli al pari di quanto sappiamo accadere per gli adulti, e ci sembra chiarissimo che, se possiamo indagare la mente degli adulti, altrettanto possiamo fare per i bimbi. Oggi le neuroscienze hanno pienamente convalidato l'attività delle strutture neurali che, nell'adulto così come nell'infante, continuamente elaborano i processi mentali inconsci che stanno alla base del pensiero. Ma un tempo, e fino a mezzo secolo fa, si credeva che i bimbi piccoli non avessero una mente: oggi sappiamo che questa non è meno complessa di quella degli adulti. Questo radicato pregiudizio è, a nostro avviso la ragione per cui l'evoluzione scientifica che abbiamo voluto tratteggiare è stata così lenta e laboriosa.

Bibliografia

- Aliprandi M, Pati AM (1999) *L'alba della psicoanalisi infantile*. Feltrinelli, Milano
- Balint M (1952) *L'amore primario*. Cortina, Milano, 1991
- Bettelheim B (1990) *La fortezza vuota. L'autismo infantile e la nascita del sé*. Garzanti, Torino
- Bettelheim B (2002) *Un genitore quasi perfetto*. Feltrinelli, Milano
- Bick E (1964) Note sull'osservazione del lattante nell'addestramento psicoanalitico. In: Bonaminio V, Iaccarino B (a cura di) *L'osservazione diretta del bambino*. Boringhieri, Torino, 1984
- Bion WR (1962) *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma, 1972
- Bion WR (1965) *Trasformazioni*. Armando, Roma, 1973
- Bion WR (1967) *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Armando, Roma, 1970
- Blos P (1974) *The Young Adolescent: Clinical Studies*. Free Press, New York, NY
- Blos P (1979) *L'adolescenza come fase di transizione*. Armando, Roma, 1988
- Borgogno F (2004) *Ferenczi oggi*. Boringhieri, Torino
- Dolto F (1985) *Le parole dei bambini e l'adulto sordo*. Mondadori, Milano
- Dolto F (1996) *Solitudine felice*. Mondadori, Milano
- Dolto F (2004) *Come allevare un bambino felice*. Mondadori, Milano
- Erikson EH (1950) *Infanzia e società*. Armando, Roma, 1968
- Fairbairn WRD (1952) *Studi psicoanalitici sulla personalità*. Boringhieri, Torino, 1970
- Ferenczi S (1927) *L'adattamento della famiglia al bambino*. In: *Fondamenti di psicoanalisi*, vol. 3. Guaraldi, Rimini, 1974
- Ferenczi S (1929) *Il bambino mal accolto e la sua pulsione di morte*. In: *Opere*, vol. 4. Cortina, Milano, 2002
- Ferenczi S (1932) *Confusione delle lingue tra adulti e bambini*. In: *Opere*, vol. 4. Cortina, Milano, 2002
- Freud A (1927) *Il trattamento psicoanalitico dei bambini*. Boringhieri, Torino, 1972
- Freud A (1936) *L'Io e i meccanismi di difesa*. In: *Opere*, vol. 1. Boringhieri, Torino, 1991
- Freud A (1945) *Indicazioni per l'analisi infantile*. In: *Opere*, vol. 2. Boringhieri, Torino, 1991

- Freud A (1949) Osservazioni sullo sviluppo infantile. In: Opere, vol. 2. Boringhieri, Torino, 1991
- Freud A (1965) Normalità e Patologia nell'età infantile. In: Opere, vol. 3. Boringhieri, Torino, 1991
- Freud A (1970) L'analisi infantile come sottospecialità della psicoanalisi. In: Opere, vol. 3. Boringhieri, Torino, 1991
- Freud A, Burlingham D (1943) Bambini senza famiglia: tesi pro e contro gli asili residenziali. In: Opere, vol. 1. Boringhieri, Torino, 1991
- Freud S (1905) Tre saggi sulla teoria sessuale. Boringhieri, Torino, 1987
- Freud S (1908) Caso clinico del piccolo Hans. Analisi della fobia di un bambino di cinque anni. In: Psicoanalisi infantile. Boringhieri, Torino, 1973
- Freud S (1914) La storia di una nevrosi infantile (Caso clinico dell'uomo dei lupi). In: Opere, vol. 7. Boringhieri, Torino, 1975
- Freud S (1920) Al di là del principio del piacere. In: Opere, vol. 9. Boringhieri, Torino, 1977
- Freud S (1932) Introduzione alla psicoanalisi (Nuova serie di lezioni) In: Opere, vol. 11. Boringhieri, Torino, 1979
- Geissmann C, Geissmann P (1992) Storia della psicoanalisi infantile. Borla, Roma, 1994
- Greenberg JR, Mitchell SA (1983) Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica. Il Mulino, Bologna, 1986
- Harris M (1980) L'osservazione dei bambini. In: Speciale-Bagliacca R (a cura di) Formazione e percezione psicoanalitica. Feltrinelli, Milano
- Harris M (1984) Capire i bambini. Armando, Roma
- Hartmann H (1939) Ego Psychology and the Problem of Adaptation. International Universities Press, New York, NY, 1958
- Hartmann H (1950) Considerazioni sulla teoria psicoanalitica dell'Io. In: Saggi sulla Psicologia dell'Io. Boringhieri, Torino, 1976
- Hug-Hellmuth H (1912) Analisi di un sogno di un fanciullo di cinque anni e mezzo. In: Aliprandi M, Pati AM (a cura di) L'alba della psicoanalisi infantile. Feltrinelli, Milano, 1999
- Hug-Hellmuth H (1913) Sulla vita psichica del bambino. Scritti di psicologia psicoanalitica. Il tempo del gioco. In: Aliprandi M, Pati AM (a cura di) L'alba della psicoanalisi infantile. Feltrinelli, Milano, 1999
- Hug-Hellmuth H (1914) Kinderpsychologie, Pädagogik, Jahrbuch für Psycho-analytische und psychopathologische Forschungen 6:393
- Hug-Hellmuth H (1920) Sulla tecnica dell'analisi dei bambini. In: Aliprandi M, Pati AM (a cura di) L'alba della psicoanalisi infantile. Feltrinelli, Milano, 1999
- Hug-Hellmuth H (1921) A Young Girl's Diary. Thomas Seltzer, New York, NY, 1925
- Hug-Hellmuth H (1924) Nuove vie per la comprensione della gioventù. Lezione 9: il gioco infantile. In: Aliprandi M, Pati AM (a cura di) L'alba della psicoanalisi infantile. Feltrinelli, Milano, 1999
- Imbasciati A (1978) Principi introduttivi alla psicoanalisi. Franco Angeli, Milano
- Imbasciati A (1991) Affetto e rappresentazione. Franco Angeli, Milano
- Isaacs S (1938) Recenti progressi nella psicologia infantile. In: L'infanzia e dopo. La Nuova Italia, Firenze, 1975
- Isaacs S (1948) L'osservazione diretta del bambino. Boringhieri, Torino, 1984
- Jung G (1942-1946) Psicologia e educazione. 1926-1946. Boringhieri, Torino, 1979
- Kaës R, Fainberg H, Enriquez M, Baranes J (1993) Trasmissione della vita psichica tra generazioni, Borla, Roma, 1995
- Klein M (1921) Lo sviluppo di un bambino. In: Klein M, Scritti 1921-1958. Boringhieri, Torino, 1978
- Klein M (1921-1958) Scritti 1921-1958. Boringhieri, Torino, 1978
- Klein M (1923) Analisi infantile. In: Klein M, Scritti 1921-1958. Boringhieri, Torino, 1978
- Klein M (1926) I principi psicologici dell'analisi infantile. In: Klein M, Scritti 1921-1958. Boringhieri, Torino, 1978
- Klein M (1927) Simposio sull'analisi infantile. In: Scritti 1921-1958. Boringhieri, Torino, 1978
- Klein M (1932) La psicoanalisi dei bambini. Martinelli, Firenze, 1969
- Klein M (1933) Il primo sviluppo della coscienza morale del bambino. In: Scritti 1921-1958. Boringhieri, Torino, 1978

- Klein M (1946) Note su alcuni meccanismi schizoidi. In: Scritti 1921-1958. Boringhieri, Torino, 1978
- Klein M (1948) Sulla teoria dell'angoscia e del senso di colpa. In: Scritti 1921-1958. Boringhieri, Torino, 1978
- Klein M (1952) Sull'osservazione del comportamento dei bambini nel primo anno di vita. In: Scritti. Boringhieri, Torino, 1978
- Klein M (1953) La tecnica psicoanalitica del gioco: sua storia e suo significato. In: Klein M, Heilmann P, Money-Kyrle R (a cura di) Nuove vie della psicoanalisi. Il Saggiatore, Milano, 1966
- Klein M (1955) Sull'identificazione. Il Saggiatore, Milano, 1966
- Klein M (1957) Invidia e gratitudine. Martinelli-Giunti, Firenze, 1969
- Klein M (1961) Narrative of a Child Analysis. The Conduct of the Psychoanalysis of Children as Seen in the Treatment of a Ten-Year-Old Boy. Basic Books, New York, NY
- Klein M, Rivière J (1937) Amore, odio e riparazione. Astrolabio, Roma, 1969
- Kris E (1950) Note sullo sviluppo e su alcuni problemi correnti della psicologia psicoanalitica
- Lebovici S, Diatkine R, Soulé M (1985) Trattato di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, vol. 2. Borla, Roma, 1990
- Lebovici S, Halpern FW (1994) Psicopatologia della prima infanzia. Boringhieri, Torino
- Mahler MS (1968) Le psicosi infantili. Boringhieri, Torino, 1976
- Mahler MS, Pine F, Bergman A (1975) La nascita psicologica del bambino. Boringhieri, Torino, 1978
- Mannoni M (1964) Il bambino ritardato e la madre. Boringhieri, Torino, 1971
- Meltzer D (1975) Esplorazioni sull'autismo. Boringhieri, Torino, 1977
- Meltzer D (1982) Lo sviluppo kleiniano. Borla, Roma
- Meltzer D (1987) Studi di meta psicologia allargata. Applicazioni cliniche del pensiero di Bion. Cortina, Milano
- Morgenstern S (1937) *Psychanalyse infantile (symbolisme et valeur clinique des créations imaginatives chez l'enfant)*. Denoël, Paris
- Plotkin MB (2001) *Freud in the Pampas: the emergence and development of a psychoanalytic culture in Argentina*. Stanford University Press, Stanford, California
- Schore AN (2003) *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé*. Astrolabio, Roma, 2008
- Segal H (1979) *Melanie Klein*. Boringhieri, Torino, 1981
- Seligman S (1999) Integrating kleinian theory and intersubjective infant research observing projective identification. *Psychoanalytic Dialogues* 9:129-159
- Sokolnicka E (1920) Analysis of an obsessional neurosis in a child. *Int J Psychoanal* 3:306-319
- Spitz R (1946) Anaclitic depression. *The Psychoanalytic Study of the Child* 2:313-342
- Spitz R (1965) *Il primo anno di vita del bambino*. Armando, Roma, 1973
- Tustin F (1972) *Autismo e psicosi infantile*. Armando, Roma, 1975
- Winnicott DW (1941) L'osservazione dei bambini piccoli in una situazione prefissata. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze
- Winnicott DW (1945) Lo sviluppo emozionale primario. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze, 1975
- Winnicott DW (1951) Oggetti transizionali e fenomeni transizionali. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze, 1975
- Winnicott DW (1956) La preoccupazione materna primaria. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze, 1975
- Winnicott DW (1958) *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze, 1975
- Winnicott DW (1960) La teoria del rapporto infante-genitore. In: *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma, 1970
- Winnicott DW (1965a) *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma, 1970
- Winnicott DW (1965b) *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*. Armando, Roma, 1968
- Winnicott DW (1967) La funzione di specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile. In: *Gioco e realtà*. Armando, Roma, 1974
- Winnicott DW (1971) *Colloqui terapeutici con il bambino*. Armando, Roma, 1974
- Winnicott DW (1987) *I bambini e le loro madri*. Cortina, Milano



Dalla psicoanalisi infantile: un cambiamento di rotta

2

L. Cena, A. Imbasciati

2.1

Una frattura e una svolta: la teoria dell'attaccamento

La teoria dell'attaccamento, con gli studi sulle primissime interazioni neonato-bimbo-caregiver, fornisce evidenze sperimentali di come la psiche infantile si organizzi e si modelli sulla base delle relazioni che il bambino instaura con le figure affettive di riferimento. Allontanandosi dai principi teorici della psicoanalisi pulsionale freudiana, questa teoria crea una nuova prospettiva: il bambino non si sviluppa per processi maturativi interni, ma per processi interpersonali; il formarsi di funzioni psichiche dipende dagli incontri intersoggettivi (Ammaniti, Cimino, 2006).

L'osservazione del comportamento del bambino nel suo ambiente naturale diventa una metodologia prevalente nella ricerca scientifica, dopo gli anni '60, seguendo le prospettive emergenti che provengono dall'etologia. L'approccio etologico (Lorenz, 1949) attraverso l'osservazione del comportamento animale, nei primi momenti subito dopo la nascita, rileva la presenza di un particolare comportamento geneticamente determinato, l'*imprinting*, cioè un periodo "sensibile" in cui si stabilisce un legame duraturo nel tempo tra il piccolo e il primo essere che si occupa di lui. Bowlby fa riferimento agli studi etologici e sviluppa la teoria dell'attaccamento: viene rilevata una predisposizione innata nell'essere umano a instaurare relazioni affettive con una figura di riferimento che assicuri la continuità degli accudimenti indispensabili per la sopravvivenza psicofisica, e che svolga la funzione di proteggere la persona in situazioni di pericolo. Bowlby (1969) utilizza il termine *attaccamento* per descrivere quella modalità, presente dalla nascita nel bimbo, a ricercare la "vicinanza" delle persone affettivamente importanti per il suo sviluppo e a stabilire un "legame", duraturo nel tempo e nello spazio, in particolare con una figura che dispensi protezione e cura nei momenti di pericolo. Il bimbo interiorizza le relazioni, trasformandole in schemi cognitivi che vanno a costituire gli *Internal Working Model*, cioè i Modelli Operativi (rappresentativi) Interni (MOI), le rappresentazioni in-

terne della relazione di sé con l'altro che costituiscono una base per i suoi comportamenti relazionali futuri e che gli consentono di fare previsioni e crearsi aspettative riguardo a quanto le sue figure di attaccamento potranno essere accessibili e responsive se egli si rivolgerà a loro per chiedere aiuto (Bowlby, 1969).

La teoria dell'attaccamento si occupa pertanto di indagare la funzione e lo sviluppo del comportamento protettivo umano e la ricerca di protezione; la separazione (Bowlby, 1973) o la perdita di una figura di attaccamento (Bowlby, 1980) possono comportare disturbi e psicopatologie dello sviluppo (Bowlby, 1988a).

Con le osservazioni e gli studi sulle primissime interazioni madre-bambino, la teoria dell'attaccamento fornisce evidenze sperimentali di come la psiche infantile si organizza e si modella nelle relazioni che il bambino instaura con la madre: fondamentale è l'opera della Ainsworth, che pone in evidenza come la qualità dell'attaccamento riveli sostanziali differenze individuali che si stabilizzano in relazione all'esperienza dell'individuo con i suoi caregiver. Le aspettative di ogni essere umano si organizzano, infatti, in riferimento alla disponibilità e responsività che i suoi caregiver dimostrano rispetto alla soddisfazione dei suoi bisogni di protezione e cura. L'autrice fa riferimento in particolare alla dimensione comportamentale della "sensibilità materna" (Ainsworth, 1979), intesa come quella particolare capacità della madre di recepire i bisogni del bambino e di rispondervi prontamente e in tempi adeguati. La responsività implica qualità relazionali che si manifestano nella reciproca attività comunicativa madre-bambino, come funzione regolativa che si esprime con le modalità con cui le emozioni attivano il sistema di attaccamento: il bimbo manifesta i suoi bisogni, le modalità con cui le emozioni della madre si esprimono gli restituiscono informazioni circa il successo dei suoi tentativi di ottenere conforto.

Il tipo di attaccamento che un bambino svilupperà dalla nascita in poi dipende dalla qualità del legame che si è stabilito con i suoi genitori e dal loro modo di rispondere ai suoi bisogni, offrendogli sicurezza, conforto e protezione dai pericoli: a seconda di come saranno stati soddisfatti questi bisogni il bimbo potrà manifestare una modalità-stile di attaccamento sicuro o, viceversa, di tipo insicuro. Le interazioni di accudimento e le contingenze ambientali caratterizzate dagli atteggiamenti e dal grado di sensibilità e responsività del genitore danno origine a diversi *pattern* di attaccamento, che si strutturano come schemi in cui le percezioni che il bimbo ha del caregiver si connettono in funzione della risposta di questi ai suoi specifici comportamenti, e implicano lo strutturarsi di un particolare "stile" con cui si manifesta il legame di attaccamento che connota quella specifica relazione. Il sistema interattivo si organizzerà in funzione della risposta genitoriale attraverso un continuo processo caratterizzato da modalità di regolazione non più unidirezionali, ma di reciprocità, in cui è rilevante la capacità di intuizione e di comprensione da parte del bimbo delle emozioni e dei sentimenti del suo caregiver e della propria capacità di adattarsi.

La valutazione della qualità del legame è stata resa possibile dalla costruzione di un particolare setting sperimentale, ideato dalla Ainsworth: la *Strange Situation* (Ainsworth et al., 1978).

La *Strange Situation* è la prima procedura standardizzata di laboratorio costruita con lo scopo di osservare e valutare l'equilibrio tra comportamenti di attaccamento e di esplorazione, a cui vengono sottoposti bambini di un anno di età. Il setting

sperimentale prevede una serie di situazioni che consentono di rilevare le modalità di comportamento del bambino in interazione con la madre in situazioni lievemente stressanti, e di codificare i dati in alcune dimensioni comportamentali che evidenziano situazioni incerte o relazioni significative tra il genitore e il bambino.

Le reazioni del bambino agli eventi stressanti che si succedono durante la procedura consentono una classificazione dell'attaccamento del bambino nell'ambito di tre pattern di attaccamento: sicuro, ansioso-evitante, ansioso-ambivalente. L'attaccamento sicuro è rilevabile in bambini che ricercano attivamente la vicinanza del genitore e che comunicano apertamente lo stato di disagio nelle separazioni, rivolgendosi però anche a esplorare l'ambiente circostante, e comunque hanno facilità di ricongiungimento alla madre. L'attaccamento evitante è osservabile in quei bambini che non sembrano presentare segnali di disagio nelle separazioni, che indirizzano l'attenzione verso l'ambiente circostante, e che sembrano ignorare ed evitare il genitore, anche e soprattutto quando questi ricompare. È stato detto "attaccamento ansioso-ambivalente" infine, quello per cui i bambini protestano apertamente per le separazioni, ma mostrano un atteggiamento di ricerca della vicinanza e contemporaneamente una resistenza al ricongiungimento, risultando inconsolabili e incapaci di una tranquilla esplorazione dell'ambiente.

Successivamente è stato individuato (Main, Solomon, 1986, 1990) un quarto pattern di attaccamento: l'attaccamento disorganizzato-disorientato, caratterizzato da diversi comportamenti classificati nei precedenti modelli, ma specificatamente contraddistinto dalla manifestazione di comportamenti contraddittori, movimenti ed espressioni incompleti e interrotti, stereotipie, movimenti asimmetrici, movimenti fuori luogo e posizioni anomale; congelamento, immobilità, espressioni e movimenti rallentati; indici diretti di apprensione verso il genitore e indici diretti di disorganizzazione e disorientamento.

La predisposizione a ricercare la presenza di un adulto, che eserciti la funzione di protezione e cura, costituisce una spinta motivazionale definita di tipo primario, in quanto innata e universale, poiché può essere osservata in tutti i soggetti nelle varie culture. Questa prospettiva teorica si è posta inizialmente in contrasto con la psicoanalisi classica freudiana: la concezione pulsionale implicava, infatti, che il bambino sviluppasse legami di attaccamento solo a seguito della soddisfazione dei bisogni fisiologici. Questa divergenza ha perso rilievo a seguito dell'affermarsi dei successivi e attuali modelli psicoanalitici relazionali (Mitchell, 1998): l'importanza della relazione primaria genitore-bambino mette, infatti, in ombra le teorie pulsionali. Si è così aperta una via di integrazione con le nuove prospettive per la teoria dell'attaccamento.

Negli ultimi decenni del secolo scorso la teoria dell'attaccamento ha sviluppato soprattutto la prospettiva rappresentazionale (Main, Kaplan, Cassidy, 1985): l'attaccamento alle figure affettive non si svilupperebbe a seguito dell'attivazione di sistemi regolativi puramente comportamentali, ma sulla base degli Internal Working Model, che si formerebbero nella mente del bimbo a seguito delle sue esperienze. Tali Modelli Operativi Interni (MOI) si costituiscono come generalizzazione delle esperienze del proprio Sé in relazione alle figure affettive di riferimento (Bretherton, 1987, 1999) e consentono di organizzare i dati degli eventi riguardanti l'attaccamento attraverso la costruzione di un insieme strutturato di comportamenti e aspettative che regolano le

relazioni del Sé con l'altro. I modelli operativi interni di attaccamento sono intesi come modalità di rappresentazione del legame di attaccamento e si costituiscono come una guida del comportamento relazionale dell'individuo, anche adulto.

Le relazioni di attaccamento che i genitori hanno a loro volta avuto con i propri genitori hanno consentito di individuare la transgenerazionalità delle relazioni di attaccamento (Bretherton, Munholland, 1999; Hesse, Main, 1999): è stata identificata una correlazione tra la tipologia di attaccamento rilevata nel figlio, attraverso la Strange Situation (Main, Kaplan, Cassidy, 1985; van IJzendoorn, Bakemans-Kranenburg, 1997; De Wolff, van IJzendoorn, 1997) e l'attaccamento manifestato dai genitori nei confronti dei propri genitori. Nell'ambito delle relazioni familiari i soggetti tendono a presentare uno stile analogo a quello della loro figura di accudimento: il passaggio da una generazione all'altra della stessa modalità di affrontare situazioni affettive ed emotive avviene attraverso i modelli operativi interni, che si trasmettono dal genitore al figlio; i genitori interpretano i bisogni dei propri figli a seconda dell'esperienza che hanno avuto a loro volta con i propri genitori: è possibile rintracciare una connessione fra le esperienze di accudimento vissute dai genitori e le modalità relazionali che essi potranno instaurare coi propri figli.

Sono stati costruiti strumenti idonei per individuare il tipo di attaccamento negli adulti: tra i più noti ed efficaci è stato ed è la *Adult Attachment Interview* (AAI) (George, Kaplan, Main, 1986, 1996; Crittenden, 1995, 1999). Si tratta di un'intervista semistrutturata di notevole complessità che richiede somministratori specificatamente addestrati. L'intervista consente di indagare le relazioni di attaccamento del soggetto con i propri genitori nel passato, i ricordi specifici sul sostegno ricevuto e la descrizione delle relazioni attuali. L'intervista permette di valutare lo "stato della mente" del genitore relativamente all'attaccamento, quale aspetto parzialmente inconsapevole ma costitutivo della modalità dell'adulto di rappresentarsi e di porsi nei confronti delle proprie esperienze di attaccamento. L'AAI della Main valuta lo "stato della mente" relativo all'attaccamento attraverso un aspetto generale e narrativo del modo di porsi dell'individuo rispetto alla propria esperienza. Attraverso lo "stato della mente" è possibile conoscere i modelli operativi interni, nei loro aspetti maggiormente consapevoli – come la narrazione –, ma anche i vissuti profondi e inconsapevoli connessi e integrati con modalità differenti dai soggetti. L'intervista affronta diverse tematiche relative all'attaccamento, a partire dall'infanzia del soggetto, attraverso riflessioni generali e valutazioni complessive delle esperienze, ma anche proponendo di definire le relazioni significative tramite aggettivi, cui collegare ricordi ed episodi specifici. Le esperienze passate del soggetto vengono rievocate durante l'intervista e il contenuto è strettamente collegato agli assunti di riferimento della teoria dell'attaccamento. Le domande sono orientate alla rievocazione della storia di attaccamento dell'individuo, all'esperienza del soggetto con le figure di riferimento durante la propria infanzia, e alle situazioni di difficoltà, in cui l'efficacia e la presenza del genitore sono state fondamentali per la protezione e la cura del piccolo. Il soggetto viene inoltre invitato a riflettere sulle esperienze passate, in relazione alle sue convinzioni e ai vissuti attuali in quanto adulto. La durata media della prova è di circa un'ora. L'intervista viene audioregistrata e, successivamente, trascritta, parola per parola, al fine di consentirne l'analisi.

Patricia Crittenden (1999, 2008), altra allieva di Bowlby e della Ainsworth, ha ampliato la versione della AAI della Main attraverso un modello più articolato e complesso delle diverse configurazioni di attaccamento, cercando di comprendere il modo in cui le informazioni vengono elaborate e di individuare come funzionano le trasformazioni se i soggetti sono stati esposti a minacce o pericoli per l'integrità del loro Sé. La somministrazione e la codifica dell'AAI, richiede, così come per gli altri strumenti di valutazione dell'attaccamento, un rigoroso training di formazione, per cui è necessario conseguire una reliability che assicuri la validità e l'attendibilità dell'intervistatore e del codificatore.

La Crittenden (1994) propone una svolta importante nella teoria dell'attaccamento, con una nuova teorizzazione che parte dalla teoria originale e apre un percorso di sviluppo in una prospettiva evolutiva. L'autrice ha strutturato un Modello Dinamico Maturativo dello sviluppo della relazione d'attaccamento (1999, 2008), il DMM, che verrà illustrato più avanti nel presente volume direttamente dalla stessa autrice (vedi Par. 5.1). La maturazione è considerata in interazione dinamica con l'esperienza, attraverso i cambiamenti nella qualità dell'attaccamento che si possono riscontrare in alcuni momenti dello sviluppo. Nei periodi di maggior cambiamento del bambino, si assiste a una riorganizzazione dei processi cognitivi, affettivi, e anche dell'attaccamento. Il DMM evidenzia come la riorganizzazione e il cambiamento possano realizzarsi a diversi livelli durante l'infanzia e l'adolescenza: grande importanza assume l'elaborazione o la distorsione delle informazioni nell'organizzazione dei percorsi evolutivi adattativi. Le informazioni che possediamo nella nostra memoria riguardano il passato e necessitiamo di quelle per il presente e il futuro: il lavoro del nostro sistema nervoso centrale è trasformare le informazioni per avere dati utili per il futuro. Gli studi clinici condotti dall'autrice, soprattutto su popolazioni a rischio e caratterizzate da marginalità sociale, consentono di ampliare le conoscenze su come si strutturino i diversi tipi di attaccamento possibili, identificando nuove configurazioni comportamentali, e soprattutto di affinare la comprensione delle strategie e del funzionamento cognitivo sottesi a ogni configurazione. Attraverso lo studio della relazione tra i caregiver e il bimbo, l'autrice porta interessanti contributi alla comprensione delle modalità con cui l'individuo si sviluppa e funziona in rapporto alle sue interazioni, e apre interessanti prospettive di integrazione delle teorie comportamentali con quelle dei sistemi familiari, con le teorie cognitive e quelle psicodinamiche.

2.2

Un ponte tra l'orientamento psicoanalitico e la teoria dell'attaccamento: l'Infant Research e le nuove metodologie di osservazione dell'interazione

L'*Infant Research* viene a configurarsi nella convergenza degli studi sperimentali sullo sviluppo cognitivo dei bambini e dei fanciulli (Psicologia "Evolutiva" o "dello Sviluppo"), con la teoria dell'attaccamento, che, con le sue scoperte, sposta l'indagine sperimentale sui primissimi anni di età, anzi, sui neonati, e quindi a sua volta si co-

niuga con la psicoanalisi. Infante è appunto colui che non parla, secondo l'etimo latino, ovvero il neonato e il bimbo preverbale. Su questi la psicoanalisi aveva congetturato e le ricerche sperimentali stavano apportando chiarimenti.

L'Infant Research fa da ponte all'orientamento psicoanalitico e alla teoria dell'attaccamento, portando contributi sperimentali interessanti, estendendo l'osservazione del bambino a epoche sempre più precoci del suo sviluppo, dalla nascita all'epoca prenatale, e utilizzando nella ricerca nuove tecnologie, come le modalità di osservazione videoregistrata dei comportamenti osservati e le strumentazioni per le analisi microanalitiche dei dati, oppure le indagini ecografiche: questa svolta importante è da ricondursi principalmente a cambiamenti nei metodi osservativi sperimentali, in primis all'osservazione e alla valutazione delle competenze presenti nel feto e nel neonato. Con le tecniche ecografiche si rende possibile anche l'osservazione dello sviluppo del feto e delle sue reazioni alle stimolazioni ambientali e sperimentali: attraverso le registrazioni ecografiche è possibile rilevare le esperienze che il bambino vive nel periodo prenatale e individuare le competenze sensoriali e percettive fetali, focalizzando l'insieme delle competenze presenti già alla nascita.

Si passa dallo studio delle competenze individuali neonatali a esaminare costrutti sempre più articolati, come quelli interattivi del lattante con la madre (Sander, 1962, 1977, 1987; Meltzoff, Moore, 1977; Stern, 1971, 1974, 1977, 1985; Shaffer, 1977; Tronick et al., 1978, 1989; Trevarthen, 1980; Cohn, Tronick, 1987; Brazelton, Als, 1979; Fogel, 1982; Beebe, Lachmann, 1988; Sameroff, Emde, 1989).

La difficoltà a descrivere la complessità dell'interazione, negli aspetti e attraverso le sfumature che passano nella comunicazione, soprattutto non verbale, tra genitore e bambino, stimola clinici e ricercatori a utilizzare, nei processi di assessment e di cura, strumenti che diano la possibilità di ritornare più volte a rivedere quanto accade nell'interazione, per un'analisi sempre più minuziosa e dettagliata di ciò che viene osservato. La ricerca si serve di strumentazioni in grado di rilevare aspetti dello sviluppo del bambino e delle interazioni stesse che possono così essere messi a disposizione del clinico e del ricercatore in qualsiasi momento, offrendo la possibilità di analizzare con modalità microanalitiche quanto non sarebbe possibile indagare attraverso la semplice osservazione e attenzione umana. Nella metodologia osservativa vengono introdotte dagli anni '70 tecniche audiovisive di videosservazione e di codifica dei dati attraverso l'analisi sequenziale delle interazioni che vengono osservate, con modalità che nel tempo sono diventate sempre più raffinate e computerizzate (Bakeman, 1978; Bakeman, Gottman, 1986; Gnisci, Bakeman, 2000; Quera, Bakeman, 2000; Bakeman, Quera, 2008; Bakeman, Quera, Gnisci, 2008). Attraverso queste strumentazioni sempre più sofisticate, per i ricercatori è possibile videoregistrare e codificare micro-unità di interazione madre-bambino. Le videosservazioni consentono di registrare le interazioni genitore-bambino, che in tal modo possono essere successivamente osservate con maggiore attenzione in ogni loro dettaglio. I video delle interazioni genitore-bambino hanno una breve durata e si effettuano durante le osservazioni delle interazioni di gioco libero, oppure in situazioni in cui viene assegnato alla diade un compito da svolgere; o ancora durante il pasto del bambino. Con le videosservazioni è possibile fissare il processo delle interazioni mentre avvengono, in modo che si possano rivedere poi successivamente e insieme ad altri

osservatori. Un'altra caratteristica tecnica interessante del video è che è possibile fermare l'immagine per poter analizzare più dettagliatamente momenti significativi dell'interazione e rivederli più volte per una più attenta valutazione. È un potente strumento per la metodologia osservativa, soprattutto in quanto l'oggetto di studio è un'interazione che si evolve prevalentemente a livello della comunicazione non verbale, come quella tra un neonato e i suoi caregiver (Cena, Imbasciati, Dabrassi, 2008; Cena, Imbasciati, 2009a, 2009b, 2009c; Imbasciati, Cena, 2010).

L'Infant Research permette di evidenziare soprattutto le competenze sociali e interattive delle prime fasi dello sviluppo infantile (Shaffer, 1977; Trevarthen, 1979), riferite alla competenza comunicativa e alla regolazione affettivo-emotiva del neonato. Le emozioni nel bimbo svolgono tre funzioni: amplificarne il comportamento, trasmettere informazioni sui suoi stati interni e sollecitare risposte da parte dei caregiver (Sroufe, 1989). Molti autori, come Trevarthen, Tronick, Stern, Emde, Meltzoff, Fogel, Beebe, elaborano una cornice teorica che ricerca un'integrazione di pensiero a partire da diversi indirizzi.

Con l'Infant Research la ricerca relativa alla microanalisi dell'interazione vis-à-vis madre-neonato inizia a diventare predominante (Sander, 1977; Brazelton, Kozlowski, Main, 1974; Lewis, Rosenblum, 1974; Stern, 1971, 1974, 1977; Trevarthen, 1974; Fogel, 1977) e si introduce il paradigma dell'influenzamento bidirezionale nella comunicazione primaria. Vengono studiati i primi processi imitativi del neonato nei confronti della mimica facciale della madre (Meltzoff, Moore, 1977; Meltzoff, Prinz, 2002): il bimbo è in grado di imitare espressioni del volto materno e questa esperienza ha risonanze emotive importanti per lo sviluppo dell'interazione e costituisce la base delle prime forme di intersoggettività (Lavelli, 2007).

Trevarthen evidenzia la tendenza innata del bimbo all'interazione, differenziabile da quanto si rileva quando si stabilisce il legame di attaccamento: sarebbe, infatti, presente fin dalle prime settimane di vita una competenza sociale, innata, che permette al bimbo di interagire in modo differente con ognuno dei suoi partner. Nel primo anno di vita tale competenza si manifesterebbe evolvendosi verso due forme di intersoggettività: primaria e secondaria. L'intersoggettività è un'esperienza che si sviluppa progressivamente attraverso processi di strutturazione cerebrale e di interazione con il contesto sociale (Trevarthen, 1998, 2001, 2003).

L'intersoggettività primaria (Trevarthen, 1979) si costruisce, a partire dalla nascita, sullo scambio diadico bambino-genitore, sulla condivisione degli stati emotivi e attraverso l'imitazione reciproca. La comunicazione nella diade, nei primi mesi, ha durata limitata, in cui però sono presenti cicli regolari e prevedibili di protoconversazione, rilevabili da movimenti di orientamento dello sguardo, scambi minimi e vocalici: queste capacità comunicative si strutturano verso le sei settimane, quando le competenze percettive e posturali del neonato aumentano a seguito dell'aumentare degli stati di veglia del bambino. Il neonato utilizza anche altri segnali, come il pianto, per ottenere aiuto, e questo gli consente di stabilire, nel primo anno di vita, la prima relazione di attaccamento. Un genitore attento comincia a differenziare i segnali del neonato, distinguendo quando questo si trovi in uno stato di bisogno, oppure quando si trovi in uno stato di veglia attiva in cui cerca di orientare nel modo migliore la sua percezione visiva e uditiva rivolgendola verso il genitore.

Shaffer (1977) e Brazelton (Brazelton, Kozlowski, Main, 1974) sostengono come sia la madre ad attribuire significato e intenzionalità ai primi segnali comunicativi del bambino, inserendosi nel flusso della sua attività: a iniziare dalla comunicazione non verbale in epoca prenatale, quando attraverso i primi movimenti fetali la madre riconosce al suo bimbo un qualche atteggiamento intenzionale comunicativo. Il costrutto dell'intenzionalità comunicativa assume un ruolo determinante nel corso del primo semestre di vita del bambino: dai due mesi di vita il bimbo avvia una comunicazione con la madre orientando il capo verso di lei, rivolgendole sguardi e sorrisi. La madre può inserirsi nelle pause del dialogo e rispecchiare la mimica del neonato; il bambino acquisisce così competenze di tipo interattivo che gli consentono di partecipare e condividere il ritmo della comunicazione che intercorre con la madre; la continuità nelle modalità di regolazione consente, nel tempo, a ogni membro della diade di predire e anticipare il comportamento dell'altro.

Verso i nove mesi si manifestano le forme dell'intersoggettività secondaria (Trevarthen, 1978): il bambino comincia a esplorare l'ambiente circostante e la relazione si amplia; egli inizia a condividere con la madre questa attività, rivolgendo alternativamente lo sguardo agli oggetti e poi a lei (Shaffer, 1996). Questa condivisione dell'attenzione consente la costruzione condivisa di significati, a livello preverbale, attraverso forme comunicative gestuali: l'uso di gesti deittici consente al bimbo di indicare al genitore la direzione in cui si trovano gli oggetti desiderati (Camaioni, 1996), condividendo con lui l'attenzione su un oggetto (Camaioni et al., 2004).

Sameroff (Sameroff, Emde, 1989) ritiene che lo sviluppo sia regolato su due versanti principali, interno ed esterno, biologico e sociale: la componente biologica fornisce la base per l'organizzazione comportamentale mentre le figure genitoriali che costituiscono il sistema sociale regolano l'organizzazione affettiva e cognitiva.

Le varie forme comunicative interattive costituiscono la base di una progressiva regolazione emotiva con le figure affettive di riferimento (Emde, 1989; Sameroff, Emde, 1989), che deriva dall'interiorizzazione delle prime regolazioni diadiche (Siegel, 2001). La funzione di regolazione che la madre svolge a partire dalle prime settimane di vita si organizza, infatti, sulle modalità di regolamentazione dei processi dell'attività fisiologica, come il sonno, il ritmo respiratorio (Hofer, 1994) e la termoregolazione; attraverso questi scambi con i sistemi di regolazione delle figure di accudimento i neonati acquisiscono anche le competenze di autoregolazione psicobiologica (Hofer, 2001; Berardi, Pizzorusso, 2006).

La mutua regolazione degli stati affettivi ed emotivi contribuisce alla costruzione di significati comunicativi condivisi nella diade e consente lo sviluppo dell'intersoggettività, in cui madre e bimbo attraverso forme di comunicazione implicita si influenzano reciprocamente (Tronick, 1982, 1989). Concetti e paradigmi dell'Infant Research possono venire trasposti per comprendere il livello di conoscenza relazionale, di tipo procedurale e implicito, che è presente anche nella relazione analitica accanto a quello verbale, e che consente alla diade paziente-terapeuta la costruzione di significati e di regolazioni emotive in un sistema di mutuo adattamento (Tronick, 2008).

Anche per Fogel (1993, 2001) l'incontro diadico è caratterizzato da continui processi di regolazione e di adattamento delle emozioni in relazione al comportamento dell'altro, attraverso microregolazioni dello sguardo, della voce, della postura. Si

strutturano così, nell'interazione madre-bambino, pattern comunicativi stabili di regolazione che influenzano la qualità dell'esperienza intersoggettiva della diade.

Altri autori, considerando i vari aspetti della comunicazione e della regolazione emotiva, sottolineano come sin dai primi tempi della vita sia osservabile una concezione di un Sé "in relazione con l'altro"; nel bimbo, attraverso le esperienze relazionali, si formerebbero "schemi di essere con" (Stern, 1995, 2004) che contribuiscono a un'esperienza strutturante di organizzazione psichica: la rappresentazione della relazione primaria con il genitore diventa la base per le successive rappresentazioni delle interazioni del bimbo tra sé e gli altri. Nel bambino piccolo si sviluppa un "senso del Sé" (Stern, 1977), attraverso una continuità di esperienze di condivisione di significati e affetti entro la relazione con il caregiver: tramite una continuità di rapporti sarà possibile per il bimbo una generalizzazione degli schemi e delle rappresentazioni degli eventi condivisi con il genitore, che gli consentirà di crearsi delle aspettative e di confrontarsi rispetto a nuove interazioni sociali.

I processi di regolazione affettiva si presentano a progressivi livelli di complessità: nei primi mesi si organizzano come microregolazioni, descritte da Stern (1985) con il termine di "sintonizzazioni affettive". Queste sono accompagnate e favorite da una sintonizzazione effettuata a livello percettivo transmodale dalla madre: ella può, per esempio accompagnare il cullare il bimbo con vocalizzi sincroni col ritmo di cullamento, o può rispondere a vocalizzi del bimbo con altrettanto sincroni ritmi motori, del capo o delle braccia. Una tale sincronizzazione ritmica, oltre a stimolare nel bambino un apprendimento percettivo amodale, e pertanto un collegamento di significati comunicati, si sviluppa in una più globale sintonizzazione affettiva. Attraverso questo concetto, Stern presenta una similitudine tra gli scambi affettivi che intercorrono nella relazione primaria, tra la madre e il bambino, e quelli tra terapeuta e paziente: questi particolari aspetti sarebbero alla base delle potenzialità trasformative delle relazioni. Il genitore si sintonizza con lo stato affettivo del bimbo e, rispecchiandone il comportamento mediante l'imitazione, lo traduce in differenti modalità espressive, utilizzando canali comunicativi diversi: questo scambio costituisce la base su cui il bambino fonda i propri apprendimenti e impara a modulare le sue risposte verso il mondo esterno (Stern, 1998).

La madre in particolare accede a questa capacità anche attraverso un particolare assetto interiore, definito da Stern "costellazione materna" (1995), che si sviluppa nella donna durante la gravidanza e fino a tutto il primo anno di vita del bimbo: la donna elabora dentro di sé uno specifico stato psicologico caratteristico e unico nel suo genere, che le consente di "diventare madre" (Bruschweiler-Stern, 1998), attraverso una rielaborazione della sua identità femminile e la riorganizzazione delle rappresentazioni mentali di se stessa e del figlio che nascerà. Tale assetto peculiare comporta un'attivazione di comportamenti che consentono alla madre di prendersi cura del bambino a livello di bisogni sia fisici, sia affettivi (Ammaniti, Stern, 1992) attraverso il riconoscimento della sua individualità.

In un proprio modello di osservazione dell'interazione diadica la Beebe (Beebe, 2006; Beebe, Lachmann, 1988, 1998) evidenzia come il caregiver possa assumere una funzione di regolazione delle emozioni vissute dal bimbo attraverso tre processi che si alternano: sincronizzazione, rottura, riparazione della comunicazione. In ogni

interazione diadica è possibile individuare diversi momenti caratterizzati da sincronia, con intesa comunicativa nella diade, alternati a momenti di rottura, di dissintonia, con un'interruzione nella comunicazione; successivamente è possibile osservare come questa rottura possa venire riparata ed essere ripristinato lo stato di sintonia comunicativa: questo complesso processo è indicato dalla Beebe come riparazione comunicativa (Beebe, Lachmann, 1994). Il paradigma della sincronizzazione comunicativa è la risposta più adeguata del genitore, contingente con quella del bambino (Condor, Sander, 1974).

Durante i primi due anni di vita si struttura una regolazione affettiva di tipo diadico, attraverso reciproche sincronizzazioni di stati affettivi: nelle situazioni di patologia del caregiver, come la depressione materna, o di conflittualità con il genitore, si presentano forme di rottura interattiva in cui, in mancanza di una riparazione materna, il bimbo fa principalmente ricorso a forme di autoregolazione. Nel bambino sono, infatti, presenti dai due-tre mesi di vita competenze autoregulatorie precoci (distogliere lo sguardo, succhiarsi un dito), che gli consentono di modulare la tensione degli eventi stressanti, interattivi o ambientali. I pattern di attaccamento che il bambino presenta nel primo anno di vita sono intesi come stili di regolazione delle emozioni che egli apprende a seconda della disponibilità del genitore.

Secondo la Beebe, il sistema della mutua regolazione permette alla diade forme di adattamento e di sincronizzazione sugli stessi stati affettivi, che possono essere in sintonia quando la diade si attiva con lo stesso comportamento: c'è sincronia quando entrambi i membri della diade cambiano il proprio comportamento in riferimento a quello dell'altro. A questa concordanza interattiva si alternano stati di non condivisione. Un'eccessiva contingenza nella diade non facilita nel bambino l'acquisizione di competenze regolatorie mature, così come una non contingenza comporta eccessiva autoregolazione (Beebe, Lachmann, 2002): l'intensità emotiva appropriata non è quella che deriva da eccessiva contingenza, in quanto, per poter acquisire un adeguato equilibrio emotivo, è necessario che il bimbo sperimenti anche stati di rottura emotiva col caregiver, in modo da poter poi apprendere anche modalità di riparazione della regolazione. In altri termini, possiamo affermare che è necessaria una piccola dose di frustrazione perché il bimbo impari.

Le ricerche dell'Infant Research contribuiscono a creare un avvicinamento tra gli studi osservazionali della psicologia dello sviluppo e la psicoanalisi (Emde, 1999): gli affetti hanno una funzione di organizzazione psichica per il bimbo; nel primo anno di vita l'introiezione delle interazioni primarie darebbe origine alla formazione di strutture motivazionali che guiderebbero il comportamento. I primi legami oggettuali si organizzano in memorie affettive primarie (Kernberg, 1992) che fin dai primi mesi di vita consentono una valutazione degli stimoli ambientali: su tale valutazione il bimbo modula la relazione stessa.

Nella diade è presente una condivisione emotiva: Emde (1992) rileva come sin dalla nascita il bambino cerchi emozioni positive, che gli consentono una strutturazione delle rappresentazioni delle proprie esperienze interattive, e già a partire dai sei mesi sono evidenti forme di interazione giocose (Trevarthen, 2001) con l'adulto che si prende cura di lui. Le emozioni positive hanno una funzione organizzativa nelle prime fasi dello sviluppo: secondo un'ottica cognitiva il bambino si forma delle

schematizzazioni delle sue interazioni con i genitori e secondo l'ottica della psicoanalisi queste costituiscono i primi nuclei di rappresentazioni del Sé infantile.

Attualmente l'Infant Research, attraverso l'integrazione dei contributi della psicologia dello sviluppo, si sta orientando a esplorare ulteriormente il passaggio da forme di intersoggettività primaria (sincronia, imitazione, sintonizzazione) e secondaria (empatia) a forme più complesse, quali quelle implicate nelle abilità cognitive proposte, per esempio, dagli sviluppi della teoria della mente (Sempio, Marchetti, Lecicso, 2005), che coinvolgono le dimensioni dell'intersoggettività collegate ai processi di simbolizzazione e linguistici e alla capacità di mentalizzazione, evidenziando la rilevanza delle varie forme di intersoggettività come matrice dei meccanismi di sviluppo e di cambiamento nei processi psicoanalitico e clinico (Carli, Rodini, 2008).

2.3

La regolazione affettiva madre-bambino: la verifica sperimentale delle neuroscienze

La regolazione emotiva è diventata un paradigma teorico molto utilizzato, sia nell'Infant Research (Sander, 1977; Trevarthen, 1984; Tronick, 1989; Murray, Trevarthen, 1985; Stern, 1985, 1989; Sroufe, 1995; Beebe et al., 1998) sia nella teoria dell'attaccamento, per spiegare la formazione dei pattern di attaccamento nei primi anni di vita, considerati come stili di regolazione delle emozioni che il bambino struttura rispetto alla disponibilità emotiva dei genitori (Cassidy, 1994). La relazione con le figure affettive di riferimento consente al bambino di attivare strategie regolative primarie (Sroufe, 1995) che vengono apprese all'interno del legame di attaccamento. Gli studi psicoanalitici e psicodinamici hanno da sempre considerato come le emozioni e gli affetti abbiano un ruolo motivazionale centrale nel funzionamento psichico (Stern, 1995).

La psicoanalisi ha sviluppato per prima la tematica degli affetti e della loro regolazione, a iniziare da Freud. L'interesse in questi anni si è sempre più esteso ed è diventato centrale non solo per la psicoanalisi, ma anche per tutte le scienze cliniche e sperimentali. Attualmente anche le neuroscienze si stanno occupando delle emozioni, degli affetti e della loro regolazione, contribuendo ad allargare le prospettive della ricerca e apportando interessanti contributi attraverso la rilevazione di dati scientifici con strumentazioni sofisticate, quali la risonanza magnetica, la tomografia a emissione di positroni (PET), o altre forme di neuroimaging, che studiano le funzionalità del cervello nel momento in cui queste operano in tempo reale.

La scoperta dei neuroni specchio, i *mirror neurons* o *neuroni mirror*, ha consentito di approfondire lo studio dei processi neurofisiologici (Rizzolatti et al., 1996; Gallese et al., 1998; Rizzolatti, Sinigaglia, 2006; Iacoboni, 2008; Pizzo Russo, 2009) che ci consentono di riconoscere e comprendere le azioni altrui ma anche le intenzioni che le hanno attivate (Fogassi et al., 2005; Iacoboni et al., 2005) e i processi a che stanno alla base dell'empatia e della condivisione dell'intersoggettività (Gallese et al., 2006; Gallese, 2007). La scoperta dei neuroni specchio ha portato a un cambiamento di

paradigma nella ricerca neurocognitiva dell'intersoggettività attraverso la relazione tra empatia, simulazione e neuroni specchio e ha avviato un avvicinamento della psicoanalisi alle neuroscienze (Bolognini, 2002; Gallese, Migone, Eagle, 2006; Mancina, 2007).

La psicoanalisi ha avanzato ipotesi sugli affetti che hanno trovato successivo riscontro nelle indagini delle neuroscienze: Schore (1994) è un altro degli studiosi attualmente più noti dell'integrazione tra la psicoanalisi e le neuroscienze; alla nuova rivista internazionale "Neuro-Psychoanalysis" contribuiscono neuroscienziati e psicoanalisti. Il primo numero, "Freud's theory of Affect: questions for Neuroscience" (Schore, 1999), apre le prospettive a contributi interdisciplinari indicativi delle tematiche di interesse comune. Le neuroscienze in particolare studiano la funzionalità degli affetti e la loro regolazione, in relazione alle zone cerebrali che si attivano, sia nella regolazione che nella disregolazione degli affetti (Schore, 1994, 2003a, 2003b).

In sostanza, gli studi delle neuroscienze dimostrano come tutti gli eventi interattivi, comunicazionali, di tipo affettivo, che i vari studi di psicoanalisi infantile, dell'*Infant Observation* e sull'attaccamento hanno rilevato fondamentali per lo sviluppo psichico, psicosomatico e anche fisico del neonato e poi del bimbo e del futuro individuo, nonché della diade, cioè dell'evoluzione della madre e dello sviluppo della genitorialità, determinino lo sviluppo del cervello. Come verrà esplicitato ancora successivamente (vedi Par. 3.4), la maturazione del Sistema nervoso centrale (SNC) avviene per apprendimenti, ovvero sono le esperienze che, elaborate, determinano l'organizzazione neurologica di zone, collegamenti e reti neurali responsabili delle funzionalità del cervello. Quanto osservato a livello psicologico condiziona l'organizzazione neurologica, e non viceversa, come spesso si crede. La "maturazione cerebrale" è frutto dell'esperienza quale descritta dagli studi psicologici: a seconda della qualità di questa si struttura un cervello corrispondente, sia nell'ottimalità, sia nella patologia, sia anche e soprattutto in tutte le differenze interindividuali (personalità, carattere, stili di attaccamento, capacità di coscienza, sviluppo dei sistemi motivazionali, per esempio quello sessuale e via dicendo) che si possono riscontrare con gli strumenti psicologici, clinici e sperimentali. Lo psichico, in altri termini, condiziona il suo corrispondente neurale, o meglio l'elaborazione che rileviamo a livello psichico corrisponde, anzi è un'elaborazione che sta avvenendo a livello neurale a seguito di quanto recepito da un'esperienza; elaborazione psiconeurale, dunque, che sta strutturando quel cervello. Avendo dimostrato come lo psichico proceda per l'esperienza interindividuale (e sociale) dei primi anni di vita (e non per spinte endogene, come sottintendeva la teoria freudiana, bensì in sintonia con le teorie oggettuali e interpersonali), ne deriva la basilare importanza dell'esperienza nel determinare il tipo di cervello del singolo e la sua "mente".

In questo quadro Schore si rivela come lo studioso che più ha evidenziato nelle sue opere l'integrazione tra gli eventi descritti dalla psicoanalisi infantile e dall'*Infant Observation* (attaccamento incluso), con quanto osservato a livello neurologico, mettendo via via in correlazione i rispettivi eventi dei due ordini di rilievo. In particolare, egli sottolinea l'importanza dell'emisfero destro. È questo l'emisfero dominante (anche nei mancini) nei primi due anni di vita e la sede elaborativa di tutte le esperienze emotive e delle relative conseguenze nel soma. Il cervello destro matura

prima del sinistro in quanto è il recettore di tutte le informazioni mediate dalla comunicazione non verbale interattiva, e pertanto elaboratore dell'esperienza affettiva primaria. Questa pertanto è, a tutti gli effetti, considerabile come la base dell'intelligenza, che si evidenzia successivamente nelle sue forme più strettamente cognitive (ed eventualmente di coscienza) a seguito di un passaggio maturativo dall'emisfero destro al sinistro.

Il dato più interessante di questi studi è costituito, a nostro avviso, dalla dimostrazione neurologica del dialogo non verbale infante/caregiver: zone corrispondenti dell'emisfero destro della madre e del bimbo si illuminano alla PET nei momenti di interazione madre-neonato/bambino. L'emisfero destro è in piena attività per la recezione visiva delle espressioni del volto della madre, per quella sonora (intonazione, prosodia), motoria, tattile, olfattiva, che gli studi del versante psicologico hanno dimostrato essenziale per l'organizzazione mentale del bimbo. I due emisferi destri dialogano, nel dialogo non verbale che fonda le basi della mente. Sono neurologicamente rilevabili i momenti di sincronizzazione, di sintonia o di dissintonia, alla base di una regolazione piuttosto che di una disregolazione affettiva. Significativi sono i titoli dei volumi dell'opera principale di Schore: *Affect Regulation and the Origin of the Self* (1994), *Affect Dysregulation and Disorders of the Self* (2003) e *Affect Regulation and the Repair of the Self* (2003). Il cervello (destro e poi più globalmente, per gradi, anche il sinistro) viene a organizzarsi, in modo ottimale oppure disorganizzato, a seconda dello svolgersi di una buona regolazione o di una disregolazione affettiva, l'una piuttosto che l'altra costituite dal tipo di comunicazione che intercorre tra madre e bambino: sincrona e contingente, per buona responsività (comprensione, *rêverie*) della madre ai segnali del bimbo, piuttosto che interrotta, inappropriata, intrusiva o deficitaria.

Le varie esperienze registrate negli studi sull'attaccamento, con le relative strutturazioni dei diversi stili e MOI, sono anch'esse relative allo strutturarsi nel SNC (con prevalenza dell'emisfero destro e via via di particolari zone destre e sinistre: amigdala, sistema limbico, corteccia orbito-frontale) delle informazioni provenienti dalle interazioni madre-bimbo con i relativi processi comunicativi. Queste strutture determineranno la successiva elaborazione neuro-mentale che caratterizzerà quanto sul versante psicologico viene denominato regolazione, piuttosto che disregolazione di affetti (o tipo di comunicazione-trasmissione affettiva, o stili di attaccamento, o altre denominazioni derivate dal tipo di setting sperimentale usato per rilevarle).

Ancora, gli studi neurologici confermano quanto indagato dal vertice psicologico (clinico e strumentale) circa l'importanza della memoria implicita, primaria, regolata dal sistema neurale, che ha nell'amigdala il suo centro: memoria che riguarda l'elaborazione che si è strutturata nel sistema neurale a seguito del tipo di esperienza affettivo-interattiva, come appena sopra descritto.

Infine, sono stati condotti studi neuroendocrini che confermano quanto molti studi psicologici avevano rilevato circa il fatto che il neonato rivela un'attitudine (innata?) a ricercare quelle interazioni che concretano le emozioni positive. In tali processi interattivi, quando si realizzano emozioni sintoniche positive, nel SNC si verifica una produzione di endorfine e si attiva il sistema dopaminergico, eventi correlati, secondo alcuni autori, con quanto può essere denominato piacere.

A conclusione possiamo pertanto ribadire, questa volta dal vertice delle neuroscienze, l'estrema rilevanza della qualità delle interazioni madre-neonato/bimbo, ovvero di quanto scientificamente potrebbe essere ricondotto al termine corrente di cure materne, evitandone la riduzionistica mistificazione (Imbasciati, 2010 a,b), ai fini dello strutturarsi neuro-mentale della futura persona che, adulta, da queste risulterà.

Bibliografia

- Ainsworth MDS (1979) Infant-mother attachment. *Am Psychol* 34:932-937
- Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S (1978) Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Erlbaum, Hillsdale, NJ
- Ammaniti M, Stern DN (a cura di) (1992) Attaccamento e psicoanalisi. Laterza, Bari
- Ammaniti M, Cimino S (2006) Voce "Attaccamento" in: *Psiche. Dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienza*, vol. 1. Einaudi, Torino
- Bakeman R (1978) Untangling streams of behaviours analysis of observational data. In: Sakett GP (ed) *Observing behaviour*, vol. 2. University Park Press, Baltimore, MD
- Bakeman R, Gottman JM (1986) *Observing interaction: an introduction to sequential analysis*. Cambridge University Press, Cambridge
- Bakeman R, Quera V (2008) ActSds and OdfSds: Programs for Converting INTERACT and The Observer Data Files into SDIS Timed-Event Sequential Data Files. *Behavior Research Methods*, 40, 869-872.
- Bakeman R, Quera V, Gnisci A (2008) Observer agreement for timed-event sequential data: Time-based and event-based algorithms compared. *Proceedings of Measuring Behavior 2008, 6th International Conference on Methods and Techniques in Behavioral Research* (Maastricht, 26-29 August 2008), 195-196.
- Beebe B (2006) Co-constructing mother-infant distress in face-to-face interactions: Contributions of microanalysis, 1. *Infant Observation* 9:151-164
- Beebe B, Lachmann F (1988) The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self and object representations. *Psychoanalytic Psychology* 5:305-337
- Beebe B, Lachmann F (1994) Representation and internalization in infancy: three principles of salience. *Psychoanalytic Psychology* 11:127-165
- Beebe B, Lachmann F (1998) Co-constructing inner and relational processes: Self and mutual regulation in infant research and adult treatment. *Psychoanalytic Psychology* 15:1-37
- Beebe B, Lachmann F (2002) *Infant research e trattamento degli adulti: un modello sistemico dialettico delle interazioni*. Cortina, Milano, 2003
- Berardi N, Pizzorusso T (2006) *Psicobiologia dello sviluppo*. Laterza, Bari
- Bolognini S (2002) *L'Empatia psicoanalitica*. Boringhieri, Torino
- Bowlby J (1969) *Attachment and Loss*, vol. 1: Attachment. Basic Books, New York, NY [Trad. it.: Attaccamento e perdita, vol. 1: L'attaccamento alla madre. Boringhieri, Torino, 1972]
- Bowlby J (1973) *Attachment and Loss*, vol. 2: Separation. Basic Books, New York, NY [Trad. it.: Attaccamento e perdita, vol. 2: La separazione dalla madre. Boringhieri, Torino, 1975]
- Bowlby J (1980) *Attachment and Loss*, vol. 3: Loss, Sadness and Depression. Basic Books, New York, NY. [Trad. it.: Attaccamento e perdita, vol. 3: La perdita della madre. Boringhieri, Torino, 1983]
- Bowlby J (1988a) Dalla teoria dell'attaccamento alla psicopatologia dello sviluppo. *Rivista di Psichiatria* 23:57-68
- Brazelton TB, Kozlowski B, Main M (1974) The origins of reciprocity. In: Lewis M, Rosenblum L (eds) *The effect of the infant on its caregiver*. Elsevier, New York, NY
- Brazelton TB, Als H (1979) Four early stages in the development of mother-infant interaction. *Psychoanalytic Study Child* 34:49-369
- Bretherton I (1987) New perspectives on attachment relations: security, communication and inter-

- nal working models. In: Osofsky J (eds) *Handbook of infant development*, 2nd edition. Wiley, New York, NY, pp 1061-1100
- Bretherton I (1999) Updating the "internal working model" construct: Some reflections. *Attach Hum Dev* 1:343-357
- Bretherton I, Munholland K (1999) Modelli operativi interni nelle relazioni di attaccamento: una revisione teorica. In: Cassidy J, Shaver P (a cura di) *Manuale dell'attaccamento*. Fioriti, Roma, 2002
- Bruschweiler-Stern N (1998) *Nascita di una madre: come l'esperienza della maternità cambia una donna*. Mondadori, Milano, 1999
- Camaioni L (1996) *La prima infanzia. Lo sviluppo psicologico nei primi tre anni di vita*. Il Mulino, Bologna
- Camaioni L, Aureli T, Perucchini P (2004) *Osservare e valutare il comportamento infantile*. Il Mulino, Bologna
- Carli L, Rodini C (2008) *Le forme di intersoggettività*. Cortina, Milano
- Cassidy J (1994) Emotion regulation: influences of attachment relationship. In: Fox N (ed) *The development of emotion regulation. Biological and behavioural consideration*. Monographs of the Society for Research in Child Development 59:228-249
- Cena L, Imbasciati A, Dabrassi F (2008) *La videosservazione per la psicoterapia genitore-bambino*. In: Imbasciati A, Cristini C, Dabrassi F, Buizza C (a cura di) *Psicoterapie: orientamenti e scuole*. Centro Scientifico Editore, Torino
- Cena L, Imbasciati A (2009a) *Lo sguardo del ricercatore e del clinico dietro l'obiettivo della telecamera*. In: Cristini C, Porro A (a cura di) *Medicina, Cinema e Teatro*. GAM, Rudiano
- Cena L, Imbasciati A (2009b) *Come valutare le cure materne nello sviluppo del futuro individuo. I parte*. *Nascere* XXIX:25-30
- Cena L, Imbasciati A (2009c) *Come valutare le cure materne nello sviluppo del futuro individuo, II parte*. *Nascere* XXIX:26-34
- Cohn JF, Tronick EZ (1987) Mother-infant face to face interaction: the sequence of dyadic states at 3, 6, 9 months. *Dev Psychol* 23:68-77
- Condor WS, Sander UW (1974) Neonate movement is synchronized with adult speech: International participation and language acquisition. *Science* 183:99-101
- Crittenden PM (1994) *Nuove prospettive sull'attaccamento*. Guerini e Associati, Milano
- Crittenden PM (1995) *Attaccamento e psicopatologia*. In: Goldberg S, Muir R, Keer J (a cura di) *Pericolo, sviluppo e adattamento*. Masson, Milano, 1997
- Crittenden PM (1999) *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo all'Adult Attachment Interview*. Cortina, Milano
- Crittenden PM (2008) *Il modello dinamico-maturativo dell'attaccamento*. Cortina, Milano
- De Wolff M, van IJzendoorn MH (1997) Sensibilità e attaccamento: un dibattito. Una meta-analisi degli antecedenti genitoriali dell'attaccamento infantile. In: Carli L (a cura di) *Dalla diade alla famiglia, i legami di attaccamento nella rete familiare*. Cortina, Milano, 1999, pp 273-309
- Emde RN (1989) *The infant's relationship experience: developmental and affective aspect*. In: Sameroff AJ, Emde RN (eds) *Relationship disturbances in early childhood*. Basic Books, New York, NY, pp 33-51
- Emde RN (1992) *Emozioni positive in psicoanalisi: sorprese teoriche della ricerca infantile e nuove direzioni di ricerca*. In: Riva Crugnola C (a cura di) *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*. Cortina, Milano, 1999
- Emde RN (1999) *Moving ahead: integrating influences of affective processes for development and for psychoanalysis*. *Int J Psychoanal* 80:317-339
- Fogassi L, Ferrari PF, Gesierich B et al (2005) Parietal lobe: From action organization to intention understanding. *Science* 302:662-667
- Fogel A (1977) *L'organizzazione temporale dell'interazione faccia a faccia madre-bambino*. In: Shaffer RH (a cura di) *L'interazione madre-bambino: oltre la teoria dell'attaccamento*. Franco Angeli, Milano, 1989
- Fogel A (1982) *Affect dynamics in early infancy: affective tolerance*. In: Field T, Fogel A (eds) *Emotion and early Interaction*. Erlbaum, Hillsdale, NJ

- Fogel A (1993) *Developing through relationship*. University Chicago Press, Chicago, IL
- Fogel A (2001) *Infancy. Infant, family and society*. Wadsworth, Belmont, CA
- Fogel A (2003) *Remembering infancy: Accessing our earliest experiences*. In: Bremner G, Slater A (eds) *Theories of infant development*. Blackwell, Cambridge, UK
- Gallese V (2007) Dai neuroni a specchio alla consonanza intenzionale. *Meccanismi neurofisiologici dell'intersoggettività*. *Rivista di Psicoanalisi* LIII:197-208
- Gallese V, Goldman A (1998) Mirror neurons and the simulation theory of mindreading. *Trends in Cognitive Sciences* 12:493-501
- Gallese V, Migone P, Eagle M (2006) La simulazione incarnata: I neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività e alcune implicazioni per la psicoanalisi. *Psicoterapia e Scienze Umane* XL:543-580
- George C, Kaplan N, Main M (1986) *The Adult Attachment Interview*. Department of Psychology, University of California, Berkeley, CA
- George C, Kaplan N, Main M (1996) *The Adult Attachment Interview 3*. Department of Psychology, University of California, Berkeley, CA
- Gnisci A, Bakeman R (2000) *L'osservazione e l'analisi sequenziale dell'interazione*. Led, Milano
- Hesse E, Main M (1999) Second-generation effects of unresolved trauma in nonmaltreating parents: dissociated, frightened, and threatening parental behavior. *Psychoanalytic Inquiry* 19:481-540
- Hofer MA (1994) Hidden regulators in attachment, separation, and loss. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 59:192-207
- Hofer MA (2001) *Toward a Neurobiology of Attachment*. In: Nelson CA, Luciana M (eds) *Handbook of Developmental Cognitive Neuroscience*, MIT Press, Cambridge, MA, pp 599-616
- Iacoboni M (2008) *I neuroni a specchio. Come capiamo ciò che fanno gli altri*. Boringhieri, Torino
- Iacoboni M, Molnar-Szakacs I, Gallese V et al (2005) Grasping the intentions of others with one's owns mirror neuron system. *PLOS Biology* 3:529-535
- Imbasciati A (2010a) *Un lungo cammino alle origini della mente*. In: Imbasciati A, Cena L (a cura di) *I bambini e i loro caregivers*. Borla, Roma
- Imbasciati A (2010b) *Le cosiddette cure materne come matrice dello sviluppo del futuro individuo*. In: Imbasciati A, Cena L (a cura di) *I bambini e i loro caregivers*. Borla, Roma
- Imbasciati A, Cena L (2010) *I bambini e i loro caregivers. Metodi e strumenti per l'osservazione clinica della relazione e per l'intervento*. Borla, Roma
- Kernberg O.F (1992) *Aggression in Personality Disorders and Perversions*. Yale University Press, New Haven, CT [Trad. it.: *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni*. Cortina, Milano, 1993]
- Lavelli M (2007) *Intersoggettività. Origini e primi sviluppi*. Cortina, Milano
- Lewis M, Rosenblum L (1974) (eds) *The effect of the infant on its caregiver*. Wiley-Interscience, New York, NY
- Lorenz K (1949) *L'anello di re Salomone*. Adelphi, Milano, 1967
- Main M, Kaplan K, Cassidy J (1985) La sicurezza nella prima infanzia, nella seconda infanzia e nell'età adulta: il livello rappresentazionale. In: Riva Crugnola C (a cura di) *Lo sviluppo affettivo del bambino*. Cortina, Milano
- Main M, Solomon J (1986) *Discovery of an insecure-disorganized disoriented attachment pattern*. In: Brazelton TB, Yogman MW (eds) *Affective Development in Infancy*. Ablex, Norwood, NJ
- Main M, Solomon J (1990) *Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation*. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM (eds) *Attachment in the preschool years*. University of Chicago Press, Chicago, IL, pp 121-160
- Meltzoff AN, Moore MK (1977) *Imitation of facial and manual gestures by human neonates*. *Science* 198:75-78
- Meltzoff AN, Prinz W (2002) *The imitative mind: Development, evolution and brain bases*. Cambridge University Press, Cambridge
- Mitchell S (1998) *Attachment Theory and the Psychoanalytic Tradition: reflections on human relationality*. *Brit J Psychoter* 15:177-193
- Murray L, Trevarthen C (1985) *Emotional regulation of interactions between two-month-olds and their mothers*. In: Field T, Fox N (eds) *Social Perception in Infants*. Ablex, Norwood, NJ, pp 177-197

- Pizzo Russo L (2009) *So quel che senti. Neuronmi specchio, arte ed empatia*. Edizioni ETS, Pisa
- Quera V, Bakeman R (2000) GSEQ for Windows: new software for the sequential analysis of behavioral data, with an interface to The Observer. *Proceedings of Measuring Behavior 2000, 3rd International Conference on Methods and Techniques in Behavioral Research* (Nijmegen, 15-18 August 2000), 257-258.
- Rizzolatti G, Fadiga L, Gallese V, Fogassi L (1996) Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cogn Brain Res* 3:131-141
- Rizzolatti G, Sinigaglia C (2006) *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Cortina, Milano
- Sameroff AJ, Emde RN (1989) *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*. Boringhieri, Torino, 1991
- Sander L (1962) *La negoziazione nella prima interazione madre-figlio*. In: *Sistemi viventi*. Cortina, Milano, 2007
- Sander L (1977) The regulation of exchange in the infant caretaker system and some aspects of the context-content relationship. In: Lewis M, Rosenblum L (eds) *Interaction, Conversation, and the Development of Language*. Wiley, New York, NY
- Sander LW (1987) Awareness of inner experience: a system perspective on self-regulatory process in early development. *Child Abuse Neglect* 11:339-346
- Sempio Liverta O, Marchetti A, Lecciso F (2005) *Teoria della mente*. Cortina, Milano
- Schore AN (1994) Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development. Erlbaum, Mahwah, NJ
- Schore AN (1999) Commentary on emotions: Neuropsychoanalytic views. *Neuro-Psychoanalysis* 1:49-55
- Schore AN (2003a) Affect dysregulation and disorder of the self. WW Norton, New York, NY
- Schore AN (2003b) Affect regulation and the repair of the self. WW Norton, New York, NY. [Trad. it.: *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé*. Astrolabio, Roma, 2008]
- Shaffer HR (a cura di) (1977) *L'interazione madre-bambino: oltre la teoria dell'attaccamento*. Franco Angeli, Milano, 1984
- Shaffer HR (1996) *Lo sviluppo sociale*. Cortina, Milano, 1998
- Siegel D (2001) *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Cortina, Milano
- Sroufe LA (1989) Relazioni e disturbi delle relazioni. In: Sameroff AJ, Emde RN (a cura di) *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*. Boringhieri, Torino, 1991
- Sroufe LA (1995) *Lo sviluppo delle emozioni*. Cortina, Milano, 2000
- Stern DN (1971) Una microanalisi dell'interazione madre-bambino. In: Stern DN (a cura di) *Le interazioni madre-bambino*. Cortina, Milano, 1998
- Stern DN (1974) Mother and infant at play: The dyadic interaction involving facial, vocal and gaze behaviours. In: Lewis M, Rosenblum L (eds) *The Effects of the Infant on its Caregiver*. Wiley, New York, NY
- Stern DN (1977) The development of conversation between mothers and babies. *J Child Lang* 4:1-22
- Stern DN (1985) *The Interpersonal World of the Infant*. Basic Book, New York, NY [Trad. it.: *Il mondo interpersonale del bambino*. Boringhieri, Torino, 1987]
- Stern DN (1989) Le interazioni affettive. In: Lebovici S, Weil-Halpern F (a cura di) *Psicopatologia della prima infanzia, 1: Il mondo del neonato*. Boringhieri, Torino, 1994, pp 164-178
- Stern DN (1995) *La costellazione materna: il trattamento psicoterapeutico della coppia madre-bambino*. Boringhieri, Torino, 1995
- Stern DN (1998) *Le interazioni madre-bambino*. Cortina, Milano
- Stern DN (2004) *Il momento presente in psicoterapia e nella vita quotidiana*. Cortina, Milano, 2005
- Trevarthen C (1974) The psychobiology of speech development. In: Lenneberg E (ed) *Language and brain: Developmental aspects*. *Neurosciences Res. Program Bulletin* 12:570-585
- Trevarthen C (1979) Communication and Cooperation in Early Infancy: A Description of Primary Intersubjectivity. In: Bullowa M (ed) *Before Speech: The Beginning of Interpersonal Communication*. Cambridge University Press, Cambridge
- Trevarthen C (1980) The foundations of intersubjectivity: Development of interpersonal and cooperative understanding in infants. In: Olson D (ed) *The Social Foundations of Language and*

- Thought: Essay in Honour of JS Bruner. Norton, New York, NY, pp 316-342
- Trevarthen C (1984) Le emozioni nell'infanzia: regolatrici del controllo e delle relazioni interpersonali. In: Riva Crugnola C (a cura di) *Lo sviluppo affettivo del bambino*. Cortina, Milano, 1993
- Trevarthen C (1998) *Empatia e biologia*. Cortina, Milano
- Trevarthen C (2001) Intrinsic motives for companionship in understanding: their origin, development and significance for infant mental health. *Infant Ment Health J* 22:95-131
- Trevarthen C (2003) Infant Psychology as an Evolving Culture. *Hum Dev* 46:233-246
- Trevarthen C, Hubble P (1978) Secondary intersubjectivity: confidence, confiding and acts of meaning in the first year. In: Lock A (ed) *Action gesture and symbol: the emergence of language*. Academic Press, New York, NY
- Tronick EZ (1982) *Social interchange in infancy: affect, cognition and communication*. University Park Press, Baltimore, MD
- Tronick EZ (1989) Le emozioni e la comunicazione affettiva nel bambino. In: Riva Crugnola C (a cura di) *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*. Cortina, Milano, 1999
- Tronick EZ (2008) *La regolazione emotiva nello sviluppo e nel processo terapeutico*. Cortina, Milano
- Tronick EZ, Als H, Adamson L et al (1978) The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *American Academy of Child Psychiatry* 17:1-13
- Tronick EZ, Cohn JF (1989) Infant-mother face-to-face interaction: age and gender differences in coordination and occurrence of miscoordination. *Child Dev* 60:85-92
- van Ijzendoorn MH, Bakemans-Kranenburg MJ (1997) Trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento. In: Carli L (a cura di) *Dalla diade alla famiglia. I legami di attaccamento nella rete familiare*. Cortina, Milano, 1999

Psicoanalisi infantile e teoria dell'attaccamento: nuove prospettive per lo studio della relazione genitore-bambino

3

L. Cena, A. Imbasciati

3.1

Psicoanalisi infantile e teoria dell'attaccamento: focus sulla relazione genitore-bambino

In psicoanalisi le concezioni sullo sviluppo infantile inizialmente si fondano sul modello energetico-pulsionale intrapsichico freudiano: il modello, com'è noto, è centrato principalmente su una serie di fasi di sviluppo psicosessuale, inferite dalle narrazioni dei pazienti adulti e focalizzate sul complesso edipico come nucleo centrale della vita psichica. Lo sviluppo si struttura sui processi pulsionali e di difesa: il bambino è un bambino pulsionale e sono le pulsioni intrapsichiche a dominare il quadro del suo sviluppo.

La teoria freudiana è fondata sulle pulsioni e sulla scarica energetica: l'oggetto e le relazioni sono funzionali alla scarica dell'energia libidica stessa. Non si tratta pertanto di una teoria relazionale. Al tempo di Freud si riteneva che lo sviluppo psichico dovesse procedere per ragioni endogene, da attribuirsi eventualmente alla genetica: in questo caso lo sviluppo avrebbe dovuto essere uguale per tutti. Il metodo psicoanalitico permise a Freud di mettere in evidenza l'enorme variabilità interindividuale: per spiegarla, mantenendo l'assunto implicito, Freud formulò la sua teoria (Imbasciati, 2005a). Mantenendo l'assunto di forze endogene (pulsioni) spiegò la variabilità con il concetto di "investimento" sui vari oggetti della realtà, con la conseguente dinamica a economia energetica. D'altra parte, l'importanza delle relazioni poté essere messa in evidenza solo quando la psicoanalisi cominciò a occuparsi di bambini: a Freud, che si occupava essenzialmente di adulti, la relazionalità parve secondaria, cosicché preferì spiegare ciò che il metodo gli aveva permesso di descrivere, formulando una teoria che manteneva l'assunto di forze endogene comuni a tutti e di una vis a tergo che promuoveva lo sviluppo. Per questa sua teoria esplicativa (Imbasciati, 2005b) Freud mutuò diversi elementi da altre scienze dell'epoca: i concetti di libido, pulsione, energia psichica, scarica, istinto, principio omeostatico rical-

3

cano infatti i principi scientifici e le scoperte della neurofisiologia e della termodinamica di quel tempo.

Verso la metà del secolo scorso gli studi psicoanalitici rilevano l'importanza delle prime relazioni con la madre nella strutturazione dei processi psichici: si deve a Ferenczi (1927) e a Melanie Klein (1952) l'aver messo in evidenza il primo periodo dell'infanzia come momento fondamentale nello sviluppo dell'individuo.

Dalle concezioni energetico-pulsionali freudiane, cioè da una concezione endogenista e intraindividuale, si passa allora a una concezione relazionale. L'"oggetto" non è più il semplice obbiettivo della pulsione, ma diventa strutturante esso stesso per lo sviluppo (Greenberg, Mitchell, 1983). Lo spostamento di interesse dalla pulsione all'oggetto relazionale valorizza sia la realtà esterna, sia, ancor più, le rappresentazioni interne di tale realtà. Sono queste le teorie oggettuali o della Relazione d'oggetto che ricevono i contributi più importanti dalla Scuola psicoanalitica inglese (Klein, Balint, Fairbairn, Winnicott, Bion).

La psicoanalisi attuale (Ammaniti, Stern, 1982; Fonagy, 2001) condivide l'assunto fondamentale della teoria dell'attaccamento, per il quale la relazione bambino-genitore è basata non sui bisogni fisici ma su quelli di relazione. Nella psicoanalisi attuale il bisogno di relazione si ritrova espresso volta a volta nei diversi autori come "amore primario" (Balint, 1952), "ricerca dell'oggetto" (Fairbairn, 1952), "relazionalità dell'Io" (Winnicott, 1965c), ricerca di "relazioni personali" (Guntrip, 1961). Entro la Scuola inglese c'è una certa variabilità intorno al concetto di relazione: Balint e Winnicott lo considerano un concetto primario, Fairbairn e Guntrip un bisogno secondario a un bisogno primario di organizzazione psichica; questo punto di vista è condiviso anche da Kernberg (1976), secondo cui il Sé si sviluppa come parte di una relazione, attraverso processi di interiorizzazione (introiezione, identificazione e identità dell'Io); la ricerca di vicinanza della teoria dell'attaccamento può inoltre venire omologata al concetto di bisogno, anzi necessità, di contenimento descritta da Bion (Bion, 1967).

Intorno agli anni '80 le ricerche sullo sviluppo relazionale-affettivo del bambino, condotte nell'area della psicologia dello sviluppo, della psicoanalisi, della teoria dell'attaccamento, iniziano a trovare modelli evolutivi di integrazione, che negli anni '90 danno origine a una prospettiva integrata non solo teorica ma clinica.

Le attuali ricerche, attraverso il contributo dell'Infant Research (Sander, 1987; Sameroff, Emde, 1989; Stern, 1985, 1995; Tronick, 1989; Trevarthen, 1990, 1993; Fogel, 1982; Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery, Frenck, 1999; Beebe, Lachmann, 2002), si focalizzano sulle prime relazioni affettive che il neonato stabilisce con la madre o con chi svolge la funzione di caregiver; qui viene collocata la nascita del pensiero. L'impulso ricevuto dalle neuroscienze e dalle ricerche sulla vita prenatale consente uno sviluppo di studi longitudinali di osservazione su casi singoli tramite ecografia, che evidenziano già una comunicazione e una relazione prenatali (Piontelli, 1992; Negri et al., 1990; Manfredi, Imbasciati, 2004); è l'introeiezione di queste prime esperienze a costituire le basi, poi, di quelle future, comunicative, relazionali e di pensiero, dell'individuo (Imbasciati, Cena, 1992; Imbasciati, 2006a,b; Imbasciati, Cena 2010).

Viene evidenziato come la relazione con i genitori abbia una valenza fondamen-

tale per lo sviluppo infantile (Sameroff, Emde, 1989): i problemi del bimbo non possono più venire letti solo a livello intrapsichico, ma nel coinvolgimento degli aspetti di relazione con i genitori. Quanto più il bimbo è piccolo, tanto più la dipendenza è caratterizzata dall'“unità” della diade e la terapia deve prendere in considerazione modalità conseguentemente diverse per il trattamento della psicopatologia. La diade genitore-bambino si pone nella sua complessità: si fa riferimento così a “disturbi relazionali” (Sameroff, Emde, 1989) e l'obiettivo diventa allora intervenire sulle modalità disfunzionali, con una psicoterapia diretta ai membri della relazione, bimbo e genitore contemporaneamente. Con questo mutamento di paradigma la ricerca e la clinica possono ampliare l'indagine da un modello di sviluppo orientato alle caratteristiche intrinseche del bambino, a un modello di sviluppo in cui il bambino è in continua interazione dinamica con l'esperienza della famiglia e il contesto sociale.

Si costituisce una nuova disciplina, orientata alla psicopatologia della prima infanzia in un'ottica relazionale (Sameroff, Emde, 1989; Stern, 2004): i nuovi modelli di prevenzione e di intervento integrano le nozioni sulle prime forme di interazione e di attaccamento, mentre concetti psicoanalitici sono usati per individuare le situazioni di rischio allo scopo di programmare interventi (Fonagy, 1998).

In questo caso, quando il clinico ritiene necessario un intervento nella relazione genitore-bambino, per la presenza di difficoltà o disturbi interattivi, cominciano a essere utilizzate anche per la clinica le nuove tecnologie di videoregistrazione, già a disposizione per la ricerca, per inserire in un'eventuale terapia la tecnica del video-feedback (Stern, 1998; Lebovici, 1989; Manzano, Palacio-Espasa, 1982; Lieberman, 1991, 2006; Lieberman et al., 2000; Bakemans-Kranenburg, Juffer, van IJzendoorn 1998; McDonough, 1993; Muir, 1992; Cohen et al., 1999; Sameroff, Emde, 1989; Downing et al., 2001; Crittenden, 2008). Questa tecnica consente di rivedere la videoregistrazione di alcuni momenti particolarmente significativi dell'interazione genitore-bambino insieme alla famiglia: i genitori possono venire guidati dal terapeuta in una riflessione e in una condivisione emotiva dei fenomeni osservati. Si possono così prospettare eventuali ipotesi di cambiamento, che comportano la modificazione dei comportamenti inadeguati che sono stati rilevati; si ricercano, cioè, concretamente, insieme agli attori del processo relazionale, nuove modalità di comunicazione più adeguate ed efficaci, partendo dall'osservazione e dall'analisi di quelle che sono state individuate come non congrue e poco funzionali.

Nel considerare la relazione madre-bambino e le cure materne, la teoria dell'attaccamento specifica maggiormente la concettualizzazione winnicottiana di “madre sufficientemente buona”, che non riguarderebbe una generica sensibilità, ma la capacità della madre d'intendere gli stati mentali del bambino in un contesto-di-coerenza. La teoria dell'attaccamento conferma l'idea di Winnicott per cui, attraverso la “preoccupazione materna primaria”, la madre normalmente sa che cosa e come fare col bambino che le va incontro. Tale capacità materna è fondata su schemi introiettati nell'infanzia: Selma Fraiberg (1999) rileva che stati affettivi del passato delle madri riemergono quando hanno un figlio, ed esse si trovavano in un analogo contesto di cura e di intimità. La ricerca sull'attaccamento convalida quanto suggerisce la Fraiberg sulla facilità con cui si trasmettono da una generazione all'altra gli schemi disadattativi.

3

La Fraiberg (Fraiberg et al., 1975) si collega alle ipotesi di Ferenczi sulla comunicazione distorta tra genitore e bambino e rileva come i fantasmi del passato dei genitori possano interferire nelle relazioni con i figli. In riferimento al concetto di transfert, si afferma che il genitore trasferisce sul figlio le proprie esperienze relazionali vissute nel passato: si richiama così il concetto di trasmissione transgenerazionale dei modelli relazionali, dal genitore al figlio. Affetti rimossi di esperienze genitoriali infantili possono ostacolare nel genitore la comprensione dei bisogni del figlio: il passato conflittuale del genitore è così trasferito anche nella relazione con il bambino. La terapia sulla diade ha perciò anche lo scopo di individuare le rimozioni o comunque i punti ciechi del genitore.

Le patologie più comuni del bambino nei primi anni di vita sono fatte risalire alla relazione primaria già a partire dalla gravidanza (Lebovici, 1983): nel corso della gravidanza la madre inizia a rapportarsi col bambino attraverso fantasie e rappresentazioni che costituiscono una relazione. Si forma nella mente della madre un bambino immaginario, corrispondente alle sue aspettative, che alla nascita subirà poi una riorganizzazione.

Anche Stern evidenzia come la madre, a partire dalla gravidanza e per tutto il primo anno di vita del bimbo, entra in un particolare stato affettivo, definito "costellazione materna" (Stern, 1995), in cui la dipendenza del figlio e il suo accudimento hanno caratteristiche predominanti nell'organizzazione psichica: in *La costellazione materna* (Stern, 1995) e *Nascita di una madre* (Stern, Bruschiweiler-Stern, 1998) l'autore prende in considerazione le rappresentazioni mentali che consentono al terapeuta di conoscere il mondo interiore materno.

La prima relazione della diade è plasmata dalla rappresentazione e dalle fantasie che la madre ha sviluppato nel corso della vita a partire dalla propria infanzia: il primo legame (Brazelton, Cramer, 1990) è caratterizzato dalle fantasie della madre relative al bambino e alle proprie relazioni di sé bambina con i propri genitori; attraverso l'identificazione proiettiva la madre attribuisce al bambino caratteristiche relative al proprio Sé e ai propri oggetti interni. Se le condizioni non sono positive, le identificazioni possono avere effetto negativo: possono soffocare le qualità individuali del bambino, possono trasformarsi in identificazioni di tipo narcisistico, o in altre in cui la madre proietta sul bambino aspetti negativi del proprio Sé, che il bambino assume. Queste identificazioni possono creare problemi nella costruzione dell'identità del bambino. Il bambino potrà così assumere agli occhi della madre connotazioni diverse: quelle di un bambino tiranno, oppure del bambino che diventa il sostituto di qualche figura di riferimento affettivo per la madre.

Secondo Cramer le proiezioni materne possono essere analizzate attraverso le modalità con cui la madre cura il suo bimbo, e sono rinvenibili e valutabili analizzando attentamente l'interazione con metodologie sperimentali strutturate che consentono di rilevare i pattern tipici che caratterizzano l'interazione della diade. Le rappresentazioni che i genitori hanno relativamente al bambino vengono indagate attraverso interviste cliniche: è possibile evidenziare sequenze interattive sintomatiche, cioè strutture ripetitive di scambio tra madre e bambino, in cui è rilevabile la patologia della diade. Anche Cramer fa riferimento alla trasmissione transgenerazionale dei modelli relazionali e degli stati mentali non elaborati che intercorrono tra

genitore e figlio, che può condurre a psicopatologie.

Tra i modelli clinici rivolti alle prime fasi della relazione genitore-bambino e alle eventuali distorsioni e inadeguatezze di questa relazione, sono paradigmatici quelli di Cramer e di Stern (Cramer, 1974; Cramer, Palacio-Espasa, 1993; Stern, 2004), in quanto integrano a livello clinico le varie ricerche sulle interazioni e focalizzano l'importanza, per lo sviluppo mentale precoce del bimbo, dell'influenza della relazione con la figura di accudimento primaria: è la qualità di questa a determinare lo stato di salute psichica e psicosomatica dello sviluppo ed eventualmente a favorire problematiche che possono sfociare in patologie. Osservando le prime interazioni madre-neonato viene evidenziato come sin dall'inizio sia agito dalla madre, nell'interazione precoce con il bimbo, l'effetto patologico di vissuti rimossi (Cramer, Stern, 1988): la madre può mettere in gioco con il suo bimbo i conflitti e le angosce che hanno animato la relazione primaria con la propria madre (Kreisler, Cramer, 1981).

Cramer e Stern (1988) contribuiscono a implementare di dati l'area di intersezione tra la psicoanalisi e la psicologia dello sviluppo, focalizzando l'attenzione sugli scambi affettivi tra genitore e bambino con la tecnica della videomicroanalisi delle interazioni. In questa nuova prospettiva il metodo clinico utilizzato in psicoanalisi e quello osservativo, prevalente nella teoria dell'attaccamento, trovano un'integrazione. Prospettive di incontro tra psicoanalisi e psicologia dello sviluppo si possono rilevare anche nell'approccio interattivo-cognitivista (Shaffer, 1977; Trevarthen, 1984; Emde, 1999).

Anche da altri autori viene ricercato un collegamento tra la teoria psicoanalitica kleiniana e la teoria dell'attaccamento: Seligman e Lieberman rinvencono nella teoria dell'attaccamento affetti e fantasie inconse, trascurate da Bowlby. Attraverso l'osservazione diretta l'Infant Research può esaminare l'identificazione proiettiva, l'azione delle rappresentazioni e dei modelli di attaccamento dei genitori. Lieberman (1991) e Seligman (1999) collegano i processi di identificazione proiettiva di fantasie inconse con i modelli operativi interni di attaccamento: la fantasia inconscia viene considerata l'organizzatore primario delle esperienze preverbalì a livello di memoria implicita, in rapporto alle sue aspettative relazionali e per quanto può essere paragonata al modello operativo interno. D'altra parte il genitore proietta sul bambino le fantasie inconse collegate ai propri modelli di attaccamento.

Alla base dei modelli operativi interni non esisterebbero solo schemi di esperienze relazionali, ma anche modalità specifiche di elaborazione delle informazioni collegate a queste esperienze: nei modelli operativi interni si possono trovare desideri, aspettative, conflitti che riguardano la relazione con l'altro, riconducibili alle fantasie inconse kleiniane.

Le fantasie inconse che stanno alla base dei modelli operativi interni di attaccamento si concretizzano attraverso le modalità di cura che i genitori rivolgono al bambino e agli stili di interazione e di accudimento.

Altra autrice che integra psicoanalisi e teoria dell'attaccamento è la Slade (1999): come Seligman e Lieberman, considera i modelli operativi interni di attaccamento collegati a fantasie e conflitti inconsci relativi alle figure di attaccamento e agli stili di regolazione emotiva. I modelli operativi interni della madre, relativi alle proprie esperienze di attaccamento, si manifestano attraverso il modo con cui la madre

3

si rappresenta il bambino e se stessa: indagando queste rappresentazioni è possibile individuare le relazioni di attaccamento relative al bambino e alla relazione con lui. Secondo l'autrice le rappresentazioni della madre relative alle proprie relazioni di attaccamento e quelle relative alla relazione con il figlio, presenti alla fine della gravidanza e del primo anno di vita, sono collegate ai pattern di attaccamento che il bambino svilupperà. La rappresentazione che la madre ha del bambino potrà essere trasformata a seguito del processo di riorganizzazione della gravidanza e del puerperio, in cui possono essere rielaborate le precedenti identificazioni con le proprie figure genitoriali, integrando affetti positivi e negativi in una rappresentazione del bambino e delle modalità di cura. L'attaccamento sicuro nei confronti dei propri genitori è un elemento importante nel determinare la qualità dell'attaccamento del bambino. Attraverso il riconoscimento e la regolazione degli stati affettivi del bambino è possibile una continuità generazionale dei modelli di attaccamento: l'attaccamento sicuro è equivalente da un punto di vista dinamico alla qualità positiva degli oggetti internalizzati e diventa un fattore protettivo per lo sviluppo del bimbo.

In questi ultimi lustri però anche nell'ambito della SPI e tra diversi psicoanalisti, che non hanno dichiaratamente ricercato avvicinamenti integrativi tra la psicoanalisi e la teoria dell'attaccamento, si sono verificati mutamenti di setting e di modalità di approccio alla terapia e ai piccoli pazienti (Algini, 2007) che hanno consentito effetti innovativi, pur all'interno degli stessi modelli psicoanalitici classici più tradizionali, nella direzione di modalità di intervento tramite sedute di consultazione terapeutica genitore-bambino, in cui il bambino viene considerato al centro del suo mondo e la relazione con i genitori ne è parte essenziale (Trombini, 1999; Norman, 2001; Badoni, 2002; Algini, 2003; Lucarelli, Tavazza, 2004; Balottari, Rapezzi, 2008; Barbieri, 2008; Bonfiglio, 2008; Riva Crugnola, 2007). Le modalità dell'Infant Observation vengono estese alla clinica e ai contesti terapeutici (Vallino, Macciò, 2004; Negri, 2007, 2009). I genitori sono coinvolti quali osservatori partecipi della relazione tra loro stessi e il figlio e aiutati a cogliere nel loro bambino la sensibilità e la capacità mentale che permetteranno loro di diventare, con l'analista, i protagonisti di un approfondimento psicoanalitico: attraverso modalità di approccio come quelle di "consultazione partecipata" (Vallino, 1998, 2002, 2004) si è delineata una psicoanalisi precoce da affidare ai genitori in cooperazione con lo psicoterapeuta (Vallino, 2009); la relazione genitore-bambino è considerata il fulcro dell'intervento e gli aspetti emotivo-affettivi di tale relazione sono considerati parte integrante della buona riuscita della terapia.

3.2

Aree di integrazione: rappresentazione delle relazioni e trasmissione transgenerazionale

Gli studi degli autori menzionati nel precedente paragrafo delineano una prospettiva dell'attaccamento, nel bimbo e nell'adulto, non tanto in termini di comportamenti, quanto in termini interiori, cioè di rappresentazioni: rappresentazioni di sé, di sé

con l'altro, del proprio passato relazionale, di sé col bimbo immaginario e poi reale, e via dicendo. Questa attuale prospettiva rappresentazionale consente un riavvicinamento tra le teorie psicoanalitiche e quelle relative all'attaccamento (Bretherton, 1992, 1998; Main, 1995b; Cassidy et al., 1996; Fonagy, 1999a,b; Fonagy et al., 1992; Ammaniti, Stern, 1992; Lyons-Ruth et al., 1999; Eagle, 1997, 1998, 1999; Holmes, 1995, 1996; Slade, 1999; Lieberman 1991; Fonagy, 2001). Nei recenti sviluppi delle teorie psicoanalitiche infantili e della teoria dell'attaccamento sono state individuate alcune aree di ricerca in relazione a tematiche che si prestano a un'indagine esplorativa comune. Nel presente contesto abbiamo individuato in particolare alcuni paradigmi su cui si stanno sviluppando la ricerca e gli studi nella prospettiva di un'integrazione: 1) le rappresentazioni delle relazioni; 2) la trasmissione transgenerazionale delle modalità relazionali; 3) l'identificazione proiettiva; 4) il costrutto di responsività sensibile genitoriale. Questo, a partire dal concetto di sensibilità materna della Ainsworth, è stato esteso alla capacità materna di regolazione affettiva e di funzione riflessiva.

L'attuale prospettiva della teoria dell'attaccamento nella sua recente formulazione rappresentazionale (Cassidy, Shaver, 1999; Bretherton, Munholland, 1999) consente così un'integrazione con le teorie psicoanalitiche relazionali (Fonagy, 2001; Fonagy et al., 1992; Holmes, 1993, 2001; Ammaniti, Stern, 1992; Fonagy, 2001) e l'Infant Research.

I modelli operativi interni, che per Bowlby si formano tra i sei e i nove mesi, secondo attuali prospettive (Bretherton et al., 1999) si manifesterebbero già a tre mesi attraverso comportamenti di attaccamento differenziato verso le figure affettive di riferimento. Questa ipotesi è in sintonia con la presenza, nello stesso periodo, di ciò che la psicoanalista Beebe (Beebe et al., 2002) ha denominato primi schemi di interazione diadica. Già nel primo anno di vita il bimbo risponde alla madre non solo rispetto a ciò che lei sta facendo in quel momento, ma in base ai modelli operativi interni già costruiti nel suo rapporto con lei, quali internalizzazioni delle interazioni di attaccamento.

Secondo la teoria cognitivista, i modelli mentali con cui il bimbo forma i suoi schemi della relazione con l'altro costituiscono la struttura di base con cui il bambino costruisce i suoi modelli operativi interni di attaccamento (Bretherton et al., 1999): questi sono considerati strutture affettivo-cognitive che consentono di organizzare le informazioni e le emozioni relative alle esperienze del bambino con i suoi caregiver; l'altra funzione dei modelli operativi interni è quella motivazionale, che orienta il comportamento del soggetto nelle sue esperienze di interazione. I modelli operativi interni richiamano il modello delle Rappresentazioni Generalizzate delle Interazioni (Stern, 1995), cioè degli "schemi di essere con l'altro", che Stern considera i prototipi delle rappresentazioni delle interazioni con le figure di accudimento.

I modelli operativi interni possono trasformarsi quando si passa dalla fase preverbale a quella linguistica dello sviluppo: con l'acquisizione del linguaggio si trasformerebbero attraverso una riorganizzazione a livello verbale, nella quale il bambino può essere aiutato dal caregiver.

Teoria dell'attaccamento, psicoanalisi e neuroscienze richiamano insieme il ruolo fondamentale della memoria implicita che domina nei primi due anni di vita: dai di-

ciotto mesi, con l'acquisizione del linguaggio, si sviluppa la memoria dichiarativa che consente di ricordare in modo anche consapevole. Attraverso la memoria implicita non consapevole il bambino, nei primi mesi di vita, si forma comunque modelli mentali della realtà, che sono collegabili agli "schemi di essere con", alle rappresentazioni generalizzate delle interazioni (Stern, 1995) e agli schemi diadici delle interazioni (Beebe et al., 2002). Anche la corrente psicoanalitica è attualmente interessata al ruolo svolto dalla memoria implicita nel codificare le esperienze preverbal del soggetto relative alle prime relazioni intersoggettive (Mancia, 2004; Imbasciati, 2006a,b).

Quando avviene un'integrazione tra i livelli implicito e dichiarativo, c'è anche un'integrazione tra i sentimenti e le memorie coscienti precoci – lo si nota nel caso di attaccamento sicuro –, mentre invece, se la prima di queste integrazioni è deficitaria, l'accesso consapevole alle relative esperienze sarà molto limitato, come si riscontra spesso nel caso dell'attaccamento insicuro e ancor più in quello insicuro-evitante. L'adulto può comunque aiutare il bambino a riflettere sulle sue esperienze favorendo una possibile trasformazione e svolgendo una funzione protettiva.

I modelli operativi interni possono essere chiamati in causa, in relazione a quanto studiato dalla psicoanalisi (Sandler et al., 1960; Sandler, 1981), riguardo al fatto che le prime rappresentazioni indirizzano le successive esperienze relazionali. Fonagy (1999a,b) rileva un elemento di integrazione tra le teorizzazioni psicoanalitiche e quelle relative alle rappresentazioni delle relazioni che stanno alla base dei modelli operativi interni. I legami tra i modelli di attaccamento dei genitori e quelli di attaccamento del figlio vengono evidenziati, per esempio, dal fatto che, con la nascita del figlio, la strutturazione di rappresentazioni da parte dei genitori riguardo al proprio modo di accudire i figli si costituirebbe attraverso la trasformazione dei modelli di attaccamento rispetto alle proprie figure genitoriali.

Stern (Stern, 1994; Stern et al., 1998), Sander (Sander et al., 1999), Tronick (1998) del *Boston Psychoanalytic Institute* evidenziano come il cambiamento terapeutico si attui non per una riflessione su un ricordo episodico, ma a seguito di esperienze che ristrutturano la memoria procedurale (implicita): gli "schemi dell'essere con" (Stern, 1998), quali rappresentazioni delle relazioni.

A partire dagli anni '90 ritroviamo una messe di articoli e testi (Ammaniti, Stern, 1992) che raccolgono saggi di psicoanalisti e di teorici dell'attaccamento. Viene posta in evidenza l'importanza della qualità dell'accudimento e viene dato rilievo alla prospettiva transgenerazionale come tematica di integrazione tra la teoria psicoanalitica e quella dell'attaccamento (Fonagy et al., 1992; Fonagy, 2001).

Studi recenti hanno confermato la transgenerazionalità anche in via sperimentale, oltre che clinica (van IJzendoorn, 1994; van IJzendoorn et al., 1991, 1995; Liotti, 2001). In questo ultimo decennio, gli studi della scuola di Fonagy (Fonagy, Target, 2001) hanno portato in ambito psicoanalitico fini e decisivi contributi allo studio della trasmissione transgenerazionale di caratteristiche funzionali di base, veicolate tramite le vicende connesse all'accudimento-attaccamento.

Quando le relazioni sono inadeguate, la trasmissione transgenerazionale dell'attaccamento si traduce in un'interiorizzazione delle difese del caregiver (Fonagy, Moran, Steele, 1992). Anche i diversi stili di attaccamento possono venire conside-

rati forme di difesa intrapsichiche: è possibile osservare direttamente nell'interazione madre-bambino forme difensive manifestate dal bimbo verso comportamenti materni poco disponibili. Queste modalità di relazione sarebbero implicate nella trasmissione transgenerazionale delle primitive manifestazioni difensive, riscontrabili successivamente nelle patologie adulte. La mancanza di protezione, o al polo opposto l'eccessiva intrusione del genitore nella relazione con il figlio, comporterebbero distorsioni nelle modalità di protezione del Sé messe in atto dal bimbo: queste modalità primitive di difesa, che il bambino manifesta attraverso il suo comportamento, evidenti nelle osservazioni dirette sperimentali dell'interazione madre-neonato, sono precedenti alla modalità di rappresentazione simbolica e pertanto presentano caratteristiche comportamentali particolari (Fraiberg, 1980) rispetto a quelle manifestate poi attraverso i meccanismi difensivi che si possono osservare in età più avanzata.

La trasmissione transgenerazionale dei modelli di attaccamento comporta la questione della stabilità dei modelli di attaccamento o della loro trasformazione nel corso dello sviluppo: in quest'area lo strumento di ricerca più usato è l'*Adult Attachment Interview* (Main, Goldwyn, 1994; Crittenden, 1999). In ogni individuo viene ipotizzata l'esistenza di un metamodello di attaccamento che riassume la qualità complessiva dei modelli dell'attaccamento che il soggetto ha costruito nel corso delle sue diverse esperienze di vita con figure affettive di riferimento. La sostanziale spiegazione psicoanalitica che riguarda la transgenerazionalità è quella che fa riferimento alla comunicazione primaria quale matrice di trasmissione di caratteristiche psichiche dalla madre del bambino. Alcuni studi psicoanalitici riferiscono come le caratteristiche del funzionamento inconscio e i contenuti inconsci profondi specifici di un determinato individuo adulto si trasmettano nelle generazioni successive (Kaes, Fainberg, Enriquez, Baranes, 1993). Questi studi clinici, dimostrando la transgenerazionalità, la descrivono come trasmissione da inconscio a inconscio: da quello dei genitori all'inconscio che si struttura man mano nello sviluppo di un certo bimbo. Ciò chiama in causa una trasmissione transgenerazionale della memoria implicita. Aperta rimane l'indagine tesa a individuare i processi di trasmissione che avvengono nella comunicazione, per lo più inconsapevole, che intercorre nella relazione tra bimbo e caregiver, cioè come avvenga il passaggio di informazioni sul quale il bimbo costruisce progressivamente la sua struttura mentale e in cui eredita ciò che gli viene trasmesso da una generazione all'altra (Imbasciati, 2004).

L'integrazione tra gli studi psicoanalitici e le ricerche, sia cliniche che sperimentali, derivate dalla teoria dell'attaccamento, trova le sue origini in alcuni concetti kleiniani, soprattutto quelli che diedero impulso al rinnovamento della psicoanalisi innescato dalle sue diversificate applicazioni ai bambini e agli infanti. Bowlby era stato allievo della Klein: la ricerca di una figura di attaccamento trae le sue origini dal rilievo che la Klein aveva conferito alla figura della madre e alla formazione nel bimbo della prima forma di rappresentazione (oggetti interni) in relazione al suo primissimo rapporto con la madre stessa.

Il modello di attaccamento sicuro che il bambino costruisce nei primi anni di vita può essere considerato il risultato dell'insieme delle relazioni positive interiorizzate delineate nell'orientamento psicoanalitico (Fonagy, 2001): l'attaccamento insicuro e quello sicuro sono stati paragonati alla posizione schizoparanoidea e depressiva del-

la teoria kleiniana, come stati mentali contemporaneamente presenti nella mente infantile e differentemente evolutisi a seconda del prevalere dell'una rispetto all'altra posizione.

Nell'attaccamento insicuro, la relazione con il genitore sarebbe scissa, frammentata in relazioni persecutorie; solo nella posizione depressiva il bambino sviluppa un'immagine integrata del genitore (Fonagy et al., 1995). L'equilibrio degli affetti è indice di attaccamento sicuro e descrive lo stato della mente della posizione depressiva, mentre una mancanza di coerenza sarebbe indicativa della rappresentazione mentale della posizione schizoparanoidea. L'attaccamento sicuro comporta la capacità di monitorare pensieri e sentimenti nel corso delle interazioni, così come la posizione depressiva comporta la scoperta della propria capacità di amare e odiare il genitore. Nella posizione depressiva il bambino acquisisce consapevolezza della separatezza mentale dalla madre, equiparabile alla capacità del bambino di percepire il funzionamento indipendente del genitore, quale descritto nella teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1973). Queste comparazioni, intese come una sorta di isomorfismo tra attaccamento insicuro e posizione schizoparanoidea, considerano l'attaccamento come una modalità di funzionamento mentale.

Altra area di condivisione tra la psicoanalisi e la teoria dell'attaccamento viene individuata attraverso altri concetti della teoria kleiniana, in particolare l'identificazione proiettiva (Klein, 1955).

In psicoanalisi le teorie oggettuali (Greenberg, Mitchell, 1983) hanno spostato il fuoco dell'attenzione, rispetto alle prime concezioni della teoria energetico-pulsionale freudiana, verso una prospettiva relazionale: come abbiamo evidenziato, vi sono state divergenze tra le due stesse teorizzazioni psicoanalitiche. Nella prospettiva attuale, molti autori usufruiscono delle teorie oggettuali per confrontarle e interpretarle con teorizzazioni interpersonali derivate dagli studi sull'attaccamento (Sandler, 1985; Ammaniti, Stern, 1992; Slade, Albert, 1992; Main, 1993; Mitchell, 1998; Steele H., Steele M., 1998). L'identificazione proiettiva (Klein, 1955) indica un'esperienza preverbale, corrispondente a scambi obbligati e automatici tra i membri della diade. Nel corso di questa esperienza i genitori immettono inconsciamente nel bimbo aspetti del loro modello operativo interno (Lieberman et al., 1997). In tal modo (Cramer, Palacio-Espasa, 1993) le aspettative si trasmettono dal mondo interno del genitore a quello del bimbo. Vissuti della madre, agiti e trasmessi nelle interazioni precoci (Cramer, Stern, 1988), possono avere effetti patologici: la madre può mettere in gioco con il suo bimbo i conflitti e le angosce che avevano animato la propria relazione primaria con la propria madre (Kreisler, Cramer, 1981). Il concetto di attribuzioni genitoriali elaborato dalla teoria cognitivista trova così corrispondenza con quello di identificazione proiettiva: i genitori rivolgono al proprio bimbo delle attribuzioni e questi le assume; attribuzioni positive favoriscono un buono sviluppo; attribuzioni negative o contraddittorie possono ostacolare lo sviluppo del senso del sé del bimbo. Anche Fonagy (Fonagy, 2001) fa uno specifico riferimento alla teoria della Klein e considera un collegamento tra le ipotesi kleiniane e la teoria dell'attaccamento: la trasmissione transgenerazionale dei modelli di attaccamento si attuerrebbe attraverso i concetti di modelli operativi interni e di identificazione proiettiva.

L'integrazione tra la teoria dell'attaccamento e la teoria kleiniana, sulla base dei

modelli operativi interni (Seligman, 1999), viene così spiegata: i modelli operativi interni sono costruiti attraverso attività cognitive e affettive del bambino ma anche attraverso le fantasie inconscie che egli sviluppa rispetto alle interazioni con i caregiver. Le fantasie inconscie ipotizzate dalla Klein organizzano gli stati affettivi che il soggetto sperimenta nell'interazione con l'altro. I modelli operativi interni sono relativi all'esperienza corporea delle fasi preverbalì e delle prime relazioni. Le interazioni con le figure affettive di riferimento attivano i processi di identificazione proiettiva per cui il bambino proietta sul genitore i propri sentimenti non tollerabili e anche il genitore attribuisce al bambino caratteristiche del suo mondo interno e dei suoi modelli di attaccamento (Seligman, 1999; Lieberman, 2000): il bambino può identificarsi con essi e assumerli a livello introiettivo.

3.3

Un costrutto trasversale ai diversi approcci teorici: la responsività sensibile

La psicoanalisi e la teoria dell'attaccamento condividono l'interesse per i primi stadi di sviluppo e rivolgono l'attenzione alla sensibilità materna come determinante la qualità della relazione e lo sviluppo psichico del bimbo. Il termine "sensibilità materna", lungi dall'essere inteso nel senso generico del linguaggio corrente italiano, è rigorosamente definito dagli autori che ne usano il corrispondente inglese *sensitivity*, ed è variamente dettagliato dalle procedure sperimentali usate per misurare questa capacità genitoriale. Il lettore italiano dovrà pertanto porre attenzione a non fraintendere il concetto in termini generici, con riferimento implicito alla coscienza e alla buona volontà. I concetti psicoanalitici e dei teorici dell'attaccamento si riferiscono a fenomeni connessi: per la teoria dell'attaccamento, la sensibilità materna è in relazione con le caratteristiche del comportamento del caregiver a rispondere in modo adeguato e in tempi tollerabili ai bisogni del bambino (Ainsworth, 1979; De Wolf, van IJzendoorn, 1997), mentre la sensibilità è considerata dalla psicoanalisi in modi notevolmente eterogenei: Klein e Winnicott, ma soprattutto Bion (1962), considerano sensibilità del genitore la capacità di ritrasmettere l'esperienza psicologica al bambino in forma metabolizzata; attraverso questa funzione trasformativa i bimbi acquisiscono la capacità di regolare i propri stati affettivi negativi.

La responsività sensibile del genitore può essere individuata come un costrutto trasversale, area comune di riflessione di approcci teorici diversi: costrutto complesso che, partendo dal concetto di sensibilità materna elaborato dalla teoria dell'attaccamento (Ainsworth, 1979), si è andato progressivamente ampliando attraverso i contributi delle diverse ricerche nell'ambito della teoria dell'attaccamento stessa, dell'Infant Research e della psicoanalisi. Tale costrutto può pertanto essere assunto quale base che riassume e integra più apporti disciplinari.

La teoria dell'attaccamento è quella che più ha individuato, in particolare, il costrutto di "sensibilità" materna, riferendolo alle caratteristiche del comportamento del caregiver a rispondere in modo adeguato e in tempi tollerabili ai bisogni del bambino (Ainsworth, 1979). A seguito dei contributi dell'Infant Research e della psicoanalisi

3

si, il costrutto è stato approfondito negli aspetti relativi alla capacità materna di rispondere non solo ai bisogni di sicurezza e di protezione, ma anche ai bisogni emotivi, attraverso una comunicazione e un adeguato scambio interattivo con il bambino, comprendendo e rispondendo ai suoi segnali affettivi. Il costrutto è stato così più dettagliatamente articolato in diverse dimensioni che vengono attualmente indagate e valutate, quali la disponibilità emotiva materna, la condivisione affettiva e la reciproca regolazione emozionale. Una madre sensibile e responsiva è in grado di seguire i cambiamenti degli stati mentali del suo bimbo (Grossmann et al., 1985; Belsky et al., 1991).

Da diversi autori (Riva Crugnola, 2007) viene pertanto indicato come sia possibile costituire un'area comune di riflessione in cui possano trovare integrazione, nel costrutto di responsività materna, ipotesi tratte dalla psicologia dello sviluppo e dalla teoria della mente con quelle sulla *rêverie* (Bion, 1962), cioè la capacità della madre di accogliere e di trasformare le emozioni negative che il bimbo le sta proiettando; ciò in linea con le ipotesi sul rispecchiamento emotivo (Winnicott, 1967; Gergely et al., 1996) e sulla sintonizzazione (Stern, 1985). Tale area si configura dunque attualmente come quella più indagata dagli autori dei diversi indirizzi, su cui si riscontrano i maggiori consensi tra gli scienziati in quanto permette loro di confrontarsi su aspetti condivisibili: si pone pertanto come un ambito di studio che consente finalmente una comunicazione e un obiettivo comune verso cui convergono e si integrano i diversi contributi che provengono dai diversi orientamenti, con arricchimenti e dibattiti interessanti per la ricerca psicologica.

Una lettura dei bisogni emotivi e affettivi del bimbo e delle capacità genitoriali di comprensione e di soddisfazione di tali bisogni si sta attualmente ampliando anche attraverso la costruzione di strumenti e tecniche che consentono ai ricercatori di rilevare dati empirici indicativi di fattori di rischio e di protezione dello sviluppo del bambino. Patricia Crittenden (1994, 2004) ha strutturato operativamente un interessante strumento basato sulla videosservazione, il *Child Adult Relationship Experimental Index* (CARE-Index) (vedi Par. 5.3 e 7.5), attraverso cui è possibile individuare e valutare le dimensioni del costrutto di "responsività sensibile" nella relazione genitore-bambino. L'autrice fa riferimento a forme di connessione comportamentale genitore-bambino per quanto riguarda la soddisfazione dei bisogni di sicurezza e di protezione del bimbo, secondo le indicazioni della Ainsworth (1979), e considera in modo particolare lo stato affettivo-emotivo della diade facendo riferimento al costrutto di sintonizzazione affettiva (Stern, 1985). Lo strumento, e alcune indicazioni sulle sue interessanti applicazioni nella ricerca e nella clinica, verranno presentate dall'autrice stessa attraverso alcuni contributi contenuti nel presente testo (vedi Capitolo 4), mentre esempi delle possibili applicazioni nella ricerca e nella clinica saranno illustrati da suoi collaboratori (vedi Capitolo 6 e Par. 7.5).

Su tale costrutto abbiamo rilevato anche noi interessanti opportunità di approfondimento nella ricerca e nella clinica: ci sembra pertanto utile soffermarci in modo particolare su questa area di ricerca integrativa, tra quelle individuate tra le varie teorizzazioni, per trarre alcuni spunti di riflessione.

Come abbiamo accennato precedentemente (vedi Capitolo 2), i contributi dell'Infant Research, della psicoanalisi e della teoria dell'attaccamento convergono nell'e-

videnziare il ruolo della madre nell'accogliere e trasformare le espressioni affettive del bimbo, per sostenerne il benessere psicofisico, attraverso le proprie e le di lui capacità comunicative e di regolazione affettiva. La psicoanalisi, l'Infant Research, la teoria dell'attaccamento e le neuroscienze condividono l'interesse per i primi stadi di sviluppo e considerano la qualità della relazione del bambino con la madre come un aspetto determinante per lo sviluppo psichico equilibrato del neonato. La psicoanalisi attribuisce un valore fondamentale agli affetti e in psicoanalisi viene proposto un modello di funzionamento mentale basato sulla competenza affettiva intesa come guida alla relazione: questa si pone come elemento fondante dello sviluppo psichico infantile stesso (Imbasciati, 2006b).

La teoria dell'attaccamento ha contribuito notevolmente a mettere in evidenza la caratteristica dei comportamenti non verbali materni negli scambi interattivi e l'importanza della sincronia e del contatto fisico ed emotivo nella costruzione dei pattern di attaccamento, consentendo un ampliamento di prospettiva di ricerca in diversi altri ambiti disciplinari (Stern, 1974; Dunn, 1977; Trevarthen, 1979; Bornstein, 1988); il costrutto di responsività sensibile è stato introdotto strutturando anche metodologie e strumenti per valutarlo (Ainsworth et al., 1978; Crittenden, 1994, 2004).

L'Infant Research ha studiato per via sperimentale gli scambi comunicativi primari nella relazione genitore-bambino a partire dalle prime forme di imitazione (Meltzoff, Moore, 1977) e di intersoggettività (Trevarthen, 1980), e ha individuato nella madre le competenze di regolazione delle emozioni che essa trasmette al bimbo (Sroufe, 1995), sia come eteroregolazione che come autoregolazione (Tronick, 1989, 2008; Beebe et al., 2002).

La regolazione emotiva viene pertanto identificata, nelle diverse teorizzazioni, come la capacità del bimbo di mantenere la propria organizzazione comportamentale rispetto a stati di tensione e stress emotivo: egli apprende questa funzione nell'ambito delle interazioni primarie con la madre, la quale progressivamente gli insegna a regolare i suoi stati di tensione emozionale (Sroufe, 1995).

Il bimbo impara a regolare la propria tensione emotiva attraverso la disponibilità emotiva della madre (Emde, 1988), quale funzione basilare nell'interazione diadica: è fondamentale che la madre sia disponibile con la sua mente a interpretare gli stati affettivi del figlio, correttamente e senza distorsioni. Si possono evidenziare distorsioni in questa capacità materna quando la madre non è psicologicamente disponibile, è emotivamente distante, non è coinvolta nella relazione, come può accadere negli stati depressivi. In questi casi la madre è orientata sui suoi problemi interiori e non è predisposta a investire emotivamente sul bambino. La capacità di riconoscere le proprie emozioni è un fattore determinante nella trasmissione delle prime modalità relazionali e di attaccamento tra genitore e figlio (Bowlby, 1988); tale capacità appare profondamente influenzata dal tipo di accessibilità emotiva che il genitore ha potuto a sua volta sperimentare nei confronti delle proprie figure di attaccamento, nel corso della propria storia infantile. L'impossibilità di accedere alla madre per la sua indisponibilità emotiva può attivare nel bambino comportamenti di tipo difensivo nell'interazione.

Alla disponibilità materna corrisponde nel bimbo la dimensione della "intenzionalità comunicativa", che ha un ruolo determinante nel corso del suo primo seme-

stre di vita: l'interazione diadica vis-à-vis mediata dall'espressività del volto della madre (Beebe et al., 1997) è costituita da modalità comunicative attraverso cui è possibile individuare l'intenzionalità comunicativa del bimbo. La Beebe evidenzia molto bene questa dimensione attraverso i paradigmi della comunicazione durante l'interazione diadica madre-bambino: sincronia, rottura e riparazione comunicativa (Beebe, Lachmann, 1994) costituiscono le modalità attraverso cui si struttura la comunicazione nel primo anno di vita del bambino. La sincronizzazione è la modalità comunicativa più adeguata del genitore, contingente con quella del bambino, ma nel processo comunicativo si alternano anche momenti di rottura e poi di riparazione, in cui la madre e il bimbo di nuovo ricercano reciprocamente la sintonia comunicativa interrotta. Anche Tronick (Cohn, Tronick, 1987), attraverso il paradigma dello Still-Face, indica che quando il genitore risponde in modo incongruo alla comunicazione del bimbo, disorientandolo nelle sue aspettative comunicative, questi ricerca, attraverso numerosi tentativi (pianto, espressioni facciali, comportamenti di protesta) di ristabilire un'interazione con il genitore. Il bimbo apprende attraverso le interazioni diadiche degli schemi di comunicazione e manifesta aspettative rispetto alle risposte del genitore, comunicando il proprio bisogno di ristabilire una contingenza nella relazione.

Le modalità relazionali precoci tra il bambino e i suoi caregiver danno origine a stili individuali di regolazione affettiva che si ritrovano alla base dei successivi pattern di interazione (Sander, 1988); la modalità di regolazione emotiva che si attiva e si modula durante la relazione tra il bambino e il genitore viene interiorizzata. Gli studi attuali condividono alcune ipotesi di base sulla costruzione della personalità fondata sulla capacità di regolazione e comunicazione degli affetti che il bambino acquisisce nell'ambito delle sue relazioni primarie: i primi nuclei del Sé infantile si formano dall'interiorizzazione delle forme di regolazione emozionale che il bambino sperimenta nell'ambito dei suoi legami di attaccamento (Siegel, 2001; Sroufe, 1995). Stern (1985, 1995, 1998) rileva come l'interiorizzazione delle relazioni di sé con gli altri abbia la sua origine dalle prime rappresentazioni delle relazioni del bimbo con i suoi caregiver. Tali rilevazioni si riscontrano anche nella concettualizzazione dei modelli operativi interni, intesi come schematizzazione delle esperienze di relazione con un genitore disponibile emotivamente, che sappia condividere affettivamente gli stati emotivi del figlio e che sappia attivare una reciproca regolazione emozionale. Le esperienze affettive precoci influenzano e differenziano l'organizzazione dei legami di attaccamento, considerati relazioni di tipo emozionale, attraverso cui il bimbo impara peculiari stili di regolazione della propria emozione (Sroufe, 1995). Questi stili vengono considerati strategie adattative che il bambino utilizza per far fronte alle varie esperienze emotive; l'ipotesi dei pattern di attaccamento come strategie adattative e difensive si connette alla teoria psicoanalitica e psicodinamica: viene rilevata un'associazione tra i modelli operativi interni della madre circa l'attaccamento e la sua capacità di sincronizzazione con gli stati affettivi del figlio, che si costituisce quale mediazione per la trasmissione dei modelli di attaccamento.

La disponibilità emotiva a regolare gli stati affettivi del bimbo è fondamentale per il costituirsi del legame di attaccamento; la consapevolezza emotiva materna (Nichols, Gergely, Fonagy, 2001) è collegata alla qualità sicura dell'attaccamento del suo bimbo: l'attaccamento sicuro nel bimbo è correlato alla sua capacità di regola-

re il proprio stato emotivo; l'attaccamento insicuro invece implica disfunzioni nelle capacità regolatorie del bimbo il cui genitore non è disponibile a modulare i suoi livelli di attivazione (Cassidy, 1994); modelli di attaccamento insicuri sono collegati a fallimentari tentativi di regolazione affettiva.

La Ainsworth (1979) rileva come i pattern di attaccamento sicuri e insicuri che il bimbo manifesta nei confronti del caregiver dipendono dalla sensibilità che questi ha avuto nei suoi riguardi nel corso del primo anno di vita. I pattern di attaccamento vengono considerati strategie adattative e difensive nei confronti della disponibilità emotiva delle figure affettive di riferimento (Main, 1995a), che consentono al bambino di conservare il legame con il genitore. Le strategie difensive alla base dei pattern di attaccamento insicuro sono evidenziate in epoca precoce: evitare lo sguardo, a tre mesi, è una delle strategie di autoregolazione nell'interazione faccia a faccia con il genitore. I bambini descritti come sicuri nel secondo anno dimostrano di ricorrere a modalità sia di autoregolazione che di eteroregolazione; i bambini insicuri evitanti ricorrono a modalità di autoregolazione centrate su modalità di autoconsolazione; i bambini insicuri ambivalenti fanno riferimento a modalità di eteroregolazione e utilizzano l'adulto come regolatore delle loro emozioni. Gli stili di regolazione emotiva, che il bambino apprende attraverso la sua relazione di attaccamento durante il primo e secondo anno di vita, sono correlati alla capacità di regolare le proprie emozioni nel secondo e nel terzo anno di vita (Sroufe, 1995): nell'attaccamento sicuro il bambino è in grado di esprimere e regolare adeguatamente le sue emozioni, senza dover fare ricorso a operazioni difensive di deformazione delle informazioni; la disponibilità nei riguardi delle proprie emozioni è correlata a quella dimostrata dal genitore nei suoi confronti.

Per essere adeguato, il livello di sensibilità del genitore deve essere moderato, in termini di intensità: la non intrusività del genitore viene intesa come la capacità della madre di non essere troppo controllante nell'interazione; la sincronia interattiva (Belsky et al., 1991) può essere considerata equivalente alla reciprocità o regolazione reciproca della psicoanalisi: una relazione bene regolata con il genitore può dare origine a un senso del Sé autonomo e forte.

La responsività materna, quale capacità genitoriale di comprendere e rispondere agli scambi interattivi attraverso risposte emozionali, si basa sul riconoscimento dei segnali affettivi inviati dal bimbo, soprattutto attraverso le espressioni del suo volto: un'altra funzione fondamentale rilevata dalla psicoanalisi è la capacità di rispecchiamento della madre; il genitore rimanda al bimbo, attraverso il proprio sguardo, lo stato affettivo che vede espresso in quel momento sul suo volto (Winnicott, 1967). Attraverso la funzione di rispecchiamento la madre ripropone lo stato emotivo del suo bimbo con modalità espressive più marcate, segnalandogli così che ella sta esprimendo l'emozione che ha individuato in lui, e non una propria. Il rispecchiamento non è una riproposizione fedele dello stato affettivo del bimbo, altrimenti, quando è negativa, potrebbe innescare in lui spavento e preoccupazione.

Oltre al costrutto di "responsività sensibile", un'altra modalità relativa alla funzione materna di regolazione dei bisogni emotivi del bimbo è quella che viene rilevata da Fonagy e collegata alla "funzione riflessiva" del Sé materno (1998). La possibilità, per la madre, di attivare la propria funzione riflessiva le permetterebbe di potersi con-

nettere con i segnali emotivi del suo bimbo. Fonagy (Fonagy et al., 1995) definisce “reflective self function”, la “funzione del Sé riflessivo”, come la capacità del genitore di leggere gli stati mentali e affettivi propri e del bimbo, che può essere sovrapposta al concetto di capacità di contenimento (Winnicott, 1956) e a quello di *rêverie* (Bion, 1962). Il genitore con un’adeguata funzione riflessiva consente al bambino di interiorizzare a livello intrapsichico un’istanza parentale in grado di contenere e trasformare i suoi stati emotivi negativi.

Fonagy (Fonagy, Target, 2001) sottolinea come l’origine delle strutture primarie della mente del bimbo comporti il formarsi della “funzione riflessiva”, cioè la capacità individuale di rappresentarsi i propri processi mentali. I genitori trasmettono al bambino, nelle prime fasi del suo sviluppo, aspetti del proprio mondo interno: tra questi, la capacità di funzione riflessiva consente uno sviluppo della mentalizzazione nel bimbo (Fonagy et al., 1995; Fonagy, Target, 2001), cioè il bimbo può esplorare e comprendere la mente della madre, attraverso una funzione che gli viene trasmessa dalla madre stessa; ciò gli consente di entrare in relazione con le proprie esperienze interiori, intrapsichiche e poi intersoggettive, esplorando gli stati mentali degli altri. La qualità della relazione col caregiver (Fonagy, Target, 2001), in particolare la sua funzione riflessiva, permetterà al bimbo di costruire la sua capacità di comprendere i propri stati mentali, come pure quelli degli altri. Il caregiver funziona come un biofeedback sociale (Gergely et al., 1996), nel senso che il bimbo calibra le proprie emozioni monitorando le reazioni del caregiver che gliene rispecchia: assegna un significato a un’emozione o percezione somatica osservando la risposta affettiva della madre (Sander, 2002). Un rispecchiamento inadeguato può essere la causa di vari deficit di mentalizzazione: con questo si mette in evidenza l’importanza dell’osservazione diretta del bambino “reale”, rispetto a esplorazioni retrospettive dell’infanzia partendo da disturbi mentali dell’adulto (Lichtenberg, 1989).

Winnicott è forse l’autore che si è avvicinato maggiormente alla teoria dell’attaccamento senza dichiararlo, attraverso i concetti di comprensione psicologica che il genitore ha del bambino e il riconoscimento della dialetticità della relazione. La McDougall (1989) rileva come un lattante attraverso le sue urla e le sue reazioni manda comunicazioni che solo la madre è in grado di interpretare: la madre funziona come sistema di pensiero del suo bambino; la capacità di dare un’adeguata risposta, interpretando l’espressione del bambino e restituendogli una versione tollerabile di ciò che sta comunicando, implica una funzione di rispecchiamento (Winnicott, 1967) e di contenimento, in altri termini la *rêverie* di cui ci parla Bion (1962). La mancanza della funzione di rispecchiamento nel caregiver può dare origine alla formazione di un mondo psicologico in cui le esperienze interne vengono poco rappresentate e c’è un’incapacità di contenere l’esperienza psicologica interiore.

La funzione riflessiva costituisce inoltre un elemento protettivo per la trasmissione della sicurezza dell’attaccamento. I modelli operativi interni sono acquisizioni non definitive nella vita mentale e sono passibili di modificazioni: il genitore può consentire il passaggio del bimbo da uno stato mentale infantile insicuro a uno stato mentale sicuro. La madre, attraverso una modalità riflessiva empatica, può rispecchiare le emozioni del bambino in modo contingente e questi, sin dai primi mesi di vita, percepisce l’efficacia della propria espressività emotiva e acquisisce una competenza sem-

pre più raffinata di riconoscimento delle proprie emozioni. Alla fine del primo anno di vita questa competenza si trasforma in consapevolezza emotiva, che consente al bimbo di rappresentare le sue emozioni primarie e di attribuirle ai suoi caregiver.

L'attaccamento sicuro può essere paragonato al contenimento (Bion, 1959) efficace che la madre è in grado di attivare mentalmente rispondendo al bambino, sia con cure fisiche, ma soprattutto dimostrando di avere consapevolezza dello stato mentale del bambino e di sapervi provvedere. L'attaccamento insicuro corrisponde all'identificazione del bambino con il comportamento difensivo del genitore. Un genitore che non ha la capacità di rispecchiare lo stato di disagio del bambino non può rappresentarglielo: la vicinanza con il genitore viene mantenuta a scapito della compromissione della funzione riflessiva. La sicurezza di attaccamento predice capacità metacognitive di comprensione e di comunicazione: studi longitudinali e trasversali (Fonagy, 1997) hanno rilevato come la sicurezza dell'attaccamento sia in grado di predire lo sviluppo del ragionamento-desiderio che si può rinvenire dai tre anni e mezzo ai sei anni. Il caregiver che utilizza comportamenti come giocare a "far finta di" consente al bambino di acquisire la capacità di contemplare l'esistenza di stati mentali. Se la mente adulta comprende la mente del bambino, questi si sente sicuro pensando alla mente del genitore; il bambino evitante fugge lo stato mentale dell'altro e il bambino insicuro resistente si orienta solo sul proprio stato di disagio escludendo gli scambi con l'altro.

La mentalizzazione è una funzione simbolica su cui si ritrovano sia la teoria dell'attaccamento, sia la psicoanalisi. La funzione riflessiva (Fonagy, 2001) permette ai bambini di far riferimento alle credenze, agli atteggiamenti, ai desideri dell'altro, cercando di pensare in modo prevedibile al loro comportamento: il significato attribuito alle azioni dell'altro dipende dalla capacità di dare significato alla propria esperienza. La funzione riflessiva viene collegata all'attaccamento: i genitori fanno riferimento a propri stati mentali mentre raccontano la propria esperienza infantile di attaccamento e questo assume una valenza predittiva rispetto alla probabilità con cui i figli svilupperanno un attaccamento sicuro nei loro confronti (Fonagy, 2001).

3.4

Una teoria esplicativa sulla costruzione della mente

Nella psicoanalisi e nella teoria dell'attaccamento possono essere individuate radici comuni se non altro nella duplice formazione di Bowlby, che tuttavia si sono evolute con modalità epistemologiche diverse: la teoria dell'attaccamento è rimasta collegata al metodo sperimentale e ancorata all'osservazione dei comportamenti, mentre gli psicoanalisti si sono ritrovati maggiormente nel lavoro clinico e meno hanno preso in considerazione l'osservazione del bambino nel suo ambiente. Entrambe le teorie hanno però lo stesso obiettivo, che è la comprensione evolutiva della personalità e del disturbo psicologico (Fonagy, 2001). La ricerca di un'integrazione non può pertanto che arricchire le due tradizioni.

In ambito psicoanalitico nuovi orientamenti si stanno anche muovendo nell'ot-

tica di un riavvicinamento tra la psicoanalisi e il cognitivismo (Imbasciati, 2005a) e sono rivolti oggi a indagare gli aspetti cognitivi dei primi processi mentali, cioè i processi di costruzione della mente. Lo sviluppo di un “cognitivismo psicoanalitico” (Imbasciati, 2005a) riguarda i processi dello sviluppo della mente, dalle sue origini nel neonato, in termini di progressive simbolizzazioni (1994): le origini del mentale, lo sviluppo e il funzionamento della mente vengono affrontati e descritti, in termini cognitivi, come progressiva costruzione di funzioni a partire da un’elaborazione dell’esperienza attraversata dall’individuo nelle sue vicissitudini, esterne e interne. Attraverso inferenze clinico-teoriche si può procedere all’individuazione delle tracce mnestiche implicate nella relazionalità madre-bimbo, e nella costruzione del funzionamento mentale. Questo orientamento richiama l’opera di Bion sulle origini del pensare, prospettando un nuovo approccio allo studio dei processi mentali attraverso una teoria, non più solo descrittiva, ma anche esplicativa delle origini della mente, del suo sviluppo, del suo funzionamento. Tale teoria, abbozzata nel 1980 (Imbasciati, Calorio, 1981) è stata progressivamente messa a punto nell’opera di uno di noi (Imbasciati, 1994, 1998a,b, 2006a,b) e denominata Teoria del Protomentale. La teoria si è sempre più focalizzata sui processi di costruzione della mente, coniugando il vertice psicoanalitico della scuola bioniana sia con le scienze cognitive, sia con le neuroscienze, con particolare riferimento agli studi sulla memoria. Nel corso di questa evoluzione ne è stato focalizzato l’intento esplicativo, ovvero di spiegare, oltre che descrivere, come nel sistema nervoso centrale si organizzino, a cominciare dal feto, le funzionalità riscontrabili dal vertice psicologico-psicoanalitico. Tale teorizzazione, usufruendo dei contributi delle neuroscienze, delle scienze cognitive, della psicoanalisi e in genere dello psicologo sperimentale, illustra la formazione, anzi la costruzione, delle prime funzioni mentali, delle relative tracce mnestiche e del loro ruolo nel determinare quel “come”, irripetibilmente individuale, con cui il futuro individuo elaborerà quanto offertogli dall’esperienza (relazionale) e costruirà la sua struttura mentale, nonché la microstruttura neurale che vi presiede.

Freud elaborò la sua teoria mosso essenzialmente dall’intento di spiegare ai suoi contemporanei come potevano accadere gli eventi psichici che il suo metodo gli aveva permesso di scoprire e di descrivere: intendeva cioè fornire una teoria che, oltre a fungere da chiave per inquadrare le descrizioni cliniche, avesse anche la possibilità di dare una spiegazione, nei termini delle scienze “obiettive”.

Il valore di Freud sottende alla sua costruzione teorica, e anche il fascino che essa a lungo ha esercitato poggia sull’accordo, se non sulla sintonia, che essa mostra con le neuroscienze dell’epoca, proponendo la psicoanalisi come efficace ponte tra le scienze umane e le scienze della natura. Tale accordo non è più attuale: le odierne neuroscienze non concepiscono più il cervello come un organo in cui fluiscono energie di tipo bioelettrico, ma come un sistema informatico, in continua evoluzione e costruzione, capace di automodificarsi, sia nelle sue funzioni che nella stessa sua morfologia. Il sistema neurale non è un recettore passivo delle esperienze, bensì una predisposizione che, a seconda delle interazioni coi primi input, svilupperà certe funzioni piuttosto che altre; e ognuna di queste funzioni, progressivamente, condizionerà il tipo di processazione che subiranno i successivi input, venendosi in tal modo a strutturare i successivi tipi di funzioni che ne conseguiranno; e pertanto, pro-

gressivamente, tutti i sistemi funzionali che caratterizzeranno quel singolo individuo. Le attuali neuroscienze offrono una visione in cui lo sviluppo neurale, e quindi quello psichico, procedono secondo apprendimenti: in particolare si considera l'apprendimento di funzioni che si verifica in epoca neonatale (e fetale). L'apprendimento non viene inteso semplicemente per ciò che riguarda i "contenuti", né viene considerato un imprimersi passivo, bensì essenzialmente come apprendimento di funzioni. Queste determineranno il tipo di elaborazione attiva che verrà effettuato per ogni successiva esperienza. Ogni apprendimento funzionale condiziona il tipo di processazione che avrà luogo nei successivi apprendimenti e cioè la "qualità" dei successivi apprendimenti; ovvero il modo in cui questi utilizzeranno l'esperienza. Le scienze cognitive indagano appunto l'attività del sistema: processazioni, apprendimenti, tracce mnestiche, costruzione di strutture funzionali.

In psicoanalisi non esiste oggi una teorizzazione omologabile a quella che ci offrono le attuali neuroscienze e scienze cognitive: lo sviluppo della scienza psicoanalitica sembra aver trascurato lo studio della mente in termini di processi cognitivi, e quando ciò ha avuto luogo, la cognizione è stata indagata in subordine all'affettività. Oggi neuroscienze e scienze cognitive studiano, in ordine inverso, gli affetti come particolari processi di tipo cognitivo (Plutchik, 1980; Imbasciati, 1991; Bucci, 1997, 1998a,b, 2000, 2001). Il concetto di apprendimento e il termine medesimo sembrano esser stati banditi dalla letteratura psicoanalitica, come se riguardassero processi mentali estranei allo studio psicoanalitico. Eppure l'intero processo che attraversa un analizzando è un apprendimento: in quanto mutamento delle sue modalità di funzionamento psichico, è un'acquisizione, frutto dell'analisi, e dunque qualcosa che è stato appreso a seguito di tale esperienza. Chiamare processo di apprendimento il processo psicoanalitico può sollevare sospetti di "intellettualismo": ciò può accadere solo se si considera l'apprendimento come viene inteso nel senso comune e riferito all'adulto, o se lo si considera così come lo inquadrava la psicologia sperimentale di cinquant'anni fa. Gli apprendimenti che avvengono con l'analisi non sono omologabili a quelli coscienti dell'adulto: sono, semmai, paragonabili a quanto apprende un neonato col suo caregiver. La distinzione tra gli uni e gli altri viene espressa, nel linguaggio corrente, in termini di affettività: ma le ricerche sperimentali sui bimbi, in epoca preverbale, inquadrano la formazione dello sviluppo affettivo in termini – appunto – di apprendimenti precoci; con le relative tracce mnestiche: memoria implicita preverbale.

Bion ha riportato in psicoanalisi il termine "apprendimento" col suo famoso *Learning from experience* (1962), dove *from* indica la diversità tra ciò che viene appreso, ritenuto, e la qualità intrinseca dell'esperienza. La psicologia sperimentale ha permesso di confermare che l'apprendimento non è imprimersi passivo, ma elaborazione attiva. L'opera bioniana è percorsa da un fondamentale interrogativo: come si passi dall'elemento puramente sensoriale, che quindi è riconducibile a processi biologici, all'elemento più propriamente mentale, come dai sensi si giunga al pensiero. Bion (1965, 1970) dà una risposta in termini di una sua teoria metapsicologica, che però sembra trascurare un adeguato ancoraggio alle neuroscienze.

Qualunque acquisizione che segni lo sviluppo, qualunque "apprendimento" non è concepibile senza il riferimento a un corrispondente formarsi di una qualche trac-

cia mnestica. La Teoria del Protomentale ha l'intento di offrire un supporto esplicativo in termini di tracce mnestiche e in termini omologabili a quelli forniti dalle scienze cognitive. Tale teoria può dare una spiegazione anche al formarsi di tracce mnestiche nella comunicazione gestante-feto e quindi prestarsi a un supporto esplicativo della transgenerazionalità: questo non solo per ciò che concerne la trasmissione adulto-bimbo, ma anche per quella dalla madre gestante al feto. Ne deriva una prospettiva di notevole interesse sulla vita psichica neonatale e fetale.

Attraverso i contributi delle altre scienze della mente, la Teoria del Protomentale ha progressivamente delineato lo sviluppo della mente: nelle fasi neonatali della vita si constata con evidenza come tale sviluppo avvenga per apprendimenti modulati dalla relazione col caregiver. Il continuato scambio di comunicazioni non verbali, inconsapevoli, che avviene tra madre e neonato, costituisce un dialogo che struttura la mente del bimbo, in senso ottimale nella misura in cui è effettivo dialogo operato da buone capacità di *rêverie* della madre, piuttosto che uno pseudodialogo con effetti negativi. Questa modulazione relazionale di ogni apprendimento si continua, anche se con meno evidenza, lungo tutta la vita: in tal modo si costruisce l'intera struttura mentale di un individuo. Le tracce mnestiche di tutti questi apprendimenti sono in continua modificazione e strutturano corrispondenti strutture neurali che costituiscono la memoria funzionale, per lo più implicita. Di rilievo sono tutte le funzioni e le strutture dette affettive. Così il cervello impara a funzionare.

La scoperta che il neonato ha una struttura funzionale operativa che appartiene all'ordine del mentale ha fatto sorgere, in questi ultimi decenni, lo studio sulle sue origini, di quando e come si origina la mente. *Constructing a mind* è appunto il titolo di un volume di uno di noi (Imbasciati, 2006b). Si è ritenuto a lungo, e in parte tuttora alcuni ritengono, che la maturazione del tessuto nervoso, quale si riscontra morfologicamente e fisiologicamente, dipenda dalla realizzazione del programma genetico che riguarda il completamento morfofunzionale di tutti gli organi corporei e che investirebbe pertanto anche il cervello, il quale verrebbe così "completato", gradualmente, prima e dopo la nascita, nei primi mesi. La fisiologia sarebbe la conseguenza del completamento morfologico. La mente scaturirebbe così dalla maturazione biologicamente predeterminata del cervello. Questa concezione, che ancor oggi perdura, va attualmente corretta dal progresso delle neuroscienze: il concetto di maturazione neurologica è oggi molto cambiato (vedi Capitolo 2). La genetica provvede solo alla macromorfologia cerebrale: la micromorfologia, e pertanto la fisiologia, dipendono da apprendimenti che hanno strutturato l'apparato neurale. Possiamo pertanto affermare che la mente non è data dalla natura affinché l'essere umano impari, ma è essa stessa appresa.

Si apre così l'indagine su come e quando la struttura mentale di base sia appresa, cioè la prospettiva di una ricerca propriamente psicologica, oltre che neurobiologica. Ciò malgrado, a lungo si è conservata l'idea, anche in ambito scientifico, che le capacità rilevate nel neonato fossero conseguenza automatica di una maturazione neurobiologica. Questa "resistenza" ad assimilare i risultati dell'Infant Research trae origine dal perdurare di un radicato stereotipo circa il concetto di maturazione, applicato al sistema nervoso. La maturazione è un processo che avviene solo se c'è l'esperienza: non solo, ma la qualità dell'esperienza determina il tipo di maturazio-

ne. Gli studi sugli animali hanno da tempo dimostrato che l'architettura istologica corticale è in relazione al tipo di apprendimento cui l'animale è stato sottoposto. Più moderne tecniche, tra cui i metodi di neuroimaging (PET), mettono in evidenza, anche nell'uomo, come sia l'esperienza che viene acquisita, ossia il tipo di apprendimento conseguito, che condiziona la cosiddetta maturazione neurale.

La genetica determina la macromorfologia del cervello umano, eventualmente il numero dei neuroni, la mielinizzazione delle fibre, ma la micromorfologia e la fisiologia, cioè le connessioni, le proliferazioni sinaptiche, e quindi la capacità funzionale delle varie reti neurali, dipendono dal tipo di esperienza che è stata assimilata. La maturazione biologica determinata dalla genetica è necessaria, ma non è condizione sufficiente perché si possa parlare di maturazione in senso completo. Lo sviluppo biologico del cervello dell'*homo sapiens* è senz'altro indispensabile, ma non è questo che "determina" la mente: questa si struttura, nel cervello stesso, a seguito dell'esperienza che organizza il sistema nervoso. In analogia ai computer possiamo dire che la natura provvede all'hardware della nostra mente, ma questo per funzionare deve imparare i programmi. Lo strutturarsi delle prime funzioni mentali, a seguito dell'esperienza, fa maturare il sistema nervoso. Nella cultura comune si pensa ancora oggi che la mente si sviluppi automaticamente nella sua normalità perché la natura ha provveduto l'*homo sapiens* di un particolare cervello. Di conseguenza, si pensa che la mente sia più o meno uguale per tutti gli individui: normale, la si dice. Se la si riscontra palesemente anomala, si suppone una qualche causa che abbia alterato il cervello e il suo sviluppo "naturale".

Questo modo di pensare è un semplicismo corroborato dal vecchio pregiudizio che la "natura" (*id est* genetica e biologia) determini l'uomo, ma soprattutto dalla misconoscenza della normalità della mente umana: si ha di questa un concetto che procede da una superficialissima e generica conoscenza delle funzioni mentali, etichettate con le larghissime quanto antiche categorie di cognizione, raziocinio, coerenza logica e via dicendo, nonché da un'indebita trasposizione del concetto medico di normalità dal biologico allo psichico (Imbasciati, Margiotta, 2005, 2008). Al contrario, le funzioni mentali possono oggi essere studiate in modo molto più analitico, cosicché si constata come la mente di ogni singolo sia diversa da quella di qualunque altro individuo; nella "normalità", di cui si dà oggi una definizione senza riferimenti biologici, come nella "patologia", anch'essa concepita in psicologia in modo diverso rispetto alla medicina. E ogni individuo ha una sua particolarissima irripetibile struttura mentale in quanto ogni individuo ha avuto esperienze diverse; questo vale anche per i gemelli omozigoti (Imbasciati 2006a,b). L'esperienza origina la struttura neurale, che è responsabile della struttura funzionale che caratterizza la mente di ogni singolo soggetto: la "struttura mentale". La struttura neurale è il risultato di apprendimenti dovuti all'esperienza e, pertanto, occorre studiare questi ultimi, e dal vertice specifico delle scienze psicologiche. Gli studi sull'apprendimento mostrano d'altra parte come esso non sia un processo di trasposizione di qualcosa che sta fuori e che viene messo dentro la mente; non si apprende l'esperienza così come essa è in realtà, alla stregua di come viene impressionata una lastra fotografica, bensì si apprende a seguito di quanto l'apparato che apprende seleziona, elabora e, da qui, acquisisce quello che l'esterno gli offre. Non si apprende l'esperienza, ma dall'espe-

3

rienza, come pionieristicamente affermò Bion (1962).

Questo porta l'attenzione sulla formazione dell'apparato che apprende. L'esperienza "insegna" all'apparato neurale ad avere certe prime funzioni. Come vengono apprese, allora, le iniziali funzioni che permettono di apprendere? Quali diversi apprendimenti si verificano a seconda delle differenti funzioni iniziali che sono state apprese? E, se per apprendere occorre aver appreso una qualche funzione iniziale che lo permetta, qual è il "punto zero" di questo processo? Dove, quando e soprattutto come si inizia a formare, se non ad apprendere, ciò che permetterà di iniziare la catena degli apprendimenti? Ovviamente si apre una prospettiva dell'apprendimento e della relativa memoria assai diversa da quella della cultura comune: non si apprendono e non si memorizzano "contenuti", ma soprattutto funzioni. La memoria di funzioni è quella più importante per il funzionamento mentale: è una memoria implicita; sganciata dunque da qualunque possibilità di ricordo. Anche qui c'è una distinzione, non ancora assimilata nella cultura generale: un conto è il ricordare, altro conto la memoria, nella sua piena estensione; il primo difficilmente corrisponde al secondo (Imbasciati, Margiotta, 2005, 2008).

Gli studi sull'apprendimento dimostrano inoltre quanto questo sia modulato, non solo dall'apparato "apprenditore", ma anche dalla relazionalità che si stabilisce tra chi apprende e l'entourage dal quale si apprende: *in primis* da una relazionalità interpersonale. Soprattutto studiando gli apprendimenti infantili, dei primi tre anni di vita (ma anche dei successivi), si è constatata la basilare funzione delle relazioni interpersonali entro le quali si svolge l'apprendimento.

È questo il senso principale del presente volume. Quanto più il bambino è piccolo, tanto più necessita di una figura che opportunamente gli moduli la conoscenza che egli sta acquisendo: il cosiddetto caregiver ha una funzione essenziale per l'apprendimento nei primi anni di vita. Gli psicoanalisti infantili hanno da tempo illustrato la funzione di *rêverie* che viene svolta dal caregiver nei primi mesi di vita del neonato. In ogni caso, anche successivamente, gli adulti che si occupano dei bimbi "insegnano" al bimbo stesso; non gli insegnano soltanto quello che lui impara, ma soprattutto gli insegnano come imparare, cioè modulano la struttura funzionale di base della cognizione. Nel concetto di cognizione si includono oggi anche tutte quelle funzioni che venivano etichettate come affettive (Imbasciati, 1998a,b, 2005a; Imbasciati, Margiotta, 2008): gli affetti costituiscono la prima forma di conoscenza del mondo acquisita dai bimbi (Money Kyrle, 1968), nonché dagli animali. Tutti gli studi sull'apprendimento e lo sviluppo cognitivo infantile, cioè sul formarsi della mente, convergono nel dimostrare come gli adulti che si prendono cura dei bimbi (caregiver, appunto) modulino, nel bene ma anche nel male, lo strutturarsi della mente dei futuri individui. Anche le anomalie dello sviluppo psichico (le cosiddette patologie) sono il risultato di una particolare modulazione che i caregiver, nelle diverse e spesso travagliate vicende della vita, hanno potuto offrire allo sviluppo mentale del bimbo. Non si tratta di cause perturbanti che abbiano "guastato" quello che si crede essere lo sviluppo "normale" del cervello quale dettato dalla natura, bensì di un particolare apprendimento che ha costruito quella mente in quel particolare modo, detto patologico.

L'intersezione tra i diversi contributi teorici, clinici e sperimentali, della psicoanalisi e della teoria dell'attaccamento viene ad arricchire la globale visione clini-

co-terapeutica e, a partire dalla teoria dell'attaccamento, si sono costruiti strumenti che consentono di mettere in evidenza attraverso dati empirici ipotesi teoriche in ambito psicoanalitico, che a loro volta saranno da approfondire e convalidare a livello terapeutico.

La teoria dell'attaccamento nei suoi attuali sviluppi ci sembra possa fornire interessanti spunti di riflessione in questa prospettiva, in particolare ci sembra interessante la lettura che fa nella sua teorizzazione la Crittenden, attraverso un approccio evolutivo e la strutturazione di un modello di interpretazione dello sviluppo, in termini di trasformazione delle informazioni e delle rappresentazioni attraverso l'esperienza, che consente un'espansione della gamma di strategie che l'individuo può adottare per proteggersi dal pericolo. Nella considerazione delle rappresentazioni delle relazioni di attaccamento, i MOI, l'autrice indica che è preferibile parlare di Rappresentazioni Disposizionali (Crittenden, 2008), intendendo configurazioni di attività neurale che dispongono i soggetti ad agire in un determinato modo. La Crittenden non fa riferimento ai MOI, perché i dati provenienti dalle neuroscienze indicano che le rappresentazioni sono multiple e non vengono immagazzinate in memoria come modelli, ma sono eventi neurologici collegabili alle specifiche sequenze sinaptiche riattivate (Damasio, 1994). L'elaborazione delle informazioni consente diverse rappresentazioni disposizionali. La Crittenden (2008) fa riferimento a un processo complesso e non ancora pienamente compreso, e indica tre livelli di trasformazione: una preconsca e non verbale, l'altra conscia e verbale e la terza di integrazione riflessiva; questi si ritrovano in sei sistemi di memoria (Schacter, Tulving, 1994) che si attivano e strutturano un modello operativo della modalità di funzionamento di un comportamento. I sistemi di memoria preconschi e non verbali costituiscono la memoria procedurale e la memoria per immagini e sono attivi alla nascita. La memoria semantica consiste in rappresentazioni semantiche, generalizzazioni di modalità di essere del passato e di come ci si aspetta il futuro, in quanto il linguaggio connotativo consente di comunicare i sentimenti. La memoria episodica, funzionante dai tre anni, dopo i sei anni si sviluppa favorendo il funzionamento riflessivo. L'autrice si chiede come i genitori possano trasmettere a livello transgenerazionale le Rappresentazioni Disposizionali e pone interessanti questioni, diversificandosi dagli autori dell'attaccamento che indicano i MOI trasmissibili dal genitore. Nei genitori adulti sono funzionanti sei sistemi di memoria, le rappresentazioni adulte sono dunque molto evolute, mentre i lattanti hanno solo tre sistemi di memoria funzionanti e possono attivare solo rappresentazioni più semplici: ciò che fa il genitore, a qualunque livello, verrà rappresentato dal neonato e dai bambini in forma più semplice; le rappresentazioni dei neonati e dei bambini non possono, secondo la Crittenden, essere uguali a quelle dei genitori e i genitori non possono trasmettere le proprie rappresentazioni adulte ai propri figli. I genitori possono però disporre un ambiente in cui i bambini ricevono certe stimolazioni, fanno certe esperienze, e attivano proprie rappresentazioni della relazione di attaccamento. Qui sì che il genitore può trasmettere qualcosa: a livello di memoria implicita.

Questa modalità diversa e nuova di intendere la trasmissione transgenerazionale, come costruzione di rappresentazioni interdipendenti dalla contestualità ambientale e implicanti continue e progressive trasformazioni in relazione all'esperienza del-

3

l'individuo, potrebbe essere avvicinabile a un "apprendere dall'esperienza" della psicoanalisi bioniana (1962) e alle nuove teorizzazioni del cognitivismo psicoanalitico, con i concetti della Teoria Protomentale, che, attraverso i riferimenti a elaborazioni di tipo neurologico-mnestico, costituisce la base esplicativa della transgenerazionalità.

Secondo la Teoria del Protomentale, le funzioni della relazione primaria, studiate dalla psicoanalisi, possono essere descritte come funzioni di decodifica, da parte del sistema-mente materno, dei significanti emanati dal bimbo, di comprensione dei loro relativi significati (protosimboli) e di restituzione di risposte adeguate, secondo la funzione di *rêverie* descritta da Bion (1962). La madre, e in genere l'adulto che si occupa del bimbo, gli modula fin dai primi giorni di vita un linguaggio che permette al neonato di costruire determinate strutture funzionali primarie: quelle sulle quali si costruirà poi la sua singola modalità di strutturarsi e di funzionare. Si tratta di un linguaggio (o meglio linguaggi) non verbali, veicolati dai media fisici recepibili dalle sensorialità del neonato: udito, olfatto, tatto, propriocezione e in genere motricità, poco più tardi vista. La modulazione materna è in grado di produrre un apprendimento del neonato: questo avverrà nella misura in cui le unità comunicazionali emanate dalla madre avranno una loro coerenza (univocità dei significanti di quello specifico linguaggio) e nella misura in cui esse potranno essere recepite dal neonato nei momenti in cui la sua mente è in grado di dar loro significato. Le suddette condizioni si verificano secondo la capacità di *rêverie* del caregiver: quanto in termini psicoanalitici tradizionali è stato definito come capacità di accoglimento delle proiezioni e degli oggetti cattivi e di restituzione di oggetti pensabili, o di funzione contenitore/contenuto, può essere ridescritto come capacità di decodifica da parte della madre dei segnali emanati dal bimbo e di ricodifica opportuna e tempestiva rispetto al momento in cui si possono ritrasmettere al bimbo in modo che egli li possa accogliere. Solo in queste condizioni la modulazione in emissione dalla madre potrà essere "letta" e immagazzinata nel bambino come insieme di unità significative: significanti coi corrispettivi significati, che vengono acquisiti dalla mente del bimbo; suscettibili cioè di essere "pensati".

La modulazione materna avviene secondo il tipo di funzioni che costituiscono la singolarità di "quella" madre (o di "quegli" adulti). È possibile ipotizzare che la spiegazione dei fenomeni transgenerazionali risieda nello stabilirsi di particolari linguaggi non verbali, con particolari unità comunicazionali e di lettura, mediante i quali sono veicolate e trasmesse peculiari acquisizioni, con le relative tracce mnestiche, che costituiscono le modalità funzionali elementari di quel singolo individuo, a livello di memoria implicita. Su queste e in base a queste egli costruirà ogni successiva struttura funzionale, con i contenuti mentali che questa poi sarà in grado di strutturare (Imbasciati, Calorio, 1981). La madre insegna al suo neonato come costruire le proprie peculiari modalità di funzionare: le strutture di base della sua futura personalità, e gliel' insegna" secondo la propria misura. Viene così sviluppato, in chiave esplicativa, quanto molti psicoanalisti hanno descritto: la madre insegna al bimbo a "pensare". Il termine "pensare", inteso in senso bioniano, indica che la madre insegna al bimbo a "pensare" come lei pensa e non quello che lei pensa. Gli "stili di attaccamento" non regolano soltanto il funzionamento mentale del bimbo, ma esprimono (e trasmettono) modalità di funzionamento della mente materna che condizioneran-

no modalità con cui il bimbo, e l'adulto, impareranno a funzionare per "imparare".

In altri termini, si ipotizza che dal genitore passino al bimbo le prime profunzioni, le prime tracce mnestiche delle funzioni protomentali, attraverso i primi linguaggi non verbali. Sarebbe questa trasmissione di tali elementari unità mnestiche funzionali che farebbe sì che il bimbo erediti certi specifici suoi modi di apprendere, che condizioneranno quanto egli apprenderà: al di là di quanto potrà apprendere lungo l'arco della sua vita, che sarà diverso da quanto ha costruito la mente dei suoi genitori, egli ne conserverà le primitive modalità di apprendere (funzioni protomentali) che potranno, eventualmente ma non necessariamente, determinare la comparsa successiva, anche a generazioni alterne, di elementi evidenziabili come eguali o simili a quelli dei suoi genitori.

La strutturazione delle funzioni sopradescritte non è soltanto mentale, è anche neurologica, in quanto ogni acquisizione poggerà su corrispondenti strutture neurobiologiche, che vengono anch'esse a costruirsi nel sistema nervoso centrale (per proliferazioni sinaptiche) a ogni apprendimento. Le acquisizioni fetali e neonatali, tramite apprendimenti per linguaggi non verbali di funzionalità elementari, ci rendono conto di un particolare aspetto della transgenerazionalità: la trasmissione di caratteri che spesso compare a generazioni alterne, o con uno iato di qualche generazione, con modalità che sembrano misteriose. Tale "salto generazionale", o tale alternanza, sono apparenti: appaiono in quanto la rilevazione di dinamiche, tratti di personalità, condotte o vicende esistenziali vengono di solito rilevate in età adulta, o per lo meno in epoche posteriori a quelle perinatali, quando ciò che si viene a evidenziare è stato ampiamente "trasformato" rispetto alle strutture protomentali che lo hanno generato. Ovvero, è possibile che in una generazione queste strutture protomentali rimangano a uno stato totalmente primigenio (come funzioni di base acquisite in epoca fetale), senza trasformazioni e manifestazioni in comportamenti, ma che tuttavia vengano trasmesse ai figli e che in questi, trasformate e sviluppate per altre circostanze, si evidenzino. In tal modo la transgenerazionalità è sempre diretta, da una generazione a quella immediatamente successiva, ma la sua manifestazione può rimanere latente, in una o forse più generazioni. In altri termini, le generazioni intermedie sarebbero portatrici occulte di un patrimonio di acquisizioni elementari (fetali e neonatali) che si manifestano poi con un salto generazionale.

Bibliografia

- Ainsworth MDS (1979) Infant-mother attachment. *Am Psychol* 34:932-937
- Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S (1978) Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Erlbaum, Hillsdale, NJ
- Algini ML (2003) Il viaggio con i bambini nella psicoterapia. Borla, Roma
- Algini ML (2007) Sulla storia della psicoanalisi infantile in Italia. Borla, Roma
- Ammaniti M, Stern DN (1992) Attaccamento e psicoanalisi. Laterza, Bari
- Badoni M (2002) Parents and their child and the analyst in the middle. *Int J Psychoanal* 83:1111-1131
- Barbieri G (2008) L'intervento psicoanalitico contestuale. Conferenza al CMP - Cesare Musatti

- Bakemans-Kranenburg MJ, Juffer F, van IJzendoorn MH (1998) Intervention with video feedback and attachment discussions: Does type of maternal insecurity make a difference? *Infant Ment Health J* 19:202-219
- Balint M (1952) *L'amore primario*. Cortina, Milano, 1991
- Balottari C, Rapezzi I (2008) Un luogo per i genitori: cambiamenti nei modelli teorici e cambiamenti nell'assetto mentale dell'analista. Conferenza al CMP - Cesare Musatti
- Beebe B, Lachmann F (1994) Representation and internalization in infancy: three principles of salience. *Psychoanalytic Psychology* 11:127-165
- Beebe B, Lachmann F (2002) *Infant research e trattamento degli adulti: un modello sistemico dia-dico delle interazioni*. Cortina, Milano, 2003
- Beebe B, Lachmann F, Jaffe J (1997) Mother-Infant Interaction Structures and Presymbolic Self and Object Representations. *Psychoanalytic Dialogues* 7: 133-182 [Trad. it.: *Le strutture di interazione madre-bambino e le rappresentazioni presimboliche del sé e dell'oggetto*. Ricerca Psicoanalitica, 1999, 1910, 1991]
- Belsky J, Fish M, Isabella R (1991) Continuity and discontinuity in infant negative and positive emotionality: Family antecedent and attachment consequences. *Dev Psychol* 27:421-431
- Bion WR (1959) Attacchi al legame. In: Bion WR (a cura di) *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Armando, Roma, 1970
- Bion WR (1962) *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma, 1972
- Bion WR (1965) *Trasformazioni*. Armando, Roma, 1973
- Bion WR (1967) *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Armando, Roma, 1970
- Bion WR (1970) *Attenzione ed interpretazione*. Armando, Roma, 1973
- Bonfiglio S (2008) Lo spazio per i genitori nel lavoro psicoanalitico con gli adolescenti: setting, identificazioni, controtransfert. Conferenza CMP – Cesare Musatti
- Bornstein MH (1988) Mother-infant interaction. *Manual for observation and analysis*. Section on Child and Family Research, National Institute of Child Health and Human Development, Rockville Pike Bethesda.
- Bowlby J (1973) *Attachment and loss, vol. 2: Separation*. Basic Books, New York, NY [Trad. it.: *Attaccamento e perdita, vol. 2: La separazione dalla madre*. Boringhieri, Torino, 1975]
- Bowlby J (1988) *A secure base: parent-child attachment and health human development*. Basic Books, New York, NY [Trad. it.: *Una base sicura*. Cortina, Milano, 1989]
- Brazelton TB, Cramer B (1990) *Il primo legame*. Frassinelli, Milano, 1991
- Bretherton I (1992) Modelli operativi interni e trasmissione intergenerazionale dei modelli di attaccamento. In: Ammaniti M, Stern DN (a cura di) *Attaccamento e psicoanalisi*. Laterza, Bari
- Bretherton I (1998) Attachment and psychoanalysis: A reunion in progress. *Social Development* 1:132-136
- Bretherton I, Munholland K (1999) Modelli operativi interni nelle relazioni di attaccamento: una revisione teorica. In: Cassidy J, Shaver P (a cura di) *Manuale dell'attaccamento*. Fioriti, Roma, 2002
- Bucci W (1997) *Psicoanalisi e scienza cognitiva*. Fioriti, Roma, 1999
- Bucci W (1998a) Transformation of Meanings in the Analytic Discourse. *Can J Psychoanal* 6:233-260
- Bucci W (1998b) The scientific status of psychoanalysis. *Psychoanalysis and Therapy* 15:257-280
- Bucci W (2000) The need for a "Psychoanalytic Psychology" in the cognitive science field. *Psychoanalytic Psychology* 17:203- 224
- Bucci W (2001) Pathways of Emotional Communication. *Psychoanalytic inquiry* 1:40-70
- Cassidy J (1994) Emotion regulation: influences of attachment relationship. In: Fox N (ed) *The development of emotion regulation. Biological and behavioural consideration*. Monographs of the Society for Research in Child Development 59:228-249
- Cassidy J, Scolton KL, Kirsh SJ, Parke RD (1996) Attachment and representations of Peer Relationships. *Dev Psychol* 32:892-902
- Cassidy J, Shaver PR (1999) *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Fioriti, Roma, 2002
- Cohen N, Muir E, Lojkasek M et al (1999) Watch, wait and wonder: testing the effectiveness of a new approach to mother-infant psychotherapy. *Infant Ment Health J* 20:429-451

- 3 Psicoanalisi infantile e teoria dell'attaccamento: nuove prospettive per lo studio della relazione genitore-bambino 71
- Cohn JF, Tronick EZ (1987) Mother-infant face to face interaction: the sequence of dyadic states at 3, 6, 9 months, *Dev Psychol* 23:68-77
- Cramer B (1974) Intervention thérapeutiques brèves avec parents et enfants. *La Psychiatrie de l'enfant* 17:53-117
- Cramer B, Palacio-Espasa F (1993) *Le psicoterapie madre-bambino*. Masson, Milano, 1995
- Cramer B, Stern DN (1988) La valutazione dei cambiamenti nella psicoterapia breve madre-bambino. In: Stern DN., *Le interazioni madre-bambino*. Cortina, Milano
- Crittenden PM (1994) *Nuove prospettive sull'attaccamento*. Guerini e Associati, Milano
- Crittenden PM (1999) *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo all'Adult Attachment Interview*. Cortina, Milano
- Crittenden PM (2004) CARE-Index. In: Lambruschi F (a cura di) *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva*. Boringhieri, Torino
- Crittenden PM (2008) *Il modello dinamico-maturativo dell'attaccamento*. Cortina, Milano
- Damasio A (1994) *Descartes' error: emotion, reason and human brain*. Grosset/Putnam, New York, NY [Trad. it.: *L'Errore di Cartesio: Emozione, ragione e cervello umano*. Adelphi, Milano, 1997]
- De Wolff M, van IJzendoorn MH (1997) Sensibilità e attaccamento, un dibattito. Una meta-analisi degli antecedenti genitoriali dell'attaccamento infantile. In: Carli L (a cura di) *Dalla diade alla famiglia, i legami di attaccamento nella rete familiare*, pp 273-309. Cortina, Milano, 1999
- Downing G, Ziegenhain (2001) Besonderheiten der Beratung und Therapie bei jugendlichen Müttern und ihren Säuglingen - Die Bedeutung von Bindungstheorie und videogestützter Intervention. In: Suess GJ, Scheuerer-Engelisch H, Pfeifer WKP (Hrsg) *Bindungstheorie und Familiendynamik*. Gießen: Psychosozial
- Dunn S (1977) *Distress and comfort*. Fontana/Open Books and Open Books Publishing, London [Trad. it.: *Il Pianto*, Armando, Roma, 1980]
- Eagle M (1997) Attachment and psychoanalysis. *Brit J Med Psychol* 70:217-229
- Eagle M (1998) The relationship between attachment theory and psychoanalysis. Relazione presentata alla American Psychological Association Convention, Washington, DC
- Eagle M (1999) Attachment research and theory psychoanalysis. Relazione presentata alla Psychoanalytic Association, New York, NY
- Emde RN (1988) Development terminable and interminable. Innate and motivational factors from infancy. *Int J Psychoanal* 69:23-42
- Fairbairn WRD (1952) *An object-relations theory of personality*. Basic Books, New York, NY [Trad. it.: *Studi psicoanalitici sulla personalità*. Boringhieri, Torino, 1970]
- Ferenczi S (1927) *L'adattamento della famiglia al bambino*. In: *Fondamenti di psicoanalisi*, vol. 3. Guaraldi, Rimini, 1974
- Fivaz-Depeursing E, Corboz-Warnery A, Frenck A (1999) *Il triangolo primario: le prime interazioni triadiche tra padre, madre e bambino*. Cortina, Milano, 2000
- Fogel A (1982) Affect dynamics in early infancy: affective tolerance. In: Field T, Fogel A (eds) *Emotion and early interaction*. Erlbaum, Hillsdale, NJ
- Fonagy P (1997) Attachment and theory of mind: overlapping constructs? *Association for Child Psychology and Psychiatric Occasional Papers* 14:31-40
- Fonagy P (1998) Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy. *Infant Ment Health J* 19: 125-150
- Fonagy P (1999a) La teoria psicoanalitica dal punto di vista della teoria e della ricerca sull'attaccamento. In: Cassidy J, Shaver PR (a cura di) *Manuale dell'attaccamento*. Fioriti, Roma
- Fonagy P (1999b) La teoria dell'attaccamento è proprio diversa da quella psicoanalitica? Punti di contatto e divergenze tra i due paradigmi. In: Fonagy P, Target M. *Attaccamento e funzione riflessiva*. Cortina, Milano, 2001
- Fonagy P (2001) *Attachment Theory and Psychoanalysis*. Other Press, New York, NY [Trad. it.: *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*. Cortina, Milano, 2002]
- Fonagy P, Moran G, Steele M, Steele H (1992) L'integrazione della teoria psicoanalitica e del lavoro sull'attaccamento: la prospettiva intergenerazionale. In: Ammaniti M, Stern DN. *Attaccamento e psicoanalisi*. Laterza, Bari
- Fonagy P, Steele M, Steele H et al (1995) Attaccamento, Sé riflessivo e disturbi borderline. In: Ri-

- va Crugnola C (a cura di) *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*. Cortina, Milano, 1999
- Fonagy P, Target M (2001) *Attaccamento e funzione riflessiva*. Cortina, Milano
- Fraiberg S (1980) *Clinical studies in infant mental health: The first year of life*. Tavistock, London
- Fraiberg S (1999) *Il sostegno allo sviluppo*. Cortina, Milano
- Fraiberg SH, Adelson E, Shapiro V (1975) I fantasmi nella stanza dei bambini. Un approccio psicoanalitico ai problemi posti da relazioni disturbate madre-bambino. In: Fraiberg S, *Il sostegno allo sviluppo*. Cortina, Milano, 1999
- Gergely G, Watson JS (1996) The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: The development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *Int J Psychoanal* 77:1181-1212
- Greenberg JR, Mitchell SA (1983) *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*. Il Mulino, Bologna, 1986
- Grossmann K, Grossmann KE, Spangler G et al (1985) Maternal sensitivity and newborns' orientation responses as related to quality of attachment in northern Germany. In: Bretherton I, Waters E (eds) *Growing points in attachment theory and research*. Monographs of the Society for Research in Child Development 50:233-256
- Guntrip H (1961) *Struttura della personalità e interazione umana: sintesi evolutiva della teoria psicodinamica*. Boringhieri, Torino, 1971
- Holmes J (1993) *La teoria dell'attaccamento: John Bowlby e la sua scuola*. Cortina, Milano
- Holmes J (1995) Something there is that doesn't love a wall: John Bowlby, attachment theory and psychoanalysis. In: Goldberg S, Muir R, Kerr J (eds) *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*. The Analytic Press, Hillsdale, NJ
- Holmes J (1996) *Attachment, Intimacy, Autonomy*. Jason Aronson, New York, NY
- Holmes J (2001) *Psicoterapia per una base sicura*. Cortina, Milano
- Imbasciati A (1991) *Affetto e rappresentazione*. Franco Angeli, Milano
- Imbasciati A (1994) *Fondamenti psicoanalitici della Psicologia Clinica*. UTET, Torino
- Imbasciati A (1998a) *Nascita e costruzione della mente*. UTET, Torino
- Imbasciati A (1998b) *Le protomentale: une théorie psychanalytique explicative*. *Cliniques Méditerranéennes* 58-59:243-257
- Imbasciati A (2004) A theoretical support for Transgenerationality: the Theory of The Protomentale. *Psychoanalytic Psychology*, 21, 83-98
- Imbasciati A (2005a) *Psicoanalisi e Cognitivismo. Una nuova teoria per la psicoanalisi*. Armando, Roma
- Imbasciati A (2005b) *La sessualità e la teoria energetico-pulsionale. Freud e le conclusioni sbagliate di un percorso geniale*. Franco Angeli, Milano
- Imbasciati A (2006a) *Il sistema protomentale. Psicoanalisi cognitiva. Origine, costruzione e funzionamento della mente*. LED Edizioni Universitarie
- Imbasciati A (2006b) *Constructing a mind*. Brunner-Routledge, London
- Imbasciati A, Calorio D (1981) *Il Protomentale*. Boringhieri, Torino
- Imbasciati A, Cena L (1992) *La vita psichica primaria. Affetto e cognizione nell'infante*. Masson, Milano
- Imbasciati A, Margiotta M (2005) *Compendio di psicologia per gli operatori sociosanitari*. Piccin, Padova
- Imbasciati A, Margiotta M (2008) *Psicologia Clinica*. Piccin, Padova
- Imbasciati A, Cena L (2010) *I bambini e i loro caregivers. Metodi e strumenti per l'osservazione clinica della relazione e per l'intervento*. Borla, Roma
- Kaës R, Fainberg H, Enriquez M, Baranes J (1993) *La transmission de la vie psychique entre générations*. Dunod, Paris. [Trad. it.: *Trasmissione della vita psichica tra generazioni*. Borla, Roma, 1995]
- Kernberg OF (1976) *Teoria della relazione oggettuale e clinica psicoanalitica*. Boringhieri, Torino, 1980
- Klein M (1952) *Sull'osservazione del comportamento dei bambini nel primo anno di vita*. In: *Scritti 1921-58*. Boringhieri, Torino, 1978
- Klein M (1955) *Sull'identificazione*. Il Saggiatore, Milano, 1966
- Kreisler M, Cramer B (1981) *Les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson*. *Psychiatrie de*

- l'enfant*, XXIV:223-263
- Lebovici S (1983) *Il bambino, la madre e lo psicoanalista*. Borla, Roma, 1988
- Lebovici S (1989) I legami intergenerazionali. Le interazioni fantasmatiche. In: Lebovici S, Weill-Halpern F. *Psicopatologia della prima infanzia*. Boringhieri, Torino, 1994
- Lichtenberg JD (1989) *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*. Cortina, Milano, 1995
- Lieberman AF (1991) Attachment theory and infant-parent psychotherapy: Some conceptual, clinical and research issues. In: Cicchetti D, Toth S (eds) *Rochester Symposium on Development Psychopathology: vol. 3. Models and integrations*. Erlbaum, Hillsdale, NJ, pp , 261-288
- Lieberman AF (2000) Negative maternal attribution. Effects on toddler sense of self. *Psychoanalytic Inquiry* 19:737-756
- Lieberman AF (2006) La psicoterapia genitore-bambino: un approccio basato sulla relazione per il trattamento dei disturbi della salute mentale nell'infanzia e nella fanciullezza. In: Sameroff AJ, McDonough SC, Rosenblum KL (a cura di) *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino*, Il Mulino, Bologna
- Lieberman AF, Silverman R, Pawl JH (2000) *Infant-parent psychotherapy*. In: Zeanah CH Jr (ed) *Handbook of infant mental health (22nd edn)*. Guilford Press, New York, NY, pp 472-484
- Lieberman AF, Slade A (1997) *The First Year*. In: Noshpitz JD (ed) *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 1. Wiley, New York, NY
- Liotti G (2001) *Le opere della coscienza*. Cortina, Milano
- Lucarelli D, Tavazza G (2004) Quando e come è emerso uno spazio per i genitori nella psicoterapia analitica infantile? *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, 48. Borla, Roma.
- Lyons-Ruth K, Bronfman E, Parsons E (1999) Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. IV. Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 64:67-96; discussion 213-220
- Main M (1993) Discorse, prediction and recent studies in attachment: implications for psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc* 41:209-244
- Main M (1995a) Recent studies in attachment: Overview, with selected implications for clinical work. In: Goldberg S, Muir K, Kerr J (eds) *Attachment Theory: Social, developmental and clinical perspectives*. Analytic Press, Hillsdale, NJ
- Main M (1995b) Discorso, predittività e studi recenti sull'attaccamento: implicazioni per la psicoanalisi. In: Riva Crugnola C (a cura di) *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*. Cortina, Milano, 1999
- Main M, Goldwyn R (1985-1994) *Adult attachment scoring and classification system*. Unpublished
- Mancia M (2004) Coscienza e inconscio, sogno e memoria: possibili contaminazioni tra neuroscienze e psicoanalisi. *Psiche* 1:75-89
- Manfredi P, Imbasciati A (2004) *Il feto ci ascolta e... impara*. Borla, Roma
- Manzano J, Palacio-Espasa F (1982) *La consultation thérapeutique des très jeunes enfants et leur mère*. *La psychiatrie de l'enfant* XXV:5-25
- McDonough SC (1993) Guida all'interazione: capire e trattare i disturbi delle relazioni precoci genitore-bambino. In: Zeanah CH (a cura di) *Manuale di salute infantile*, Masson, Milano, 1996
- McDougall J (1989) *Teatri del corpo*. Cortina, Milano, 1990
- Meltzoff AN, Moore MK (1977) Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science* 198:75-78
- Mitchell S (1998) Attachment Theory and the Psychoanalytic Tradition: reflections on human relationality. *Brit J Psychother* 15:177-193
- Money Kyrle R (1968) *Cognitive development*. In: *Collected Papers of Roger Money Kyrle*. Clunie Press, Perth, 1977 [Trad. it.: *Scritti 1927-1977*. Loesher, Torino, 1984]
- Muir E (1992) Watching, waiting and wondering: applying psychoanalytic principles to mother-infant intervention. *Infant Ment Health J* 13:4
- Negri R (2007) Therapeutic consultation: early detection of "alarm symptoms" in infants and treatment with parents-infant psychotherapy. In: Pozzi ME, Tydeman B (eds) *Innovations in Parent-Infant-Psychotherapy*. Karnak Books, London
- Negri R (2009) *Andare osservando un bambino*. La lezione di Martha Harris. Borla, Roma

- Negri R, Guareschi-Cazzullo A, Vergani P et al (1990) Correlazione tra vita prenatale e formazione della personalità. Studio preliminare attraverso l'osservazione di due gemelli. *Quaderni di Psicoterapia Infantile* 22:148-165. Borla, Roma
- Nichols K, Gergely G, Fonagy P (2001) Experimental protocols for investigating relationships among mother-infant interaction, affect regulation, physiological markers of stress responsiveness, and attachment. *Bulletin of The Menninger Clinic* 3:371-379. Guilford Publications, New York, NY
- Norman J (2001) Lo psicoanalista e il bambino: una nuova prospettiva nel lavoro con i bambini piccoli. Richard e Piggle. 11: 2, 2003, 124-147
- Piontelli A (1992) From fetus to child. *The New Library of Psychoanalysis*, London
- Plutchick R (1980) A general psychoevolutionary theory of emotion. In: Plutchick R, Kellermann H (eds) *Emotion theory research and experience, (1980-1990)*. Academic Press, New York, NY
- Riva Crugnola C (2007) Il bambino e le sue relazioni. Attaccamento e individualità tra teoria e osservazione. Cortina, Milano
- Sameroff AJ, Emde RN (1989) I disturbi delle relazioni nella prima infanzia. Boringhieri, Torino, 1991
- Sander LW (1987) Awareness of inner experience: a system perspective on self-regulatory process in early development, *Child Abuse Neglect* 11:339-346
- Sander LW (1988) Il sistema di regolazione madre bambino. *Psicoterapia Clinica Epistemologia Ricerca* 4:14-115
- Sander LW (2002) Thinking differently. Principles of process in living systems and the specificity of being known. *Psychoanalytic Dialogues* 12:11-42. [Trad. it.: Pensare diversamente. Per una concettualizzazione dei processi di base dei sistemi viventi. La specificità del riconoscimento. *Ricerca Psicoanalitica* XVI:267-300]
- Sander LW, Bruschiweiler-Stern N, Harrison AM et al (1999) Introductory Comment. Interventions that effect change in psychotherapy: A model based on infant research. *Infant Ment Health J* 19:280-281
- Sandler J (1985) Towards a reconsideration of the psychoanalytic theory of motivation. *Bulletin of the Anna Freud Center* 8:223-243
- Sandler J, Rosenblatt B (1960) The representational world. In: From safety to Superego: selected papers of Joseph Sandler. Karnak, London, 1987
- Sandler J (1976) L'attaccamento agli oggetti interni. In: Ammaniti M, Stern DN (a cura di) *Attaccamento e psicoanalisi*. Laterza, Bari, 1992
- Schacter DL, Tulving E (1994) Memory systems. MIT Press, Cambridge, MA
- Schore AN (1994) Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development. Erlbaum, Mahwah, NJ
- Seligman S (1999) Integrating kleinian theory and intersubjective infant research observing projective identification. *Psychoanalytic Dialogues* 9:129-159
- Shaffer HR (1977) (a cura di) *L'interazione madre-bambino: oltre la teoria dell'attaccamento*. Franco Angeli, Milano, 1984
- Siegel D (2001) *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Cortina, Milano
- Slade A (1999) Attachment Theory and Research: Implications for the theory and practice of individual psychotherapy with adults. In: Cassidy J, Shaver P (eds) *The Handbook of Attachment Theory and Research*. Guilford Press, New York, NY, pp 575-594
- Slade A, Abert LJ (1992) Attachment, drive and development: conflicts and convergences in theory. In: Baron J, Eagle MN, Wolitzky DL (eds) *Interfaces of Psychoanalysis and Psychology*. American Psychological Association, Washington, DC
- Sroufe LA (1995) *Lo sviluppo delle emozioni*. Cortina, Milano, 2000
- Steele, H, Steele M (1998) Attachment and psychoanalysis: time for a reunion. *Soc Dev* 1:92-115
- Stern DN (1974) Mother and infant at play: The dyadic interaction involving facial, vocal and gaze behaviours. In: Lewis M, Rosembulum L (eds) *The Effects of the Infant on its Caregiver*. Wiley, New York, NY
- Stern DN (1985) *The Interpersonal world of the infant*. Basic Book, New York, NY [Trad. it.: *Il mondo interpersonale del bambino*. Boringhieri, Torino, 1987]
- Stern DN (1994) One way to build a clinically relevant baby. *Infant Ment Health J* 15:36-54
- Stern DN (1995) *La costellazione materna: il trattamento psicoterapeutico della coppia madre-bambino*. Boringhieri, Torino, 1995

- Stern DN (1998) The process of therapeutic change involving implicit knowledge: some implications of developmental observations of adult psychotherapy. *Infant Ment Health J* 19:300-308
- Stern DN (2004) *Il momento presente in psicoterapia e nella vita quotidiana*. Cortina, Milano, 2005
- Stern DN, Bruschweiler-Stern N (1998) *Nascita di una madre*. Mondadori, Milano, 1999
- Trevarthen C (1980) The foundations of intersubjectivity: Development of interpersonal and cooperative understanding in infants. In: Olson D (eds) *The Social Foundations of Language and Thought: Essay in Honour of JS Bruner*. Norton, New York, NY, pp 316-342
- Trevarthen C (1984) Le emozioni nell'infanzia: regolatrici del controllo e delle relazioni interpersonali. In: Riva Crugnola C (a cura di) *Lo sviluppo affettivo del bambino*. Cortina, Milano, 1993
- Trevarthen C (1990) Le emozioni intuitive: l'evoluzione del loro ruolo nella comunicazione tra madre e bambino. In: Ammaniti M, Dazzi N (a cura di) *Affetti, natura e sviluppo delle relazioni interpersonali*. Laterza, Bari
- Trevarthen C (1993) The self born intersubjectivity: the psychology of an infant communicating. In: Neisser U (eds) *The perceived self: Ecological and interpersonal sources of self-knowledge*. Cambridge University Press, Cambridge
- Trombini E (1999) *Genitori e figli in consultazione*. Quattroventi, Urbino
- Tronick EZ (1989) Le emozioni e la comunicazione affettiva nel bambino. In: Riva Crugnola C (a cura di) *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*. Cortina, Milano, 1999
- Tronick EZ (1998) Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Ment Health J* 19:290-299
- Tronick EZ (2008) *Regolazione emotiva*. Cortina, Milano
- Vallino D (1998) *Raccontami una storia. Dalla consultazione all'analisi dei bambini*. Borla, Roma
- Vallino D (2002) La consultazione con il bambino e i suoi genitori. *Rivista di Psicoanalisi XLVIII:2*
- Vallino D (2004) La consultazione partecipata: figli e genitori nella stanza di analisi. *Quaderni di Psicoterapia Infantile* 48
- Vallino D (2009) *Fare psicoanalisi con genitori e bambini*. Borla, Roma
- Vallino D, Macciò M (2004) *Essere neonati. Osservazioni psicoanalitiche*. Borla, Roma
- van IJzendoorn M (1994) Intergenerational transmission of attachment. State of the art in psychometric, psychological and clinical research. *Clark Conference on Attachment, Toronto*
- van IJzendoorn MH, Juffer F, Duyvesteyn M (1995) Breaking the intergenerational cycle of insecure Attachment. *J Child Psychol Psychiatry* 36:225-248
- van IJzendoorn M, Kranenburg MJ, Zwart-Woudstra M et al (1991) Parental attachment and children's socioemotional development. *Int J Behav Dev* 14:375-394
- Winnicott DW (1956) La preoccupazione materna primaria. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze, 1975
- Winnicott DW (1965c) La distorsione dell'Io in rapporto al vero e falso Sé. In: *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma, 1970
- Winnicott DW (1967) La funzione di specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile. In: *Gioco e realtà*. Armando, Roma, 1974





Parte II

La relazione genitore-bambino nella clinica





Retrospective e prospettive dell'attaccamento in ambito teorico e applicativo

4

4.1

John Bowlby e la genesi della teoria dell'attaccamento

Alberto Ghilardi

Tutti noi, dalla nascita alla morte, siamo al massimo della felicità quando la nostra vita è organizzata come una serie di escursioni, lunghe o brevi, dalla base sicura fornita dalle nostre figure di attaccamento (Bowlby, 1988).

4.1.1

Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento

Negli anni '50 si cominciò a parlare di attaccamento quando John Bowlby propose, gradatamente, una posizione critica all'interno della stessa psicoanalisi, nei confronti di quella che fino allora era ritenuta la motivazione principale dell'essere umano. Nella psicoanalisi freudiana è stato dato molto valore alla sessualità come fattore motivazionale. Freud sosteneva, fondamentalmente, che gli esseri umani si legano fra loro, e il bambino alla madre, sotto la spinta di pulsioni di carattere sessuale e in particolare, nei primi mesi di vita, di pulsioni di carattere orale. Bowlby ha proposto una teoria che metteva in discussione queste concezioni, utilizzando dati di ricerca provenienti anche da ambiti non strettamente psicoanalitici, sollevando un certo polverone e, di fatto, anche creando, per alcuni anni, un certo contrasto tra mondo della teoria dell'attaccamento e mondo della teoria psicoanalitica pulsionale.

La psicoanalisi offriva allora due differenti descrizioni del rapporto madre-bam-

4

bino, una fornita dalla teoria pulsionale “classica” e l’altra dalla teoria delle relazioni oggettuali.

Secondo le prime formulazioni di Freud, il legame che unisce la madre al bambino consiste in una forza di tipo fisico. Il bambino appena nato vive in un mondo solipsistico di “narcisismo primario” e sperimenta una crescita di tensione: il bisogno di nutrimento, di succhiare il seno come espressione della sua sessualità infantile. La madre fornisce il veicolo per la scarica di questa libido. Se lei, o il suo seno, non è presente, cresce la tensione non scaricata portando nel bambino un sentimento di angoscia. Il bambino impara allora ad amare la madre perché lei lo nutre e gli permette di ridurre quella tensione interna avvertita come angoscia.

In seguito Freud modificò la sua teoria dell’angoscia da quella della libido a quella dell’“angoscia segnale”. Qui l’angoscia è sperimentata ogni volta che c’è una separazione, reale o minacciata, “da qualcuno che è amato o desiderato”. La base di quest’amore rimane ancora la soddisfazione di un bisogno fisiologico, ma ora Freud rileva che: “è l’assenza della madre che diventa il pericolo”.

Questo cambiamento di direzione verso una considerazione dell’angoscia come basata sulla perdita dell’oggetto è un passo decisivo per l’avvento della teoria delle relazioni d’oggetto, introdotta da Melanie Klein in Gran Bretagna negli anni ’30. Per la Klein il bambino, oltre a legami fisiologici con la madre e il suo seno, possiede, fin dalla nascita, anche legami psicologici. L’autrice individua, inoltre, un legame intimo tra i processi fisiologici di nutrimento e di evacuazione e gli inizi delle strutture mentali ed etiche nella mente del bambino piccolo. Il seno che nutre è prototipo di “oggetto buono”. Il seno assente è l’“oggetto cattivo”, contenente non solo la reale assenza di relazione da parte della madre, ma anche le reazioni del bambino a queste mancanze, proiettate nel “seno cattivo” e attribuite a esso.

Agli occhi di Bowlby ambedue le descrizioni risultavano molto difettose. Il loro limite consisteva nel non considerare l’attaccamento come un legame psicologico a se stante, ma come un mero istinto derivato dalla nutrizione o dalla sessualità infantile. Bowlby sostiene invece che i bambini si attacchino all’oggetto-madre attraverso un legame che sembra essere dissociato dalla sola necessità di nutrimento. Dal suo punto di vista, la fame del bambino piccolo per l’amore e la presenza della madre era grande quanto la sua fame per il cibo. Sul piano psicologico considerò l’attaccamento come un sistema motivazionale primario, così intendendo l’insieme di quelle regole e modi di operare che guidano i comportamenti e che sono presenti fin dalla nascita, interfacciandosi con gli altri sistemi motivazionali. La teoria dell’attaccamento venne formulata per fornire un linguaggio che desse piena legittimità alla fenomenologia delle esperienze di attaccamento.

I parametri di riferimento per capire tale affermazione sono costituiti da ciò che Bowlby apprese grazie alle nuove scoperte etologiche del tempo. Egli era stato particolarmente colpito dal fenomeno descritto da Lorenz (1949) a proposito delle risposte che in alcune specie di uccelli determina il “mettersi a seguire”.

Lorenz, infatti, attraverso alcuni esperimenti, scoprì che un anatroccolo appena uscito dall’uovo seguiva il primo oggetto in movimento che compariva alla sua vista. Non appena l’uovo era dischiuso, lo scienziato muoveva la sua mano ricoperta con un guanto giallo davanti all’anatroccolo che la seguiva immediatamente e continuava a

farlo, preferendola, per un certo periodo, all'anatra-madre. Inoltre mostrava segni analoghi all'angoscia (pigolando e cercando affannosamente) quando era separato dalla mano di Lorenz, indipendentemente dal fatto che essa gli fornisse delle cure.

Tale atteggiamento, che Lorenz chiamò "imprinting" (impronta percettiva), fu la prima dimostrazione dell'esistenza di un legame che prescinde dal nutrimento.

Un altro dei riferimenti di partenza del pensiero di Bowlby furono gli esperimenti che Harlow (1959), stimolato dagli studi di Spitz (1945) sullo sviluppo cognitivo ed emotivo dei bambini allevati in orfanotrofio, condusse sulle scimmie Rhesus. Egli descrisse come aveva separato alla nascita dei piccoli di scimmia dalle loro madri e come li aveva allevati con l'aiuto di "madri fantoccio".

In una serie di esperimenti, i piccoli di scimmia venivano allevati in isolamento a partire da sei-dodici ore dalla loro nascita. Harlow osservò che le scimmiette passavano lunghi periodi di tempo aggrappate a coperte usate per coprire il pavimento delle gabbie. L'attaccamento che svilupparono per queste coperte era così forte che quando ne erano separate avevano violente reazioni emotive di rabbia nei confronti di diversi oggetti. Tali reazioni duravano a lungo e intaccavano negativamente la loro salute.

In seguito Harlow le mise a confronto con una madre fantoccio alla quale era attaccato un biberon, e con un'altra, senza biberon, ma coperta di una stoffa morbida, spugnosa e pelosa. Le piccole scimmie mostravano una chiara preferenza per la madre "pelosa", passando fino a diciotto ore al giorno attaccate a essa (come avrebbero fatto con le loro madri reali), anche se erano nutrite esclusivamente dalla madre fantoccio "allattante".

Infine, il ricercatore notò che quando erano spaventate le scimmiette si avvicinavano alla struttura di stoffa per cercar protezione e ciò avveniva anche se la loro "figura di attaccamento" diventava punitiva. La scimmia di stoffa emetteva un soffio di aria compressa fortemente sgradevole: uno stimolo sonoro avvisava del verificarsi del fenomeno e le scimmiette si stringevano più fortemente alla struttura di stoffa. Una volta diventati adulti, questi animali mostravano un comportamento sessuale gravemente disturbato. Passavano gran parte del giorno a dondolare avanti e indietro, con assenza di comportamento esplorativo e manipolativo; si mostravano indifferenti, freddi e frequentemente violenti con i loro piccoli.

Questi esperimenti, anche se riferiti al mondo animale, dimostravano l'esistenza di una predisposizione innata ad avvicinarsi a una figura simile a quella materna, con un comportamento d'attaccamento avente una dinamica propria, distinta da quella riguardante il cibo e il sesso, le due fonti della motivazione umana che per lungo tempo furono considerate fondamentali. Uno dei contributi più importanti della spiegazione etologica dell'attaccamento è stato appunto evidenziare che sia gli adulti sia i bambini sono predisposti biologicamente a sviluppare l'attaccamento.

Bowlby comprese l'esigenza di trasferire questo nuovo approccio allo studio dei sistemi motivazionali umani, dei quali il sistema di attaccamento fa parte, e in particolare allo studio delle motivazioni che regolano il rapporto madre-bambino.

Da queste ricerche, la teoria dell'attaccamento postulò che gli esseri umani sono spinti ad avere relazioni interpersonali derivanti principalmente dalla necessità di difendersi nei confronti dei pericoli e dal bisogno di sicurezza, quest'ultimo ancora

più intenso, come bisogno, di quanto lo siano quelli legati alla sessualità, oppure quelli connessi agli stimoli dell'alimentazione. Secondo la teoria dell'attaccamento, il bambino non si attacca alla mamma perché ha fame, ha bisogno di mangiare e la mamma gli fornisce il latte, ma principalmente perché la mamma diventa una figura che lo protegge e gli dà sicurezza.

4.1.2

La storia e la teoria di John Bowlby

Edward John Mostyn Bowlby nacque a Londra il 26 febbraio del 1907. Visse tutta l'infanzia e gran parte della vita in una società, quella inglese dei primi anni del Novecento, solcata dalle atrocità delle due guerre mondiali. Per sua fortuna, facendo parte di una famiglia della middle class londinese (il padre era chirurgo del re e la madre tipica "signora" dell'alta società), visse solo tangenzialmente la maggior parte delle difficoltà, dei dolori e dei problemi legati alle guerre. Ciò a cui però non poté sottrarsi furono l'ambiente convenzionale e il rigido formalismo che allora imperavano nelle case dell'alta borghesia. I genitori affidarono infatti la sua educazione alle cure di numerose persone di servizio, privandolo di quelle attenzioni e di quegli affetti che, visti con gli occhi di oggi, sembrano avere tanta importanza per la formazione e la crescita di una "sana" personalità.

Nonostante egli abbia sempre definito la sua infanzia come "perfettamente normale", è quindi proprio in essa che possiamo ritrovare le basi del suo interesse per il rapporto genitore-bambino e la nascita della sua nuova e rivoluzionaria teoria dell'attaccamento. Appare chiaramente nei suoi scritti come egli abbia sperimentato in prima persona quel modo di intendere l'allevamento dei bambini che rifiuta così vigorosamente:

Un'enorme quantità d'irritazioni e attriti dei bambini e d'irascibilità da parte dei genitori potrebbe essere evitata con mezzi semplici come il presentare un giocattolo adatto prima d'intervenire per togliergli la più preziosa porcellana della madre o il metterlo a letto con metodi compiacenti invece di richiederli un'obbedienza immediata, o permettergli di scegliere la sua dieta e di mangiare a modo suo, e anche, se la cosa gli fa piacere, di tenere un biberon fino a due anni e di più. L'irritazione e il turbamento generati dall'aspettarsi che i bambini si conformino al nostro modo personale di concepire cosa, come e quando debbano mangiare, sono ridicoli e tragici (Bowlby, 1977).

Riporto ancora le parole di Jeremy Holmes che, a mio parere, riescono a dare un'idea abbastanza chiara sul tipo di legame che può esistere tra i vissuti infantili di Bowlby e la nascita del suo pensiero: "Dal punto di vista psicobiografico la teoria dell'attaccamento può essere considerata come un ritorno di Bowlby ai valori di sua madre, che aveva rifiutato quando era diventato psicoanalista. Ferito dall'egoismo e dal favoritismo di sua madre, si era volto verso le molte madri della psicoanalisi: Klein, Rivière, Payne. Ma anche queste a loro volta, in parte per i loro limiti, in parte perché erano il bersaglio delle sue proiezioni ostili, l'avevano deluso.

Sposando la biologia e l'etologia alla teoria freudiana, Bowlby poteva riconciliare gli elementi discordanti della sua personalità: sua madre con l'amore per la campagna e il rispetto per la natura, e il padre, medico cittadino che metteva soggezione, il cui successo e la cui intelligenza gli erano d'ispirazione, ma la cui vita era dominata dalla devozione per la concretezza e il dovere" (Holmes, 1993).

Possiamo constatare, così, come nuove teorie possano nascere o, forse, spesso nascano da un'esperienza personale che abbia portato sofferenza, dolore o le più diverse forme di sentimento e d'interesse.

La prima esperienza lavorativa che influenzò il corso della sua vita professionale avvenne negli anni che trascorse lavorando in una scuola per ragazzi disadattati a Summerhill. Qui scoprì che era possibile instaurare una comunicazione con la maggior parte di questi bambini, e che le loro difficoltà sembravano essere in relazione a un'infanzia infelice e frammentata:

Là conobbi un adolescente che era stato cacciato dalla scuola pubblica per aver rubato molte cose. Nonostante si comportasse secondo le regole sociali non si faceva amici e sembrava emotivamente isolato, sia dagli adulti che dai suoi coetanei. I responsabili attribuivano la sua condizione al fatto che, a causa della sua nascita illegittima, durante i primi anni di vita, non era mai stato accudito da una persona con funzioni materne. In tal modo fui messo sull'avviso della possibile relazione fra una deprivazione prolungata e lo sviluppo di una personalità apparentemente incapace di creare legami affettivi e, essendo insensibile sia alle lodi che alla vergogna, incline a ripetuti atti di delinquenza (Bowlby, 1981).

In questo caso Bowlby trova in un ragazzo un atteggiamento che è confrontabile con quello scoperto da Lorenz (1949) nel corso dei suoi studi sulle anatre che acquisteranno una parte così importante nello sviluppo della teoria dell'attaccamento.

Le idee di Bowlby cominciarono a costruirsi anche sulla base del suo studio dei *Forty-four juvenile thieves* (Bowlby, 1944), con il quale intendeva valutare quale connessione esistesse tra la delinquenza e quello che definì come "carattere anaffettivo". Egli constatò che il 40% dei delinquenti, in confronto al solo 5% dei controlli, aveva subito lunghe separazioni, sei mesi o più, dalle madri naturali o adottive durante i primi cinque anni di vita. Dei ladri "anaffettivi", dodici su quattordici avevano subito lunghe separazioni, a confronto con soli cinque sui trenta rimanenti. Partendo da questa osservazione individuò due principali fattori che potevano essere di significato eziologico.

Il primo era la separazione stessa:

In tal modo il fattore essenziale che tutte queste separazioni hanno in comune è che, durante il primo sviluppo delle sue relazioni d'oggetto, il bambino viene improvvisamente spostato e sistemato con estranei. Egli viene strappato via dalle persone e dai luoghi che gli sono familiari e che ama e messo con persone ed in ambienti che sono sconosciuti ed allarmanti (Bowlby, 1944).

Il secondo fattore era la "inibizione ad amare causata dalla rabbia e da fantasie

4

che erano l'effetto della rabbia". Il bambino separato risponde all'assenza dei suoi genitori con sensazioni di rabbia furiosa e di distruttività. Come descrissero già la Klein e in seguito Bion, la presenza rassicurante di un genitore renderebbe possibile a queste fantasie di essere modificate dalla realtà, ma se la madre è assente, o lei stessa è aggressiva, nel bambino che cresce possono continuare ad albergare fantasie di odio e di vendetta, accompagnate spesso da indifferenza, che successivamente si manifestano nel comportamento delinquenziale:

La determinazione a tutti i costi di non rischiare ancora una volta la delusione e la rabbia e gli struggimenti conseguenti, che può derivare dal voler tanto qualcuno e non essere capace di averlo [...] una politica di autoprotezione contro i colpi e le frecce delle proprie emozioni turbolente (Bowlby, 1944).

Le sue nuove intuizioni continuarono a trovare conferme e a rafforzarsi grazie all'esperienza alla Child Guidance Clinic, dove lavorò con operatori sociali a orientamento psicoanalitico che gli prospettarono l'idea della trasmissione transgenerazionale della nevrosi: i problemi non risolti nell'infanzia di un genitore possono avere un ruolo molto importante nel causare e perpetuare i problemi nei figli (Holmes, 1993).

Fui particolarmente colpito da due casi: il primo di rivalità tra fratelli la cui madre aveva essa stessa nutrito intensi sentimenti di gelosia verso la sorella; ed il secondo di un padre profondamente sconvolto dall'attività masturbatoria del figlio di sette anni. Immergeva il figlio nell'acqua fredda ogni volta che lo sorprendevo a toccarsi i genitali e fu possibile capire successivamente che lui stesso aveva invano combattuto per tutta la vita una battaglia contro la masturbazione (Bowlby, 1977).

Bowlby propose una "teoria generale della genesi delle nevrosi" in cui i fattori ambientali nei primi anni di vita del bambino sono considerati eziologici, specialmente la separazione dalla madre a causa della sua morte o della "rottura della famiglia". Tra i primi tentativi di Bowlby di capire gli effetti di tale *separazione* sullo sviluppo psicologico sono da menzionare gli studi retrospettivi, come ho detto in precedenza, basati sulle storie di bambini e adolescenti della Child Guidance Clinic dove lavorava:

Ci sono ormai tali prove da non lasciare alcun dubbio sul fatto che [...] la deprivazione prolungata di cure materne subita da un bambino può avere effetti gravi e prolungati sul suo carattere ed in tal modo su tutta la sua vita futura. È una proporzione del tutto simile nella forma a quelle che riguardano i postumi negativi della rosolia prima della nascita o della mancanza di vitamina D durante l'infanzia (Bowlby, 1953).

Attraverso i risultati di numerose osservazioni condotte su bambini separati dai loro genitori, egli mette in guardia contro le separazioni non necessarie e insiste che:

Se il fatto che i bambini piccoli non siano mai completamente o troppo a lungo separati dai loro genitori fosse diventato parte della tradizione, allo stesso modo in cui il

sono regolare e la spremuta d'arancio sono diventate consuetudini nell'allevamento dei piccoli, credo che molti casi di sviluppo nevrotico del carattere sarebbero stati evitati (Bowlby, 1940).

Tutte queste ricerche sostengono la visione di Bowlby per cui bambini privati delle cure materne, specialmente se cresciuti in istituzioni a partire da un'età inferiore ai sette anni, possono essere seriamente colpiti nel loro sviluppo fisico, intellettuale, emozionale e sociale.

Gli studi condotti con James Robertson (1953) su bambini ricoverati in ospedale, e quasi privati di qualsiasi contatto con i genitori durante la degenza (per paura d'infezioni crociate), gli permisero di identificare e definire tre diversi stadi di reazione alla separazione. I bambini in un primo momento piangevano e invocavano i genitori rifiutando qualsiasi tipo di distrazione proposto dallo staff ospedaliero che tentava di acquietarli. In seguito, sembravano subentrare l'indifferenza, la noia e l'apatia: i bambini s'isolavano dai loro compagni, sedevano immobili fissando il vuoto, giocando e mangiando pochissimo. Infine sembravano "rinascere" diventando un'altra volta attivi e vivaci, ma, se l'ospedalizzazione era prolungata, le loro reazioni si mostravano superficiali e autocentrate se paragonate a quelle precedenti il ricovero.

Bowlby descrisse queste tre fasi come gli stadi della "protesta" (*protest*), del "ritiro in se stessi" (*withdrawal*) e del "distacco" (*detachment*).

Possiamo scorgere in questi lavori un accenno a tre dei più importanti temi sui quali Bowlby insisterà: la centralità della perdita come determinante del disturbo; l'importanza della madre nel neutralizzare gli effetti distruttivi della rabbia come risposta alla perdita; e l'uso del ritiro affettivo come difesa contro il dolore di un desiderio non corrisposto o di una rabbia affrontata da soli.

Per quanto oggi possa sembrare che l'affermazione di Bowlby si giustifichi da sola, l'idea della privazione materna come causa di malattie mentali era a quei tempi un concetto così rivoluzionario che divenne un paradigma, tanto da stabilire termini di discussione e di ricerca nei successivi quarant'anni (Holmes, 1993). Basti pensare che i principali libri di Bowlby sono stati pubblicati e tradotti in dodici lingue e in milioni di copie.

Già ai tempi delle formulazioni originarie di Bowlby, le ricerche di Mary Ainsworth (1985), che è considerata universalmente quasi la coautrice della teoria dell'attaccamento, hanno esteso e, fino a un certo punto, modificato le idee originarie di Bowlby. L'attenzione dei contemporanei si è spostata e focalizzata sulle sottili interazioni genitore-bambino (Crittenden, 1999), che contribuiscono agli aspetti qualitativi del legame affettivo, più che sul concetto di "deprivazione materna". La "sensibilità" materna e la sua capacità di "mettersi in sintonia" con il suo bambino sono considerate caratteristiche chiave nel determinare la sicurezza, o meno, dei legami d'attaccamento, mentre la "deprivazione materna", che era il centro dell'attenzione di Bowlby, sembra essere più un "fattore di vulnerabilità generale", che innalza la soglia del bambino verso il disturbo, invece che un agente causale nel semplice senso della parola.

Nel corso del tempo il pensiero di Bowlby, grazie ai contributi di questi ricercatori, si è così arricchito, rendendo la sua una teoria dello sviluppo basata sulle relazioni. Possiamo riconoscere una delle maggiori innovazioni del pensiero di Bowlby

in *Maternal Care and Mental Health* (1951), dove si trovano riferimenti a bambini che avevano perso, forse per sempre, le loro madri. Qui egli pone l'accento sul ruolo che svolgono le difficoltà psicologiche, piuttosto che quelle economiche, mediche o istituzionali, come causa dell'infelicità non solo del singolo individuo, ma anche dell'intera società:

In una società dove il livello della mortalità è basso ed il livello occupazionale alto e dove i modelli di assistenza sociale sono adeguati, l'instabilità e l'incapacità emotiva dei genitori, che creano le effettive relazioni familiari, sono le cause principali per cui i bambini diventano deprivati di una normale vita familiare (Bowlby, 1951).

Ancora una volta riscontriamo in queste righe una reazione contro la lunga tradizione, in uso nella middle class britannica, di svalutare ideologicamente la vita familiare in favore di un'educazione di tipo istituzionale, e della quale Bowlby ebbe esperienza diretta. Il libro termina con una forte critica verso una società che, nonostante si definisca "svilupata", ha tuttavia dimenticato quali siano le basi più importanti per un sano sviluppo: "l'amore materno".

Ed infine lasciamo che il lettore rifletta per un momento sulla prassi sbalorditiva che viene seguita nei reparti ostetrici, quella di separare le madri immediatamente dopo la nascita e che si domandi se questo sia il modo di promuovere una stretta relazione madre-bambino. C'è da sperare che questa follia della società occidentale non venga mai copiata dalle cosiddette società sottosviluppate (Bowlby, 1951).

4.1.3

Lo sviluppo della teoria dell'attaccamento

Lo sviluppo della teoria dell'attaccamento è oggi considerato attraverso tre grandi fasi:

- 1) La prima fase, che risale agli anni '50 e va fino ai '70 circa, è quella in cui Bowlby ha fondato la teoria, occupandosi di argomenti che storicamente sono stati importantissimi per la teoria dell'attaccamento, come la *deprivazione materna*. A Bowlby fu commissionato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità uno studio che doveva raccogliere i dati di tutte le ricerche e di tutte le rilevazioni sul campo riguardo agli effetti della deprivazione materna. Erano gli anni in cui si era appena conclusa la Seconda Guerra Mondiale; c'era la necessità di sapere come comportarsi e che cosa fare riguardo ai moltissimi bambini che erano rimasti orfani. Inoltre, bisognava capire cosa accadeva negli istituti, o negli asili, dove i bambini erano separati dai propri familiari. Durante la guerra questo fu un fenomeno molto sentito. I risultati di Bowlby, pubblicati, come si è detto, e tradotti in dodici lingue e in milioni di copie, diedero un enorme sviluppo alla sua teoria. I suoi studi hanno contribuito in quel periodo, per esempio, ad allungare gli orari di ricevimento negli ospedali, nelle cliniche pediatriche, in quanto fino ad allora i bambini erano visitati dai loro genitori solo nel fine settimana oppure per brevi momenti della giornata. Vi fu quindi una grande risonanza, sul piano pubblico, dei

- risultati ottenuti. Gli altri argomenti di ricerca furono gli studi sulla *separazione* e gli importantissimi gli studi sulle fasi del *lutto*. Il metodo usato allora era l'osservazione diretta.
- 2) Negli anni successivi, dal 1970 al 1980, gli studi furono centrati soprattutto sulle classificazioni dei diversi attaccamenti nella prima infanzia. L'autrice che se ne occupava maggiormente era una stretta collaboratrice di Bowlby, oggi considerata quasi la coautrice della teoria: Mary Ainsworth (1969; 1978), che ideò la prima tecnica standardizzata per valutare le differenze di stile di attaccamento nei bambini fino ai due anni (la Strange Situation).
 - 3) Una terza fase, che si riferisce maggiormente all'epoca attuale, iniziata nel 1980 circa e tuttora in corso, riguarda non solo lo studio dell'attaccamento dei genitori nei confronti dei figli, ma anche dell'attaccamento che gli adulti hanno tra loro, così come del rapporto con i propri genitori, compreso quello della fase futura del ciclo vitale, e cioè con i genitori anziani, infine, il rapporto tra amici. Il modello di valutazione più noto è l'*Adult Attachment Interview* (George, Kaplan, Main, 1986; Main, Goldwin, 1985-94).

Oggi c'è molto meno bisogno di mettere in contrasto le formulazioni dell'attaccamento con la psicoanalisi, perché quest'ultima ha evoluto le proprie posizioni, integrando le idee freudiane con altri punti di vista. La psicoanalisi contemporanea tiene presente le teorie sistemiche, il cognitivismo, e il suo ambito di ricerca è diventato molto ricco e polimorfo. Forse la psicoanalisi "classica" ha indagato maggiormente le problematiche che riguardano il piacere, studiando poi la relazione madre-bambino, l'alimentazione, le cure corporee (come nel caso di Winnicott per esempio) e la sessualità. La teoria dell'attaccamento "classica" ha studiato maggiormente il bisogno di sicurezza, di protezione dai pericoli e le relazioni di attaccamento. Oggi la psicoanalisi da un lato e la teoria dell'attaccamento dall'altro si occupano insieme di questi oggetti, integrandosi sempre di più, e quindi, secondo molti studiosi, molti punti che differenziavano le loro posizioni sono venuti a cadere (Bateman, Holmes, 1995).

Uno degli autori che si è occupato maggiormente di questo tipo d'integrazione, attraverso osservazioni e considerazioni teorico-cliniche, è Peter Fonagy (1991; 2001; 2002), che propone una lettura evolutiva della dipendenza patologica, a partire dalla stretta relazione che intercorre tra il sistema di attaccamento e la capacità riflessiva. Più in specifico, Fonagy e Target (2001) sostengono che l'acquisizione da parte del bambino della funzione riflessiva richiede un sistema intersoggettivo "sicuro", garantito dalla capacità del caregiver di contenere le emozioni proiettategli dal bambino attraverso l'identificazione proiettiva, dotandole così di significato.

La comprensione che il caregiver ha della mente del bambino incoraggia quest'ultimo a servirsi della mente del genitore per esplorare e comprendere la natura prettamente rappresentazionale dei propri stati mentali e sviluppare così quelle capacità metacognitive che lo renderanno in grado di differenziare ciò che è apparente da ciò che è reale. Al contrario, laddove l'esplorazione della mente del genitore è sentita come un'esperienza traumatica o persecutoria, è incoraggiato l'abbandono della funzione riflessiva a favore di un ritiro difensivo nella modalità del "far finta", col rischio, nei casi gravi, di compromettere seriamente la capacità di essere consape-

vole della natura degli stati mentali propri e altrui, di saper differenziare l'interno dall'esterno, la fantasia dalla realtà, la realtà psichica da quella fisica.

4.1.4

Le condizioni dell'attaccamento

Non tutte le relazioni affettive possono essere considerate di attaccamento. Perché sia di attaccamento, una relazione deve avere le tre condizioni fondamentali esposte di seguito.

- 1) Deve verificarsi la condizione della *vicinanza* della persona alla quale si è attaccati. Mentre nell'adulto questa può essere relativa, nel bambino invece, soprattutto piccolo, la vicinanza va intesa in senso realmente concreto: di essere "a portata di mano" e a contatto visivo con la persona con la quale si attacca.
- 2) Secondo elemento è la *protesta per la separazione*. Nella relazione di attaccamento una separazione forzata tra la figura di attaccamento e quella attaccata comporta in quest'ultima comportamenti di protesta, che servono per far cessare il più velocemente possibile la separazione, quindi per riavvicinare la persona.
- 3) Il terzo elemento che caratterizza la relazione di attaccamento è il concetto di *base sicura*, espressa dalla metafora del marinaio che si avventura in alto mare, sapendo che quando ritornerà al proprio porto troverà chi lo accoglierà, lo proteggerà, lo sazierà, lo tranquillizzerà e gli permetterà di riposare. Questa è la condizione che dovrebbe stabilirsi tra un bambino e i propri genitori, perché la base sicura è la funzione principale della genitorialità. L'esempio della madre che lascia la sua bambina con qualcuno che se ne occupa e poi si preoccupa e sente terribilmente la sua mancanza, suggerisce che il fenomeno della *base sicura* si applica nello stesso modo agli adulti. Se la base sicura diventa inaffidabile o sono raggiunti i limiti dell'esplorazione, il bisogno di legame comincia a farsi sentire sul piano affettivo.

Bowlby (1969; 1973) distingue quattro fasi nello sviluppo dell'attaccamento.

– *Fase 1* (0-8 settimane o fino a 12 settimane): orientamento e segnali, senza discriminazione della persona. In questa fase il bambino ha una scarsa capacità di discriminare una persona dall'altra e le risposte verso la madre sono uguali a quelle dirette verso le altre persone. Il bambino è capace di orientarsi verso qualunque persona a lui vicina, dirigendo il suo sguardo verso di lei e seguendo i suoi movimenti. I comportamenti quali la vocalizzazione, il sorriso e il pianto sono usati dal bambino come segnali per avvicinare la persona e favorire quindi il contatto; per questo sono considerati comportamenti di attaccamento. Possiamo considerare conclusa questa fase quando il bambino è in grado di distinguere le diverse persone, e in modo particolare la madre dagli altri.

– *Fase 2* (3-6 mesi): orientamento e segnali diretti verso una (o più) persone discriminate. Ainsworth la definisce la fase dell'"attaccamento nel suo farsi". In questo periodo il bambino mantiene i comportamenti della fase precedente con manifestazioni maggiori nei confronti della figura materna.

– *Fase 3* (6 mesi-3 anni): attaccamento "set-goal". Nella seconda metà del primo anno avvengono parecchi cambiamenti evolutivi che denotano l'attivazione del vero e proprio attaccamento e che coincidono con l'attivazione della locomozione, la qua-

le comporta un sistema di comunicazione molto più complesso se il bambino deve rimanere in un contatto sicuro con la madre.

Bowlby si raffigura il sistema di attaccamento in questa fase come basato su un *set-goal*, che egli paragona alla regolazione di un termostato, mantenuto da un sistema di controllo a feedback.

Il *set-goal* per il bambino è mantenersi “abbastanza vicino” alla madre: usarla come una *base sicura* per le esplorazioni quando la minaccia ambientale è al minimo, ed esibire proteste per la separazione o segnali di pericolo quando ne ha bisogno. Tuttavia il comportamento d'attaccamento, sebbene sia discusso solitamente dal punto di vista della persona che si attacca, è una relazione reciproca. Il genitore offre simultaneamente un comportamento di cura complementare che è simmetrico, o dovrebbe essere simmetrico, al comportamento d'attaccamento del bambino. Come conseguenza di ciò, i sistemi d'attaccamento genitore-bambino possono essere visti nei termini di una regolazione della distanza continuamente controllata, con molte opportunità per varianti problematiche.

– *Fase 4* (3 anni in poi): formazione di una relazione reciproca. Per come Bowlby lo aveva concepito inizialmente, il sistema di attaccamento nel bambino somigliava a un “congegno per ritornare alla base” (*homing device*), tramite il quale il bambino era programmato a concentrarsi sul genitore con lo scopo programmato (*set-goal*) di mantenere la vicinanza. Con l'avvento del linguaggio e l'espandersi della complessità psicologica del bambino, dai tre ai quattro anni, sorge un pattern molto più complesso che non può essere descritto in termini di semplice comportamento. Il bambino può ora cominciare a pensare ai genitori come persone separate, con propri scopi e progetti, ed escogitare modi per influenzarli.

4.1.5

I modelli operativi interni (*Internal Working Models*)

Sebbene l'attaccamento possa essere considerato, per qualsiasi individuo, una capacità innata, avente cioè un fondamento genetico (determinato filogeneticamente), Bowlby propose un modello “epigenetico” dello sviluppo della dinamica di attaccamento e di conseguenza della personalità. In tal modo, sebbene il bambino abbia una data propensione a formare certi attaccamenti, la loro natura e le loro dinamiche dipenderanno dall'ambiente genitoriale al quale si trova esposto.

Un concetto chiave che Bowlby utilizzò per spiegare tali differenti dinamiche è quello di *modello operativo interno*. Il bambino, in fase di sviluppo, costruisce una certa quantità di modelli di se stesso e degli altri, basati su pattern ripetuti di esperienze interattive (Holmes, 1993). Tali “schemi Sé-altro” formano modelli rappresentazionali, che il bambino usa per predire il mondo e mettersi in relazione con esso.

Bowlby sostiene che i modelli operativi interni sono la rappresentazione interna che abbiamo:

- di noi stessi;
- delle nostre figure di attaccamento;
- del mondo esterno;

– delle relazioni che le legano.

Sono, quindi, una specie di mappa interna fatta di rappresentazioni delle cose più importanti che riguardano noi stessi e le relazioni che si hanno tra le persone: per esempio la relazione che mio padre ha con mia madre, o che mio padre e mia madre hanno con i loro genitori e con me. I modelli operativi interni servono per predire il futuro: in conformità a questi ci organizziamo per poter compiere scelte, per poterci rapportare con le situazioni future, perché ci danno la massima probabilità di essere preparati a ciò cui andiamo incontro. I modelli operativi interni corrispondono in ampia parte al concetto psicoanalitico di “mondo interno”, sviluppato dalla teoria delle relazioni oggettuali presente in Winnicott e nella Klein, e che in questo senso, con una connotazione forse più socio-cognitivista, è espresso in termini di teoria dell’attaccamento.

Tutti i metodi di valutazione dell’attaccamento mirano a valutare i modelli operativi interni, quindi qualsiasi tecnica di valutazione dell’attaccamento serve per identificare aspetti dei modelli interiorizzati dell’attaccamento.

Tali assunti sono peraltro relativamente stabili e duraturi e si presume che tengano nel tempo. Quelli che si costruiscono nei primi anni di vita sono particolarmente persistenti e non hanno molte probabilità di essere modificati dall’esperienza successiva. Si sviluppano nella prima infanzia e hanno una certa organizzazione fino dalla fine del primo anno di vita, ma rimangono stabili nel tempo, intendendo con ciò che un adulto li utilizzerà come modelli interiorizzati per rapportarsi sia con i propri piccoli, sia con altri adulti, compresi i propri genitori, gli amici e, nel rapporto di coppia, con il proprio partner. Da qui l’affermazione che, nonostante i comportamenti di attaccamento siano più evidenti nella prima infanzia, essi rimangono attivi per tutta la vita (come affermò Bowlby: “dalla culla alla tomba”).

4.2

Attaccamento familiare, pericolo e adattamento

Franco Baldoni

4.2.1.

L’attaccamento familiare in una prospettiva evoluzionista

Secondo la teoria dell’attaccamento, l’essere umano manifesta sin dalla nascita una predisposizione innata a sviluppare relazioni privilegiate con adulti che svolgono funzioni genitoriali primarie (particolarmente la madre, ma anche il padre e altri familiari o membri del gruppo sociale). L’esposizione a situazioni di pericolo, quali malattie, traumi fisici o psicologici, condizioni di abbandono, di maltrattamento e di abuso fisico o sessuale, è infatti un’esperienza molto comune e la nostra specie, nel corso dell’evoluzione, ha sviluppato strategie difensive sofisticate per adattarsi al meglio e proteggersi da queste situazioni.

John Bowlby (1958, 1969-1982, 1973, 1979, 1980, 1988), che propose la teoria dell’attaccamento integrando teorie psicoanalitiche, etologiche, evoluzioniste, cogni-

tiviste e sistemiche, indicò con il nome di modelli operativi interni (*Internal Working Models*) le rappresentazioni interne di se stessi, delle proprie figure d'attaccamento e del mondo, nonché delle relazioni che li legano. Questi modelli di relazione rappresentati internamente sono relativamente stabili e vengono utilizzati per predire il mondo e per rapportarsi con esso. Le esperienze passate possono, in questo modo, essere conservate nel tempo e utilizzate per guidare le aspettative e i comportamenti futuri, particolarmente nelle situazioni di minaccia o di pericolo.

Come è noto, Freud riteneva che il bambino si legasse alla madre spinto dalla necessità di gratificare i propri bisogni di natura sessuale, particolarmente quelli orali. La teoria dell'attaccamento, superando la visione pulsionale della psicoanalisi classica, segue una prospettiva etologica ed evuzionistica e considera i legami tra genitori e figli come espressione di schemi di origine genetica finalizzati alla sopravvivenza dell'individuo e della sua prole. Attraverso le esperienze individuali, particolarmente quelle della prima infanzia, questa predisposizione biologica assume caratteristiche precise e distinte in ciascun individuo, permettendo di soddisfare al meglio le esigenze personali e quelle della specie adattandole alle singole condizioni ambientali. In questa prospettiva le relazioni familiari, le esperienze amorose, la vita di coppia e le funzioni genitoriali assumono nuovi significati.

Alcuni oggi considerano la prospettiva dell'attaccamento al di fuori della psicoanalisi, altri invece (Holmes, 1993; Fonagy, 2001; Baldoni, 2010) ritengono che non vi sia una reale conflittualità tra le due prospettive. In effetti, entrambe si occupano di tematiche comuni come l'angoscia, l'aggressività, le difese inconse, la relazione madre-bambino, gli effetti della deprivazione materna, i processi di separazione e di perdita e lo sviluppo dell'autonomia psicologica. Inoltre alcuni concetti chiave dell'attaccamento, come quello di modelli operativi interni e di stile d'attaccamento, ricordano quelli psicoanalitici di mondo interno, di transfert e di coazione a ripetere, descritti tenendo conto del cognitivismo.

Per comprendere l'importanza di questo approccio teorico dobbiamo considerare quali sono i bisogni fondamentali per la sopravvivenza di una specie animale, compresa quella umana (Baldoni, 2010) (Fig. 4.1).

In primo luogo si verifica la necessità di cibo, di acqua, di riposo, di essere accuditi sul piano fisico, di vivere in condizioni di igiene, protetti dalle intemperie e dalle variazioni climatiche. È poi necessario riprodursi, al fine di garantire il mantenimento nel tempo della specie attraverso la nascita di generazioni future. Infine, è estremamente importante la protezione nei confronti dei pericoli, in particolare quelli costituiti dai predatori. I piccoli di una nidiata, per esempio, potrebbero essere divorati da un altro animale.

A partire dai primi mammiferi, lo sviluppo del sistema nervoso centrale (in particolare del sistema limbico) ha permesso di acquisire la capacità di sperimentare *emozioni*, cioè fenomeni biologici geneticamente programmati che negli esseri umani sono elaborati cognitivamente in stati mentali differenziati (*affetti*), i quali motivano l'individuo a comportamenti sempre più complessi e adattivi. Se consideriamo gli affetti generati dai bisogni, la necessità di cibo, di cure corporee e della riproduzione comporta l'insorgenza di un *desiderio*, mentre l'esigenza di protezione dai pericoli suscita una reazione che chiamiamo *paura*.

Per affrontare le necessità poste dai bisogni fondamentali, la specie umana ha svi-

4

luppato sistemi comportamentali caratteristici (Fig. 4.2).

Possiamo infatti pensare al nostro comportamento come organizzato in un sistema finalizzato all'*accudimento* (cibo, pulizia, cure corporee), in un altro sistema che garantisce una riproduzione efficace (la *sessualità*) e in un terzo che favorisce la protezione dai pericoli (l'*attaccamento*). Questi comportamenti generano in noi affetti complementari a quelli prima descritti: la gratificazione dei bisogni alimentari e cor-

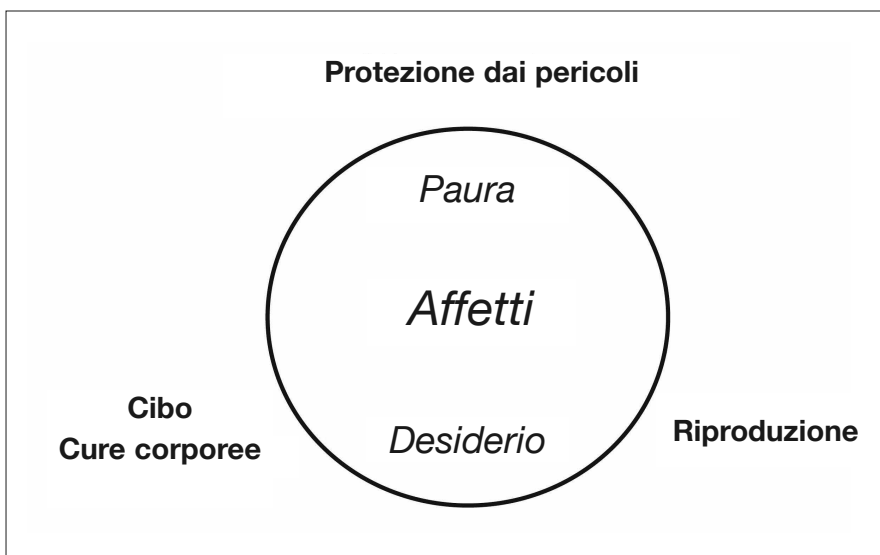


Fig. 4.1 I bisogni fondamentali (da: Baldoni 2010)



Fig. 4.2 I sistemi comportamentali (da: Baldoni 2010)

pori o di quelli sessuali comporta un senso di *piacere*, la protezione nei confronti dei pericoli genera *sicurezza*.

Non bisogna pensare che questi sistemi comportamentali siano totalmente indipendenti: è evidente che non si può parlare di attaccamento senza considerare elementi di accudimento e di sessualità, così come non si può parlare di accudimento senza tenere conto anche della protezione dal pericolo e della sessualità.

4.2.2.

La relazione d'attaccamento

Non tutti i legami umani, anche se significativi, devono essere considerati relazioni di attaccamento. Per parlare di attaccamento, infatti, dovrebbero essere presenti almeno tre caratteristiche (Weiss, 1982, 1991): la ricerca della vicinanza, la protesta per la separazione e l'effetto di base sicura.

1) La *ricerca della vicinanza* (*proximity seeking*) con la figura di attaccamento è particolarmente evidente nel bambino piccolo che, per sentirsi tranquillo, deve essere sicuro della presenza della propria madre, di poterla toccare, abbracciare, tenerla per mano, ascoltarne la voce oppure mantenerla a portata di sguardo.

2) La reazione di *protesta per la separazione* (*separation protest*), consiste nell'insieme dei "comportamenti di attaccamento" che si manifestano nel momento in cui l'individuo si sente in pericolo perché la protezione da parte della figura di attaccamento non è garantita. Anche questo aspetto è evidente nel bambino piccolo quando è allontanato dalla madre in un ambiente poco familiare: piange, urla, si aggrappa, trema per la paura ed emette una serie di segnali che hanno la finalità di favorire il più possibile la vicinanza e l'attenzione del genitore. Anche nell'adulto si possono manifestare comportamenti che hanno lo stesso significato: pensiamo a ciò che avviene in una relazione sentimentale quando un membro della coppia minaccia di abbandonare l'altro.

3) Una terza caratteristica dell'attaccamento è l'effetto di *base sicura* (*secure base*), cioè la particolare atmosfera di sicurezza e di fiducia che si instaura nella relazione con la figura di attaccamento. Questo concetto, introdotto da Mary Ainsworth, è stato approfondito da Bowlby (1979, 1988), che ha evidenziato come un bambino o un adolescente, per esplorare in modo sereno l'ambiente extrafamiliare, abbia bisogno di sentirsi sicuro di poter ritornare "sapendo per certo che sarà il benvenuto, nutrito sul piano fisico ed emotivo, confortato se triste, rassicurato se spaventato" (Bowlby 1988, p. 10). Una funzione fondamentale dei genitori, quindi, consiste nel favorire lo sviluppo di questa base sicura. È necessario che padre e madre siano disponibili, quando richiesto, a confortare, dare assistenza e incoraggiare i propri figli, ma devono anche sapersi ritirare sullo sfondo quando il proprio intervento non è necessario. Un bambino o un adolescente che può contare su questo aiuto riuscirà ad allontanarsi gradualmente dal controllo dei genitori esplorando il mondo e dedicandosi con fiducia a quelle esperienze che lo renderanno un adulto autonomo.

Se la tranquillità di una base sicura non si sviluppa o viene a mancare, come nel caso di genitori conflittuali, rifiutanti o maltrattanti, oppure quando un genitore si ammalava gravemente o muore, oppure in occasione di separazioni traumatiche e divorzi,

l'insicurezza emotiva e la difficoltà manifestate dai figli diventano evidenti e si potranno manifestare alterazioni del comportamento assieme a disturbi di carattere psicologico o somatico.

4.2.3.

Gli studi sull'attaccamento

La teoria dell'attaccamento si è diffusa in questi ultimi decenni divenendo un vero e proprio paradigma di riferimento non solo per la clinica e la ricerca in psicologia dinamica, ma anche per la psicologia dell'età evolutiva (soprattutto nell'ambito dell'Infant Research), per la terapia familiare (di orientamento psicoanalitico o sistemico) e per studi neuropsicologici e cognitivisti che riguardano il linguaggio, l'analisi del discorso, gli stili narrativi e la funzione dei sistemi di memoria. Le ricerche svolte sull'attaccamento nell'arco di oltre mezzo secolo possono essere suddivise in tre principali periodi.

All'inizio Bowlby dedicò i propri studi, condotti attraverso il metodo etologico dell'osservazione diretta, a ricerche sugli effetti della deprivazione materna, sulle esperienze di separazione e perdita e sul processo del lutto (Bowlby, 1969-1982, 1973, 1979, 1980). Queste ricerche hanno contribuito a spiegare le gravi conseguenze di queste condizioni sulla salute psicologica e fisica (Bowlby, 1973, 1980; Engel, 1962; Baldoni, Trombini, 2005; Baldoni, 2010).

Successivamente gli studiosi hanno cercato di rendere operativi e verificabili i propri concetti attraverso lo sviluppo di metodi per la valutazione dell'attaccamento. La prima a proporre uno strumento di questo tipo è stata Mary Ainsworth (Ainsworth e Witting, 1969), oggi considerata la coautrice della teoria dell'attaccamento, che ideò la Strange Situation (SS), una procedura standardizzata videoregistrata nel corso della quale un bambino di dieci-diciotto mesi viene esposto a una serie di brevi separazioni dalla propria madre (o un'altra figura di attaccamento) in un ambiente sconosciuto e in presenza di un estraneo. Attraverso questa procedura la Ainsworth descrisse per la prima volta le differenze di attaccamento nel bambino classificandole in tre tipi di pattern: *sicuro* (B), *insicuro evitante* (A) e *insicuro resistente/ambivalente* (C). Successivamente fu identificato da Mary Main e Judith Solomon (1986) un quarto pattern, definito *insicuro-disorganizzato/disorientato* (D).

Verso la metà degli anni '80 le ricerche si sono orientate verso lo studio dell'attaccamento all'interno dell'intero ciclo vitale. Il primo strumento elaborato a questo proposito è stato l'Adult Attachment Interview (AAI), un'intervista semistrutturata ideata da Carol George, Nancy Kaplan e Mary Main nel 1985, che oggi è considerata la tecnica più nota per la valutazione dello stile di attaccamento nell'adulto. Nonostante sia stata elaborata inizialmente per verificare la possibilità di trasmissione dell'attaccamento tra genitori e figli, oggi l'AAI ha assunto un valore più ampio, divenendo uno vero e proprio strumento di studio della personalità e dei processi cognitivi dell'adulto, sia in ambito normale che patologico (Crittenden, 1999).

Mary Main, Ruth Goldwyn e Erik Hesse (1982-2008) hanno sviluppato un primo sistema di codifica della AAI attraverso il quale sono stati individuati quattro pattern di stile di attaccamento adulto: *sicuro* (*Free, F*), *distanziante* (*Dismissing, Ds*), *preoccupato*

Tabella 4.1 Corrispondenza tra attaccamento adulto (AAI) e infantile (SS)

Main e Goldwin (AAI)		Ainsworth (SS)
F – (<i>Free</i>) Sicuro	< corrispondente a >	B – Sicuro
Ds – (<i>Dismissing</i>) Distanziale	“	A – Evitante
E – (<i>Entangled</i>) Preoccupato	“	C – Resistente/Ambivalente
U – (<i>Unresolved</i>) Irrisolto	“	D – Disorganizzato/Disorientato

(*Entangled*, E) e *irrisolto* nei confronti di traumi o lutti (*Unresolved*, U), ognuno dei quali in relazione con il corrispondente pattern infantile descritto dalla Ainsworth (Tabella 4.1).

Gli studi svolti confrontando le Strange Situation con le Adult Attachment Interview hanno confermato che esiste effettivamente una trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento, cioè che l'attaccamento dei figli è influenzato da quello dei genitori (van IJzendoorn, 1995). Le evidenze, però, riguardano soprattutto la correlazione con lo stile di attaccamento materno (corrispondenza del 70-75%), mentre quella con l'attaccamento paterno sembra notevolmente minore (40-50%) (van IJzendoorn, De Wolff, 1997). I risultati di questi studi, inoltre, sono stati ricavati da campioni di famiglie di classe media e a basso rischio psicosociale. Nelle famiglie ad alto rischio le correlazioni sono minori e si assiste a una maggiore discontinuità dell'attaccamento durante il corso della vita e tra generazioni differenti.

In anni recenti Patricia M. Crittenden (vedi Par. 5.1) ha approfondito lo studio dell'attaccamento nelle famiglie in condizioni di rischio psicosociale, come quelle al cui interno si verificano episodi di maltrattamento e di abuso oppure in cui sono presenti pazienti psichiatrici (Crittenden, 1994, 1997, 1999) utilizzando strumenti differenti secondo l'età valutata (CARE-Index, Strange Situation, Preschool Assessment of Attachment, School-age Assessment of Attachment e AAI) ed espandendo e integrando la classificazione dell'attaccamento e con nuove configurazioni. Secondo il suo Modello Dinamico-Maturativo (*Dynamic-Maturational Model*, DMM) (Crittenden, 2008), l'attaccamento è in interazione dinamica con l'esperienza; i modelli operativi interni, quindi, possono cambiare nel corso della vita, sia in funzione dello sviluppo, che in seguito a eventi esistenziali importanti, come un'esperienza di trauma o di lutto, il rapporto di coppia, la genitorialità o una psicoterapia. Il sistema di classificazione del modello dinamico-maturativo deriva da quello proposto da Mary Ainsworth, ma presenta numerose integrazioni ed espansioni. Tutte le configurazioni di Ainsworth e Main sono comunque mantenute. La visione dinamico-maturativa si è rivelata compatibile con molte teorie e può risultare utile a ricercatori e clinici di formazione diversa: psicodinamica, cognitiva, cognitivo-comportamentale e sistemico-relazionale.

4.2.4.

Attaccamento di coppia e amore romantico

La teoria dell'attaccamento sostiene che, nonostante i comportamenti di attaccamento siano più evidenti nella prima infanzia, essi rimangono attivi per tutta la vita. Bisogna considerare, infatti, che molte relazioni tra adulti, come quelle di coppia, quel-

4

le tra amici e quelle tra figli adulti e genitori, presentano vari punti in comune con le relazioni di attaccamento infantili, in particolare il bisogno di vicinanza, la protesta per la separazione e l'effetto "base sicura". Le differenze tra attaccamento infantile e adulto sono però altrettanto importanti. Mentre il bambino si aspetta di essere protetto e rassicurato dalla propria figura di attaccamento, ma non è in grado di svolgere queste funzioni nei confronti dell'altro, gli adulti sviluppano tra loro rapporti caratterizzati da maggiore simmetria e reciprocità (nel caso di rapporti tra figli e genitori anziani i ruoli sperimentati durante l'infanzia possono addirittura invertirsi). In secondo luogo l'adulto, a differenza del bambino, integra comportamenti di attaccamento (finalizzati alla protezione dai pericoli), con quelli sessuali e quelli legati al prendersi cura dell'altro, anche se questi tre sistemi comportamentali assumono un'importanza molto differente secondo il tipo di relazione (Carli, 1995, 1999; Baldoni, 2005, 2009) (Fig. 4.3).

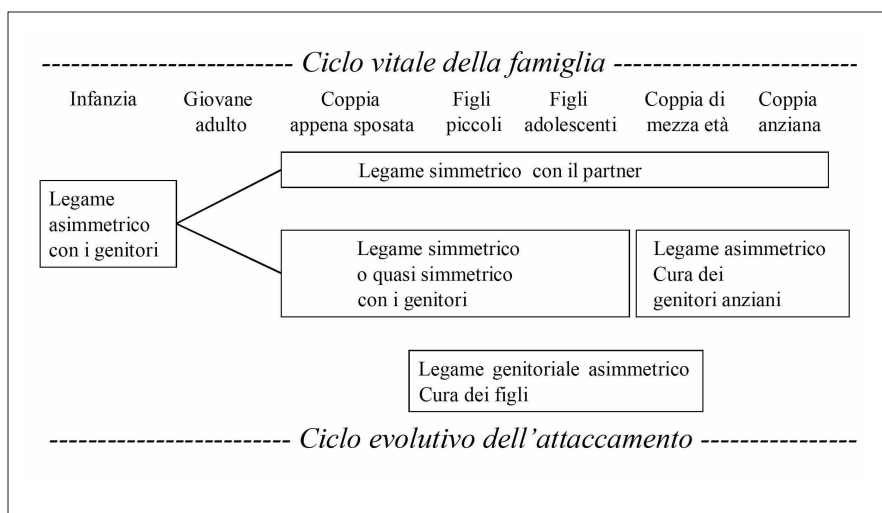


Fig. 4.3 L'attaccamento nel ciclo vitale (da Carli 1999, modificato)

Secondo questa prospettiva, quindi, la scelta del partner, i rapporti di coppia e le esperienze amorose possono essere considerati un'espressione dell'attaccamento. Abbiamo visto che un legame di attaccamento tra adulti è solitamente caratterizzato da una maggiore simmetria e reciprocità del rapporto. In una relazione sentimentale, infatti, entrambi i partner dovrebbero essere in grado di svolgere funzioni protettive e di sostegno nei confronti dell'altro. Il legame di coppia, però, si distingue da ogni altra forma di relazione infantile o adulta in quanto è l'unico in cui l'espressione dell'attaccamento può integrarsi con quella di comportamenti sessuali e di accudimento (premessa fondamentale per la costituzione di una famiglia). Non tutte le relazioni di coppia, ovviamente, presentano queste caratteristiche, ma quando manca una componente il legame perde la propria specificità. Un rapporto che non offre conforto e sicurezza, ma è basato soltanto sull'attrazione sessuale, tende a configurarsi più come una relazione tra amanti. Allo stesso modo, anche l'espressione della ses-

sualità genitale è indispensabile; in caso contrario, il legame di coppia risulterebbe simile a quello tra parenti o tra amici (Baldoni, 2004, 2005, 2009).

Nell'ambito delle ricerche sull'attaccamento di coppia (*romantic love*) vi sono molti dati interessanti ottenuti soprattutto tramite l'utilizzo di questionari *self-report* quali l'*Adult Attachment Questionnaire* (AAQ) di Hazan e Shaver (1987), il *Relationship Questionnaire* (RQ) di Bartholomew e Horowitz (1991), il *Parental Bonding Instrument* (PBI) di Parker, Tupling e Brown (1979) e l'*Attachment Style Questionnaire* (ASQ) di Feeney, Noller e Harahan (1994). Nonostante alcuni limiti metodologici, relativi alla scarsa validità di questi strumenti (Poerio, 1998; Baldoni 2004; Barone, Del Corno 2007; Carli, Cavanna, Zavattini 2009), da studi svolti su ampi campioni della popolazione si è visto che nelle relazioni amorose possono manifestarsi sostanzialmente tre tipologie di attaccamento (Hazan, Shaver, 1987). Oltre la metà delle persone manifesta una forma di *attaccamento sicuro*, caratterizzato dalla capacità di vivere esperienze intime, di porsi con il partner in una relazione di reciprocità e di offrire e ricevere aiuto se necessario. Un'altra parte, circa un quarto, presenta una forma di *attaccamento insicuro evitante* (o *distanziante*), cioè manifesta la tendenza a minimizzare i propri bisogni, a distanziare i sentimenti negativi o pericolosi per il Sé (rabbia, paura, vulnerabilità, eccitazione sessuale), a non coinvolgersi nella vita intima della coppia e a non chiedere aiuto agli altri anche in caso di bisogno. Nel restante 20% circa degli individui si evidenzia, invece, un *attaccamento insicuro preoccupato* (o *ansioso-ambivalente*), si tratta di persone costantemente in tensione che si lamentano della affidabilità, della disponibilità e della capacità di amare del proprio partner.

È particolarmente interessante considerare come i diversi stili di attaccamento si combinino all'interno della coppia. Riguardo alla scelta del partner, infatti, i dati emersi dalle ricerche concordano ampiamente (Carli, 1995, 1999; Baldoni, 2003, 2004, 2005, 2009; Carli, Cavanna, Zavattini, 2009). Le persone che manifestano una forma di attaccamento sicuro frequentemente si legano a persone altrettanto sicure. Le persone insicure possono anch'esse legarsi a una persona sicura, ma più spesso sviluppano una relazione con un'altra persona insicura di tipologia opposta: le persone evitanti tendono a legarsi con soggetti preoccupati e quelle preoccupate con evitanti. Le relazioni tra persone insicure dello stesso tipo sono molto rare e di breve durata. Su questo punto i dati delle ricerche sono sostanzialmente concordi.

Per spiegare questa tendenza si può ipotizzare una ragione di carattere evolutivo. Probabilmente la nostra specie è dotata della capacità, attraverso il rapporto di coppia, di correggere aspetti sfavorevoli dei modelli individuali di attaccamento. La relazione con una persona di caratteristiche opposte può ampliare le possibilità di adattamento e la tenuta nel tempo della coppia, permettendole di esprimere al meglio le proprie potenzialità, compresa quella di avere figli. Questi dati depongono a favore dell'importanza evolutiva della relazione di coppia e, in senso lato, della famiglia (Baldoni, 2009).

Riguardo alla *generatività* (cioè la possibilità di avere figli) e alla *genitorialità* (la disponibilità a vivere il ruolo di genitori), le persone con attaccamento sicuro sono quelle che manifestano maggiori capacità di fornire un supporto reciproco al partner e di sviluppare progetti di coppia comuni, come quello di diventare genitori. Anche

i soggetti insicuri, ovviamente, possono avere figli, ma si differenziano per come vivono questa esperienza. Le persone evitanti tendono a sviluppare con i familiari relazioni di tipo strumentale e opportunistico, spesso non desiderano avere figli o si riconoscono poco nel ruolo di genitori, delegando al coniuge questo compito. Le persone preoccupate, invece, vivono le relazioni intime in modo intrusivo e manipolatorio e si attendono di ricevere da esse aiuto e protezione; solitamente desiderano diventare genitori, ma si aspettano di essere accuditi e rassicurati dai figli, confondendo i propri bisogni con i loro. In questo modo la relazione di attaccamento tende paradossalmente a invertirsi (Belsky, 1997; Baldoni, 2004, 2005, 2009).

4.2.5

Attaccamento familiare e funzione paterna in una prospettiva triadica

Secondo la teoria dell'attaccamento, una funzione principale dei genitori è fornire una base sicura per i propri figli. Questa condizione favorisce il loro sviluppo e la loro progressiva autonomia. La necessità di una base sicura non si avverte, però, solo durante l'infanzia, ma è una caratteristica anche dell'età adulta, evidente nel rapporto con la propria famiglia di origine e con i genitori anziani, ma ancora di più all'interno del legame di coppia. È interessante notare come molti uomini socialmente affermati (imprenditori, manager, politici, scienziati, artisti) debbano il loro successo personale alla presenza di una compagna accogliente e premurosa che, nell'ambito della relazione di coppia e della famiglia, favorisce in modo protettivo la carriera del partner. Possiamo legittimamente ritenere che, in misura variabile, questo avvenga anche in molti altri rapporti di coppia. Ovviamente può accadere anche il contrario, cioè che sia il marito a sostenere la moglie nelle esperienze extrafamiliari, ma questa condizione, per ragioni anche di carattere culturale, è decisamente meno frequente.

In effetti, mentre le funzioni femminili all'interno della famiglia, attraverso i ruoli di moglie e di madre, sono state molto studiate, quelle maschili sono tuttora poco conosciute. Come tutti sanno, la funzione del padre era stata molto valorizzata da Freud, che individuò la sua importanza soprattutto nei processi legati alla costituzione e all'elaborazione del conflitto di Edipo, allo sviluppo dell'identità sessuale, all'interiorizzazione di un codice etico e morale e allo sviluppo del Super-Io. Si sa, però, ancora poco, e si è scritto ancora meno, riguardo alle funzioni svolte dal padre nei primi tre anni di vita del bambino, cioè nel periodo pre-edipico. La maggior parte degli studi, inoltre, si è limitata per anni a considerare il bambino nell'interazione con un solo genitore, all'interno di una diade, valutando la relazione madre-bambino e, più raramente, quella padre-bambino. Un ambito di ricerca molto promettente, oggi, è lo studio della triade familiare, tenendo conto delle teorie sistemiche e dei risultati dell'Infant Research. Una metodologia basata su questa prospettiva è il "Gioco Triadico di Losanna" (*Lausanne Triadic Play*) di Elisabeth Fivaz-Depeursinge e Antoniette Corboz-Warnery (1999), una tecnica di studio del "triangolo primario" madre-padre-bambino. La procedura inizia dalla valutazione di configurazioni relazionali del tipo "due più uno" per arrivare a quella delle interazioni a tre, e consiste in una sorta di "gioco familiare" strutturato in quattro parti: 1) la madre e il bambino gio-

cano assieme mentre il padre assume una posizione periferica; 2) il padre e il bambino giocano assieme e la madre sta in disparte; 3) i tre partner giocano assieme; 4) il bambino sta in posizione periferica, mentre i genitori parlano tra di loro. L'intera seduta viene videoregistrata e analizzata microanaliticamente. Attraverso questa procedura si è avuta conferma che il bambino già a pochi mesi di vita è in grado di relazionarsi considerando non solo la madre o il padre singolarmente, ma rispondendo intensamente anche alle interazioni che i due genitori hanno tra loro. È in grado quindi di percepire le relazioni in una prospettiva triadica, capacità che si riteneva possibile solo dal periodo edipico in poi. La procedura del Gioco Triadico di Losanna permette non solo di valutare alcune condizioni patologiche (per esempio la depressione materna o paterna, o la presenza di conflitti di coppia), ma apre nuove strade per lo studio dello sviluppo normale delle relazioni familiari, ampliando le conoscenze sullo sviluppo dell'attaccamento e sulla funzione svolta dal padre.

I dati delle ricerche, quindi, depongono per il fatto che il padre è estremamente importante anche nei primi anni della vita infantile, ma il suo ruolo va studiato non tanto nel rapporto diretto con il figlio, quanto all'interno di una triade. Se consideriamo il padre in questa prospettiva, potremmo riconoscere la sua funzione in almeno tre momenti dello sviluppo del ciclo familiare: la prima infanzia, il periodo edipico e l'adolescenza (Baldoni 2005) (Fig. 4.4).

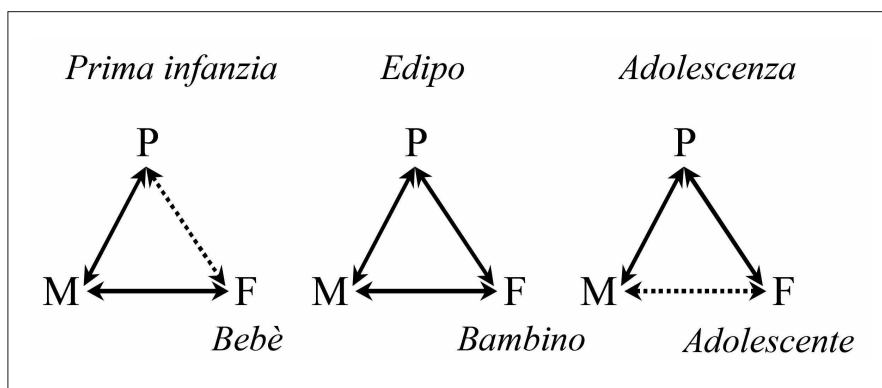


Fig. 4.4 Relazioni triadiche nel ciclo vitale della famiglia (Baldoni 2005)

Nella prima infanzia il rapporto diretto del padre con il neonato è secondario rispetto a quello della madre (linea tratteggiata), ma la qualità della relazione con la propria compagna è fondamentale per consentire alla madre e al bambino di svolgere adeguatamente il proprio compito evolutivo. Nel periodo edipico il coinvolgimento tra i tre componenti della triade è ugualmente intenso (questa è la fase maggiormente studiata dalla psicoanalisi). Durante l'adolescenza, sia la relazione del padre con la propria compagna che quella con il figlio sono molto importanti. In questo caso la linea tratteggiata sta tra la madre e il figlio a indicare la necessità per entrambi di una graduale separazione e autonomia psicologica.

La funzione paterna può essere interpretata in una prospettiva triadica familiare

Tabella 4.2 La funzione paterna come base sicura (da Baldoni 2009)*Prima infanzia*

- Favorire e tutelare la relazione madre-bambino (abitazione adeguata, sostegno economico, procurare cibo e altri beni necessari, rappresentare e proteggere il nucleo familiare)
- Supporto e contenimento psicologico della madre durante la gravidanza e nel periodo successivo al parto

Adolescenza

- Sostenere il figlio nel processo di emancipazione
- Proteggere la propria compagna dalla sofferenza emotiva per la separazione dal figlio e i cambiamenti delle funzioni affettive (ruolo materno) e sessuali (menopausa)

alla luce della teoria dell'attaccamento e in particolare attraverso il concetto di base sicura (Baldoni, 2005, 2009) (Tabella 4.2).

Un compito fondamentale del padre durante la prima infanzia è favorire le condizioni perché la relazione privilegiata tra madre e bambino si sviluppi e si mantenga in modo adeguato. Questo avviene in primo luogo occupandosi delle questioni di ordine pratico: garantire una dimora confortevole e sicura, fornire un sostegno economico, procurare il cibo e gli altri beni necessari alla famiglia, rappresentare e proteggere i propri cari nella relazione con l'ambiente esterno occupandosi di eventuali problemi e conflitti.

Una seconda funzione maschile di grande importanza, per lungo tempo sottovalutata e solo recentemente oggetto di ricerche, è quella di proteggere la propria compagna nei periodi in cui è maggiormente esposta a condizioni di potenziale pericolo e a problemi emotivi, particolarmente alla depressione. Questi momenti cruciali, nel ciclo vitale della donna (e della famiglia), sono fondamentalmente due: il primo è quello relativo alla gravidanza e ai primi mesi dopo il parto, il secondo coincide con l'adolescenza e l'emancipazione dei figli. In questi due momenti le donne sono maggiormente esposte a difficoltà emotive e reazioni di carattere depressivo, legate non solo ai mutamenti fisici e ormonali, ma anche ai cambiamenti del proprio ruolo sessuale femminile di donna e di madre. La funzione del maschio, in questi casi, è quella di aiutare la propria compagna a superare le difficoltà mantenendo la sofferenza e la problematicità a livelli tollerabili.

Sappiamo, infatti, che durante la gravidanza e nei primi mesi successivi alla nascita del bambino sono frequenti le reazioni emotive di carattere ansioso e depressivo, che possono andare dalla semplice disforia post-partum o *maternity blues* (un'alterazione transitoria dell'umore che si manifesta nel 60-70% delle puerpere nei giorni immediatamente successivi al parto) fino alle vere e proprie depressioni post-partum. In questi casi gli aspetti psicologici e biologici si intrecciano in modo particolarmente evidente in quanto le modificazioni corporee dovute alla gravidanza e al parto e i cambiamenti ormonali legati alla montata latte svolgono sicuramente un ruolo importante nel favorire lo sviluppo di un disturbo affettivo. Donald Winnicott ha descritto questa condizione con il nome di "preoccupazione materna primaria" (1956) e riteneva che, se si manifestasse al di fuori della maternità, sarebbe considerata una malattia psichiatrica, mentre nei primi mesi dalla nascita del bambino è uno stato

fisiologico e normale di regressione, utile per l'accudimento del bambino. In questi momenti, la funzione del padre sembra essere quella di fornire alla propria compagna supporto psicologico e sicurezza, proteggendola da un'eccessiva sofferenza emotiva. Questa funzione può essere interpretata in termini di base sicura.

Vi sono interessanti dati di ricerca a sostegno di questa tesi.

Studi svolti sulle coppie nel periodo che va dalla gravidanza al post-partum hanno dimostrato che le donne affette da disturbi affettivi post-partum hanno frequentemente un partner che manifesta disturbi emotivi già dai primi mesi della gravidanza. In una ricerca su 44 coppie in attesa di un figlio (Baldoni 2005; Baldoni et al., 2001; Baldoni, Baldaro, Benassi, 2009) abbiamo valutato entrambi i partner dal quinto mese di gravidanza al terzo mese dopo il parto attraverso una batteria di questionari psicologici (CES-D, *Symptom Questionnaire*, *Illness Behaviour Questionnaire*). Successivamente al parto, le coppie sono state suddivise in *gruppo 1* (quando le madri avevano manifestato il *maternity blues* o un altro disturbo affettivo legato al parto) e *gruppo 2* (quando non era stata evidenziata alcuna sintomatologia depressiva). Dall'analisi dei dati è emerso che, nelle diverse somministrazioni, la sintomatologia depressiva dei padri è risultata sempre significativamente correlata a quella delle madri (i punteggi aumentavano fino al momento del parto per poi diminuire). In particolare, i padri del gruppo 1 hanno presentato una sintomatologia depressiva più marcata e sono risultati più ostili, più ansiosi e più ipocondriaci dei padri del gruppo 2. Queste differenze erano rilevabili già al quinto mese di gravidanza. I padri le cui compagne avevano sviluppato un disturbo affettivo successivamente al parto si differenziavano da quelli dell'altro gruppo anche per altri aspetti riconducibili alla relazione di coppia, come la maggiore frequenza con cui avevano lamentato disturbi di salute durante la gravidanza (in alcuni casi si era manifestata la sindrome della *couvade*) e la minore presenza al momento parto (50% nel primo gruppo e 93% nel secondo).

L'importanza della funzione protettiva svolta dal maschio nei confronti della propria compagna è confermata da ricerche svolte su coppie che si sono sottoposte alla fecondazione assistita in vitro. In uno studio (Baldoni 2005; Baldoni et al., in corso di stampa) abbiamo esaminato 25 coppie sterili che si sono sottoposte alla fecondazione assistita attraverso la procedura IVF-ET (*In Vitro Fertilization and Embryo Transfer*). Entrambi i partner sono stati valutati con questionari psicologici (CES-D; *Symptom Questionnaire*; *Indice Whiteley*; *Valutazione Rapida dello Stress*) in più occasioni dall'inizio del trattamento fino a 30 giorni dal prelievo ovocitario (*pick up*), data in cui può essere accertata l'eventuale gravidanza. La procedura di fecondazione in vitro prevede una terapia ormonale molto impegnativa che può comportare l'insorgenza di sintomi somatici intensi tali da indurre alcune donne a interrompere il trattamento. Indipendentemente dal successo della procedura, l'intensità dei disturbi somatici delle madri è risultata correlata al livello di ansia e di depressione dei padri. L'ansia delle madri, inoltre, era correlata all'ansia e all'ostilità dei padri, e il livello di depressione manifestato dalle madri alla fine della procedura a quello rilevato nei padri sin dall'inizio del trattamento. Il dato più significativo è che le madri che risultavano maggiormente depresse alla fine della procedura, anche quando non lo erano state precedentemente, avevano compagni che manifestavano sintomi

emotivi (ansia, depressione, ostilità) già all'inizio del trattamento.

L'influenza del padre sulla relazione tra madre e bambino è confermata anche dagli studi sull'attaccamento. Nonostante le ricerche che hanno confrontato lo stile di attaccamento dei genitori (valutato tramite la AAI) con quello dei figli alla *Strange Situation* abbiano evidenziato una bassa correlazione con l'attaccamento paterno (40-50%), questa aumenta (fino all'82%) quando i padri manifestano forme di attaccamento insicuro accompagnate da disturbi emotivi o comportamentali (van IJzendoorn, 1995; van IJzendoorn, De Wolff, 1997). Uno studio, per esempio, ha dimostrato che l'abuso di alcool nel padre favorisce la depressione e l'insensibilità materna ed è predittivo dello sviluppo di una relazione insicura tra madre e bambino (Das-Eiden, Leonard, 1996). È legittimo ipotizzare che un padre sicuro sia in grado di svolgere una funzione adeguata di base sicura e che, quindi, abbia minore influenza sullo sviluppo dell'attaccamento del figlio (che è maggiormente condizionato da quello materno). Quando invece il padre è insicuro, possono presentarsi difficoltà che si riversano sulla coppia madre-bambino, influenzando lo sviluppo dell'attaccamento.

In una ricerca su giovani adolescenti (Zimmermann, Grossmann, 1997) è stato inoltre rilevato che a quell'età la presenza di stili di coping più attivi e meno evitanti e la capacità di esplorazione sono correlati significativamente con la qualità dell'attaccamento paterno durante l'infanzia, con la sensibilità dimostrata dal padre durante il gioco quando il figlio aveva 2-3 anni e con la rappresentazione dell'attaccamento paterno valutata a 8 anni. Un'altra ricerca ha evidenziato che il comportamento sensibile del padre durante il gioco a 2 anni è significativamente correlato a uno stile di attaccamento sicuro-autonomo nel figlio rilevato tramite la AAI all'età di 16 anni (Grossmann, 1997). Da questi studi emerge una durevole influenza fin dalla prima infanzia della qualità del rapporto con il padre sullo sviluppo di competenze sicure nelle attività di esplorazione e sulle capacità di adattamento alle situazioni difficili.

L'importanza dell'attaccamento paterno e il ruolo svolto dal padre nel rapporto diretto con il figlio e all'interno della triade Madre-Padre-Bambino, a lungo trascurati o minimizzati, oggi sono quindi al centro di un'interessante attività di ricerca. Dagli studi emerge che il padre non svolge solamente un ruolo nei processi legati al conflitto di Edipo o allo sviluppo dell'identità sessuale e del Super-Io. Altrettanto importante è l'influenza del padre, fin dalla prima infanzia, sullo sviluppo di una "base sicura" che, soprattutto nelle situazioni di pericolo, sostenga la madre nello svolgimento delle proprie funzioni di crescita del figlio e il bambino nelle proprie attività di esplorazione e nello sviluppo dell'autonomia (Baldoni, 2005, 2009).

I padri preoccupati, troppo emotivi o depressi sembrano quindi costituire uno svantaggio per l'equilibrio emotivo della propria compagna e per il buon andamento del rapporto tra madre e bambino (Luca, Bydlowski, 2001; Baldoni, 2005, 2009). Questo deve far riflettere, in quanto una tendenza attuale della nostra società è quella di valorizzare nei padri lo svolgimento di funzioni sostanzialmente materne (come l'accudimento fisico del bambino, l'alimentazione o il cambio del pannolino) sottovalutando quelle proprie del maschio. È sempre più frequente assistere, durante la gravidanza, alle manifestazioni preoccupate e ansiose dei padri che in alcuni casi arrivano ad accusare sensazioni corporee e disturbi simili a quelli della moglie (fenomeno noto come "sindrome della *couvade*"). Questi atteggiamenti eccessivi, simili

per certi aspetti alla condizione di preoccupazione materna primaria descritta da Winnicott e da lui considerata uno stato normale e utile nella donna, quando si manifestano nel maschio dovrebbero essere considerati con attenzione, in quanto compromettono la funzione maritale e paterna di base sicura.

I padri, inoltre, nel periodo di transizione alla genitorialità, possono soffrire anch'essi di disturbi affettivi simili alla depressione post-partum (per una rassegna vedi Baldoni, Ceccarelli 2010). Se si considera il periodo della gravidanza e del primo anno post-partum, le percentuali rilevate di "depressione perinatale paterna" (*dépression périnatale paternelle* – DPP) variano dal 2% al 31% con una media mondiale del 10,4% (Paulson, Bazemore 2010). I sintomi della DPP sono differenti da quelli della depressione perinatale materna (DPM). I padri presentano una sintomatologia più ridotta e di entità più lieve, i disturbi sono sfumati e vanno da reazioni nevrotiche di irrequietezza e di tristezza alla malinconia, passando per stati di impotenza, di disperazione, di sconforto e di crollo narcisistico.

La ricerca empirica ha evidenziato una correlazione significativa fra DPM e DPP (Areias et al., 1996; Deater-Deckard et al., 1998; Soliday et al., 1999; Matthey et al., 2000; Buist, Morse, Durkin 2002; Condon et al., 2004; Baldoni et al., 2001; Baldoni, Baldaro, Benassi, 2009; Paulson, Bazemore 2010; Baldoni, Ceccarelli 2010).

Da un'analisi condotta da Harvey e McGrath (1988) sui partner di 40 donne ricoverate in una *Mother-Baby Unit* a causa di un disturbo mentale post-partum, è risultato che il 42% soffriva di disturbi d'ansia, episodi di depressione maggiore o manifestava un basso funzionamento psicosociale. Lovestone e Kumar (1993), confrontando i risultati relativi a tre gruppi di padri, hanno dimostrato che il gruppo di uomini le cui partner soffrivano di disturbi mentali post-partum accusavano una sintomatologia psichiatrica molto più elevata rispetto agli altri due gruppi. Altri studi hanno rilevato che dal 22% al 50% di padri depressi aveva una partner affetta da sintomatologia depressiva (Raskin, Richman, Gaines, 1990; Ballard, Davies, 1996). In uno studio canadese (Zelkowitz, Milet, 1997) dal confronto di 50 padri le cui partner erano affette da DPM con un gruppo di controllo di 50 padri sono emerse importanti differenze circa la prevalenza di disturbi psicologici: nel primo gruppo si registrò un 24% di diagnosi psichiatrica (comprendente disturbi depressivi, d'ansia, di somatizzazione e dell'adattamento) rispetto a un 10% del gruppo di controllo.

La correlazione fra DPM e DPP può essere intesa non solo come un'influenza della depressione materna sullo stato emotivo del proprio partner, ma anche in senso contrario, come conseguente al fallimento della funzione protettiva di base sicura che il padre avrebbe dovuto svolgere nei confronti della compagna.

La funzione protettiva antidepressiva dell'uomo nei confronti della propria compagna, infine, è importante non solo durante la gravidanza e nei primi anni di vita del bambino, ma anche in un altro momento delicato e potenzialmente pericoloso del ciclo vitale della famiglia: durante l'adolescenza e la graduale emancipazione dei figli. In questo periodo la madre deve saper rinunciare al ruolo svolto durante l'infanzia e prepararsi a vedere il figlio uscire dalla famiglia. La funzione del padre, in questo caso, non è solo quella di sostenere il giovane in questo processo (fornendogli una base sicura), ma anche proteggere la compagna dalla sofferenza psicologica le-

gata alla perdita del proprio ruolo materno e al cambiamento concomitante della propria vita affettiva e sessuale. Ancora una volta fattori di carattere psicologico e biologico si intrecciano (bisogna, infatti, ricordare che questi anni coincidono in molte donne con l'inizio della menopausa). In questo periodo l'uomo deve sapere aiutare madre e figlio a separarsi psicologicamente e ricondurre amorevolmente la propria compagna all'interno di un rapporto di coppia in cui possa di nuovo sentirsi valorizzata. Al contrario, un padre troppo apprensivo, invadente o iperprotettivo, che entra in competizione con la compagna o si sovrappone alle preoccupazioni materne aggravandole, può limitare il processo di autonomizzazione del figlio, ostacolando il superamento di questa fase del ciclo vitale e favorendo nella propria compagna lo sviluppo di una sintomatologia depressiva.

Gli studi sull'attaccamento e le ricerche che valutano le relazioni familiari in una prospettiva triadica hanno permesso di superare molti limiti della psicologia evolutiva classica, approfondendo le funzioni svolte dalla relazione di coppia e i ruoli genitoriali, in quanto li si considera per il loro valore adattativo e li si inserisce in un processo evolutivo che si modifica nel corso del ciclo vitale.

Bibliografia Paragrafo 4.1

- Ainsworth MDS, Witting BA (1969) Attachment and exploratory behaviour of one-year olds in a Strange Situation. In: Foss BM (ed) Determinants of infant behaviour. Methuen, London, pp 11-136
- Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S (1978) Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. Erlbaum, Hillsdale, NJ
- Ainsworth MDS (1985) Attachment across the life span, Bulletin of the New York Academy of Medicine, vol. 61
- Bateman A, Holmes J (1995) La psicoanalisi contemporanea. Teoria, pratica e ricerca. Cortina, Milano, 1998
- Bowlby, J (1940) Children. Int J Psychoanal 21:352
- Bowlby, J (1944) Forty-four juvenile thieves: their characters and home-life. Int J Psychoanal 25:19-53, 107-128
- Bowlby J (1951) Maternal Care and Mental Health, WHO, London [Trad. it.: Cure materne e igiene mentale del fanciullo. Giunti- Barbera, Firenze, 1957]
- Bowlby J (1953) Child care and the growth of love. Penguin, Harmondsworth
- Bowlby J (1969) Attachment and Loss, vol. 1: Attachment. Basic Books, New York, NY. Attaccamento e perdita, vol. 1: L'attaccamento alla madre. Boringhieri, Torino, 1972
- Bowlby J (1973) Attachment and Loss, vol. 2: Separation. Basic Books, New York, NY. Attaccamento e perdita, vol. 2: La separazione dalla madre. Boringhieri, Torino, 1975
- Bowlby J (1977) Costruzione e rottura dei legami affettivi. Cortina, Milano, 1982
- Bowlby J (1980) Attachment and Loss, vol. 3: Loss, Sadness and Depression. Basic Books, New York, NY. Attaccamento e perdita, vol. 3: La perdita della madre. Boringhieri, Torino, 1983
- Bowlby J (1981) Perspective: a contribution by John Bowlby. Bulletin of the Royal College of Psychiatrists 5:1
- Bowlby J (1988) Una base sicura. Cortina, Milano, 1989
- Crittenden PM (1999) Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo all'Adult Attachment Interview. Cortina, Milano
- Fonagy P, Steele M, Steele H (1991) Maternal representations of attachment during pregnancy predict infant-mother attachment patterns at one year. Child Dev 62:891-905

- Fonagy P, Target M (2001) *Attaccamento e funzione riflessiva*. Cortina, Milano
- Fonagy P (2001) *Attachment Theory and Psychoanalysis*, Other Press, New York, NY [Trad. it.: *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*. Cortina, Milano, 2002]
- George C, Kaplan N, Main M (1986) *Adult Attachment Interview*. Department of Psychology, University of California, Berkeley
- Harlow HF (1959) Love in Infant Monkeys. *Sci Am* 200:68-74
- Holmes J (1993) *La teoria dell'attaccamento*. John Bowlby e la sua scuola. Cortina, Milano, 1994
- Lorenz K (1949) *L'anello di Re Salomone*. Adelphi, Milano, 1967
- Main M, Goldwin R (1985-1994) *Adult Attachment Scoring and Classification System*. Manoscritto non pubblicato, University of California, Berkeley
- Robertson J (1953) *Film: A Two-year-old Goes to Hospital*. 16 mm, 40-minute and 30-minute versions, in English and French. Concord Video and Film Council
- Spitz RA (1945) *Hospitalism*. In: Fenichel O (ed) *The Psychoanalytic Study of the Child*. International Universities Press, New York, NY

Bibliografia Paragrafo 4.2

- Ainsworth MDS, Witting BA (1969) Attachment and exploratory behaviour of one-year olds in a Strange Situation. In: Foss BM (ed) *Determinants of infant behavior*. Methuen, London, vol. 4, 11-136
- Areias ME, Kumar R, Barros H, Figueiredo E (1996) Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *Brit J Psychiatry* 169:30-35
- Baldoni F (2003) *Attaccamento e funzione genitoriale*. In: Galli G (a cura di) *Interpretazione e nascita*. Atti XXIII Colloquio sull'Interpretazione "Interpretazione e Nascita" (Macerata 4-5 aprile 2003). Istituti Editoriali e Poligrafici Internazionali, Pisa-Roma
- Baldoni F (2004) *Attaccamento di coppia e cambiamento sociale*. In: Crocetti G (a cura di) *Il Girasole e l'ombra. Intimità e solitudine del bambino nella cultura del clamore*. Pendragon, Bologna, pp 95-109
- Baldoni F (2005) *Funzione paterna e attaccamento di coppia: l'importanza di una base sicura*. In: Bertozzi N, Hamon C (a cura di) *Padri & paternità*. Edizioni Junior, Bergamo, pp 79-102
- Baldoni F (2009) *La famiglia incompleta: attaccamento di coppia e crisi della genitorialità*. In: Crocetti G, Tavella S (a cura di) *Intimità e solitudine della coppia-famiglia nella cultura del clamore*. Città Aperta, Troina, pp 103-130
- Baldoni F (2010) *La prospettiva psicosomatica. Dalla teoria alla pratica clinica*. Il Mulino, Bologna
- Baldoni F, Baldaro B, Gentile G et al (2001) *Affective suffering and attachment relationships in couples during pregnancy and post-partum*. Atti del III Congresso Europeo di Psicopatologia del Bambino e dell'Adolescente (Lisbona, 31 maggio-3 giugno 2001), p 14
- Baldoni F, Baldaro B, Benassi M (2009) *Disturbi affettivi e comportamento di malattia nel periodo perinatale: correlazioni tra madri e padri*. *Child Dev Disabil* 3, pp 25-44
- Baldoni F, Ceccarelli L (2010) *La depressione perinatale paterna. Una rassegna della ricerca clinica ed empirica*. *Infanzia e adolescenza* (in corso di stampa)
- Baldoni F, Garutti F, Baldaro B et al (in corso di stampa) *Sofferenza emotiva e insuccesso della procedura IVF-ET (In Vitro Fertilization and Embryo Transfer)*
- Baldoni F, Trombini G (2005) *La psychosomatique*. Éditions in Press, Paris
- Ballard C, Davies R (1996) *Postnatal depression in fathers*. *International Review of Psychiatry* 8:65-71
- Barone L, Del Corno F (a cura di) (2007) *La valutazione dell'attaccamento adulto. I questionari autosomministrati*. Cortina, Milano
- Bartholomew K, Horowitz LM (1991) *Stili di attaccamento fra giovani adulti: analisi di un modello a quattro categorie*. In: Carli L (a cura di) *Attaccamento e rapporto di coppia*. Cortina, Milano, pp 229-273

- Belsky J (1997) Variation in susceptibility to environmental influence: an evolutionary argument. *Psychological Inquiry* 8:182-186
- Bowlby J (1958) The nature of the child's tie to his mother. *Int J Psychoanal* 39:350-373
- Bowlby J (1969-1982) *Attaccamento e perdita*, vol. 1: L'attaccamento alla madre. Boringhieri, Torino, 1972-1989
- Bowlby J (1973) *Attaccamento e perdita*, vol. 2: La separazione dalla madre. Boringhieri, Torino, 1975
- Bowlby J (1979) *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Cortina, Milano, 1982
- Bowlby J (1980) *Attaccamento e perdita*, vol. 3: La perdita della madre. Boringhieri, Torino, 1983
- Bowlby J (1988) *Una base sicura*. Cortina, Milano, 1989
- Buist A, Morse CA, Durkin S (2002) First-time parenthood: influences on pre- and postnatal adjustment in fathers and mothers. *J Psychosom Obst Gyn* 21:109-120
- Carli L (a cura di) (1995) *Attaccamento e rapporto di coppia*. Cortina, Milano
- Carli L (a cura di) (1999) *Dalla diade alla famiglia. I legami di attaccamento nella rete familiare*. Cortina, Milano
- Carli L, Cavanna D, Zavattini GC (2009) *Psicologia della relazione di coppia. Modelli teorici e intervento clinico*. Il Mulino, Bologna
- Condon JT, Boyce P, Corkindale C (2004) The first-time fathers study: a prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Aust N Z J Psychiatr* 38:56-64
- Crittenden PM (1994) *Nuove prospettive sull'attaccamento. Teoria e pratica in famiglie ad alto rischio*. Guerini e Associati, Milano
- Crittenden PM (1997) *Pericolo, sviluppo e attaccamento*. Masson, Milano
- Crittenden PM (1999) *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo all'Adult Attachment Interview*. Cortina, Milano
- Crittenden PM (2008) *Il Modello Dinamico-Maturativo dell'attaccamento*. Libreria Cortina, Milano
- Das-Eiden R, Leonard KE (1996) Paternal alcohol use and the mother infant relationship. *Dev Psychopathol* 8:307-323
- Deater-Deckard K, Pickering K, Dunn JF, Golding J (1998) Family structure and depressive symptoms in men preceding and following the birth of a child. *Am J Psychiatry* 155:818-823
- Engel GL (1962) *Medicina psicosomatica e sviluppo psicologico*, Bologna, Cappelli, 1981
- Feeney JA, Noller P, Hanrahan M (1994) *Assessing adult attachment*. In: Sperling MB, Berman WH (eds) *Attachment in adults: clinical and developmental perspectives*. Guilford Press, New York, NY, pp 128-152
- Fivaz-Depeursinge E, Corboz-Warnery A (1999) *Il triangolo primario*. Cortina, Milano, 2000
- Fonagy P (2001) *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*. Cortina, Milano, 2002
- George C, Kaplan N, Main M (1985) *Adult Attachment Interview*. Department of Psychology, University of California, Berkeley
- Grossmann K (1997) *Infant-father attachment relationship: Sensitive challenges during play with toddler is the pivotal feature*. Abstract Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Washington, DC
- Harvey I, McGrath G (1988) Psychiatric morbidity in spouses of women admitted to a mother and baby unit. *Brit J Psychiatry* 152:506-510
- Hazan C, Shaver PR (1987) L'amore di coppia inteso come processo di attaccamento. In: Carli L (a cura di) *Attaccamento e rapporto di coppia*. Cortina, Milano, pp 91-126
- Holmes J (1993) *La teoria dell'attaccamento*. Cortina, Milano, 1994
- Lovestone S, Kumar R (1993) Postnatal psychiatric illness: the impact on partners. *Brit J Psychiatry* 163:210-216
- Luca D, Bydlowski M (2001) *Dépression Paternelle et périnatalité*. *Le Carnet/PSY* 67:28-33
- Main M, Goldwyn R (1985-1994) *Adult Attachment Scoring and Classification System*. Manuscripto non pubblicato, University of California, Berkeley
- Main M, Solomon J (1986) *Discovery of a new insecure-disorganized/disoriented attachment pattern*. In: Brazelton TB, Yogman M (eds) *Affective development in infancy*. Ablex, Norwood, pp 95-124

- Matthey S, Barnett B, Ungerer J, Waters B (2000) Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *J Affect Disord* 60:75-85
- Parker G, Tupling H, Brown LB (1979) A parental bonding instrument. *Brit J Med Psychol* 52:1-10
- Paulson JF, Bazemore SD (2010) Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression. *JAMA* 303:1961-1969
- Poerio V (1998) Stili di attaccamento nell'adulto: dimensioni psicologiche sottostanti. *Psicoterapia cognitiva e comportamentale* 4:35-51
- Raskin V, Richman JA, Gaines C (1990) Patterns of depressive symptoms in expectant and new parents. *Am J Psychiatry* 147:658-660
- Soliday E, McCluskey-Fawcett K, O'Brien M (1999) Postpartum affect and depressive symptoms in mothers and fathers. *Am J Orthopsychiatr* 69:30-8
- van IJzendoorn MH (1995) Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin* 117:387-403
- van IJzendoorn MH, De Wolff MS (1997) In search of the absent father - Meta-analyses of infant-father attachment. *Child Dev* 68: 604-609
- Weiss R (1982) Attachment in adult life. In: Parkes CM, Stevenson Hinde J (eds) *The place of attachment in human behaviour*. Routledge, London
- Weiss RS (1991) Il legame di attaccamento nell'infanzia e nell'età adulta. In: Parkes CM, Stevenson Hinde J, Marris P (a cura di) *L'attaccamento nel ciclo di vita*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1995, pp 63-74
- Winnicott DW (1956) La preoccupazione materna primaria. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze, 1975, pp 357-363
- Zelkowitz P, Milet TH (1997) Stress and support as related to postpartum paternal mental health and perceptions of the infant. *Infant Mental Health* 18:424-435
- Zimmermann P, Grossmann KE (1997) Attachment and adaptation in adolescence. In: Koops W, Hoeksma JB, van den Boom DC (eds) *Development of interaction and attachment: traditional and non-traditional approaches*. North-Holland, Amsterdam, pp 281-282



Un modello evolutivistico della teoria dell'attaccamento: l'intervento clinico¹

5

5.1

Introduzione al Modello Dinamico-Maturativo (DMM)

Patricia M. Crittenden

5.1.1

Intrecci teorici

Il mio intervento ha l'obiettivo di dare una breve visione di insieme sul perché ho scelto di "rompere" con la teoria dell'attaccamento, ricordando che anche Bowlby ha "rotto" con la teoria psicoanalitica. Vi presenterò una visione della teoria dell'attaccamento che rispetto a quella comunemente accettata è diversa, per molti versi addirittura opposta. Gli approcci alla teoria dell'attaccamento adottati da due delle allieve di Mary Ainsworth, cioè io stessa e Mary Main, presentano differenze cruciali. In questa sede tratteggerò una visione d'insieme di questi due approcci, sottolineando ovviamente il mio punto di vista.

Il mio approccio alla teoria dell'attaccamento è il Modello Dinamico-Maturativo (DMM). L'attaccamento è incentrato sulla sopravvivenza; tutto il resto discende da questo concetto. Il DMM (Crittenden, 1999, 2000 a, 2000 b, 2000 c, 2008) offre due cose: un nuovo modo di definire il problema e alcuni modi di ren-

¹ Questo capitolo è stato redatto dagli autori sulla base dei contributi scientifici presentati dagli stessi al Convegno tenuto all'Università di Brescia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, il 16 maggio 2008. Le note sono dei curatori. Per un approfondimento più esaustivo degli argomenti trattati nel capitolo si consultino: Crittenden PM (1994) Nuove prospettive sull'attaccamento. Guerini, Milano 2003; Crittenden PM (1997) Pericolo, sviluppo e adattamento. Masson, Milano; Crittenden PM (1999) Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico maturativo all'Adult Attachment Interview. Cortina, Milano; Crittenden PM (2008) Il Modello Dinamico Maturativo dell'attaccamento. Cortina, Milano.

5

dere il trattamento adeguato e pertinente al problema.

Qual è il problema? Il problema è sopravvivere. E per quanto tempo vogliamo sopravvivere? Per sempre! Cosa dobbiamo fare per riuscire a realizzare questo compito impossibile? Proteggerci e avere figli.

Se si vuole sopravvivere per sempre bisogna avere figli. Da quando esiste la contraccezione, le donne più istruite hanno scelto di non avere figli, o di averne più tardi, o di averne di meno. Quando poi le donne istruite fanno figli, sembrano prendere in prestito qualche spermatozoo per un'ora o due e poi non aver più bisogno dell'uomo in senso stretto. Le cose sono molto cambiate negli ultimi trenta, quaranta anni: un tempo non si riusciva a resistere al richiamo del sesso e i bambini "accadevano". Adesso che ci "proteggiamo", facciamo sesso ma non figli. Se però arriviamo ad avere dei bambini, c'è bisogno di poterli proteggere finché loro stessi non siano maturi dal punto di vista riproduttivo.

La protezione dal pericolo e il sesso sono tutto ciò che interessa agli esseri umani. Leggendo i giornali, guardando la televisione, ascoltando il contenuto delle canzoni, guardando i film, potrete constatare la completa priorità accordata al pericolo e al sesso. E se queste due cose non vengono gestite in maniera adeguata, non esistiamo più. È semplice gestirle? Niente affatto. La versione della teoria dell'attaccamento che vi proporrò cerca appunto di rispecchiare la complessità del problema. Se il problema è sopravvivere, come affrontarlo?

L'attaccamento è il modo in cui risolviamo entrambi questi problemi. I bambini si attaccano ai loro genitori per sopravvivere. I partner, ossia i mariti e le mogli, si attaccano reciprocamente per proteggersi a vicenda, per avere bambini e per proteggere i bambini per il resto della loro vita.

Il DMM prevede che moltissime strategie possano essere utilizzate. Il mio approccio è solo una continuazione di quello di Bowlby, che a sua volta ha incorporato molte altre teorie nella sua teoria dell'attaccamento. Il DMM, così come esiste oggi, è una teoria comprensiva che integra altri contenuti, rispetto alle differenze individuali, nello sviluppo dell'attaccamento. Ho preso l'idea delle differenze individuali nello sviluppo da Mary Ainsworth. Bowlby mi ha insegnato: "esplora tutte le migliori teorie che ci sono e mettile insieme". Mary Ainsworth mi ha insegnato: "raccogli buoni dati rispetto alle differenze individuali tra le persone e segui questi dati nel corso di tutto l'arco della vita". Per me ci sono voluti circa venti anni, da quando ho lasciato Mary Ainsworth a oggi, per costruire la visione evolutiva che ho attualmente. Ho la sensazione che il modello evolutivo che ho costruito, nella sua forma attuale, sia completo. Non avevo questa idea fino a circa due anni fa. Ciò non significa che il modello non cambierà più, ma a questo punto ha una sua coerenza interna. È il momento di creare una meta-teoria del trattamento. Se abbiamo conoscenze sullo sviluppo, e in particolare sullo sviluppo delle differenze individuali (incluse quelle più vicine alla psicopatologia o al mancato adattamento), allora è il momento di usare tali conoscenze applicandole alle modalità dei trattamenti.

Il DMM mutua da Bowlby le competenze psicoanalitiche, la sua applicazione della teoria generale dei sistemi all'attaccamento, la comprensione della teoria dell'evoluzione in ambito biologico e l'inizio di un approccio al mondo delle neuroscienze (nel terzo volume della sua trilogia, *Lutto*, Cap. 3) e all'elaborazione delle infor-

mazioni. Quando sono entrata in contatto con la teoria di Bowlby, alla fine degli anni '70, queste erano le componenti già in loco. Poi è iniziata una serie di aggiunte, tra cui la neurobiologia dell'attaccamento e la teoria del temperamento. In questa sede non c'è spazio per approfondire quest'ultimo aspetto: ci fu una fase in cui la teoria dell'attaccamento e quella del temperamento erano ritenute risposte incompatibili. Secondo me, come aspetti complementari dell'analisi delle differenze individuali del comportamento umano, non sono affatto incompatibili. Altre nuove fonti di idee sono state per me la sociobiologia e la teoria dell'apprendimento, considerata un'altra area teorica incompatibile con l'attaccamento: "o lo impariamo o è attaccamento" era il leitmotiv di una delle battaglie degli anni '70 e '80. Di nuovo, considero i due concetti compatibili, in quanto si completano reciprocamente, e illogico è porsi il problema di dover scegliere l'uno o l'altro. Sono inoltre state aggiunte idee riguardo allo sviluppo cognitivo, usando il modello piagetiano, il pensiero eriksoniano riguardo al "posto" del bambino all'interno della sua famiglia e all'interno della società, la teoria dell'apprendimento sociale riferendosi alla Scuola di Bandura. Tutti questi aspetti sono integrabili e compatibili con le radici della teoria dell'attaccamento: si tratta semplicemente di discernere quali siano i contributi pertinenti, e di combinarli e integrarli. Se l'idea è buona vale la pena di integrarla con le altre cose che si fanno. Anche le idee sulla teoria della mente sono, a loro volta, state trattate come incompatibili riguardo all'attaccamento, cosa che io non riscontro.

Sono state prese idee anche dalla versione vygotskiana della teoria cognitiva: sono per me di particolare interesse due idee di derivazione vygotskiana. Una è l'idea della zona di sviluppo prossimale: una figura di attaccamento funziona nella zona di sviluppo prossimale della persona attaccata, quindi, non facendo per la persona attaccata ciò che è in grado di fare da sola, né per contro aspettandosi che contribuisca con azioni che sono al di là della sua competenza e della sua portata. La figura di attaccamento sensibilmente responsiva coglie dov'è la nuova frontiera dell'apprendimento della persona attaccata, e la assiste in questi apprendimenti in modo tale che questa si senta abbastanza al sicuro da osare confrontarsi con l'apprendimento di qualcosa di nuovo. Le figure affettive cui i bambini si attaccano in modo sicuro funzionano nella zona di sviluppo prossimale dei bambini. Poiché questa zona è in costante cambiamento, la figura di attaccamento deve essere sensibile a questi cambiamenti e deve rispondere in modo appropriato, vale a dire non facendo troppo e non facendo troppo poco. I bambini ansiosamente attaccati sono quelli il cui livello di competenza non è stato percepito in modo corretto, o ai quali non è stata data una risposta compatibile.

Tornando alle teorie, considero anche la teoria sistemica e quella transazionale. I sistemi familiari sono un livello sistemico essenziale per poter pensare e riflettere sull'attaccamento. Distinguiamo tra la teoria dei sistemi familiari e la terapia sistemica familiare, che è qualcosa di diverso: intendo che non si può pensare all'attaccamento senza pensare ai sistemi familiari, ma non sto sostenendo che si debba essere un terapeuta sistemico familiare per fare questo.

L'altra prospettiva mutuata da Vygotsky, tramite Bronfenbrenner, è l'ecologia sociale. Se considerate tutto il campo delle teorie citate, si nota che si va da sistemi biologici intrapersonali a sistemi interpersonali, a sistemi familiari, a sistemi sociali.

5

Quindi, queste teorie, che fossero sistemiche o meno in origine, sono state riformulate e risistemate in una cornice di gerarchia complessiva. Tutti questi ambiti di analisi sono necessari all'obiettivo di comprendere il non adattamento e il suo trattamento.

Perché allora abbiamo bisogno di una nuova teoria? Perché ciò che stiamo facendo attualmente non sta funzionando. E qui diamo uno sguardo ai dati. Sono circa trent'anni che cerchiamo di studiare l'efficacia dei trattamenti e sappiamo che in generale il trattamento funziona in circa due terzi dei casi, un 65%. Questo è un risultato ottenuto in molti studi, è duraturo e molto stabile e sappiamo anche che non ha importanza il tipo di trattamento usato. È un riscontro abbastanza stabile che due terzi delle persone trattate migliorino e un terzo no. In superficie questo sembra abbastanza positivo. La maggior parte dei terapeuti pensa che il proprio tipo di trattamento funzioni meglio di quelli altrui: i dati però non sostengono questa conclusione. Essi dicono un'altra cosa molto importante: la metà delle persone che non ricevono trattamento migliora. Il gruppo della lista d'attesa mostra effetti positivi in metà dei casi. Questo significa che il trattamento produce una differenza del 15%. È questo l'obiettivo che ci si propone in un progetto di trattamento? Questi numeri sono a disposizione da molto tempo, sono riscontri molto stabili e quando sono considerati in questo modo mi appaiono sconvolgenti. Facendo questo semplice calcolo ho capito come mai negli Stati Uniti non ci sono fondi per i trattamenti psicologici. Le compagnie assicurative coprono le prestazioni mediche, ma non i trattamenti psicologici, perché non c'è l'evidenza dell'efficacia del loro funzionamento. È molto recente, degli ultimi quattro o cinque anni, la tendenza a occuparsi delle ricerche sugli effetti dannosi dei trattamenti. Se noi pensassimo di proporre all'uso generale un trattamento farmacologico, prima di renderlo disponibile dovremmo testarne gli eventuali effetti dannosi. Il trattamento farmacologico modifica il funzionamento del sistema nervoso e non è permesso fare questo a meno che non sia dimostrato che non si sta facendo del danno. Il trattamento psicologico modifica a sua volta il funzionamento del sistema nervoso, ma la nostra ricerca non si pone neppure il problema dei possibili danni causati dal trattamento. È, questo, un problema etico. Come mai è stata messa in pratica l'idea per cui se le nostre intenzioni sono positive, gli effetti devono essere per forza positivi? Chi è genitore sa bene che le intenzioni sono sempre di proteggere, accudire, far stare bene i figli, e ci sono sicuramente stati momenti in cui, di fronte agli effetti delle azioni sui figli, ci si chiede: "Perché ho fatto questa cosa?", "Che cosa mi è saltato in mente?", "Che genere di persona può fare queste cose?". È perfettamente possibile che ai terapeuti succeda la stessa cosa, cioè di attuare trattamenti che, seppur animati dalle migliori intenzioni, producono effetti negativi. I dati attuali, di poco spessore perché basati su pochi studi e che quindi non hanno la stabilità di quelli citati prima, riportano effetti negativi dei trattamenti grosso modo nella misura del 10-20%.

Ritengo che i nostri trattamenti siano molto potenti: se i trattamenti hanno effetti negativi e positivi, più o meno della stessa entità nelle due direzioni, è molto probabile che a dover essere rivisto sia il modo in cui utilizziamo questi trattamenti. Forse somministriamo i trattamenti alle persone sbagliate: abbiamo un trattamento forte, che però somministriamo al paziente sbagliato, o che non ne aveva bisogno. Forse somministriamo il trattamento nel momento sbagliato, in cui c'è poca probabilità che

gli effetti possano realizzarsi.

Voglio fare due esempi di questa possibilità. In primo luogo, molti bambini disturbati arrivano per la prima volta all'attenzione di un servizio clinico durante l'età scolare. Se dovessi identificare, nell'arco della vita, un momento in cui il trattamento è una battaglia impari, una corsa in salita, in cui è improbabile avere dei risultati significativi, sceglierei proprio questa fascia d'età, l'età scolare. Secondo me, occorre trattare i problemi prima o dopo questa fase. Se, quindi, dedichiamo molte energie e risorse ai trattamenti di problemi identificati in età scolare, sprechiamo buona parte dei nostri sforzi. Inoltre è possibile che le dosi dei trattamenti che somministriamo non siano adeguate. Forse non è la sede adatta per dire questo: la mia esperienza dei servizi in Italia è che, a confronto con altri paesi, in Italia si sia ragionevolmente generosi. Negli Stati Uniti o in Inghilterra il trattamento è spesso inefficace perché troppo breve.

La mia conclusione è che i metodi di trattamento sono probabilmente abbastanza potenti ma non vengono usati in modo appropriato. Che cosa non funziona e cosa dobbiamo fare? Ritengo che manchi una teoria delle cause dei disturbi; la nostra conoscenza riguardo ai disturbi non è legata logicamente al modo di trattarli. Come si fa a sapere che trattamento somministrerà un terapeuta? Gli si chiede che formazione ha. Ciò predice il tipo di trattamento che verrà usato. Immaginate un medico specializzato in cardiocirurgia, da cui andate con un problema gastrico, e invece lui vi opera il cuore. Questa è la normalità nel campo del trattamento psicologico: il trattamento che si riceve è determinato dalla formazione del terapeuta che si consulta. Il paziente non ha modo di saper scegliere qual è il terapeuta più adatto al suo problema.

Tornando al problema della teoria sulle cause dei disturbi, per Bowlby la base organizzante del comportamento umano era rappresentata dalla separazione e dalla perdita: queste erano, secondo lui, le minacce primarie attorno alle quali noi ci organizziamo. Il DMM ha esteso questa definizione, definendo che a essere organizzante è l'esposizione al pericolo, e in questa categoria includiamo la separazione e la perdita.

Quando Bowlby ha abbandonato la psicoanalisi si è lasciato dietro la sessualità. Si è concentrato e focalizzato sulla separazione e sulla perdita. Uno dei punti centrali che ha fatto sì che Bowlby si separasse dalla teoria psicoanalitica, nella quale si era formato, era la convinzione che il pericolo avesse una sua realtà e che non fosse solo una fantasia. E chiaramente Bowlby riteneva che Freud avesse esagerato con il sesso, perché in Bowlby di sesso non ce n'è per niente. Ci sono solo madri e lattanti. Ma da dove sono arrivati alla madre questi bambini? Non può esserci una teoria dello sviluppo umano in cui non ci si occupi di sessualità. Secondo me Bowlby ha descritto madri amorevoli, materne che sicuramente non sono "signore sexy"; Freud, d'altro canto, parlava di bambini "sexy" prima ancora della pubertà. Ciascuna delle due teorie ha distorto la realtà: Bowlby ha tolto la sessualità dalla vita degli adulti e Freud l'ha presunta in modo inappropriato nella vita dei lattanti. Secondo me, il motivo di questi errori va ricercato nel disagio generalmente connesso con l'idea che un adulto sessualmente maturo abbia una relazione intima con un lattante sessualmente immaturo. A me pare impossibile comprendere il comportamento e il funzionamento umano se non si tiene presente che gli adulti hanno caratteristiche

5

genitoriali, ma anche sessualmente responsive, e che i bambini non hanno invece una responsabilità sessuale, anche se hanno caratteristiche che possono essere sessualmente attivanti dal punto di vista di un adulto.

L'idea centrale del DMM è che il comportamento si organizza sulla base del pericolo a cui si viene esposti. Gli elementi critici di questa idea sono: la realtà del pericolo (non si tratta di fantasie) e l'importanza del contesto nel generare la comprensione di che cosa sia il pericolo e di quali risposte gli si possano opporre.

Lo strumento fondamentale per la valutazione dell'attaccamento era per Mary Ainsworth la Strange Situation: ho visto filmati di Strange Situation in cui l'operatore alla telecamera ha tenuto per tutto il tempo inquadrato il bambino, e la madre era invisibile. Non è possibile valutare la qualità dell'attaccamento di un bambino alla madre se non si vede il comportamento di entrambi i componenti della diade. Ci sono interi campioni di Strange Situation dove la madre non è mai visibile ai codificatori. Il bambino però vede la madre, sa che la madre lo sta guardando, sa se appare depressa, annoiata, arrabbiata, irritata, disgustata, contenta, amorevole, orgogliosa. Noi però, vedendo questo tipo di video senza vedere la madre, non sappiamo tutto questo. Bowlby è il teorico, ma è la Ainsworth che rende utilizzabile o meno la teoria, individuando le modalità di raccolta di dati empirici.

Tornando agli elementi centrali del DMM, importante è la maturazione nell'arco della vita, soprattutto nei primi tre decenni. Vi è inoltre la funzione protettiva dell'organizzazione del Sé. Ci sono due aspetti tradizionali per questa teoria, che sono assolutamente cruciali: uno è l'osservazione naturalistica dei comportamenti, l'altro è la raccolta di dati empirici sulla base di queste osservazioni. La teoria dell'attaccamento parla di modelli operativi interni: questo è il termine usato da Bowlby nel terzo volume della sua trilogia. Molti dei miei colleghi in ambito di attaccamento parlano delle persone come in possesso di *un solo* modello operativo interno. Secondo me, questa terminologia e le idee che essa descrive sono datate, non più in linea con quello che attualmente le scienze cognitive e la neurobiologia ci propongono. Nella nostra testa non c'è uno spazio dedicato alla conservazione di modelli: la mente non è una biblioteca in cui si possano stivare dossier. Non abbiamo *un solo* modello che guida le nostre azioni protettive; abbiamo multiple aree di attivazione neurale, che implicano multiple rappresentazioni della nostra esperienza, disponendo a multipli comportamenti. Quindi il mio interesse è concentrato su come facciamo (dato che abbiamo, in ogni dato momento, molteplici inclinazioni, disposizioni ad agire in modo svariato) a scegliere il comportamento che poi di fatto mettiamo in atto. Dato che in ogni momento abbiamo rappresentazioni multiple di come ci sentiamo, di cosa vogliamo fare, di cosa dovremmo fare, di che cosa facciamo di solito, come facciamo a scegliere momento per momento cosa effettivamente mettere in atto?

Quando ci si occupa del trattamento, si pensa spesso che il terapeuta possa funzionare come figura di attaccamento transizionale: si ritiene che le persone che vivono una vita da loro percepita per lo più come pericolosa e priva di benessere siano suscettibili di una evoluzione verso la possibilità di sicurezza e benessere, offerta dalla figura del terapeuta. Dal mio punto di vista, allora, l'attaccamento è la relazione tra due persone, in cui una persona si occupa dell'altra. Questa è la forma d'attaccamento che la maggior parte delle persone associa alla definizione di attaccamento. Però io

credo si tratti anche della configurazione di elaborazione delle informazioni che viene utilizzata per la gestione di quella relazione. Il risultato di questa elaborazione delle informazioni è una strategia per l'identificazione del pericolo e per la risposta al pericolo. Questa è la mia *trinità* dell'attaccamento: una relazione, l'elaborazione delle informazioni e una strategia per la gestione della relazione. Si tratta tre diversi aspetti della stessa cosa.

5.1.2

Le strategie apprese

Parliamo ora dell'attaccamento come relazione specifica, cioè della prima di queste tre componenti della trinità. In una relazione di attaccamento, si insegna al bambino a utilizzare la strategia che terrà massimamente al sicuro nel contesto della relazione con quella specifica madre. Se la madre è una madre che non fa particolare attenzione al bambino, il bambino imparerà a fare più rumore, a piangere più forte, a scaldare e a gridare, finché la madre non focalizzerà la sua attenzione su di lui. Si svilupperà quindi una strategia per far sì che quella madre si occupi di lui. D'altra parte, se la madre è una madre che non gradisce il pianto e che se ne va dalla stanza tutte le volte che il bambino piange, allora il bambino imparerà a essere silenzioso e a piangere poco. Inibire le manifestazioni affettive negative costituirà la strategia di questo bambino per avere la madre più presente e meno minacciosa. Questo è l'effetto a breve termine, in tempi brevi.

Se da lattanti non si riesce a fare in modo che la madre ci protegga a breve termine, il lungo termine non esiste. In caso di sopravvivenza, l'effetto a lungo termine è che i bambini imparano a dare loro stessi un significato alle informazioni, in modo da regolare il proprio comportamento. Nel contesto della relazione di attaccamento, a lungo termine, i bambini imparano un proprio modo di usare la propria mente. È quindi improprio ritenere che il bambino abbia un futuro migliore o peggiore a causa della relazione con la madre; il futuro migliore o peggiore dipende dal modo appreso di utilizzare la propria mente. Questo è ciò che un figlio porta con sé quando se ne va da casa. Questo è il motivo del mio interesse per l'elaborazione delle informazioni.

Vediamo ora di seguito le tre configurazioni di attaccamento.

- *Tipo B = sicuro o equilibrato.* L'etichetta "sicuro" è descrittiva della relazione, mentre l'etichetta "equilibrato" descrive il funzionamento mentale. Non si può essere sicuri in un ambiente pieno di pericoli; si può invece essere equilibrati ovunque. Dal punto di vista dell'elaborazione delle informazioni, chiunque può diventare tipo B. Riguardo alla sicurezza, invece, bisogna che "i pianeti siano allineati nella configurazione giusta" per avere nella vita una condizione di completa sicurezza: occorre che nostra madre ci ami, che nostro padre si astenga dal picchiare nostra madre, che viviamo in una città o in quartiere dove non c'è rischio di violenza e che il nostro Paese non sia in guerra. Se contiamo il numero di persone, tra quelle vive in questo momento, che non gode di queste condizioni, se pensiamo in particolare alle persone che vivono in Paesi quasi perpetuamente in guerra, potremmo

5

chiederci: è possibile che non ci sia nessun tipo B in nessuno di questi Paesi? Nel DMM non è possibile che i bambini siano sicuri in contesti pericolosi; è possibile, invece, che in età adulta la mente consegua un funzionamento equilibrato in qualunque contesto.

- *Tipo A = evitante*. Il soggetto inibisce le manifestazioni affettive negative e si comporta in modi altamente prevedibili.
- *Tipo C = ambivalente*. I soggetti funzionano fondamentalmente sulla base degli stati affettivi negativi e agiscono in modo imprevedibile.

Voglio raccontare ora una storia su Bowlby, per parlarvi della logica alla base del DMM. Mary Ainsworth mi raccontava il modo in cui ha identificato questi tre tipi. Ciò accadeva tra la fine degli anni '60 e la metà degli anni '70, quindi non c'erano i personal computer e i programmi di scrittura e neppure i videotape. Gli studenti che si occupavano della ricerca prendevano appunti scritti a mano su quello che succedeva nel corso di tutte le Strange Situation che erano state eseguite. Poi andavano alla loro macchina per scrivere e con la carta velina e la carta carbone scrivevano a macchina i loro resoconti in copie multiple. Come tutti i ricercatori famosi, Mary Ainsworth si trova ora con il suo materiale, le pile di narrazioni scritte a macchina per tutto il campione e si appresta ad analizzare i dati. Di sera, seduta sul pavimento di casa sua, in mezzo a tutti i dattiloscritti, Mary Ainsworth si mette a leggere: ne legge uno e lo mette lì, ne legge un'altro e dice "questo è molto diverso" e lo mette in un'altra pila; finisce per assortire tutti i resoconti delle osservazioni in pile diverse, che riuniscono tutti quelli somiglianti tra loro. Questa è l'analisi differenziale. Alla fine si trova con tre gruppi, ciascuno con un paio di sottogruppi. Di questi gruppi, ce n'è uno con bambini che le appaiono robusti, sani: le madri vanno e vengono nel corso della Strange Situation e questi bambini non piangono, continuano a giocare, sembrano proprio bambini solidi. C'è un altro gruppo che non le sembra in condizioni altrettanto buone: piangono quando la madre non c'è, desiderano il suo ritorno e la sua presenza; quando la madre ritorna recuperano, ma ci vuole un po' di tempo, non è un recupero immediato. C'è poi un gruppo di "disastri": bambini che piangono continuamente, che vogliono essere presi in braccio, ma poi non ci vogliono stare, calciano, urlano, non si sa cosa fare, se tenerli su o metterli giù. Questi, dalla separazione della madre in poi, non si rimettono più in sesto.

Mary Ainsworth va al telefono, chiama Londra e parla con il suo buon amico John Bowlby. Gli dice: "Ho trovato un gruppo di bambini a posto, un gruppo di bambini così così e un gruppo di disastri: un gruppo è sicuro, l'altro è misto, quell'altro ancora è ansioso e sofferente". John le risponde: "Rallenta un attimo, Mary, perché ancora non sai precisamente che tipo di storia hanno avuto questi bambini. C'è veramente bisogno che tu vada ad analizzare i tuoi dati sulle osservazioni fatte a casa nel corso del primo anno di vita per capire che cosa significano questi tre gruppi che hai trovato. Perché non li chiami solo A, B, e C finché non hai le idee più chiare su quello che significano questi raggruppamenti?". Mary Ainsworth seguì il suggerimento di Bowlby e analizzando i dati scoprì che i bambini che a prima vista le erano sembrati

così sani e sicuri erano quelli che avevano le madri più rifiutanti quando loro piangevano. Questo è il gruppo che noi chiamiamo tipo A (comprendente le sottoconfigurazioni A1-2)². A prima vista si poteva pensare che fossero i più sicuri, ma i dati dicevano qualcosa di diverso. Il gruppo che Ainsworth aveva considerato intermedio è il gruppo che oggi noi chiamiamo di tipo B (comprendente sottoconfigurazioni da B1 a B4)³. Il tipo C (comprendente le sottoconfigurazioni C1-2)⁴, costituito dai bimbi attivati e piangenti, è invece il gruppo dei bambini che hanno avuto risposte non costanti da parte dei genitori, a metà strada tra le risposte rifiutanti del tipo A e le risposte sensibili del tipo B.

Le prime osservazioni di Mary Ainsworth si sono svolte su un campione di famiglie che vivevano in condizioni stabili, a basso rischio. Non sono state quindi osservate in questo campione strategie più tipiche di condizioni in cui il pericolo è maggiore.

Il DMM, che si è sviluppato in base a osservazioni condotte su famiglie a rischio (per condizioni socioeconomiche, o di altro genere), descrive ulteriori tipi di strategie A e C, cioè le strategie di tipo A compulsivo (A3 e A4) e di tipo C ossessivo (C3 e C4).

Iniziando dalle strategie A compulsive, abbiamo innanzitutto le strategie A3, "accudimento compulsivo", e A4, "obbedienza compulsiva". I bambini compulsivamente accudenti hanno genitori ritirati, poco responsivi, depressi. La loro strategia è di nascondere i loro stati affettivi negativi, con lo scopo di evitare un sovraccarico del genitore che di per sé è già sgomento. In questo modo i ruoli si invertono. Questi bambini si occupano delle loro madri quasi dicendo "se fai attenzione a me non vedrai niente di brutto, ti renderò felice e tu starai meglio"⁵.

I bambini compulsivamente obbedienti hanno genitori aggressivi, ostili, punitivi: il bambino ha allora imparato a osservare con molta attenzione il genitore per capire cosa lui vuole in ogni dato momento e, non appena capisce cosa vuole il genitore, subito obbedisce. Non importa quello che il bambino sente o vuole: il bambino fa quello che mantiene il genitore in uno stato di soddisfazione.

Tutti i bambini che usano strategie tipo A possono prevedere cosa sta per fare il genitore e usano manifestazioni affettive falsamente positive per impedire risultati

² Le strategie A1 (idealizzante le figure di attaccamento) e A2 (negante il Sé) sono lievemente distanzianti gli stati affettivi negativi, il bambino descrive il caregiver rifiutante in modo molto positivo, idealizzandolo. Da Crittenden PM (2008) *Il Modello Dinamico maturativo dell'attaccamento*. Cortina, Milano.

³ Le strategie B sono equilibrate riguardo alla cognitività e all'affettività, con alcune sfumature; il soggetto che manifesta strategie classificate con B1-2 è riservato, B3 si dimostra a proprio agio, B4-5 è più reattivo. Da Crittenden PM (2008) *Il Modello Dinamico maturativo dell'attaccamento*. Cortina, Milano.

⁴ Le strategie C1 (minacciosa) e C2 (disarmante) al contrario implicano una lieve esagerazione degli stati affettivi negativi, i bambini diventano dipendenti, collerici o paurosi. Le figure di attaccamento sono incostanti ma non pericolose. Da Crittenden PM (2008) *Il Modello Dinamico maturativo dell'attaccamento*. Cortina, Milano.

⁵ Questi bambini che utilizzano le strategie di accudimento compulsivo (A3) e obbedienza compulsiva (A4) assumono rispettivamente nei confronti dei genitori dei comportamenti che presentano inversioni di ruolo, cioè essi si prendono cura dei loro caregiver e li assecondano con modalità di obbedienza compulsiva per non perdere il loro amore e la loro attenzione.

5

negativi. I loro veri sentimenti negativi vengono nascosti.

Al contrario, i bambini che usano strategie tipo C3-4 usano gli stati affettivi negativi, li sottolineano, li enfatizzano, li esagerano. I C3, “aggressivi”, appaiono quindi collerici, ostili, minacciosi e i C4, “fintamente incompetenti”, appaiono invece deboli, passivi, incapaci di fare qualunque cosa. Il risultato di queste manifestazioni affettive amplificate, intensificate è di attrarre l’attenzione delle figure di attaccamento. Quando l’attenzione sta per diminuire, l’asso nella manica della strategia C è passare al versante opposto di manifestazioni affettive. Chi fino a quel momento si è mostrato aggressivo diventerà mansueto e vulnerabile, chi fino a quel momento è stato debole e incompetente diventerà rivendicativo e offeso.

Il contenzioso con la figura di attaccamento si riapre e in questo modo l’attenzione dell’adulto è mantenuta alta, più di quanto accada se il bambino si affida solo all’iniziativa dell’adulto (tendenzialmente incostante e quindi poco prevedibile).

Adesso che abbiamo citato le strategie identificate da Ainsworth nella popolazione a basso rischio (A1-2, B, C1-2) e le strategie addizionali osservate dal DMM, più caratteristiche di popolazioni a rischio (perlomeno fino all’età prescolare: A3-4 e C3-4), si può parlare degli italiani. Nella distribuzione delle strategie tra i bambini italiani, non abbiamo praticamente nessun A1-2, però abbiamo moltissimi A3-4 (non vi sono dunque strategie A basate sull’inibizione e sulla prevedibilità genitoriale, vi è invece un’ampia quota di strategie A compulsive utili per gestire genitori ritirati/depressi oppure intrusivi/ostili). Vi sono poi moltissimi C1-2 e C3-4, bambini che quindi utilizzano strategie coercitive più o meno pervasive per rendere comunque più prevedibili e affidabili i propri genitori; abbiamo anche dei B, che utilizzano una strategia di comunicazione aperta e diretta sui propri stati e sui propri progetti nell’aspettativa dell’attenzione e del supporto genitoriali.

Nell’età scolare abbiamo l’organizzazione di una strategia C5-6, chiamata “punitiva e ossessionata dalla vendetta” e “seduttiva ossessionata dal soccorso”: questa è l’area dove si trovano le coppie di bulli e vittime, la violenza nelle coppie, le bande, la mafia. Le persone che utilizzano le strategie C5-6 utilizzano la falsificazione delle informazioni cognitive, cioè l’inganno, che consiste nel fuorviare gli altri rispetto a quello che sta per succedere, facendo pensare alle persone di essere al sicuro quando il pericolo è imminente.

In adolescenza abbiamo altre due nuove configurazioni strategiche, A5 e A6. Per la A6, autosufficienza compulsiva: se un bambino ha provato a essere un accuditore o un obbediente e ciò non ha avuto alcun effetto sulla sua relazione con le figure di attaccamento, può essere che in adolescenza, arrivando a uno stato di relativa indipendenza personale, quel bambino decida “ho fatto di tutto, non ha funzionato, quindi è un mio problema, sono io che non sono capace di stare in relazione. D’ora in poi farò quello che voglio fare per conto mio, facendo affidamento solo su me stesso”. Diventano compulsivamente autosufficienti: in questo caso non si ha solo un problema sociale, si ha anche un problema sessuale. Come si fa da soli a fare del buon sesso? E, se nessuna delle persone che si conoscono intimamente è considerata plausibile come partner in una relazione intima, è possibile pensare che le persone che non si conoscono possano essere più adatte dal punto di vista della relazione. A questo punto ci si può organizzare come A5, compulsivamente promiscui, scegliendo l’in-

timità con persone sconosciute; appena si arriva a conoscere di più l'altra persona la relazione viene interrotta. In adolescenza, dunque, è possibile che la falsificazione degli stati affettivi positivi comprenda anche la falsificazione dell'interesse sessuale.

Ho aggiunto altre configurazioni in fondo al modello che, sul versante A, sono: A7, l'idealizzazione delirante di una figura di attaccamento pericolosa; A8, che è un Sé assemblato a partire da punti di vista esterni. Sul versante C, invece, abbiamo C7, una strategia di tramare nell'ombra e C8, una strategia paranoica. Infine abbiamo la configurazione psicopatica che è una configurazione AC, di integrazione di informazioni falsificate.

Il DMM⁶ delle strategie di protezione del Sé, comprendente tutte le strategie citate finora, è un modello circolare (Fig. 5.1) che rappresenta tutta la gamma delle strategie che è possibile strutturare in età adulta, non prima dell'inizio del terzo decennio di vita. Individui che usano le strategie in alto nel modello non sono stati esposti a pericoli e man mano che si scende verso il basso l'esperienza di pericoli diventa più ingente e più grave. Le strategie diventano sempre più raffinate attorno all'obiettivo di proteggere il Sé da pericoli sempre più gravi e sempre più variegati. Ho messo anche l'elaborazione delle informazioni su questo stesso modello: sulla destra prevalgono le informazioni sull'ordine temporale degli eventi, su che cosa è la causa; sulla sinistra invece prevalgono le informazioni sui sentimenti negativi; gli individui equilibrati (al centro del modello) usano strategie in cui sono utilizzati entrambi i tipi di informazione. Nelle strategie di tipo A sono usate soprattutto informazioni di tipo cognitivo, sulla sequenza temporale degli eventi, e sono inibiti gli stati affettivi negativi. I soggetti C1-2, invece, mostrano stati affettivi negativi abbastanza intensi, inibendo al contrario le informazioni cognitive. Gli A compulsivi, oltre a inibire gli stati affettivi negativi, ne mostrano di positivi falsificati. I C coercitivi esagerano le manifestazioni affettive negative e ingannano rispetto a ciò che sta per succedere o a ciò che hanno intenzione di fare.

Gli A distorcono le predizioni; quando un evento avviene solitamente in un certo modo, gli A tenderanno a distorcere questo dato come se l'evento accadesse sempre, assolutamente in quel modo. Possono fare questa distorsione, questa previsione in eccesso, perché gli stati affettivi negativi, che li avrebbero allertati rispetto al dato che non sempre le cose vanno così bene, sono inibiti.

Nei C abbiamo, invece, la distorsione degli stati affettivi negativi: "mia madre è sempre arrabbiata, io sono sempre gentile". Lo stato affettivo negativo distorto può essere mantenuto proprio grazie all'omissione di alcuni dati sulla causa degli eventi.

L'idea di base di questo discorso sull'elaborazione delle informazioni è che, se si omette una fonte di informazione, rimane una rappresentazione non adeguata dell'esperienza del soggetto; però il soggetto non sa di questa inadeguatezza e agisce sulla base di queste informazioni, depurate da tutti gli elementi discrepanti.

⁶ Per una conoscenza più approfondita del DMM si rimanda al testo Crittenden PM (2008) Il Modello Dinamico Maturativo dell'attaccamento, Cortina, Milano, e al testo Crittenden PM (1999) Attaccamento in età adulta, Cortina, Milano.

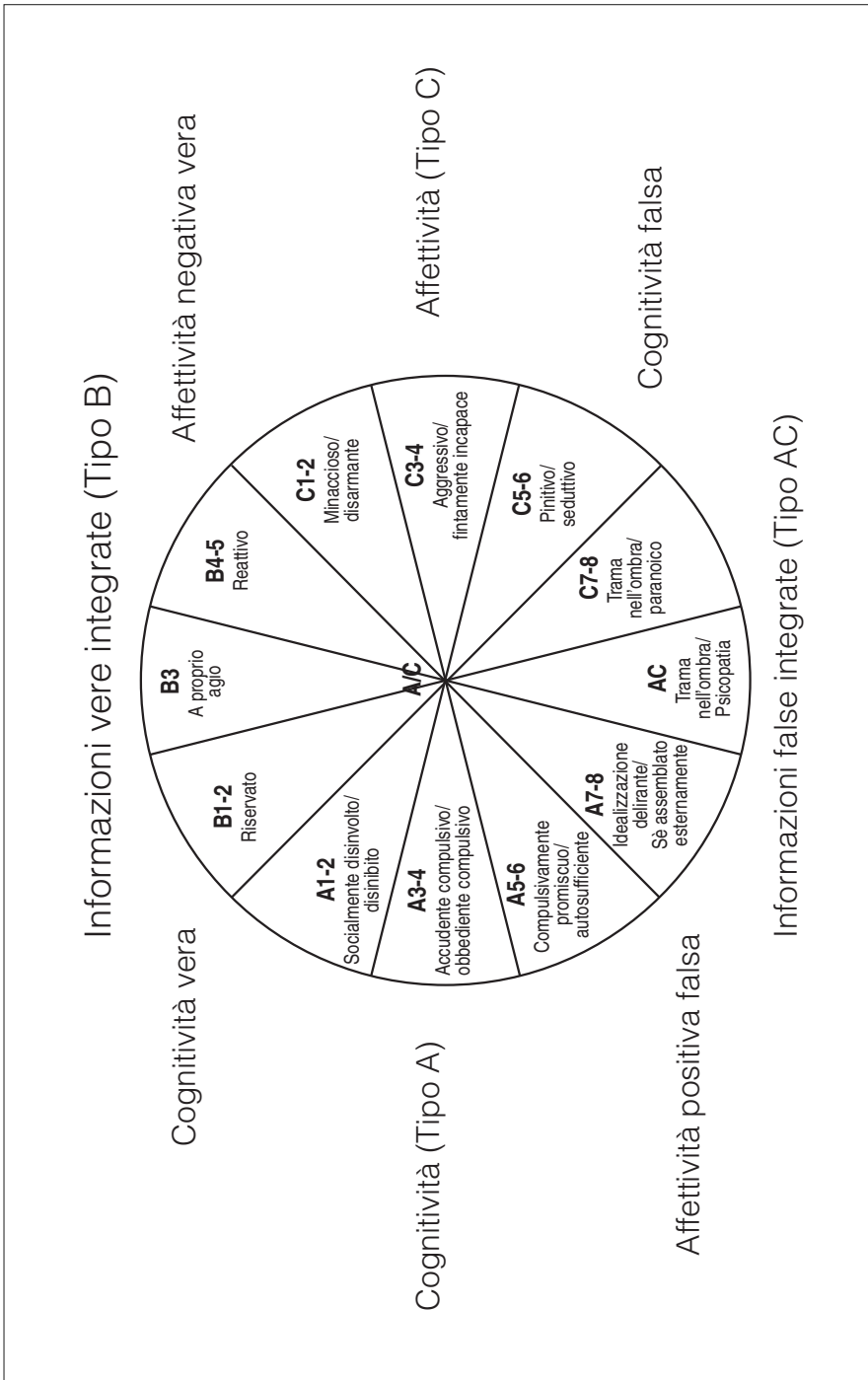


Fig. 5.1 Un Modello Dinamico-Maturativo delle configurazioni di attaccamento in età adulta

5.1.3

Qual è la strategia migliore?

Per chiudere logicamente il discorso possiamo chiederci: quale strategia è la migliore? Ciascuna strategia è la migliore per alcuni problemi. Nessuna strategia può essere però considerata migliore per tutti i problemi possibili. Arrivando all'età adulta ci troviamo ad aver bisogno di conoscere e poter usare tutte le possibili strategie per essere al sicuro nella maggior quantità di possibili circostanze.

Confrontando il DMM con il modello che include la disorganizzazione, nelle diverse fasce d'età, notiamo che nella prima infanzia le categorie ABC compaiono in entrambi i modelli; mentre il DMM include gli A/C, i pre-compulsivi e i pre-ossessivi, nel modello ABCD tutto ciò che non è ABC è considerato disorganizzato. Se consideriamo l'età prescolare, nel DMM abbiamo A1-2-3-4, B, C1-2-3-4 e A/C, mentre nel modello ABCD della Main abbiamo le stesse configurazioni della prima infanzia (A1-2, B, C1-2) con l'aggiunta della configurazione D "dismissing". Non c'è un modello ABCD specifico per l'età scolare, e per l'adolescenza. Se confrontiamo i modelli per l'età adulta, il DMM include strategie A da 1 a 8, strategie B e strategie C da 1 a 8, con A/C e AC (strategie "alternanti" o psicopatiche)⁷; nel modello dell'Adult Attachment Interview di Main e Goldwyn, gli A sono considerati "distanzianti", i B "liberi" o "autonomi", poi ci sono i C "preoccupati" (corrispondenti alle configurazioni già riscontrate nella prima infanzia) e tutto il resto è considerato irrisolto rispetto al trauma. In altri termini, nel modello ABCD viene applicato per tutto l'arco della vita il modello dei pattern di Ainsworth per la prima infanzia.

Tutto ciò che abbiamo a disposizione sono gli stimoli sensoriali, che attivano configurazioni neurali che costituiscono le rappresentazioni, le quali ci dispongono ad agire. Ritengo che gli stimoli sensoriali influiscano sulla mente in due modi diversi: uno è basato sull'ordine temporale in cui percepiamo gli stimoli, e questo porta all'elaborazione di informazioni cognitive sull'ordine temporale degli stimoli e, per estensione, su cosa è la causa. L'altro aspetto delle stimolazioni sensoriali è l'intensità: l'intensità degli stimoli sensoriali, diversamente rispetto alle informazioni cognitive, viene elaborata attraverso il sistema limbico, cosa che dà luogo a sentimenti.

Abbiamo a questo punto due tipi diversi di informazioni elaborate in aree diverse del sistema nervoso; se consideriamo le informazioni cognitive, sul piano procedurale si tratta di una conoscenza implicita, preconsa e preverbale riguardo a quello che bisogna fare. Quando questa conoscenza la mettiamo in parole diventa una conoscenza semantica. Le informazioni affettive diventano informazioni per imma-

⁷ Nel sistema di classificazione dell'*Adult Attachment Interview* di Main e Goldwyn queste interviste sono considerate "inclassificabili". Nel DMM la categoria "inclassificabile" comprende le combinazioni A/C. I soggetti A/C combinano le due strategie A e C difensive autoprotettive. Diverse forme di psicopatologia sono associate alla combinazione delle configurazioni A e C: il disturbo bipolare è codificato con una gamma di combinazioni per esempio A3-5 e C3-5; il disturbo di personalità borderline a volte si combina con una organizzazione A/C.

5

gini su quello che si vede, si odora, si gusta. È l'odore, per esempio, dello studio di un dentista, che, senza una mediazione linguistica, suscita immediatamente paura. Questa è un'informazione. Verbalmente ciò corrisponde agli aspetti connotativi del linguaggio. Quando tutti questi modi di conoscere, questi tipi di informazione vengono combinati nella corteccia cerebrale possiamo costruire degli episodi. Quello che io ricordo di fare sul piano procedurale, nel contesto di quello che so come di solito vanno queste situazioni, quello che ricordo sul piano sensoriale e il linguaggio in cui posso inquadrare questi pensieri per suscitare questi sentimenti, tutto questo può concorrere a ricreare l'episodio ricordato. Infine, a livello più alto, che non è raggiunto prima dell'adolescenza e dell'età adulta, noi possiamo pensare in maniera consapevole a quello che sappiamo in termini procedurali, semantici, sensoriali e connotativi per decidere, sulla base di tutte queste informazioni, quello che vogliamo fare. Quindi, riallacciandoci a quello che si diceva prima, abbiamo multiple disposizioni all'azione: abbiamo disposizioni all'azione di tipo procedurale, di tipo sensoriale, di tipo semantico, di tipo connotativo, di tipo episodico. Dobbiamo scegliere tra esse la più adatta a guidare il comportamento in quel momento. Gli A e i C, da questo punto di vista, sono opposti: gli A sono cognitivi, i C sono affettivi.

Ciò ha implicazioni su come strategicamente sia possibile intervenire con queste persone. Penso che molti terapeuti non sappiano con quali strategie i bambini o i loro genitori stanno funzionando. A mio parere può essere importante scegliere l'intervento in modo tale da modificare gli stati affettivi o le informazioni cognitive, per aumentare l'affidamento sulle informazioni causali e temporali o al contrario per aumentare l'affidamento fatto sulle informazioni affettive.

In conclusione possiamo affermare che: a) c'è un'ampia gamma di strategie che gli esseri umani utilizzano; ciascuna di queste strategie ci mantiene al sicuro nel contesto di determinati tipi di pericolo; b) i tipi A e C sono psicologicamente opposti tra di loro e possono aver bisogno di tipi diversi di trattamento; c) prima di intervenire può essere desiderabile conoscere nel modo più preciso possibile quale sia la strategia usata dal paziente.

È vero che esistono multiple rappresentazioni delle relazioni, ma c'è di più. Se conoscendo una famiglia prendiamo in considerazione le relazioni che un bambino ha con la madre e con il padre, esse sono sempre diverse. Per i bambini è un vantaggio che sia così: la consapevolezza che non esiste una sola strategia favorisce sempre una comprensione più ampia. I dati direbbero che se le strategie dei genitori sono ampiamente discrepanti, quindi nel mio modello diametralmente opposte, ciò costituisca uno svantaggio per i bambini. Non solo questi bambini si possono organizzare come degli A/C, il che potrebbe anche funzionare bene, ma sono più frequenti le situazioni di maltrattamento e di trascuratezza, è più probabile che i genitori siano violenti tra di loro e che alla fine arrivino alla separazione.

Vorrei anche fare un cenno all'adolescenza e alla prima età adulta: gli adolescenti hanno come compito specifico e saliente per la loro fase di sviluppo di costruire un'immagine di sé sufficientemente unitaria che rimanga costante tra diverse relazioni e contesti sociali. I bambini che in età precedenti omettevano o distorcevano informazioni, in fase adolescenziale avranno maggiori difficoltà a costruire un Sé unitario e coerente. Nella prima età adulta, quando si sceglie un coniuge, si organizza

una relazione coniugale e si fanno dei figli, occorre organizzare una gerarchia di relazioni in cui questa sistemazione delle relazioni è basata sulla gerarchia dei bisogni. Questa parola, “bisogni”, Mary Ainsworth mi ha insegnato a usarla con molta attenzione; si possono desiderare una quantità di cose diverse, ma le cose di cui abbiamo bisogno sono quelle che occorrono per rimanere in vita. È responsabilità dei genitori nei confronti dei figli ascoltare le loro comunicazioni (espresse in maniera affettiva o in altro modo) e decidere quali di queste si riferiscono a desideri o a bisogni. Se i genitori non sono esplicitamente in grado di percepire le situazioni in termini di “questo figlio tende a inibire i suoi sentimenti e quest’altro figlio invece tende a esagerare quello che prova” allora diventerà molto difficile per loro poter essere precisi rispetto ai bisogni o ai desideri dei bambini. A quel punto la limitazione delle risorse che contraddistingue ogni famiglia (per cui non è possibile dedicare a tutti il massimo di tempo, attenzione e risorse materiali), incide in modo importante. Se non c’è una percezione esplicita, da parte dei genitori, degli aspetti strategici di cui parlavamo, è possibile che la distribuzione delle risorse sia ineguale, in modo tale da aprire l’eventualità che alcuni dei bisogni dei figli rimangano scoperti.

5.2

L’approccio evolutivistico e la teoria dell’attaccamento

Andrea Landini

Riprenderò alcune delle idee esposte da Crittenden nella parte conclusiva della sua relazione. In particolare vorrei soffermarmi sull’attaccamento considerato dal punto di vista strategico e dal punto di vista di configurazione di elaborazione delle informazioni.

La teoria dell’attaccamento è strutturata in termini evolutivistici: il passaggio di Bowlby verso la costruzione della teoria dell’attaccamento è stato legato alla necessità di dare un fondamento teorico a un’attività clinica che definisse fonti di motivazione diverse da quelle disponibili nelle osservazioni prevalenti fino a quel momento. Bowlby struttura un approccio fondamentalmente legato alla teoria dell’evoluzione darwiniana, quindi basato su aspetti mutuati dalle teorie biologiche relative all’evoluzione. Il tentativo teorico di Bowlby è stato di strutturare una teoria della motivazione legata all’esigenza di sopravvivenza. Da questo punto di vista, la visione del comportamento umano come motivato dalla costante coerenza strategica verso l’obiettivo della sopravvivenza è un dato fondante della teoria dell’attaccamento.

Nel lavoro teorico e di ricerca successivo a Bowlby si è forse imboccata una tangente, nel senso che, rispetto alla distinzione tra attaccamento sicuro e non sicuro, si è spesso presa una scorciatoia valutativa: l’attaccamento sicuro “va bene”, l’attaccamento insicuro/ansioso, per definizione, “non va bene”. In questo modo però ci si distacca notevolmente dalla matrice che ha ispirato il lavoro di Bowlby e si perde la possibilità di riunire in un insieme coerente la molteplicità di possibili punti di vista sul funzionamento umano: non solo il comportamento ma tutta la struttura neurale, la struttura biologica individuale ed ecosistemica, e via allargando rispetto alla gerar-

5

chia di sistemi pertinenti al funzionamento umano. Se utilizziamo come principio interpretativo di fondo, come assioma, la motivazione alla sopravvivenza “per sempre”, cioè la sopravvivenza dell’individuo e della discendenza, possiamo ritrovare una coerenza nei funzionamenti umani. Questo assioma è utile perché può consentirci di interpretare anche i comportamenti che appaiono contraddittori rispetto a questa finalità, cioè i comportamenti autolesionistici, i comportamenti genitoriali inadeguati, i comportamenti antisociali non chiaramente ispirati a un vantaggio personale.

Non chiudere prematuramente la riflessione sull’attaccamento utilizzando un paradigma binario “buono/cattivo” ci consente di leggere tutti questi comportamenti come tentativi strategici di proteggere sé e la prole al di là delle apparenze immediate, nel contesto più ampio dei sistemi che includono l’individuo e anche nel contesto di come la storia dell’individuo lascia tracce nel funzionamento presente.

Abbiamo qui un aggancio con l’altro aspetto che volevo sottolineare nella relazione di Crittenden, cioè l’attaccamento come configurazione di elaborazione delle informazioni. Nel momento in cui, per preservare la propria sopravvivenza, si arriva a un’azione paradossale come tentare il suicidio, dobbiamo supporre che l’elaborazione dei segnali sensoriali sia sottoposta a distorsioni, a omissioni e a falsificazioni, come abbiamo visto nei modelli riassuntivi del DMM. Queste trasformazioni delle informazioni, in un dato momento della vita della persona, motivano comportamenti che portano a risultati paradossali, svantaggiosi, disadattativi; ma se i comportamenti sono letti nel contesto della storia di sviluppo dell’individuo, e soprattutto nel contesto delle condizioni in cui queste strategie/modalità di elaborazione delle informazioni hanno preso forma, possiamo comprenderle appunto come tentativo strategico di sopravvivere e di adattarsi massimamente alle condizioni in cui precocemente ci si è confrontati con circostanze pericolose. Da questo punto di vista, lo studio delle modalità specifiche di elaborazione delle informazioni nelle diverse configurazioni di attaccamento (che sono appunto strategie per proteggersi, per proteggere la prole e per garantirsi il maggior numero di chance riproduttive) consente di ricondurre i funzionamenti a un significato di tentativo di adattamento.

Prenderò in esame alcune modalità di valutazione delle configurazioni di attaccamento. Per quanto riguarda i bambini piccoli ci occuperemo del CARE-Index (Crittenden, 1979-2004) un metodo di osservazione che permette di formulare ipotesi valutative su comportamenti motivati dai sistemi di memoria preverbali e impliciti (cioè la memoria procedurale e la memoria sensoriale per immagini). Ci occuperemo anche brevemente delle modalità di studio e valutazione del funzionamento dell’adulto in cui, come vedevamo prima, le diverse modalità di funzionamento rappresentativo, cioè i diversi sistemi di memoria, sono tutti compresenti; riguardo all’adulto ci interessa capire come funzionano le operazioni integrative, sulla base dei diversi modi di rappresentare, e questo lo possiamo fare attraverso l’Adult Attachment Interview (Crittenden, 1999), che studia come i funzionamenti mentali dei soggetti si rispecchino nel linguaggio parlato. Tutto questo ci serve appunto per capire come funziona strategicamente una persona, quindi da quali pericoli sta cercando di proteggersi, quanto riusciamo a riscontrare questi pericoli nel suo contesto di vita attuale, quanto invece dobbiamo supporre che siano soltanto percepiti da quella persona, mentre la maggior parte di noi li considererebbe assenti nel contesto at-

tuale. Dobbiamo perciò rifarci a circostanze di vita precedenti che hanno plasmato le modalità strategiche di elaborazione delle informazioni. Grazie a questi contesti legati alla storia di vita possiamo comprendere meglio il funzionamento attuale.

Un interrogativo può sorgere riguardo alle previsioni che si possono intuire circa disturbi di personalità correlati a particolari strategie di attaccamento.

Una prima risposta è teorica: Bowlby ha introdotto la nozione di “percorsi di sviluppo”, in contrasto con l’idea di “traiettoria di sviluppo”. In altre teorie le previsioni mimano un’equazione matematica, per cui date certe caratteristiche di una certa fase di sviluppo prevediamo che ci sarà un arresto dello sviluppo rispetto a determinati aspetti o temi, per cui a un’età successiva avremo problemi in determinati ambiti. Questo genere di previsione ha scarsa flessibilità, e ammette poca variabilità rispetto alle condizioni di partenza. In questo ambito Bowlby sostiene invece l’idea di “percorsi di sviluppo”: a ogni punto dello sviluppo, vi sarebbe un ventaglio pressoché infinito di possibilità, non aventi però tutte la stessa probabilità. Quindi è possibile formulare una previsione probabilistica che potrà variare in base ai cambiamenti nel contesto, ma anche ai cambiamenti nel funzionamento dell’individuo legati alla maturazione. Questo è un altro aspetto cruciale del modello dinamico-maturativo: lo stesso processo di maturazione dell’individuo modifica le possibilità di funzionamento dell’individuo e quindi anche le possibilità strategiche. Questo è un primo livello di risposta. Su un piano più empirico vedremo che le configurazioni di interazione in bambini a due-tre mesi di età, come vengono osservate con il CA-RE-Index, sono di fatto predittive del pattern di attaccamento osservabile a un anno. Quindi la nozione di “percorsi di sviluppo” permette sì di fare previsioni probabilistiche, cioè che prevedono uno spazio per i cambiamenti legati all’interazione dinamica tra il soggetto e i suoi contesti, però rende anche possibile pesare queste probabilità in modo sufficientemente informativo.

Altri interrogativi possono sorgere riguardo all’età scolare. In età prescolare la plasticità delle strategie dei bambini (legata anche al livello di sviluppo del loro funzionamento cognitivo) è tale per cui, durante tutto questo periodo, il bambino continua a specializzarsi strategicamente sul contesto familiare, quindi sulla relazione con le figure di attaccamento. Queste caratteristiche implicano che, nel momento in cui intervenendo sulla famiglia si modificano alcuni aspetti significativi per quello che il bambino in quella fascia di età può recepire o elaborare, questo tipo di modificazioni trova una rispondenza abbastanza rapida e immediata nelle modificazioni delle strategie utilizzate dai bambini.

Questo non è più così vero in età scolare, laddove, per esempio, i bambini diventano capaci di costruire autonomamente i loro contenuti in termini semantici; per questo e altri motivi, anche in termini di funzionamento sociale, tendono ad automantenere un equilibrio strategico anche di fronte a cambiamenti significativi del contesto, in virtù di una maggiore indipendenza di pensiero ma anche di una maggiore indipendenza fisica. Questa però non è ancora ai livelli dell’adolescenza e della transizione all’età adulta, non è ancora tale da portare un progresso nel funzionamento intellettuale e aprire a funzionamenti potenzialmente astratti e complessi, quindi a una capacità di funzionamento più articolata e sofisticata, anche in ter-

5

mini strategici, come avremo in adolescenza. Soprattutto, in adolescenza abbiamo una maturazione sul piano fisico che permette, per la prima volta nella vita dell'individuo, di pensarsi come entità indipendente; un adolescente comincia ad affacciarsi all'idea "posso fare da solo"; da questo punto di vista, l'indipendenza combinata con la maturità sessuale impone una ristrutturazione delle strategie di attaccamento attive fino a quel momento per la necessità di integrarle con la motivazione sessuale. Si tratta di una ristrutturazione di tale entità da comportare comunque un processo di cambiamento; un intervento terapeutico che avvenga in questo periodo non deve destabilizzare le strutture precedenti per dirigerle altrove, ma può già avvalersi di un altro momento di plasticità molto importante.

Posso infine aggiungere un'ulteriore considerazione riguardo alle rappresentazioni multiple. Esistono multiple relazioni di attaccamento nel corso della vita di un individuo e ogni esperienza dentro alle relazioni di attaccamento (ciascuna delle quali non è un dato monolitico, ma è costituita da una serie di esperienze interattive, da quello che ognuno impara da queste esperienze) colora le aspettative riguardo alle interazioni successive. Da questo punto di vista, avere l'idea che la relazione di attaccamento non sia unica, e che i modelli rappresentativi rispetto alle esperienze di attaccamento siano molteplici, non fa altro che rendere la teoria un po' più vicina all'esperienza che di fatto abbiamo. Occorre anche tener presente come, nel momento in cui cerchiamo di mettere ordine nella selva di rappresentazioni in parallelo che possiamo avere in ogni dato momento, rispetto alla quantità enorme di stimoli sensoriali che ci bombardano, possiamo adottare diversi criteri: lo schema dei sistemi di memoria è un tentativo di assortire le rappresentazioni in alcuni gruppi fondamentali. Possiamo, d'altra parte, considerare come si organizzino tutte queste rappresentazioni, che in ogni momento in parallelo abbiamo attive dentro di noi, ricorrendo all'idea che noi funzioniamo strategicamente, nel senso che il modo di elaborare le informazioni che ognuno di noi utilizza non è altro che una configurazione strategica per scegliere e per canalizzare le nostre rappresentazioni in modo coerente rispetto a un obiettivo. Vedremo in prosieguo, per esempio, come mettere in parallelo l'osservazione di una relazione con le spiegazioni che ci diamo sul modo in cui quella relazione si struttura in quei determinati comportamenti, grazie alle rappresentazioni che ognuno dei membri della relazione costruisce; e come tutto questo funzioni in termini di vantaggio per gli individui che stanno in quella relazione. Ogni modo di distorcere, falsificare, omettere le informazioni non è semplicemente un fenomeno, ma in questo quadro acquisisce anche un senso strategico.

5.3

Le rappresentazioni dei genitori, il loro contributo al comportamento genitoriale interattivo e le rappresentazioni infantili dell'esperienza con le figure di attaccamento

Patricia M. Crittenden, Andrea Landini

La figura di attaccamento è la figura che protegge e conforta un bambino: in caso di maltrattamento, la figura di attaccamento è comunque la figura a cui il bambino si

rivolge, senza che ciò apporti necessariamente protezione o conforto.

Ci sono due modi di vivere l'esperienza di un legame tra due persone. Un modo passa attraverso le contingenze temporali (il tuo turno, seguito dal mio, seguito dal tuo, eccetera): tutte le volte che i turni sono contingenti tra loro, le persone si sentono collegate. L'altro modo riguarda la sincronia affettiva. I sentimenti tra due persone possono essere sentimenti simili: tu ti senti bene, io mi sento bene con te. Oppure: tu ti senti male e questo fa sentire male anche me, ci sentiamo male tutti e due (il fenomeno può essere definito "contagio affettivo"); c'è poi un'alternativa, preferibile riguardo ai lattanti, per cui se il lattante è sofferente non necessariamente la madre vive lo stesso tipo di sofferenza vissuto dal bambino. In questo caso, l'esperienza di "essere assieme" può realizzarsi se la madre ha uno stato affettivo "complementare" a quello del bambino: il bambino è agitato e sofferente e la madre è calmante e consolante.

Pensiamo a un bambino di tre giorni di vita. C'è stato un tempo in cui i medici ci dicevano che i lattanti non erano in grado di vedere o di mettersi in relazione, ed è quasi incredibile che per un po' abbiamo considerato attendibili queste idee. Il bambino di questa foto⁸ è concentrato sulla madre. Osservate come il loro livello di attivazione sia simile: sono insieme in termini affettivi e mentre la madre parla e si muove gentilmente sono insieme anche nello scorrere del tempo. Quando questi due modi di essere insieme funzionano contemporaneamente siamo avviati su un percorso che va verso un pattern di attaccamento di tipo B. Quando il bambino è sofferente ed esprime questa sofferenza, dovrebbe succedere che la madre sia attratta da queste manifestazioni e venga coinvolta in un'azione di accudimento. In altri termini, le manifestazioni affettive negative costituiscono per la madre informazioni sullo stato del bambino che le permettono di fare delle scelte su cosa fare. Se la madre ritiene che gli stati affettivi negativi siano di per sé una cosa cattiva, siamo avviati in una direzione problematica. Se la madre invece tratta gli stati affettivi negativi del figlio come informazioni potenzialmente utili, potremmo essere diretti in un percorso verso la configurazione di attaccamento di tipo B. Quando un bambino esprime stati affettivi negativi ci sono le tre seguenti risposte possibili da parte di un genitore.

1. Rispondere in un modo che trasformi la sofferenza del lattante in uno stato di maggior benessere. Non importa cosa faccia la madre: può prendere in braccio il bambino, cullarlo, dargli da mangiare... Se regolarmente l'effetto dell'azione materna è di diminuire il livello di sofferenza del bambino che ha segnalato un malessere, siamo diretti verso il tipo B.
2. Comportarsi in un modo che prevedibilmente trasformi la sofferenza del bambino in uno stato di sofferenza ancora maggiore. Non si direbbe che i genitori facciano comunemente queste cose, ma in realtà ciò accade spesso. Questa funzione può realizzarsi in tre modi diversi:

⁸ Il presente paragrafo contiene una applicazione del CARE-Index con esemplificazioni videoregistrate. In questo contesto le videoregistrazioni vengono riportate sotto forma di trascrizione narrativa.

5

- a) Il genitore può non rispondere affatto: se il lattante piange e non succede niente, piangerà ancora di più. Se continua a non succedere niente, il bambino continua ad aumentare il suo pianto, finché, tutto rosso in faccia, trema, si scuote e alla fine, esausto, cade addormentato. Quando il bambino si addormenta, il genitore che non è andato a confortarlo pensa: “Avevo ragione, aveva bisogno di piangere, poi si è addormentato”. Per due mesi di vita questo sarà un bambino che piange più di altri, poi cade in un sonno infelice per la sensazione di completa solitudine, perché nessuno si occupa di lui. A due mesi di vita, però, il sistema nervoso è maturato sufficientemente da permettere l’inibizione selettiva di determinati comportamenti. A questo punto i bambini lasciati da soli a piangere comprendono che, se non iniziano la manifestazione affettiva negativa, non avranno questo aumento del pianto, quindi eviteranno di sentirsi peggio. I bambini inibiranno il pianto e le madri riceveranno una nuova conferma: “Ecco, ora ho un bambino buono, bravo e silenzioso”. Il lattante è di tipo A, ha imparato a inibire le manifestazioni affettive negative e sente di fare la cosa giusta solo quando non mostra i suoi stati di sofferenza, che il genitore non gradisce.
- b) Il genitore fa qualcosa di spiacevole per il bambino. Per esempio, il bambino piange e la madre pensa: “Questo bambino è estremamente esigente con me, cerca di controllarmi tutto il tempo, non mi lascia stare un attimo. Questo bambino non si può permettere di obbligarmi a fare quel che vuole”. Il genitore esita a intervenire, il bambino piange di più, poi ancora più forte. La madre è arrabbiata, arriva con volto duro, voce tesa e, quando il bambino viene preso, il contatto non è tranquillizzante, ma sarà rabbioso e teso. Il bambino preso in braccio da questa madre arrabbiata sta peggio e piange di più. Questo fino a circa due mesi di età, quando appunto l’inibizione selettiva permette di scoprire che se il bambino non inizia a piangere la madre non lo prende in braccio in modo così teso e collerico e tutto va meglio. Di nuovo, il bambino di due mesi è più silenzioso della media degli altri bambini e la madre pensa: “Bene, ho fatto la cosa giusta, ho il controllo su questo bambino”.
- c) Il genitore può dare una risposta incongrua. Tempo fa è comparsa la foto di un politico inglese noto a tutti, con il figlio. Questa foto era su tutti i giornali inglesi, e su molti siti internet: gli scatti erano diversi, ma la situazione era la stessa, lui sorrideva mentre lo sguardo del figlio era triste. Mi sembra che questo politico stesse pensando di far vedere a tutti come era bravo, mostrandosi sorridente e felice: la situazione però appariva incongrua. Forse è successo a tutti di sentirsi tristi o arrabbiati o con un altro tipo di sensazione negativa. Se questo vostro malessere è visibile, la persona che cerca di consolarvi vi dice in tono allegro: “Ma non preoccuparti, andrà tutto bene, vedrai che andrà tutto a posto”. Quando ciò accade, questa incongruenza ci fa sentire molto soli con la nostra sofferenza. Non ci sentiamo compresi e questo è un altro dei possibili percorsi verso una strategia A, che si ha quando non si è in sintonia dal punto di vista affettivo, ma solo dal punto di vista delle contingenze temporali. Bambini più grandi che hanno vissuto per un certo tempo in un contesto di risposte in-

congrue possono a un certo punto imparare a loro volta a utilizzare stati affettivi positivi falsificati. Un'altra immagine è stata messa sulla copertina dell'edizione del 2000 di un mio libro. Mi piace perché è l'immagine di un bambino polacco istituzionalizzato, che è stato avvicinato da un estraneo e sa che la risposta che deve dare è un sorriso, quindi la bocca è stirata in un sorriso ma gli occhi sono aperti e vitrei per la paura. In una foto di pochi secondi dopo, il bimbo compare con un aspetto piangente e spaventato.

3. Comportarsi in modo incostante. Il genitore può portare conforto in modo imprevedibile (in ritardo o in anticipo rispetto alle manifestazioni di sofferenza del bambino), o può aumentare imprevedibilmente la sofferenza del bambino (in modo meno sistematico rispetto agli esempi portati al punto precedente). In questo caso l'eventualità più frequente è quella di un genitore che coglie lo stato affettivo di un bambino, ne risulta altrettanto attivato e quindi è incapace di pensare alla sua risposta in modo lineare e strutturato.

Le tre modalità di risposta stanno alla base dei nostri tipi, rispettivamente, B, A e C.

Se poi il lattante non ha alcuna possibilità di fare un collegamento con una figura adulta, né affettivamente né cognitivamente, vive una situazione di sofferenza e di depressione, una "impotenza appresa" secondo il modello di Seligman (1977). Nessuna delle fonti di informazione consente al bambino di disporsi a un comportamento che possa organizzare la ricerca di protezione o conforto.

Accennerò ora al CARE-Index, una metodologia per osservare le interazioni tra bambini e adulti prima che l'attaccamento si organizzi. Ho lavorato con il CARE-Index come strumento di intervento a metà degli anni '70; questo strumento è stato anche oggetto del mio lavoro di specializzazione con Mary Ainsworth. Ho poi avuto occasione di lavorare sui video con John Bowlby mentre sviluppavo lo strumento.

Abbiamo vari strumenti di screening rivolti ad altri scopi: il CARE-Index consente di osservare le relazioni. I dati sul CARE-Index dicono che è in grado di predire i maltrattamenti, la trascuratezza, i disturbi dell'adattamento psicosociale e anche alcuni disturbi psicosomatici. Ci sono una quarantina di ricerche pubblicate che forniscono queste evidenze di validità⁹. Lo strumento si basa su tre minuti di interazione di gioco videoregistrati e funziona bene dalla nascita fino ai tre anni. Si tratta

⁹ Il CARE-Index è stato utilizzato in studi condotti sulla popolazione normale (Patino, 1993), per effettuare screening in popolazioni a rischio, come madri adolescenti (Paquette et al., 2001), madri tossicodipendenti e lattanti esposti a sostanze (Ciotti et al., 1998), madri con disturbi psichiatrici (Cassidy et al., 1996; Hughes, 1993; Leadbeater et al., 1996; Leventhal et al., 2004), per situazioni cliniche in cui i bambini si trovano in condizioni di handicap (Crittenden et al., 1984) per maltrattamenti infantili (Crittenden, 1981, 1984, 1985a, 1987, 1988, 1990, 1992; Crittenden, Di Lalla, 1987; Jacobsen et al., 1998; Leadbeater et al., 1994; Ward et al., 1993), per studi longitudinali predittivi (Simò et al., 2000; Ward et al., 1995), per indirizzare gli interventi e verificare i risultati di un trattamento terapeutico (Bigras et al., 2000; Cramer et al., 1990; Crittenden, 1985b; Linares et al., 1999; Pasquette, 1999; Silver et al., 1999; Svanberg et al., 2002), e infine per tematiche di discussione generale (Parr, 2002).

5

dell'unica misura, nella gamma di strumenti di valutazione correlati all'attaccamento, che sia utilizzabile prima dei dieci-undici mesi di età. Si può usare ovunque: a casa, in un contesto ambulatoriale, in un laboratorio di ricerca, al parco, in qualunque altra situazione. Occorrono però codificatori formati e di attendibilità provata. Una volta che vi è questa condizione, la codifica di un nastro di tre minuti prende dai dieci ai quindici minuti (meno per un nastro facile, di più per uno particolarmente complesso). L'obiettivo dello strumento è una valutazione della "sensibilità diadica": quando si cala il concetto di sensibilità in un contesto diadico, si vede che non è importante quello che la madre fa, ma l'effetto di ciò che fa nel contesto di interazione con il figlio. Abbiamo a volte l'occasione di osservare madri che sembrano fare tutte le cose giuste, ma il bambino non si ritrova ugualmente a suo agio per questi comportamenti materni; anzi, si volta dall'altra parte e non gradisce. Questo non viene considerato "sensibile". Altre volte si vedono madri che fanno cose secondo noi inadeguate, da sospendere, ma il bambino ne gode e ne chiede la ripetizione. Questo viene considerato "sensibile". È particolarmente difficile, guardando madri e bambini che non appartengono alla nostra cultura, notare quando la madre e il bambino sono in sincronia nelle circostanze in cui ciò che fa la madre non è "normale" nella nostra cultura.

I video del CARE-Index vengono codificati tenendo in considerazione diversi aspetti della situazione affettiva: l'espressione del volto, l'espressione vocale, la qualità della posizione e del contatto corporeo e la qualità delle espressioni affettuose da parte dell'adulto.

Prendiamo anche in considerazione aspetti legati alla sequenza temporale dei comportamenti interattivi: come si succedono i turni di attività, come e da chi viene controllata l'interazione e che caratteristiche ha la scelta dell'attività messa in atto.

Per quanto riguarda l'adulto valutiamo il livello di sensibilità, di controllo o di non responsività; per il bambino, invece, valutiamo il livello di cooperazione, la compulsività, la difficoltà o la passività. Alcuni di questi termini sono comuni nella letteratura sul temperamento. Vi sono però dati empirici che dimostrano che questi termini, usati in questo contesto, non hanno a che fare con il temperamento. Per esempio, troviamo nella letteratura sul temperamento il dato che alcuni bambini hanno un temperamento difficile. Noi possiamo mostrare che un alto punteggio di difficoltà attribuito a un lattante che interagisce con la madre non è primariamente legato al lattante; ciò è possibile facendo interagire il bimbo con un'altra persona trenta secondi dopo l'interazione con la madre. Se il bambino cambia modalità interattiva con un'altra persona che interagisce in maniera sensibile, risultando avere alti punteggi di cooperatività, la difficoltà riscontrata non si può ricondurre al temperamento del bambino.

Usiamo quindi definizioni funzionali del comportamento: non è tanto il comportamento in sé a essere importante, ma il modo in cui funziona, cosa fa succedere tra due persone. Inoltre, l'apparenza non coincide sempre con la realtà: solo perché una persona sorride non significa che sia felice. Il gesto di tirar fuori la lingua dalla bocca non è detto che abbia sempre lo stesso significato: ci sono molti modi e molti contesti diversi in cui questo comportamento può essere utilizzato. Nei corsi di formazione sul CARE-Index con trainer sperimentati si può vedere la fascinazione per l'uso

delle lingue, dei baci, degli sguardi. Il CARE-Index può essere usato come strumento di screening di problemi relazionali, come strumento di intervento utilizzando i video con le madri, oppure come strumento di ricerca.

Passiamo ora ad analizzare un video del CARE-Index: l'interazione di Giovanna e la mamma.

Giovanna, due mesi, è distesa sul fasciatoio; la madre si sporge su di lei fino ad avere una distanza tra i due volti di 25-30 centimetri. Le parla con una voce squillante, vivace, che varia tra altezze distanti tra loro. L'effetto è di un tono artificioso e, per un ascoltatore adulto, piuttosto forzato. Giovanna guarda negli occhi la madre e a tratti vocalizza, a sua volta con un timbro squillante. La madre "risponde" ai vocalizzi di Giovanna, con suoni a volte simili, a volte invertiti (nel senso che se il vocalizzo della bambina è "ascendente", la madre può rispondere in modo "discendente" e viceversa). La madre prende le mani di Giovanna mentre le parla. L'espressione del volto della madre e della bambina variano con una certa sintonia: se la bambina sorride, la madre sorride. Se il volto della bambina è più serio, il volto della madre cambia allo stesso modo. Ma, per altri versi, se il ritmo dei movimenti di Giovanna si fa più lento, si può osservare che il ritmo della voce della madre si fa più veloce; oppure, se lo sguardo di Giovanna si discosta dal volto della madre, la madre la stimola riunendole le mani e grattandole il torace. Oppure, se le vocalizzazioni della bambina si fanno più acute, il tono della voce e i movimenti della madre si fanno più sommessi. Pare insomma che se il livello di attivazione di Giovanna aumenta molto, la madre tenda ad abbassarlo, e viceversa se diminuisce troppo, la madre tenda ad alzarlo. Nel corso di tutta l'interazione, della durata di tre minuti, la madre è costantemente all'opera per mantenere Giovanna concentrata su quanto sta accadendo tra loro. A un tratto, quando lo sguardo di Giovanna è rimasto per un certo tempo leggermente discosto dalla linea di sguardo della madre, la madre si avvicina rapidamente e la bacia sul collo. Giovanna reagisce volgendo la testa alla propria sinistra, e la madre, quasi contemporaneamente, torna indietro alla distanza precedente, e riprende la stimolazione con gli indici sul torace della bambina, e la bambina torna a guardare la madre negli occhi. Non si ripeterà più un avvicinamento così veloce della madre all'interno dello spazio prossimale della bambina. Verso la fine dell'interazione Giovanna scalcia e emette vocalizzazioni più intense e leggermente irritate. La madre fa eco vocalmente, e ripete in modo leggermente più somnesso gli stessi suoni. Giovanna ascolta continuando a guardare la madre.

Occorre riallineare i nostri standard riguardo a ciò che è sufficientemente buono con quello che gli esseri umani veri possono fare. Nel video vi è in un momento in cui Giovanna non è contenta: inarca la schiena, alza le braccia, distoglie il suo sguardo e l'interazione non sta funzionando. Di per sé questo non è un problema: a chiunque accade di perdere la sintonia di quando in quando. La domanda cruciale da porsi in un momento come questo è: la diade è in grado di riparare la rottura della sintonia? Subito dopo questo momento, la madre, come se stesse pensando: "Ecco, una rottura nella relazione, una bambina infelice, adesso cosa faccio?", bacia la bambina. Giovanna, dopo il bacio, rivolge la testa completamente dall'altra parte. Molto spesso, quando le madri baciano i bambini piccoli, il bacio avviene in un momento di rottura della relazione. È come se la madre stesse dicendo: "Abbiamo perso il contatto ma ti amo ancora" e il bambino rispondesse: "Questo non mi interessa, rivoglio la sincronia con te". Il bacio raramente funziona dal punto di vista dei bambini picco-

5

li. Però, subito dopo, la madre si tira indietro, esce dallo spazio della bambina, e dà modo alla bambina di rifocalizzarsi su di lei, di guardarla in viso e la sincronia si ristabilisce. Questa interazione è un esempio di massima sensibilità materna!

Un dato molto interessante su questa interazione è che la bambina mostra stati affettivi negativi: fa piccoli suoni di protesta, guarda lontano, irrigidisce il corpo. La madre prende atto di ciò nel suo eloquio. Ho molte interazioni che vengono dai Paesi anglosassoni e non mostrano mai stati affettivi negativi. Le madri regolano attentamente queste interazioni in modo tale che il bambino non mostri mai stati affettivi negativi; se ci sono spunti in questo senso, per esempio se il corpo del bambino si irrigidisce o se il bambino distoglie lo sguardo, la madre arriva subito a tranquillizzarlo e a calmarlo, in modo tale che la manifestazione non arrivi mai a essere completa. Il più interessante è l'esempio britannico di massima sensibilità: il bambino sta seduto immobile a guardare la madre per tre minuti e alla fine il bambino va di corpo. È così difficile e intenso stare fermi a guardare questa madre meravigliosa che alla fine è il corpo a esprimere qualcosa di negativo. Spesso mostro una dopo l'altra una diade britannica, una americana e questa italiana. Quando le mostro in sequenza, non importa in che Paese ci si trovi, tutti si aprono e si rilassano di fronte alla diade italiana. È sicuramente la più felice delle tre, e ha anche la maggior quantità di stati affettivi negativi espressi. Questo sta a indicare che se si evita la manifestazione dello stato affettivo negativo in modo da non mostrarlo mai, si finisce anche per mettere la sordina agli stati affettivi positivi.

In altre culture, si notano effetti diversi. Tra le madri descritte, quella italiana è la meno prevedibile: non si sa, momento per momento, che cosa potrà dire o fare. La britannica è la più prevedibile: il bambino è in posizione comoda e fissa, e la madre dice "Sorridi per la mamma, parla con la mamma, sorridi per la mamma, un bel sorriso per la mamma, una bella parolina per la mamma". La mamma italiana di Giovanna invece intraprende con la sua bimba un dialogo molto più vivace!

Descriviamo ora il video del CARE-Index di Marcello e sua madre.

Marcello, 1 mese, è "seduto" su un grande cuscino posto su un letto, ma poggia solo in parte sul cuscino, perché di fatto è contenuto dalle braccia della madre che lo circondano. La madre è in ginocchio per terra in fondo al letto e tiene il bambino di fronte a sé, perpendicolarmente, con la testa sulla propria sinistra. Marcello guarda la madre con volto corrucciato, la madre gli chiede con voce dolce e volto sorridente di fare un sorrisino alla mamma e il padre interviene dicendo che così ha la faccia da cattivone. La madre cerca di ruotare il capo di Marcello, da lei tenuto nella mano sinistra, in modo che il bambino la guardi negli occhi; Marcello, nel frattempo, si agita, muove braccia e gambe e continua ad avere un'espressione disorientata, protrudendo anche rapidamente la lingua. La madre ridacchia, mentre Marcello inizia a cambiare l'espressione del volto verso un'espressione di pianto, portando le mani al viso. La madre dice: "No, e adesso come facciamo se piangi? Non devi piangere! Babbo, portaci il ciuccio". Nel frattempo, Marcello protende le braccia verso la madre in un gesto di protesta, e distoglie lo sguardo verso l'esterno. Quando Marcello inizia a lamentarsi e a piangere, la madre guarda verso la telecamera sorridendo e dice: "Ecco! Un bambino che piange". Mentre guarda la telecamera con espressione gentile e sorridente, sono evidenti la sua acconciatura e il trucco curati, l'abito con scollatura e la collana. Nel frattempo Marcello ha gli occhi chiusi, il volto teso in un'espressione di pian-

to, e agita braccia e gambe. Il padre dice che Marcello con quella faccia è orrendo, la madre controbatte volgendosi verso Marcello che sbadiglia a bocca aperta, mentre la madre cerca di stimolargli le labbra con il dito. Appena Marcello ha finito lo sbadiglio la madre ripete il gesto, a cui Marcello reagisce piegando il viso verso il basso e alzando le braccia tra sé e la madre. La madre gli cambia posizione in modo da renderselo più accessibile, e ripete il gesto di stimolargli la bocca col dito, mentre Marcello guarda altrove. Marcello tiene le braccia incrociate di fronte a sé, e guarda lontano dalla madre, aprendo la bocca e accennando a succhiare. La madre torna a chiedere: "Babbo, ci porti il ciuccio?". Mentre madre e padre alternano dei "no-si-no", Marcello continua a guardare davanti a sé, e la madre gira le braccia in modo da dirigere lo sguardo di Marcello più verso di sé, mentre commenta con il padre, per convincerlo "Vedi che così sembra la faccia da cattivone!". Mentre il padre commenta "se è cattivo mica è colpa nostra", la madre fa per avvicinarsi adagio alla guancia di Marcello con il proprio volto, le labbra atteggiate a un bacio. Marcello alza le braccia incrociate ponendole tra sé e la madre, e distoglie il viso. La madre si discosta sorridendo, e dicendo "amore", e Marcello inizia a piangere, gli occhi chiusi. La madre dice, con tono ridente: "No! No!", e sorridendo si volge verso il padre dicendo "Portaci il ciuccio". Il padre acconsente ed esce. La madre guarda Marcello, che trattiene il pianto, che esce solo con suoni strozzati, inarca il dorso e fa movimenti a scatti con le braccia. Il viso e il tono della voce della madre restano sorridenti, mentre cambia posizione reggendo Marcello solo con la mano sinistra posta dietro il collo, e diminuendo quindi considerevolmente il contatto tra lui e le proprie braccia. Subito dopo, torna a stimolargli la bocca con il dito, parlandogli con tono ridente. Arrivato il padre con il ciuccio, la madre cambia posizione leggermente, e Marcello inizia a piangere forte, poi, con il ciuccio in bocca, a succhiare vigorosamente, con lo sguardo rivolto in alto. La madre cerca di girare la testa di Marcello per catturarne il contatto di sguardo ma Marcello guarda fuori; nel frattempo il padre entra nell'inquadratura, dicendo che nella prima ripresa del figlio ci vuole essere. Madre e padre scherzano mentre Marcello guarda altrove. La madre mette un bavaglino con il nome ricamato sul petto di Marcello, leggibile per la telecamera. Il padre commenta: "Come in carcere, no? Con il numero". La madre sorride.

Nei primi due mesi di vita i bambini tendono ad alternare stati di sonno e stati in cui mostrano sofferenza: il compito dell'adulto che interagisce con un bambino è quello di portarlo a un livello di attivazione maggiore rispetto allo stato di sonno, mantenendolo a quel livello senza che l'attivazione vada verso la sofferenza. Questo stato di attivazione moderata va mantenuta il più a lungo possibile.

Una cosa importante è la constatazione che questa è una famiglia sofferente: non a livelli terribili, ma non si tratta di una condizione di benessere. Qui la valutazione della sensibilità materna è molto bassa; il bambino, durante l'interazione con la madre, sta sempre peggio. La madre, vedendo questo, si agita sempre di più. Chiede al marito di andare a prendere il succhiotto perché a sua volta sta male, vedendo che il bambino sta sempre peggio. La diade non è in grado di calmarsi fino a quando il bambino, succhiando e quindi autostimolandosi, si calma da sé. Laddove la madre di Giovanna era in grado di accogliere un'espressione affettiva negativa e utilizzarla per guidare le proprie azioni verso l'obiettivo di mantenere la bambina ingaggiata, attenta e coinvolta, la madre di Marcello non ne è in grado. Questa madre ha bisogno che sia il bambino a calmarsi da solo attraverso un comportamento riflesso: facendo questo, il bambino è in grado di abbassare il proprio livello di attivazione, pas-

5

sando dall'essere fortemente attivato e sofferente, fino al punto in cui sta quasi per addormentarsi, bypassando il punto di interesse attivo. In questa interazione si perde quel punto di attivazione intermedia in cui il bambino può essere attento e fare esperienze significative rispetto ai comportamenti umani.

La madre inoltre guarda ripetutamente la telecamera, e il suo aspetto molto curato e sessualmente attraente fa pensare che tra lei e il marito sia in corso un negoziato sul modo di lasciare entrare un terzo soggetto dentro la famiglia; evento del resto ricorrente quando la famiglia è basata sull'attrazione sessuale. La madre è vestita come per andare a un appuntamento, manda degli sguardi al marito, il marito vuole essere incluso nell'interazione: non pare abbiano trovato un modo per passare dalla condizione di coppia a quella di famiglia di tre persone. Se parliamo di intervento, potremmo anche tentare di insegnare alla madre a comportarsi come la prima madre che abbiamo visto; fino a quando però non prendiamo in considerazione i sentimenti della madre sul modo in cui si sente amata dal marito e i sentimenti del marito rispetto all'esclusione da questa diade madre-bambino, è improbabile che si riesca a modificare granché della situazione. Questo sembra un esempio in cui, per intervenire efficacemente, bisogna andare al livello del sistema familiare. Non intendo con questo che l'unico approccio adeguato sia una terapia familiare, ma che per concettualizzare il problema dobbiamo riflettere sulla famiglia come sistema e questo ci può aiutare a identificare una possibile soluzione.

Prendiamo in considerazione il CARE-Index con l'interazione di Patrizia con la madre.

Patrizia, due mesi, è distesa supina sul letto con le braccia aperte e le mani accanto alla testa. La madre è in piedi di fronte a lei, e sta preparandosi a infilarle una camicia. La gira alcune volte tra le mani, mentre la bambina, guardando verso di lei, agita le braccia. La madre parla sottovoce, tra sé, e continua a rigirare l'indumento tra le mani. Dopo una decina di secondi la madre si piega verso Patrizia, e inizia a infilarle la camicia in un braccio, parlando sottovoce. Passa poi all'altro braccio, mentre Patrizia si muove e apre la bocca due volte. La madre continua a cercare di vestirla, senza cambiare ritmo di movimenti, né parlare. Infilate le braccia nelle maniche, la madre prende adagio in braccio Patrizia, la gira con il viso verso l'esterno, vocalizza dicendo "ooh" e guardando la telecamera, poi si siede. Dopo alcuni tentativi di allacciarle sul dietro la camicia tenendosela seduta in grembo, guarda la telecamera e dice: "Allacciarla non son mai stata molto capace", mette Patrizia prona sul letto e le allaccia la camicia, dicendole un paio di frasi e completando l'operazione in silenzio. Patrizia rimane ferma. Ora (a un minuto e venti secondi dall'inizio della ripresa) la madre si mette a sedere in grembo Patrizia dicendo "Ecco", mentre Patrizia guarda in direzione opposta alla madre. La madre mette a posto ripetutamente la camicia, poi prende un sonaglio e lo scuote davanti al viso di Patrizia che ha gli occhi che non guardano nulla in particolare, dicendo "Pi pi pi pi pi", sulla stessa altezza e nello stesso tono, guardando rapidamente la telecamera. Patrizia, quando la madre smette per un momento, apre la bocca, ma la madre non commenta. La bambina appare soporosa. La madre commenta "Sei piena", guardando la telecamera sorridendo. Passa a un altro oggetto, che scuote dicendo "Pi pi pi pi pi", guardando in giro per la stanza. Poi lascia l'oggetto, prende la bambina per il torso come per spostarla, e rimane ferma. Patrizia guarda in giro, emette un suono di aspirazione, e la madre non si muove né modifica l'espressione del volto, né vocalizza.

Anche in questo caso si può rilevare lo stesso livello basso di sensibilità dell'interazione precedente; notiamo però alcune diversità. Esistono, in effetti, due estremi negativi nella scala di sensibilità. Il primo è un estremo intrusivo e controllante, un atteggiamento attivo che insiste, che stuzzica, che suscita tensione e agitazione. L'altro polo negativo della sensibilità nel CARE-Index è il polo non responsivo: si tratta di un polo negativo in cui non c'è molta attivazione, non si dice molto, non si fa molto. Il livello di attivazione complessivo è molto basso.

Se immaginiamo la madre di Marcello con lo stesso stile, ma con un'ulteriore diminuzione della sensibilità, avremo un'interazione tipica delle situazioni di maltrattamento fisico. Se immaginiamo invece di vedere la madre di Patrizia con lo stesso stile, ma con una sensibilità ancora minore, avremo invece un'interazione tipica delle situazioni di trascuratezza fisica.

Le interazioni delle tre diadi dimostrano la gamma della normalità: una situazione molto positiva da un lato, e dall'altro due situazioni che non stanno andando molto bene, madri e bambini che non sono particolarmente felici, ma non in situazioni psicopatologiche. Passiamo ora all'osservazione di situazioni più gravi.

Jack è sdraiato a terra su un tappeto; la madre, vestita di nero, è seduta di fronte a lui con una gamba piegata e una estesa, e gli sospende sul viso con il braccio teso alcuni anelli, che agita. Il suo viso è serio. Jack guarda gli anelli, ma si agita e si lamenta. La madre lascia l'attività e prende per le mani Jack, tirandolo su in piedi. Appena Jack è in piedi la madre accenna ad aprire la bocca con un'espressione accentuata, ma Jack sta guardando alla propria sinistra, e la madre abbandona l'espressione del volto, e parla a Jack con voce sommessa. Jack si volta a destra, emettendo suoni aspirati. Traballando sulle gambe, si mette in bocca la mano destra, da cui la madre cerca di scostare la propria. Poi Jack si gira verso la telecamera. La madre, sottovoce, chiede "Chi è quello?", un paio di volte. Il bambino distoglie ancora lo sguardo in nessuna direzione particolare, e la madre lo rimette supino, per tornare ad agitare gli anelli davanti al suo volto: Jack si volta verso sinistra. La madre gli mette nella mano sinistra gli anelli, mentre Jack si lamenta debolmente. C'è una pausa di circa 5 secondi in cui Jack continua debolmente a lamentarsi. Alla fine la madre lo mette a sedere contro di sé, quindi i volti di entrambi sono rivolti alla telecamera. Jack non resiste e non collabora, il suo tono muscolare sembra basso, e in tutte le posizioni oscilla leggermente. La madre gli scuote la mano in cui tiene gli anelli, Jack a sua volta scuote la mano, ma porta gli anelli alla bocca, si lamenta leggermente, e guarda in varie direzioni. La madre gli mette davanti una sfera di plastica, mentre Jack si affloscia sempre più contro di lei, e sembra guardare in nessuna direzione particolare. La madre gli mette in mano l'oggetto, e Jack lo porta alla bocca guardando in alto. È ormai semisdraiato, mentre la madre commenta brevemente sottovoce le sue azioni. Dopo alcuni secondi, la madre fa girare la sfera sul suo supporto senza reazioni visibili da parte di Jack, e poi raddrizza il bambino allontanandolo da sé. Il viso di Jack è rivolto verso il basso, come pure quello della madre, che ha un'espressione vuota e triste. La madre sorregge Jack per la schiena, si ravvicia i capelli e cerca di vedere cosa stia facendo il bambino, che ogni tanto manipola la sfera. Poi la madre torna ad appoggiarsi il bambino addosso, e gli mostra gli anelli, a cui Jack rivolge lo sguardo, lasciando andare la sfera. Appena Jack alza la mano verso l'oggetto, la madre glielo lascia, scostandolo ancora leggermente da sé. Ora Jack è seduto in avanti, quasi piegato in due, silen-

5

zioso (come la madre, che gli sta dietro completamente): manipola gli oggetti che la madre silenziosamente gli riavvicina quando gli sfuggono. La madre poi torna a far sdraiare Jack, che tiene in mano la sfera davanti alla faccia. Il bambino respira rumorosamente, manipolando la sfera in modo poco coordinato. La madre lo guarda con un'espressione vuota e triste. Poi gli dice: "È troppo grossa?" e lo tira su per le mani, fino a farlo stare in piedi, guardandolo in faccia con la bocca aperta e un volto sorridente. Il bambino si gira verso la telecamera con espressione vacua, lievemente sorpresa. La madre gli parla sottovoce, Jack si dondola sulle gambe, guardando altrove. Silenziosamente, la madre torna a far sedere il bambino.

Il livello di vigilanza e attenzione di entrambi i partecipanti all'interazione è basso. La madre regge il bambino "pinzandogli" la maglietta, quasi a eludere il contatto fisico. Quando la madre muove il bambino, egli rimane passivo, non tiene su il corpo, non chiama la madre, non fa alcun movimento. Anche il volto della madre è piatto, le sue attività sono di bassa entità, si muove poco. Se poi confrontiamo il modo di presentarsi di questa madre con il modo di presentarsi della mamma di Marcello, notiamo che la madre di Jack, nonostante abbia avuto un bambino, oggi non appare particolarmente sexy! Di fronte all'unica espressione accentuata della madre, il bambino si gira dall'altra parte. Alla fine la madre ha fatto ciò che noi riterremmo adeguato e il bambino risponde negativamente. Che diagnosi ha la madre? Depressione. La depressione che la madre vive fa sì che agisca di meno dal punto di vista temporale, ma anche che "senta" meno sul piano emozionale. Ciò priva il bambino di qualsiasi modo di collegarsi alla madre: non gli è possibile farlo né dal punto di vista temporale né sul piano dei sentimenti. Sia il livello di attivazione della madre che quello del bambino sono molto bassi ed è impossibile connettersi in questo modo. Le evidenze sugli effetti dell'esperienza dei primi mesi di vita con la madre depressa testimoniano che le conseguenze sono molto negative.

Un altro CARE-Index con l'interazione di Sylvia e la sua mamma.

Sylvia, dodici settimane, è sdraiata su un tappeto, con la madre in ginocchio davanti a lei. La madre si china e le dice: "Vogliamo vedere quanto sei intelligente", mentre le aggiusta i vestiti. La bambina muove braccia e gambe e guarda verso il volto della madre con espressione seria. In sottofondo si sente la voce di un altro bambino che, mentre la madre mette in mano a Sylvia degli anelli, entra nell'inquadratura mostrando dei giocattoli alla madre, che li guarda con un sorriso di bocca, che mostra molti denti. Sylvia volge lo sguardo verso il fratello, con espressione molto corrucciata, mentre la madre gli dà istruzioni sul gioco che lei vuole che sia fatto (fuori dall'inquadratura). Il fratello va a eseguire le istruzioni della madre con slancio. La madre torna a rivolgersi a Sylvia, che a sua volta guarda la madre, con un piccolo broncio. Sylvia si muove, apre la bocca. La madre le parla affettuosamente e sorridendo, ma senza fare eco ai movimenti della bambina, su un ritmo diverso. Mentre Sylvia agita le gambe, la madre è concentrata a metterle in mano un anello di plastica, che Sylvia non afferra rapidamente: la madre deve chiuderle le dita attorno all'oggetto, ripetendo, "Questo è bello, questo è bello". Quando l'operazione è finita, Sylvia guarda la madre e a malapena muove la mano che stringe l'oggetto. La madre la guarda e le parla più sottovoce, poi torna ad aggiustarle i vestiti, mentre si rivolge al fratello che le parla. Dopo che il fratello se n'è andato e la madre ha finito di sistemare i vestiti, Sylvia emette alcuni suoni di pianto, a cui la madre risponde con una voce "preoccupata". Se la tira più vicini

no e le gratta leggermente il torace con il pollice destro. Ora la madre cerca di attirare l'attenzione di Sylvia con parole brevi e intervallate, muovendo il giocattolo che Sylvia ha ancora in mano. Sylvia la guarda, con un'espressione forse sorridente, ma non in modo ancora chiaro. La madre chiede a Sylvia: "Parla. Parla? Hai qualcosa da dire?", mentre Sylvia muove abbastanza vigorosamente braccia e gambe, ma non cambia l'espressione del volto. La madre poi si toglie gli occhiali e avvicina il viso a quello della bambina, ripetendo "Hai qualcosa da dire?". Sylvia accenna un sorriso di sola bocca, la madre le dice "Di una parolina", e passa a cercare di metterle un giocattolo nella mano destra. Nel mentre dice "Sei molto chiacchierona al momento". La bambina ha perso il contatto di sguardo con la madre e appare poco attivata. "Dicci qualcosa", le dice la madre prendendola per il torace con le mani. Accennando l'espressione del volto la madre dice: "Come hai dormito? Bene?", e Sylvia le sorride. La madre abbassa il tono della voce, sempre parlando del sonno, e inizia ad alzare Sylvia tenendola per il torace. Lo fa piuttosto lentamente, emettendo un suono "di fatica", e alla fine mette seduta la bambina. Sylvia ha perso il contatto di sguardo, la testa è piegata in avanti. La madre alza il tono della voce in modo breve e staccato, ma la posizione della testa della bambina non cambia. La madre allora guarda nella stessa direzione e commenta: "Ti stai guardando i piedi". Lascia con la mano destra il torace della bambina e va a toccarle la punta dei piedi. Sylvia oscilla, faticando a mantenere la postura, ma non mostra altri movimenti. La madre rimette sdraiata Sylvia, che appare avere un volto apatico, con la bocca semiaperta e la lingua quasi fuori dalla bocca. La madre le chiede ancora di dire qualcosa. Il volto di Sylvia si fa corrucciato, mentre la madre cerca di metterle in mano gli anelli. Sylvia guarda la madre agitando il braccio e gettando via gli anelli. La madre la guarda con le mani (quasi in posizione "di preghiera") sotto il mento, e dice "Allora niente?". Rimane ferma in questa posizione, con un volto che diventa quasi piangente per un breve momento. Poi sorride. Sylvia sorride a sua volta, e la madre smette di sorridere e le dice sottovoce: "È un sorriso bellissimo". Anche il sorriso di Sylvia si spegne, e mentre Sylvia si muove con braccia e gambe, la madre le tocca gentilmente (in un altro ritmo) la mano destra e poi inizia a tirarle il braccio. La bambina fatica a mantenere la posizione, ansima con la lingua quasi fuori, e la madre dice "Ah, come sei forte", e lentamente la tira a sedere. La bambina la guarda con il capo che ciondola, e la madre commenta: "Ce l'hai fatta! Ce l'hai fatta". E la mette in piedi. Sylvia ora guarda in basso. La madre la mette a sedere sulla propria coscia, e possiamo vedere l'espressione vacua, con la bocca aperta e la lingua visibile, della bambina.

Riguardo a questo caso, l'interazione è problematica e ci si può chiedere se qualcuno dei due membri della diade, madre o bambina, abbia una diagnosi e quale possa essere. Volendo provare a cogliere alcune espressioni della diade pertinenti al riguardo, si possono formulare delle ipotesi. La madre fa molte richieste alla bambina di parlare, chiede spesso se ha qualcosa da dire: "fai un versino", "sei molto chiacchierona in questo momento, è fantastico", "di qualcosa a noi", "come è stata questa dormita, hai dormito bene?". Il modo in cui la madre solleva la bambina è molto instabile e per la bambina è difficile reggere il capo. Inoltre va notato anche che nell'interazione, quando la bambina risponde al sorriso della madre, la madre smette di sorridere.

A quale delle interazioni precedenti potrebbe assomigliare di più quest'ultima? A quella sensibile di Giovanna con la madre? Oppure può assomigliare a quella di Marcello, con una madre agitata e sexy, che ha bisogno continuamente del succhiotto e lo richiede al padre? Oppure può essere simile a quella di Patrizia, ritirata e triste, che si limita ad agitare un giocattolo ogni tanto? O può essere vicina alla madre di

5

Jack vestita di nero, che non ha fatto quasi niente? Questa madre non è completamente simile a nessuna delle precedenti.

E il bambino a chi assomiglia di più? A Giovanna, la bambina italiana ingaggiata, coinvolta? A Marcello, il bambino italiano sofferente? A Patrizia, la bambina italiana passiva? O a Jack, molto passivo, quasi depresso? Vi è una chiara somiglianza di Sylvia a Jack, il figlio della madre depressa.

La madre di Sylvia è guarita da una depressione postpartum. Ha ricevuto una terapia farmacologica e il suo psichiatra dice che adesso sta bene: "se continui a prendere i tuoi farmaci, niente più depressione". Il livello di attivazione dell'interazione della diade è elevato e lo stato affettivo è più positivo, però la madre non ha interazione con la bambina. La bambina sembra sapere che la madre non è in interazione con lei: anche se la madre è attiva e positiva, la bambina può percepire che tutto ciò che la madre fa non ha niente a che fare con lei. Quindi, mentre la madre di Jack viene definita depressa e non responsiva, quella di Sylvia è una madre che segue un trattamento tale da modificare il suo tono dell'umore e il suo livello di attivazione, ma non la sua non-interazione con la figlia. Avendo osservato in questo modo un campione di madri depresse e di madri guarite dalla depressione, mi chiedo su che cosa agisca il nostro trattamento, se questo è il modo in cui si manifesta la guarigione dalla depressione post-partum? Siamo arrivati alla radice del problema in modo tale da aiutare la madre a migliorare le sue interazioni con le persone? Oppure abbiamo reso più difficile identificare e localizzare il problema? Il problema è più evidente nell'interazione precedente della madre di Jack, tutta vestita di nero; quest'ultima diade invece potrebbe essere di fronte a molti di noi senza che riusciamo ad accorgerci che qui c'è un problema interpersonale, anche se il bambino lo sa e lo dimostra.

Vi è una sezione dell'interazione in cui la madre è coinvolta dal fratello maggiore che entra nell'inquadratura. La madre dice al fratello: "Perché non vai là *tu* e giochi con quei giocattoli là? Voglio che *tu* faccia vedere a *me* come metti quelle cose lì sopra": è un tono di voce molto esagerato in senso positivo! E il bambino risponde: "Oh, *yeah!*". Ripensando alle strategie che vi ho illustrato nell'intervento precedente, notiamo che lo stato affettivo della madre sembra artefatto e forzato: probabilmente, quindi, uno stato affettivo falsamente positivo. Ciò farebbe presumere una sua strategia A compulsiva. E anche la risposta affermativa del bambino sembra essere a sua volta falsamente positiva. In una famiglia con una madre depressa qualcosa deve essere modificato: se la madre non è in grado di modificare niente, dovrà farlo qualcun altro. Forse può essere il padre a prendere in mano la situazione, a portare più vivacità nella famiglia, a prendersi cura della madre e dei bambini, e la madre può continuare a essere depressa. Se però il padre non è in grado di assumere un ruolo simile, sussiste un bisogno di cambiamento nella famiglia. Diventa allora probabile che sia uno dei bambini a cambiare, assumendo il ruolo di accuditore compulsivo e sorridendo alla madre quando la madre si sente male. Quando la madre di questo video smette di agire in modo felice e chiede alla bimba mormorando "Niente? Niente?" con un'espressione sconsolata sul volto, è addirittura la bambina più piccola a sorridere. Questa bambina piccola sta imparando a soddisfare il bisogno della madre di sentirsi meglio; il fratello più grande l'ha già imparato. Il bambino più gran-

de vuole stare sulla coperta a giocare assieme alla madre e alla sorellina, condividendo le attenzioni della madre. Se però la madre lo vuole da un'altra parte, "oh, sì", ci va subito. Se niente e nessuno cambia, qualcuno diventerà sintomatico.

Consideriamo ora il CARE-Index con l'interazione tra Kate e la madre.

Kate, quattro mesi e mezzo, è seduta tra le gambe della madre, dandole le spalle. La madre la regge per una spalla, mentre con l'altra mano le mette davanti al volto una scimmia giocattolo che emette un urlo acuto e prolungato. La madre aziona di nuovo il giocattolo dicendo più volte: "È una scimmia sciocca!". Kate guarda in giro, senza reagire in modo particolare alla scimmia. La madre ha già pronto, prima ancora di poggiare la scimmia, un altro giocattolo che fa volare, poi arrivare sul volto di Kate, a "bacciarle" la bocca. Kate accenna un sorriso, sempre guardando in varie direzioni, dopo il primo contatto. Il gioco si ripete, ma Kate sembra più distratta. La madre prende in mano il braccio destro di Kate, e lo sposta in modo da farle prendere in mano l'oggetto. Kate non partecipa molto a questa manovra; pur non opponendosi, guarda avanti, traballa, non pare attratta dall'oggetto. Sgrana gli occhi verso la telecamera e apre la bocca, come per metterci dentro l'oggetto. Nel frattempo la madre sta allungandosi verso un altro giocattolo, e Kate segue visivamente la mano della madre. La madre presenta l'oggetto a Kate, continuando a parlare con lo stesso tono di voce sorridente e delicato. Kate guarda altrove, sempre traballando e avendo difficoltà a mantenere la posizione seduta (la madre deve reggerla con la propria mano destra). La madre poggia l'oggetto, e sorride alla telecamera con una certa tensione, mostrando un trucco molto accurato della bocca e degli occhi, con un'acconciatura molto accurata. Mentre sorride, la madre prende in mano un altro giocattolo, che avvicina al volto di Kate, la quale ammicca, guarda altrove con espressione preoccupata, e si accascia verso destra, cercando di mettersi in bocca l'oggetto "volante" che ha ancora in mano. A questo punto la madre riprende in mano la scimmia, le fa emettere l'urlo agitandola leggermente molto vicino al volto di Kate, che distoglie leggermente lo sguardo. La madre fa ripetere il lungo urlo alla scimmia. Poi, sorridendo, prende un libro e inizia a leggere una lunga filastrocca rimata, Kate guarda vagamente in direzione del libro in modo non particolarmente focalizzato, muovendo leggermente ogni tanto il braccio destro; è afflosciata contro la madre. Mentre la madre mette via il libro, Kate segue con lo sguardo. Rapidamente la madre torna nel campo visivo di Kate con un altro giocattolo, che cerca subito di metterle in mano; è però molto grosso, quindi lo riduce di dimensioni e le dà un pezzo più piccolo. Nel frattempo Kate è sempre più afflosciata. Dopo qualche secondo che ha in mano l'oggetto, lo porta alla bocca, e di nuovo la madre guarda la telecamera con un sorriso piuttosto ampio, mostrando i denti dell'arcata superiore, con le sopracciglia alzate e una posizione instabile del corpo, piegata in avanti, con il braccio sinistro poggiato sull'anca, come per alzarsi dalla posizione seduta. Si volge poi a Kate, fa per alzarle la testa (ormai la bambina è semisdraiata sulla coscia sinistra della madre), poi sceglie di toglierle l'oggetto dalla bocca. Solo dopo la rialza e le propone un altro giocattolo, che scuote e con cui le tocca il viso. L'espressione di Kate è vacua, lo sguardo è volto altrove, la bambina chiude gli occhi al momento del contatto con l'oggetto. C'è un momento di pausa, durante il quale Kate torna a mettersi in bocca l'oggetto precedente, e la madre guarda gli altri giocattoli. La madre sceglie un giocattolo complesso, che si posiziona di fronte (così facendo, allarga le gambe e Kate, perdendo l'appoggio, si sbilancia sulla destra). La madre riposiziona Kate e aziona il giocattolo, prima con la propria mano, poi con la mano di Kate. Kate guarda vagamente e scalcia contro l'oggetto (a questo la madre commenta, guardando un adulto nella stanza, e parlando rapidamente su come la bambina voglia usare i piedi). La madre poi prosegue ad azionare il giocattolo come in precedenza.

5

Lo stato affettivo di questa madre sembra positivo, lasciando aperta la possibilità di essere falsamente positivo. Questa bambina assomiglia ai figli di entrambi le madri depresse: è una bambina afflosciata e passiva, che non risponde a niente di quello che le succede intorno.

C'è una scimmia giocattolo che la madre fa suonare durante l'interazione. Al suono della scimmia, attivato dalla madre, il bambino non risponde, non sembra né spaventato né infastidito. Il suono della scimmia è acuto e sgradevole e la madre continua ritmicamente a schiacciare la pancia della scimmia per farlo uscire. Chi è spaventato in questa interazione? La madre che aziona la scimmia. E quando è spaventata? Appena l'interazione comincia, la madre fa agire la scimmia, sente il suono che la scimmia produce, e l'aziona di nuovo. Dopo una pausa, aziona la scimmia altre due volte. La prima volta può essere stata una sorpresa, ma le altre devono essere per forza intenzionali.

Come si sente la madre rispetto al giocare con il proprio bambino? Ha un'espressione terrificata! "Oddio devo giocare con il bambino!". Questa però è una cosa che non si dice: "Non voglio stare con il mio bambino, sono spaventata dal mio bambino". Dire una cosa simile sul proprio bambino è contro le regole della maternità e della civiltà. Questa madre, tutta ben vestita e sorridente, sta facendo delle cose divertenti con suo figlio proprio come faceva la madre di Sylvia, ma diversamente da lei è spaventatissima, non è in grado di tenere questo terrore dentro di sé e sotto controllo. Il terrore intrude nell'interazione attraverso le grida della scimmia, la madre fa succedere questa cosa sorridendo tutto il tempo, come a dire "Non sono io che ho paura, è la scimmia che grida, non io". Le parole della madre sono: "È una scimmia sciocca". Questo però non è un momento sciocco, è terrificante. Le parole e l'aspetto sorridente della madre non vanno d'accordo con l'emozione che motiva l'azione della scimmia.

Durante tutto ciò il bambino è seduto, floscio e disattento, come se capisse che nessuno di questi sorrisi, di questa preparazione, di questi vestiti, e niente dell'uso dei giocattoli abbia a che fare con lui stesso. Neanche la paura sembra riguardarlo. Quindi, il bambino, fisicamente e psicologicamente, non è presente in questa interazione; qualunque cosa abbia reso la madre così spaventata e così angosciata è dentro la madre stessa. Vediamo un pattern di performance compulsiva: "Sono una brava ragazza, una brava madre, faccio tutto come si deve", con delle intrusioni di uno stato affettivo disperatamente negativo.

Se osservassimo questa interazione un po' più a lungo, o se venisse ridotta la terapia farmacologica, vedremmo lo stesso volto triste che fugacemente abbiamo visto nella madre di Sylvia. Per questa madre c'è una diagnosi: una madre schizofrenica con una componente depressiva. Nella sua vita ci sono traumi irrisolti, una strategia A compulsiva che impone: "Sii una brava madre", e intrusioni di stati affettivi negativi che non può controllare, né accettare come parte di se stessa: "Io non sono una donna spaventata, non sono una donna che rifiuta il proprio bambino".

Secondo me la madre fa due cose con questi sentimenti negativi sconvolgenti: in un'interazione come questa, la madre sposta i sentimenti negativi sulla scimmia in modo da agirli, allontanandoli da sé. Nella vita quotidiana, i suoi sentimenti rispetto al figlio e all'essere madre sono spostati su un disturbo: non si tratta di lei e dei

suoi veri sentimenti, ma di una diagnosi, la sua malattia. In casi di strategie compulsive A estreme, l'inibizione degli stati affettivi negativi ha delle interruzioni, in cui i sentimenti negativi emergono prepotentemente, ma spostati su qualcosa che non ha a che fare con il Sé, per esempio una malattia, in modo tale da non doverli prendere in considerazione direttamente, come pertinenti e rilevanti per la persona. In effetti, se la terapia farmacologica è efficace, si potrà riparare la strategia A compulsiva, in modo da rinforzare l'inibizione degli stati affettivi negativi e permettere alla madre di tornare alla sua vita perfetta.

Dal vivo dei video e dall'intervento clinico alla descrizione verbale

Nota dei curatori

Il paragrafo 5.3 può risultare di impegnativa comprensione per il lettore: ciò in conseguenza del fatto che le esemplificazioni cliniche riportate sono stralci di dimostrazioni pratiche che fanno parte di percorsi formativi ultraspecialistici per clinici e psicoterapeuti, condotti dai due autori in specifici ambiti professionali. Solo nell'*hic et nunc* dell'osservazione diretta, nel contesto visivo offerto dai video e nella viva voce del supervisore-conduttore-formatore, nonché nel clima gruppale e negli eventuali interventi dei partecipanti, è possibile orientarsi e seguire in tutti i particolari la sequenza osservativa e le interpretazioni diagnostiche.

Le attuali tecnologie elettroniche applicate all'editoria avrebbero potuto permettere la dotazione di CD per questo libro, tuttavia due ragioni non lo hanno consentito. La prima è che a un libro non possono essere collegati che un numero limitato di esempi video scelti in una immensità di esperienza clinica, quale quella dei due studiosi che hanno prodotto il contributo. Questa limitazione avrebbe potuto originare equivoci interpretativi e soprattutto facili illazioni su come comportarci clinicamente e interpretare in casi differenti da quelli presentati. La seconda ragione è che tutto il lavoro clinico della studiosa americana è rigorosamente protetto da copyright.

Il materiale clinico viene utilizzato in specifici corsi di formazione abilitanti all'uso dello strumento CARE-Index, in seguito ai quali l'operatore, conseguendo l'attendibilità dall'autrice, può essere considerato esperto e autorizzato.

È richiesto al lettore anche un certo impegno per la comprensione di tutte le sottocategorie individuate nel precedente paragrafo 4.1, che solo nell'immediatezza di un addestramento clinico avanzato possono essere colte e assimilate.

Quanto proposto nei paragrafi suddetti assume pertanto il valore di un sommario esempio di come un operatore potrebbe addestrarsi nella specifica metodica di Patricia Crittenden.

Bibliografia

- Bigras M, Pasquette D (2000) L'interdépendence entre les sous-systèmes conjugal et parental: une analyse persone-processus-contexte. *Psychologique Teor Perquisa* 16:91-102
- Cassidy B, Zoccolillo M, Hughes S (1996) Psychopathology. In: Adolescent Mother and its effects on mother-infant-interaction: a pilot study. *Can J Psychiatry* 41:379-84
- Ciotti F, Lambruschi F, Pittino B, Crittenden P (1998) La valutazione della relazione precoce madre-bambino in una popolazione di madri con una storia di tossicodipendenza attraverso l'uso del CARE-Index. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* 4:53-59
- Crittenden PM (1979-2004) CARE-Index: Coding Manual. Unpublished manuscript, Miami, FL
- Crittenden PM (2004) CARE-Index. In: Lambruschi F (a cura di) *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva*, Boringhieri, Torino
- Cramer B, Robert-Tissot C, Stern DN et al (1990) Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapy: a preliminary report. *Infant Ment Health J* 11:278-300
- Crittenden PM (1981) Abusing, neglecting, problematic and adequate dyads: differentiating by patterns of interaction. *Merrill-Palmer Quarterly* 27:1-19
- Crittenden, PM (1984) Sibling interaction: Evidence of a generational effect in maltreating families. *Int J Child Abuse Negl* 8:433-438
- Crittenden, PM (1985a) Social networks, quality of child-rearing, and child development. *Child Dev* 56:1299-1313
- Crittenden PM (1985b) Maltreated infants: Vulnerability and resilience. *J Child Psychol Psychiatry* 26:85-96
- Crittenden PM (1987) Non-organic-Failure-to-Thrive: Deprivation or Distortion? *Infant Ment Health J* 8:56-64
- Crittenden PM (1988) Relationship at risk. In: Belsky J, Nezworsky T (eds) *Clinical Implications of Attachment*. Erlbaum, Hillsdale, NJ
- Crittenden PM (1990) Internal representational models of attachment relationship. *Infant Ment Health J* 11:259-277
- Crittenden PM (1992b) Children's strategies for coping with adverse home environments. *Int J Child Abuse Neglect* 16:329-343
- Crittenden PM (1994) Nuove prospettive sull'attaccamento. Guerini e Associati, Milano, 2003
- Crittenden PM (1997) Pericolo, sviluppo e adattamento. Masson, Milano
- Crittenden PM (1999) Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico maturativo alla Adult Attachment Interview. Cortina, Milano
- Crittenden PM (2000a) A dynamic-maturational approach to continuity and change in pattern of attachment. In: Crittenden PM, Claussen AH (eds) *The Organization of Attachment Relationships: Maturation, Culture, and Context*. Cambridge University Press, New York, NY, 343-357
- Crittenden PM (2000b) A dynamic-maturational exploration of meaning of security and adaption: Empirical, cultural, and theoretical considerations. In: Crittenden PM, Claussen AH (eds) *The Organization of Attachment Relationships: Maturation, Culture and Context*. Cambridge University Press, New York, NY, 358-384
- Crittenden PM (2000c) A dynamic-maturational model of the function, development, and organization of human relationships. In: Mills RSL, Duck S (eds) *Development Psychology of Personal Relationships*. Wiley, Chichester, UK, 199-218
- Crittenden PM (2008) Il Modello Dinamico Maturativo dell'attaccamento. Cortina, Milano
- Crittenden PM, Bonvillian JD (1984) The effect of maternal risk status on maternal sensitivity to infant cues. *Am J Orthopsychiatr* 54:250-262
- Crittenden PM, Di Lalla DL (1987) Compulsive compliance: The development of an inhibitory coping strategy in infancy. *J Abnorm Child Psychol* 16:585-99
- Hughes S (1993) The relationship between maternal psychiatric disorder and mother responsivity. Dissertation presented to the Faculty of McGill University, Montreal, Canada
- Jacobsen T, Miller LJ (1998) Compulsive compliance in a young maltreated child. *J Am Acad Child*

- Adolesc Psychiatry 37:462-463
- Leadbeater BJ, Bishop SJ (1994) Predictor of behaviour problems in preschool children of inner city Afro-American Rican mothers. *Child Dev* 65:638-648
- Leadbeater BJ, Bishop SJ, Raver C (1996) Quality of mother-toddler interaction, maternal depressive symptoms and behaviour problems of adolescent mother. *Dev Psychol* 32:280-288
- Leventhal A, Jacobsen T, Miller LJ (2004) Parenting attitudes and child maltreatment risk in mother with major psychiatric disorder. *Psychiatric Services* 52:488-492
- Linares LO, Jones B, Sheiber FJ, Rosenberg FB (1999) Early intervention: for drug-espoused infants in foster care. In: Silver J, Amser B, Haecker T (eds) *Young children and foster care*. Brookes, Baltimore, MD
- Pasquette D, Zoccolillo M, Bigras M (1999) L'efficacité des interventions en foyers de groupe pour mères en difficulté d'adaptation. *Défense Jeunesse* 6:30-35
- Pasquette D, Bigras M, Zoccolillo M et al (2001) Comparison of la sensibilité parentale entre des mères adolescentes et des mères adultes peu scolarisées. *Revue de Psychoéducation et d'Orientation*, 30:283-290
- Patino FL (1993) Mothers' prenatal attachment history, attachment status, and social support satisfaction as predictors of postnatal maternal sensitivity. *Dissertation Abstracts International* 53:3787
- Parr M (2002) A personal response to Pat Crittenden's presentation about relationships at risk: mother infants. *ALMH (UK) Newsletter* 3:5-8
- Seligman MEP (1977) *Helplessness: On Depression, development and death*. Freeman, San Francisco, CA
- Silver J, Amser BJ, Haecker T (1999) *Young children and foster care*. Brookes, Baltimore, MD
- Simò S, Rauh H, Zeigenhain U (2000) Mutter-Kind-Interaktion im Verlaufe der ersten 18. Lebensmonate und Bindungssicherheit am Ende des 2. Lebensjahres. *Psychologie in Erziehung und Unterricht* 47:118-141
- Svanberg PO, Jennings T (2002) The Sunderland Infant Program (UK): Reflection on the first year. *The Signal* 9:1-5
- Ward MJ, Kessler DB, Altman SC (1993) Infant-mother attachment in children with failure to thrive. *Infant Ment Health J* 14:208-220
- Ward MJ, Carlson EA (1995) The predictive validity of the Adult Attachment Interview for adolescent mother. *Child Dev* 66:66-79



Parenting nella nascita a termine e pretermine: fattori di protezione e rischio

6

L. Cena, A. Imbasciati¹

6.1

Il parenting nella nascita a termine

Nell'ambito della letteratura di diverse scienze (Psicologia dello sviluppo, Psicologia clinica, Psicologia sociale, Psicoanalisi, Pedagogia), con il termine genitorialità e parenting si fa riferimento a un ampio costrutto riferito alle competenze di allevamento e cura per la crescita dei piccoli, che, a partire dagli inizi del XX secolo, ha assunto nel corso del tempo diverse dimensioni, a seconda del vertice di riferimento teorico considerato (Imbasciati, 2008).

A partire dagli anni '60 si sviluppa la maggior parte degli studi su questo argomento: Bowlby stesso era stato incaricato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità di svolgere una ricerca sugli effetti della deprivazione materna quale causa di turbe sociali, emotive, cognitive. Le cure materne nell'infanzia e nella fanciullezza sono importanti per la salute mentale quanto "le vitamine e le proteine per la salute

¹ Questo capitolo è un inquadramento teorico di una ricerca studio tuttora in corso a cui partecipano: Antonio Imbasciati, Professore Ordinario di Psicologia Clinica, Dipartimento Materno-Infantile, Università degli Studi di Brescia; Sergio Pecorelli, Professore Ordinario di Ostetricia e Ginecologia, Dipartimento Materno-Infantile, Università degli Studi di Brescia e Direttore Reparto di Ostetricia e Ginecologia Spedali Civili Brescia; Loredana Cena, Professore Associato di Psicologia clinica, Dipartimento Materno-Infantile, Università degli Studi di Brescia; Andrea Lo Iacono, Ricercatore Ostetricia e Ginecologia, Dipartimento Materno-Infantile, Università degli Studi di Brescia; Gaetano Chirico, Direttore dell'U.O. di Terapia Intensiva Neonatale degli Spedali Civili di Brescia; Agnese Angeli, Neonatologo dell'U.O. di Terapia Intensiva Neonatale degli Spedali Civili di Brescia; Antonella Gasparoni, Direttrice Nidi A e B degli Spedali Civili di Brescia.

Collabora tutto il personale dei reparti di Terapia Intensiva Neonatale, dei Nidi A e B e dei reparti di Ostetricia e Ginecologia deli Spedali Civili di Brescia, neonatologi, pediatri, ginecologi, medici, caposale, infermieri, tecnici della riabilitazione funzionale, ostetriche, puericultrici, personale socio-sanitario, che si ringrazia per la calorosa partecipazione e condivisione alle finalità della ricerca. →

fisica”: nel testo *Cure materne e igiene mentale del fanciullo* Bowlby (1957) evidenzia come il bimbo, se non riesce a stabilire un legame affettivo adeguato con la madre, può manifestare turbe psichiche di vario genere e in particolar modo un’incapacità di sperimentare, poi, un legame affettivo con altre persone.

L’accento sull’adeguatezza del legame affettivo sottolinea che le cure materne non sono da intendersi in senso materiale: è la loro qualità – altrove abbiamo in dettaglio descritto in che cosa esse consistano – che condiziona lo sviluppo in senso positivo o negativo. Questa qualità è determinata dal tipo di contenuti psichici, affettivi che vengono trasmessi e assimilati dal bimbo: cure materne perfette dal punto di vista fisico possono essere inadeguate “affettivamente” e produrre effetti negativi. I bambini privati delle cure materne o esposti a cure materne inadeguate sono maggiormente a rischio di sviluppare un comportamento delinquenziale nel futuro. Queste scoperte portarono alla considerazione che la mancanza della madre possa causare danni non solo intrapsichici al bimbo, ma anche sociali, con il pericolo di un aumento della delinquenza. Bowlby evidenziò, inoltre, come la prevenzione nel campo della salute mentale infantile debba iniziare facendosi carico dei genitori: una società a cui stanno a cuore i bambini deve incominciare a prendersi cura dei loro genitori.

La capacità genitoriale (Bornstein, 1995) corrisponde a un costrutto complesso, non riconducibile alle qualità personali del singolo genitore, ma che comprende adeguate competenze di tutto l’insieme relazionale e sociale che circonda il bambino.

Le scienze psicologiche se ne sono occupate da prospettive differenti, a seconda del modello teorico di riferimento: gli studi di psicologia sociale sono quelli che hanno allargato la prospettiva mettendo in evidenza come la genitorialità sia funzione sociale complessa che comprende molti compiti in evoluzione, lungo l’arco della vita, dalla prima infanzia all’adolescenza avanzata dei figli. Si tratta di un processo costituito da diverse dimensioni individuali, relazionali e sociali, che non consiste solo nell’esercizio delle pratiche di cura del bimbo, ma comprende l’assunzione di un ruolo entro la propria discendenza e all’interno del sistema familiare; aspetti articolati e complessi che includono anche la dimensione intergenerazionale della storia familiare, i valori, le regole e le tradizioni trasmesse dal sistema familiare. Il ruolo

→ Si ringrazia per il contributo alla ricerca Miriam Guana, Professore associato di Scienze Ostetriche, Dipartimento Materno-Infantile, Università degli Studi di Brescia.

Hanno partecipato in fasi diverse di attuazione del progetto Concetta Fasolino, Luisella Nodari, Enrica Ziliani, Nella Tralli, Dipartimento Materno-Infantile dell’Università degli studi di Brescia.

Si ringraziano molto per la partecipazione tutti i bimbi nati pretermine e i loro genitori del reparto di Terapia Intensiva Neonatale, i bimbi nati a termine dei Nidi A e B e i loro genitori ospitati nei reparti di Ginecologia e Ostetricia degli Spedali Civili di Brescia, che hanno permesso lo svolgimento di questa ricerca attraverso l’impegno e la collaborazione dedicata al progetto.

Lo studio è stato avviato a seguito dell’autorizzazione del Comitato Etico degli Spedali Civili di Brescia.

La ricerca sui pretermine fa parte di un più vasto progetto nazionale cofinanziato dal MIUR come PRIN 2007, in collegamento col gruppo dell’Università degli studi di Bologna (Baldoni, Facondini) e U.O. di Terapia Intensiva Neonatale dell’Ospedale di Rimini (Romeo), con la supervisione della prof.ssa Crittenden e del dott. Landini.

genitoriale include aspetti sociali complessi e al contempo li “trascende” e si sostanzia nella relazione con il figlio.

La psicologia sociale utilizza termini come parenting, parenthood e parent-child (Bornstein, 2002). Ci sembra interessante il termine parenting perché mette bene in evidenza il *divenire* di tale funzione: il suffisso “ing”, indica la progressione nel tempo di un’azione; il parenting è, infatti, un processo in evoluzione durante le diverse fasi del ciclo di vita di una madre e di un padre. Ci sembra dunque che parenting sia un termine con un significato dinamico, che consente un rimando implicito sia al divenire nel tempo, sia in riferimento al sistema allargato della parentela, cioè a tutti coloro della passata e presente generazione che sono rappresentati nella funzione genitoriale: madre e padre assumono nel loro ruolo anche quello demandato loro dalle famiglie di origine, quelle dei loro genitori e di altre figure parentali. Parafrasando la Bydlowski: nell’esercitare la funzione di parenting, si assolve “un debito di vita” (Bydlowski, 1997) in quanto si trasmettono nel corso del tempo valori e norme dei propri genitori, della propria famiglia di origine.

Con il termine parenting la psicologia sociale fa riferimento a un costrutto multidimensionale in cui sono rappresentate dimensioni affettive e cognitive che indirizzano il comportamento dei genitori nei confronti della prole. Le dimensioni individuate come particolarmente studiate nei primi anni di vita del bimbo sono quelle relative alla funzione di cura, che fanno riferimento al calore (affetto e accettazione), alla responsiveness (capacità di comprendere e rispondere ai segnali del bimbo) e al controllo (sistema di regole e limiti); le funzioni cognitive del parenting riguardano le aspettative genitoriali e le attribuzioni causali rispetto al comportamento del figlio.

In psicologia sociale della famiglia il passaggio alla genitorialità, il *transition to parenthood* (Scabini, 1995) della coppia viene inteso come un passaggio condiviso dal nucleo familiare di origine e influenzato da spinte culturali e sociali. Il processo del *transition to parenthood* si sviluppa progressivamente a partire dall’infanzia ed è in relazione con tutti i passaggi che l’individuo deve affrontare nell’evoluzione del suo ciclo di vita, come l’uscita dal nucleo familiare di origine e la scelta di diventare genitore. La genitorialità, inoltre, rimanda al “ruolo” di genitore, all’interno del contesto intergenerazionale della famiglia (Scabini, 1995).

Gli approcci teorici, psicodinamico e psicoanalitico, indagano le funzioni psichiche del parenting ed evidenziano una correlazione tra funzionamento genitoriale, processi di identificazione con i propri figli e dinamiche affettive con la propria famiglia di origine. Il parenting, il divenire genitore e l’assumersi la cura del proprio figlio, comporta innanzitutto l’attivazione di “funzioni psichiche” che si sviluppano progressivamente nella mente adulta.

Nella progettualità di coppia, prima di accedere alla funzione genitoriale, secondo Erikson (1956), l’individuo ha modo di esercitare la propria generatività. Questa è intesa come una caratteristica psichica che si sviluppa nell’età adulta come capacità di “generare”: generare legami, buone relazioni, affetti positivi e, in questa generale generatività, generare figli e allevarli. Nella coppia si manifesta con il desiderio di avere un figlio. La genitorialità può essere considerata espressione della generatività. In letteratura spesso si ritrovano i due termini, generatività e genitorialità, usati in modo interscambiabile. Con tali denominazioni si intendono processi com-

6

pleSSI che necessitano di una puntualizzazione. Per generatività si intende il processo che comporta l'atto del generare: rimanda quindi alla creazione di qualcosa, al superamento del narcisismo individuale a favore di un "altro", per cui l'individuo può anche sacrificarsi; in questi termini lo ha descritto Erikson, come ulteriore evoluzione di una "genitalità" intesa come oblatività e dedizione reciproca. Concretamente, nella vita di ognuno, generatività rimanda alla gravidanza, alla gestazione, alla procreazione, al voler "fare un figlio": a un desiderio presente in entrambi i sessi, che ritroviamo celebrato nel corso dei tempi anche nei miti e nelle cosmogonie (Imbasciati, Cena, 1987, 1988). La genitorialità psichica è una delle dimensioni dello sviluppo dell'identità adulta (Erikson, 1956); essa si fonda su un nuovo ruolo che investe l'individuo, e si concretizza nelle relazioni che si stabiliscono con le persone che appartengono allo stesso nucleo familiare: è una complessa funzione in cui si intrecciano dimensioni individuali, relazionali e sociali attraverso processi di "cura" (Greco, Rosnati, 2006).

La genitorialità comporta una ristrutturazione della coppia a diversi livelli: in primo luogo si avrà una nuova modalità di funzionamento che è ora di tipo triadico: ogni membro dovrà poter avere il proprio posto, entro la rappresentazione relazionale familiare, senza vissuti di esclusione; da un punto di vista organizzativo deve avvenire una progressiva integrazione e distribuzione dei ruoli di cura entro la coppia (Carli, 2002). Con la nascita del bimbo il progetto di generatività può concretizzarsi e consentire una piena realizzazione del progetto di genitorialità, attraverso una serie di modificazioni relazionali, familiari, prima solo potenzialmente inferite, che possono essere sperimentate ora fattivamente.

In genere i due processi, di generatività e genitorialità, sono embricati l'uno nell'altro, in quanto comunemente la generatività evolve verso la genitorialità, o viceversa è il progetto di genitorialità che stimola alla generatività l'individuo e la coppia: ciò spiega l'interscambiabilità dell'uso dei due termini. Può essere però che, per complesse vicissitudini interiori, intrapsichiche, interpersonali o anche sociali, la generatività non sia sostenuta o non evolva verso la genitorialità: il ruolo genitoriale può venire assunto da qualche altro caregiver dentro o fuori la famiglia, oppure, nei casi più gravi, il bimbo può venire abbandonato, maltrattato, abusato o ucciso.

Può anche accadere il contrario: il progetto di generatività può fallire per l'impossibilità procreativa, fisiologica o psicologica di uno o di entrambi i membri della coppia, mentre il progetto di genitorialità potrà venire realizzato attraverso l'adozione di un bambino o l'assunzione di un affido. Allora, parafrasando Baldaro Verde, *Avere un figlio o essere genitori?* (Baldaro Verde, 1987) è una domanda sulle complesse vicissitudini circa la progettualità umana sulla continuazione della specie: tale progettualità comporta dunque non solo aspetti generativi, attraverso un accoppiamento, una gestazione che dura nove mesi, un parto e un allattamento, ma anche aspetti genitoriali dovuti all'accudimento psicofisico e alla cura del piccolo, necessari per le caratteristiche di prolungata dipendenza della prole umana, uniche rispetto alle altre specie.

Un percorso di gestazione comporta dopo nove mesi una nascita a termine, un evento che corona il sogno di generatività della coppia e concretizza la funzione genitoriale: il figlio rende finalmente una donna madre e un uomo padre; è il figlio che fa il genitore. La maternità e la paternità sono dimensioni specifiche complementari ma

non simili, in cui si declina la genitorialità. La maternità è in genere definita nell'ordine del naturale e la paternità nell'ordine del culturale: la donna diviene madre tramite e all'interno di un processo biologico, che appartiene all'ordine della natura, un uomo diventa padre tramite un sistema simbolico che appartiene all'ordine della cultura. Portare un figlio nel ventre è un atto di natura, dare il proprio nome a un figlio è un atto di cultura, definito dalle norme di una determinata società: è il padre che dà il nome della propria famiglia al figlio. La fondamentale diversità, biologicamente determinata, ha portato a considerare la funzione materna come relativamente più biologica e quella paterna come "relativamente più sociale" (Ackerman, 1958).

L'uomo e la donna durante il percorso verso la "genitorialità" affrontano una serie di cambiamenti relativi al passaggio dalla posizione di figlio/a e moglie/marito a quella di madre/padre: questo processo comporta una nuova fase di sviluppo, a confronto con importanti cambiamenti che richiedono la destrutturazione del precedente equilibrio e un lavoro di riadattamento e di riorganizzazione. Molti autori (Bibring, 1959; Benedeck, 1959; Pines, 1977; Pazzagli et al., 1996; Smorti, 1987) hanno parlato della maternità e della paternità come "fasi di sviluppo".

Altri autori (Liebenberg, 1967; Cigoli, Galbusera Colombo, 1980; Smorti, 1980; Shapiro, 1989) fanno riferimento alla genitorialità, soprattutto per il primo figlio, come passaggio attraverso una "crisi", in seguito alla rottura degli equilibri raggiunti, affermando quindi che vi sia la necessità di una nuova organizzazione psichica. Il progetto gestazionale evolve lungo un continuum nel corso dello sviluppo psicologico dell'individuo; avere un figlio, nel nostro tempo, è sempre più l'esito di una scelta valutata e molto spesso unica nell'ambito del ciclo di vita dell'individuo adulto; diventare genitori è un evento che scandisce il processo maturativo della personalità adulta, scelta ponderata all'interno del ciclo di vita della coppia, ma che ha origini lontane nel processo di sviluppo dei singoli. Questo evento viene considerato una "crisi evolutiva" (Scopesi, 1994), che coinvolge i membri della coppia in un confronto con le proprie figure genitoriali e con i propri vissuti infantili rispetto alla paternità e alla maternità, alla ricerca di modalità comportamentali da adottare a loro volta come genitori, con il proprio figlio. Soprattutto il primo figlio comporta per l'individuo adulto la più importante crisi evolutiva (Erikson, 1984) che lo pone di fronte alla propria capacità procreativa, ma anche alla capacità di assumersi responsabilità, e dunque alla possibilità evolutiva del processo di identità.

In una coppia, quando il legame è vissuto come sicuro, stabile e duraturo, tale per cui può aprirsi a un nuovo elemento che rappresenta il futuro, nasce un progetto di generatività e genitorialità, e la coppia costruisce insieme un'immagine di quello che sarà il proprio figlio (Badolato, 1993; Ambrosini, Bormida, 1995). Insuccessi nella reciprocità dei ruoli di marito e di moglie, disturbi nelle relazioni sessuali, oppure forzature nella suddivisione delle autorità e delle responsabilità agiscono in modo negativo sulla motivazione dell'uomo al passaggio alla generatività e alla genitorialità.

Negli autori che hanno analizzato la tipologia della transizione dalla diade alla triade, attraverso ricerche longitudinali in coppie in attesa di un figlio (Binda, 1997) viene evidenziata l'importanza della percezione e della competenza genitoriale, quale indicatore favorevole per la realizzazione positiva del passaggio alla generatività/genitorialità; la trasmissione del desiderio di generare e dei valori simbolici tra le ge-

nerazioni può essere incentivante per l'investimento del legame di coppia.

Si ha così un rapportarsi di due livelli: relazionale e intrapsichico, che alimentano un "sistema interiorizzato di relazioni" (Zavattini, 1984). In questo senso è possibile la lettura di quella che si struttura come la famiglia "interna", intesa come realtà fantasmatica che deriva dal "sistema interiorizzato di relazioni" (Cigoli, Galimberti, 1983; Zavattini, 1984; Galimberti, 1985). La coppia si costituisce come il punto di intersezione tra i due livelli inter e intrapsichico su cui si costituisce il "mondo fantasmatico" condiviso dagli psichismi individuali. Il desiderio di generatività della coppia si collocherebbe in questo spazio fantasmatico condiviso: prima di nascere un figlio ha bisogno di uno spazio mentale; Winnicott (1987) dice che l'origine dei bambini ha luogo quando sono pensati. Questo "luogo" forse potrebbe trovarsi in quel mondo fantasmatico condiviso, nel punto di intersezione degli psichismi individuali: è lì che inizia la venuta al mondo di un bimbo, dall'unione psichica, prima ancora che fisica, dei due genitori, nell'unione dei loro progetti di generatività e genitorialità; il punto di intersezione delle fantasie individuali, tempo e luogo in cui le fantasie relative a un proprio bimbo personale diventano condivise e danno forma a un "bimbo immaginario" comune, prodotto dalla condensazione dei pensieri della coppia (Lebovici, 1983).

L'idea di generatività/genitorialità può iniziare molto presto nell'immaginario e nella storia dello sviluppo intrapsichico e dei rapporti interpersonali di ognuno dei due membri della coppia. La generatività è molto più di un evento biologico: è correlata ai vissuti con le proprie figure genitoriali. Fanno parte di questo bagaglio tutte le fantasie di accoppiamento e di vita di coppia. Successivamente, quando nella vita reale della coppia sopraggiunge un periodo in cui il "desiderio di fare" dei bambini comincia ad affacciarsi alla coscienza, nella donna e nel suo partner si animano fantasie inconscie e remote che appartengono alla storia individuale di ognuno di loro (Palacio Espasa, 1991).

In letteratura il desiderio di procreazione si ritrova principalmente declinato attraverso un duplice aspetto: come desiderio di gravidanza e desiderio di maternità; poco studiato è ancora il corrispettivo desiderio di paternità (Pines, 1972, 1982; Baruffi, 1979). Shaffer (1980) e Badinter (1981) rilevano come non si possa parlare di un comportamento istintivo che conduca la donna verso la maternità, ma di un insieme di capacità e sentimenti basati su una disponibilità interiore della madre, che si manifestano in particolari condizioni psicologiche e sociali (Vegetti Finzi, 1997).

La Pines (1977) in *On becoming parents* sostiene che diventare genitori è presagito nel gioco e nella fantasia durante i primi anni di vita: il desiderio di un figlio è presente prima che esista la possibilità fisiologica di crearne uno. Desiderio di gravidanza e maternità non sempre coincidono: ci sono molte ragioni intrapsichiche che sottendono una gravidanza, che non hanno nulla a che fare con il desiderio di occuparsi e di accudire un bambino reale. Nel desiderio di un figlio in una donna può prevalere il desiderio narcisistico che il proprio corpo funzioni come quello della propria madre o prevalere la disponibilità a occuparsi e prendersi cura di un bambino (Pines, 1972). Secondo l'autrice occorre dunque fare una distinzione tra i termini, anche se sembrano la manifestazione di un unico desiderio, perché i vissuti che li alimentano dipendono da esperienze alquanto diverse: nel desiderio di maternità pre-

valgono, infatti, vicissitudini interiori collegate al “prendersi cura di”, quindi alle funzioni di caregiver, mentre nel desiderio di gravidanza prevalgono vicissitudini in cui il poter diventare gravida diventa per la donna unicamente una garanzia rispetto alle proprie capacità procreative e una rassicurazione dalle angosce e dai dubbi sul proprio corpo e sulla propria identità sessuale.

La genitorialità richiama dunque i processi interiori del “prendersi cura di”, del curare e dell'accudimento del bimbo: secondo Stern (Stern, 1995) nella cura del figlio la coppia farà riferimento alle esperienze di accudimento che aveva a sua volta ottenuto dai propri genitori, riattualizzando anche antiche modalità di rapporto; la relazione con il padre e quella tra padre e madre hanno una loro influenza; i vissuti nei confronti della coppia genitoriale influenzano le scelte della ragazza nei confronti della generatività e della genitorialità (Randaccio, De Padova, 2004). Lo sviluppo della genitorialità, in ogni donna, rappresenta un processo interattivo fra polarità di rappresentazioni psichiche e di esperienze di dipendenza dalla propria madre: la donna per accedere al processo della genitorialità deve poter attivare quei processi psichici che a sua volta aveva attivato la sua mamma. In particolare deve essere in grado di attivare il processo della *rêverie* (Bion, 1962).

La presenza di un figlio nel mondo inconscio di una donna segna il suo iter evolutivo a partire dall'infanzia: la maternità e il desiderio di generare e di genitorialità costituiscono quindi, consciamente e inconsciamente, un lungo e complesso cammino psicologico nella formazione della struttura psichica della donna, saldamente ancorato alle aspettative sul proprio futuro di donna adulta e sulle dinamiche psicologiche che sottendono la qualità dei processi di identificazione con la propria madre. Studi recenti riguardano le rappresentazioni genitoriali intorno alla nascita: rappresentazioni intese come luoghi del concepimento mentale del figlio e segnalatori del rapporto di attaccamento tra il bimbo e i suoi genitori, attraverso una lettura dell'organizzazione psichica del neonato (Stern, 1995; Fonagy, Target, 2001). Durante la gravidanza, per la donna si presenta una riedizione dell'intero sviluppo della relazione con la propria madre: dal sentirsi feto, alle precoci identificazioni infantili che ora vengono confrontate con gli atteggiamenti e i sentimenti nei confronti del bimbo, fino alla propria individuazione. I mutamenti che si verificano durante la gravidanza comportano cambiamenti importanti del mondo rappresentazionale della donna, attraverso un processo che implica contemporaneamente l'elaborazione di nuove rappresentazioni mentali relative al Sé come madre e al futuro bambino e una revisione delle rappresentazioni del Sé strutturate durante l'infanzia. Stern (1995) ha definito “costellazione materna” quella condizione di riorganizzazione della vita psichica della donna, di profondo cambiamento delle rappresentazioni di sé come persona, moglie, figlia, madre. Avviene una riorganizzazione del senso di identità della donna: da figlia diventa madre del proprio bambino e le rappresentazioni materne della propria madre (Ammaniti, 1992, 2008; Ammaniti et al., 1990, 1995) sono indicative di come la donna svilupperà la sua maternità.

Bowlby (1973, 1980) ha dato un contributo allo studio delle rappresentazioni con il concetto di modello operativo interno (*Internal Working Model*): i modelli operativi interni (vedi Par. 2.1) possono essere considerati come rappresentazioni mentali dinamiche che operano al di fuori della consapevolezza, costruite a partire dall'esperienza

6

relazionale precoce con le figure di attaccamento che costituiscono la matrice tramite la quale viene letta la realtà e viene influenzato ogni tipo di relazione affettiva.

Lo studio di come le fantasie inconscie della madre sul bambino si riflettano sullo sviluppo del bambino stesso è argomento di indagine soprattutto nella teoria dell'attaccamento, attraverso la trasmissione transgenerazionale dei pattern di attaccamento. La trasmissione degli stili di attaccamento influisce in tutte le relazioni intime di tipo affettivo e sociale; viene individuata una correlazione tra la relazione genitoriale e di coppia: gli studi in letteratura evidenziano una correlazione tra soddisfazione e qualità della relazione coniugale, affetto e vicinanza e *responsiveness* verso la prole.

Studi di metanalisi (van IJzendoorn et al., 1995) sulla trasmissione intergenerazionale dello stile di attaccamento, per la maggior parte relativi all'interazione madre-bambino, mentre meno numerosi sono quelli sulla relazione padre-bambino, hanno riscontrato una correlazione significativa tra lo stile di attaccamento del genitore e del figlio, in particolare per il pattern sicuro, nonché tra lo stile distanziante del genitore e quello evitante del bambino; i dati meno confrontabili sono tra lo stile troppo coinvolto (ansioso) del genitore e quello ambivalente del bambino. Questi dati enfatizzano il ruolo della sicurezza come una caratteristica particolarmente implicata nel processo di trasmissione: sia per la madre, sia per il padre i livelli di accordo nella trasmissione al bambino sono sempre più elevati per la categoria di attaccamento sicuro. La corrispondenza tra lo stile di attaccamento materno e la qualità dell'attaccamento del bambino viene spiegata come continuità delle caratteristiche qualitative dei modelli operativi interni dell'attaccamento dell'adulto, che vengono trasmesse al bambino attraverso i comportamenti di cura della madre e del padre. In particolare, vengono considerate le dimensioni della sensibilità e della responsività nel parenting genitoriale (vedi Par. 3.3) come caratteristiche di una modalità di accudimento e cura adeguati ai bisogni fisici ed emotivi del bimbo, facilitanti la costruzione di un legame di attaccamento sicuro nel bimbo.

La trasmissione transgenerazionale dell'attaccamento è stata inizialmente studiata secondo un modello a causalità lineare, secondo cui le esperienze di attaccamento precoci del genitore nei confronti dei propri genitori comporterebbero la costruzione di rappresentazioni in grado di orientare i suoi comportamenti di accudimento nei confronti del bambino e di strutturare, a loro volta, le esperienze di attaccamento del figlio nei suoi confronti. Studi recenti hanno evidenziato che questa modalità lineare per descrivere la continuità della trasmissione transgenerazionale dell'attaccamento, tra lo stile di attaccamento del genitore e quello del bambino, non sarebbe del tutto comprensiva della complessità del processo, che sarebbe condizionato da molteplici fattori, quali le discontinuità provocate nello sviluppo dai cambiamenti evolutivi, esperienziali o ambientali a cui gli individui sono sottoposti (van IJzendoorn, Bakemans-Kranenburg, 1997, 2005). Esperienze positive di attaccamento, anche successive all'infanzia, possono, infatti, avere una funzione ristrutturante rispetto all'originaria esperienza di attaccamento con i genitori (Crittenden, 2008).

Attuali studi indicano che una prospettiva contestuale multifattoriale della trasmissione transgenerazionale è più comprensiva della complessità dei fattori che possono influenzare il processo di trasmissione tra adulto e bambino: vengono considerate le esperienze di attaccamento successive e alternative a quelle infantili, che possono con-

sentire una riorganizzazione dei modelli di attaccamento; il supporto familiare e sociale, il quale può avere un'importante influenza sulle modalità con cui l'adulto si prende cura del bambino; la qualità della relazione di coppia, come fattore di mediazione rispetto alla qualità delle cure e al benessere percepito dai partner come individui e come genitori (van IJzendoorn, Bakemans-Kranenburg, 1997).

In particolare il modello multifattoriale processuale proposto da Belsky (1984) fa riferimento a una modalità circolare per descrivere la complessità dei fattori implicati nella funzione del parenting – tra i quali le caratteristiche del bambino, il suo livello di sviluppo, la storia individuale dei genitori (che comprende l'attaccamento con i propri genitori), il rapporto di coppia, la situazione del lavoro, il sostegno familiare e sociale –, consentendo una valutazione più articolata delle funzioni connesse alla genitorialità nella prospettiva dell'attaccamento.

Tale modello ci sembra funzionale perché flessibile anche nelle situazioni più critiche di formazione del parenting, come può essere una nascita anticipata, pretermine, in cui la costruzione e lo sviluppo della genitorialità è soggetta all'influenza di fattori esterni più complessi, quali determinanti nel processo.

6.2

Quando la nascita è... pretermine

In un'Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN) si entra con molta discrezione, coperti da camici sterili, calzari e mascherine, nel rispetto della fragilità in cui stanno crescendo, dentro a uteri di vetro, piccoli nati prima del termine dovuto delle 40 settimane, necessarie alla conclusione di una gravidanza fisiologica. Riportiamo lo stralcio di un'osservazione.²

Quando entro nella stanza del reparto, dopo aver dato un rapido sguardo ad Andrea, mi dirigo subito verso l'infermiera di turno; mi presento, le spiego cosa sto facendo e le chiedo alcune informazioni sul piccolo. Lei mi chiede se ho l'autorizzazione dei genitori e io rispondo di sì, che ho già parlato con loro.

Andrea è un bambino che non ha grossi problemi, che respira in completa autonomia e sta prendendo peso e che presto potrebbe anche venire spostato nella stanza dove sono erogate cure per patologie di gravità intermedia.

Mi avvicino all'incubatrice per iniziare la mia osservazione. Il piccolo Andrea indossa una tutina gialla che lascia scoperti gli arti, in testa ha una cuffietta bianca di lana e le gambe sono avvolte in una copertina. È in posizione supina, con la faccia rivolta a sinistra e molto vicina al bordo della termocul-

² Questa osservazione (Andrea: 29 settimane e 3 giorni di età gestazionale, peso: 1060 g) è stata effettuata da Francesca Zerbi, che ha collaborato come borsista nella ricerca attraverso il finanziamento di Ingenio Dote Ricercatori dalla Regione Lombardia, in cofinanziamento con l'Unione europea e il Fondo sociale europeo, il Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, divisione Generale per le Politiche per l'Orientamento e la Formazione.

6

la, tant'è che non riesco a vederla nemmeno se cambio punto d'osservazione. Ha il sondino nasale per l'alimentazione, il sensore per la pressione all'avambraccio destro, mentre a quello sinistro è applicata una siringa per la terapia; vedo ancora i fili degli elettrodi. Mi dico: "Un corpicino così piccolo, con così tante cose addosso!"

A questo punto Andrea inizia a muovere la bocca molto velocemente, come se stesse masticando e poi succhiando, per un minuto circa. Muove alcune volte la mano destra sull'addome come se si stesse accarezzando, mentre quella sinistra viene mantenuta ferma davanti al nasino.

Arriva la madre che, vedendo vuota la termoculla in cui Andrea era stato fino a ieri, si agita molto e si guarda in giro spaventata; l'infermiera le dice che è stato spostato e lei preoccupata ribatte guardando verso di me: "Ah, vedevo un'altra mamma!"; io penso che lei già non si ricordi più di me, sebbene le sia stata presentata solo due giorni prima.

Si avvicina all'incubatrice e mi saluta cordialmente; mi sposto dalla parte opposta per lasciarla con il suo bambino. Lei apre un istante l'oblò e infila una mano per sistemare i sondini ad Andrea; poi gli parla e commenta rivolta verso di me che ha paura che il sondino nasale "gli tiri e gli dia fastidio messo così". Dalla posizione in cui mi trovo ora, non riesco a vedere bene il bimbo, ma mi sembra che continui a dormire.

La madre è ipervigile e controlla continuamente i parametri sul monitor, di cui sembra molto esperta (mi chiedo se sia un'infermiera), poi mi chiede se Andrea ha avuto degli attacchi di apnea o bradicardia. Le rispondo che sono lì da poco e che comunque il monitor non ha evidenziato problemi. Lei mi dice che il giorno prima ha avuto una sola apnea e che spera che non ne abbia altre; poi si muove nella stanza, sembra voler parlare con le infermiere, ma poi esce un attimo. Quando rientra, il monitor inizia a suonare e lei si agita molto. Sta per andare dalle infermiere, ma poi si blocca: mi dice che non si ricorda quale parametro era fuori dalla norma e mi chiede se ho visto quale fosse; le rispondo che io stavo osservando Andrea e non il monitor. Dopo qualche minuto si reca dalle infermiere e domanda insistentemente quando andranno a sistemarlo.

Mi sento sopraffatta da questa madre, dalla sua angoscia e dalle sue incessanti parole e provo un senso di profondo disagio.

Nel frattempo Andrea continua a dormire quieto e si agita solo per un attimo.

A questo punto si avvicina l'infermiera: sistema delicatamente Andrea nella termoculla e gli misura la temperatura, tenendogli una mano sulla testa. Andrea inizia a muoversi un po' tutto a scatti e l'infermiera lo contiene per 5 minuti, mettendogli l'altra mano sul fianco; Andrea va a toccare con la sua mano quella dell'infermiera e continua a dormire. La madre segue attentamente ogni manovra, vigilando sempre sui parametri e le chiede continuamente informazioni, in particolare circa le crisi bradicardiche e le apnee. L'infermiera la tranquillizza dicendo che Andrea ha iniziato a stare meglio in questi ultimi giorni. La madre, tuttavia, sembra trovare poco conforto nelle sue parole e rimane molto agitata.

L'infermiera ora spoglia con molta abilità Andrea per cambiarlo, gli sistema con cura e attenzione i fili degli elettrodi e gli sposta il sensore; Andrea continua a dormire imperterrito e sbadiglia; la madre commenta dolcemente: "Uno sbadiglio... il mio piccolino!"

Vederlo nudo mi colpisce: è un esserino così piccolo ed esile, con gli arti lunghi e scarni e i tratti del viso ancora poco delineati. Inoltre mi stupisco della sua costante tranquillità, nonostante tutte le operazioni che vengono fatte su di lui.

A questo punto l'infermiera deve procedere alla stimolazione della zona anale, poiché Andrea non si è ancora scaricato e la madre va totalmente in panico. Non riesce a guardare questa operazione, esce e rientra continuamente nella stanza e sembra stia per mettersi a piangere; l'infermiera cerca di drammatizzare e le dice che poi dovrà essere lei a farlo al bambino, nel caso di bisogno quando sarà

rientrato a casa. La madre risponde che allora Andrea sarà più grande e che sarà diverso... però chiede conferma rivolgendosi all'infermiera: "Vero?". Nel frattempo Andrea non si scompone più di tanto: contrae un po' il faccino come infastidito e scalcia un attimo; poi continua a rimanere immobile con la fronte corrugata e sbadiglia.

Ora la madre si rivolge verso di me e inizia a raccontare della sua precedente gravidanza: 11 mesi fa ha perso una bimba nata alla 24a settimana di età gestazionale e morta dopo 21 giorni di terapia intensiva; dopo poco tempo è rimasta incinta di Andrea, ma non si capisce se questo bimbo è capitato oppure è stato cercato dai genitori, perché il racconto è in alcune parti confuso... La mamma ammette poi che essere tornata in un reparto di patologia neonatale l'ha un po' destabilizzata.

Ora capisco tutta l'agitazione, l'angoscia, lo smarrimento trasmessi da questa signora e come per lei questo sia un momento davvero difficile da affrontare.

Dopo 5 minuti l'infermiera solleva Andrea, che continua a dormire e a sbadigliare, e lo posiziona sul fianco destro; poi lo avvolge in un panno per contenerlo, lasciandogli libertà di movimento alle gambe e gli sistema i bordi della copertina. Andrea rimane immobile, comunicandomi una certa passività, poi comincia a corrugare la fronte (forse si sta svegliando). I gesti dell'infermiera sono particolarmente attenti, delicati, rispettosi, sempre seguiti, durante tutte le sue manovre, da commenti dolci rivolti al piccolo. Inoltre essa si dimostra molto paziente e comprensiva anche nei confronti della madre, cercando di sdrammatizzare la pesante circostanza.

Questo stralcio di osservazione di un bimbo ricoverato in un reparto di terapia intensiva neonatale ci può dare un'idea della complessità delle esperienze che scandiscono ogni attimo della vita che coinvolge il piccolo ma anche i suoi caregiver, il personale che si prende cura di lui in reparto, la sua mamma e ora la psicologa che lo sta osservando.

Colpisce in questa osservazione la relativa passività del bimbo, di fronte alle variazioni di stimoli provocati dalle varie manovre. Un feto nel suo utero naturale reagisce a variazioni di stimolo: è il nostro prematuro ormai abituato a tanti e tanto variabili stimoli, che ha perso la naturale disposizione a reagirvi? O a riconoscerli? È questo un fenomeno di *habituation*? E inoltre: sembra che il bimbo continui a dormire, malgrado tutto. È fisiologico? O il prematuro si è abituato a una sorta di indifferenza? O "sembra", ma in realtà non dorme? Come funziona in questo caso il suo cervello? E infine che cosa tutti questi interrogativi possono comportare rispetto a quanto sta crescendo la funzionalità cerebrale di questo prematuro, rispetto al neonato a termine? Quali conseguenze per il suo sviluppo futuro?

La nascita a termine è un evento che coinvolge emotivamente tutti quelli che si muovono sulla scena del parto e chi si prende cura poi del neonato nei reparti ospedalieri (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007); una nascita pretermine è un evento a rischio che coinvolge in modo esponenziale, operativamente ma anche emotivamente, più caregiver: i medici, neonatologi e pediatri, il personale infermieristico, ostetrico, le puericultrici, ma soprattutto i genitori. Questi in particolare devono far fronte alla nascita del loro bimbo, che si presenta con modalità diverse da quella che potevano essersi rappresentata durante l'attesa, e che necessita di un'assistenza particolare, più complessa di quella fornita nei reparti di ostetricia e di neonatologia dove vengono ricoverate le altre mamme e tutti gli altri bimbi che nascono a termine. La nascita pretermine (Trombini, 2002) sollecita intense e differenti reazioni emotive:

nei genitori, in particolare, acquista connotazioni affettive che possono avere un impatto sul bambino e sulla relazione con lui (Müller Nix, Ansermet, 2009).

6.3

Il bambino nato pretermine e i suoi genitori

Come accennato precedentemente, lo sviluppo della funzione di parenting si presenta come un percorso complesso, ma quando la nascita avviene prima della conclusione fisiologica della gestazione queste stesse complessità possono moltiplicarsi in modo esponenziale (Goldberg, DiVitto, 1995). Il parto può avvenire con modalità inaspettate, a causa per esempio della rottura prematura del sacco amniotico o di contrazioni inarrestabili, o al termine di settimane di riposo forzato e assunzione di farmaci: l'evento precoce giunge a interrompere bruscamente il progetto gestazionale della coppia, sconvolgendone le attese; invece di un lieto evento la coppia genitoriale deve affrontare una realtà molto differente da quella che poteva essersi prefigurata durante la gravidanza. La nascita prematura si configura come brusca rottura rispetto alle attese e alle aspettative anche nei confronti delle famiglie di origine: non può essere assolto fino in fondo il "debito di vita" verso i propri familiari, e può manifestarsi anche una certa difficoltà a collocare e accogliere il neonato all'interno della propria storia familiare.

In genere i genitori sono abbastanza all'oscuro di ciò che può essere una UTIN: questa realtà ospedaliera è così diversa da un comune reparto di neonatologia; qui incontrano per la prima volta il loro piccolo da dietro l'oblò dell'incubatrice. L'incubatrice isola il bimbo da agenti pericolosi e assicura protezione, ma si pone come un ostacolo all'interazione fisica e affettiva tra il genitore e il bimbo. In queste condizioni la madre non riesce ad attivare le modalità di accudimento e cura che costituiscono la dimensione fondamentale della sua funzione di modulatrice degli apprendimenti che costruiscono (Imbasciati, Cena, 2010) la mente (e il cervello) del bimbo: questi dipendono invece dall'ambiente tecnologico, che deve proteggerlo; la sopravvivenza è vincolata all'assistenza e alla cura della sofisticata strumentazione e del personale specializzato. La nascita pretermine è soltanto un atto medico: la nascita psicologica avviene in un secondo momento, alle dimissioni, quando c'è la certezza della sopravvivenza e della salute del bimbo. I genitori spesso descrivono questo momento come la seconda nascita del loro bimbo (Müller-Nix, Ansermet, 2009). Nelle *Neonatal Intensive Care Unit* (NICU) prosegue la loro attesa: tutto però è delegato ai medici specialisti e agli infermieri, agli operatori sanitari di cui devono avere piena fiducia: i molteplici caregiver che curano e che si "prendono cura" del loro bimbo.

L'impatto con questa realtà inaspettata può essere sconvolgente e ai genitori può sembrare di vivere come in un incubo, con sensazioni di irrealtà, forte rabbia e sgomento, in cui sorgono impellenti le domande del perché questo sia accaduto proprio a loro. Questi sentimenti di rabbia possono anche essere rivolti all'équipe medica, attraverso comportamenti aggressivi o giudizi svalutanti; i sentimenti possono essere svalutanti anche verso il bimbo, che ha deluso le loro aspettative, oppure manifestarsi

come aggressività verso gli altri genitori, ritenuti più fortunati; talvolta la rabbia viene rivolta verso se stessi. Il supporto sociale può indebolirsi, perché le rispettive famiglie di origine sono lontane o possono non rendersi veramente conto delle reali condizioni del bambino e delle pressioni a cui sono sottoposti i genitori; può verificarsi, anche per loro, un senso di impotenza, a cui cercano di ovviare portando conforto ai genitori sfortunati attraverso, magari, la minimizzazione dei problemi.

Lo sviluppo di un'assistenza individualizzata nelle UTIN dagli anni '90 si è orientata sempre più al coinvolgimento della famiglia (Als, 1992) e in questi ultimi anni sono aumentati gli studi che si interessano delle modalità con cui i genitori sono coinvolti nel prendersi cura del loro piccolo (Colombo, 1996; Klaus, Kennel, 2001), mettendo in evidenza anche aspetti del loro stato emotivo: ciò dipende dalla condizione clinica del bimbo, che può oscillare tra essere più o meno tranquillo, soggetta a lenti miglioramenti oppure a ricadute o complicazioni. Nelle ricerche l'esperienza genitoriale viene descritta da un punto di vista clinico e in genere sono utilizzati prevalentemente strumenti *self-report*, come questionari standardizzati, oppure si raccolgono dati qualitativi attraverso interviste ai genitori (Borghini, Muller-Nix, 2008).

I dati delle ricerche internazionali convergono nel considerare la nascita prematura come un evento stressante per i genitori e la famiglia: lo stress vissuto dai genitori durante il ricovero dei bimbi nelle UTIN ha un'influenza sul bimbo (Dudek-Schriber, 2004), e conseguenze emotive a lungo termine sulle madri (DeMier et al., 2000) che avvertono uno stress maggiore dei padri (Jackson, Ternstedt, Schollin, 2003).

La nascita pretermine di un bimbo provoca nei genitori ansia e depressione, che possono giungere a livelli molto elevati e prolungati: le madri possono soffrire di depressione (Miles et al., 2007) e ansietà per mesi (Zanardo et al., 2003). Spesso le madri e i padri, nei loro racconti, parlano della nascita del figlio come di uno shock, difficile da immaginare, accompagnato da molta confusione (Muller-Nix et al., 2001).

La nascita pretermine, per le complicità mediche e ostetriche che incombono sulla madre e/o sul bambino, assume le connotazioni di un pericolo che può essere accompagnato da minacce di morte, trasformandosi in evento traumatico connotato da vissuti di angoscia; studi recenti hanno esaminato l'esperienza dei genitori secondo la prospettiva del trauma: essi indicano nei genitori dei bimbi nati pretermine un'elevata incidenza di disturbo post-traumatico da stress (PTSD) soprattutto nelle madri (Holditch-Davis et al., 2003); gli esiti del PTSD sarebbero ancora presenti un anno dopo la nascita (Pierrehumbert, et al., 2003); altri studi hanno individuato sintomi significativi di PTSD con stati di depressione e ansia in madri con bimbi pretermine ad alto rischio oltre quattordici mesi dopo la nascita (Kersting et al., 2004).

L'esperienza traumatica si presenta come un triplice processo: in una prima fase può manifestarsi come uno stato di shock, paura e difficoltà a pensare chiaramente alla nascita; la seconda fase comporta un'elaborazione psichica, in cui le emozioni necessitano di essere elaborate nel tempo; la terza fase dovrebbe corrispondere alla risoluzione del trauma, che è stato sufficientemente elaborato; le difficoltà emotive sono state superate e si manifesta un maggiore investimento affettivo sul bimbo. Durante l'ospedalizzazione del loro bimbo i genitori sono vulnerabili alla ripetizione del trauma e necessitano di un supporto emotivo continuo. I sintomi di stress traumatico possono essere molto spesso presenti alla nascita del bimbo, ma possono mani-

6

festarsi anche più tardi a seguito di un altro evento stressante, collegati eventualmente alle fluttuazioni delle condizioni mediche del bimbo, come per esempio una ricaduta improvvisa cui può far seguito la paura per la sua sopravvivenza. L'ospedalizzazione può così essere caratterizzata da frequenti traumi, come il prolungamento della degenza, o il trasferimento del bimbo in un'altra unità di terapia intensiva, o in un altro ospedale; e questo può rappresentare un ulteriore momento traumatico (Kersting et al., 2004).

In genere le prime due settimane di vita del neonato sono le più critiche e i neonatologi non riescono sempre a fare previsioni per il futuro, soprattutto nel caso di nascite gravemente premature. Questo stato di attesa può ritardare i processi di identificazione del genitore con la propria funzione genitoriale (Dell'Antonio et al., 1979); i genitori devono sospendere la funzione di prendersi cura direttamente del loro piccolo e questo può far sperimentare vissuti di inadeguatezza e impotenza, con possibili conseguenze anche successivamente, quando dovranno prendersi cura del bimbo.

I genitori vivono la loro genitorialità in uno stato di precarietà, sospesi nell'incertezza, a seguito di prognosi temporanee sulla salute del figlio: viene sospesa anche la progettualità sul futuro. Essi devono fermarsi nella dimensione del presente, in cui spesso possono essere predominanti le rappresentazioni di angoscia e morte; l'incertezza rispetto all'esito delle cure può diminuire l'investimento psichico sul bimbo: fino a quando è ricoverato in terapia intensiva neonatale, la madre e il padre allontanano nel tempo l'investimento sulla propria genitorialità reale, come protezione dalla paura per la perdita del loro bambino (Zaramella, Zorzi, 1992). Un simile atteggiamento emotivo può essere loro utile inizialmente, per potersi adattare progressivamente e gradualmente alla nuova realtà, ma non è più funzionale qualora si prolunghi troppo nel tempo, perché può rendere più difficile trovare, dopo, una sintonia empatica con il proprio bambino reale, e recuperare le relazioni e rappresentazioni prenatali interrotte dalla nascita prematura. Molti genitori rispondono a questi momenti traumatici con una fase iniziale di rifiuto e una certa ambivalenza verso il bimbo: da un lato angoscia e preoccupazione per la sua sopravvivenza, dall'altro delusione e frustrazione. Il bambino può essere percepito come persecutore e fonte di pericolo per l'incolumità psichica del genitore e contemporaneamente, essendo in pericolo, attivare in loro molta preoccupazione.

Sentimenti di ambivalenza possono venire sperimentati anche nelle relazioni con lo staff ospedaliero a cui viene affidato il bimbo, relazioni che sono molto importanti perché possono aiutare la coppia genitoriale nei suoi cambiamenti. I sentimenti dei genitori (Jackson et al., 2003) sono spesso un misto di gratitudine e ambivalenza, di dipendenza e contemporaneamente di rivalità. Nell'immediato, molti genitori chiedono aiuto per la cura del loro bambino, ma, quando constatano che il bambino comincia a essere meno dipendente da supporti vitali, vogliono affermare il loro ruolo di genitori e questa transizione può creare tensione nei rapporti con lo staff che si prende cura del loro figlio (Müller-Nix, Ansermet, 2009).

Ogni momento traumatico può portare i genitori ad abbandonare l'investimento verso il bimbo, ma può rappresentare anche un'opportunità: quella di poter uscire dall'ambivalenza, riuscendo a esprimere i propri sentimenti e trovando una ragione in ciò che sta loro succedendo, attraverso un maggior investimento emotivo sul bimbo

e sulla propria genitorialità. È necessario, per loro, riuscire a operare una ristrutturazione graduale e progressiva della propria genitorialità psichica, rispetto a quella costruita durante la gestazione (Pancer et al., 2000). Questo complesso processo di ristrutturazione può essere possibile solo se la situazione genitoriale attuale viene connessa con la preesistente storia psichica dei genitori: il periodo dalla gravidanza, fino ai due anni di età del bimbo, crea, infatti, un'unica esperienza emotiva perinatale (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007) importante per la costruzione della funzione di parenting che da alcuni autori, come abbiamo indicato nel precedente paragrafo, viene considerato come un periodo critico. Nel periodo della gestazione avviene, infatti, una rielaborazione delle passate esperienze conosciute e inconsce genitoriali, di conflitti irrisolti, e una modificazione delle identificazioni genitoriali. Nel passaggio di ruolo da figli a genitori la relazione con i propri genitori e i sentimenti, positivi o conflittuali, che riemergono nel rapporto con loro vengono ad assumere una funzione fondamentale. Si strutturano nuove duplici identificazioni: con i propri genitori da una parte e con il proprio bimbo dall'altra, che sono accompagnate da emozioni e ricordi che possono essere positivi ma anche destabilizzare o creare problemi, come nel caso delle psicopatologie post-parto (Müller-Nix, Ansermet, 2009).

La nascita pretermine ha connotazioni di un evento disorganizzante per il funzionamento mentale genitoriale: la genitorialità psichica, come sottolineato precedentemente è una funzione che si sviluppa progressivamente nel tempo; il termine "transizione alla genitorialità" sottolinea, infatti, la dinamicità di questo processo, in continuo divenire durante i nove mesi della gestazione, fino al primo anno di vita. La genitorialità psichica è considerata un periodo evolutivo che inizia in gravidanza, in cui è soprattutto la donna a essere soggetta a cambiamenti. La gravidanza viene considerata un momento evolutivo per le continue trasformazioni emotive e psicologiche, che comportano l'elaborazione di nuove rappresentazioni mentali relative alla costruzione dell'identità genitoriale, con la creazione di uno spazio mentale e affettivo in cui per la donna è possibile sviluppare la sua dimensione genitoriale e al bimbo di crescere; così avviene anche per il padre: vi è la necessità di creare uno spazio mentale per "sentire" e "pensare" il bambino (Winnicott, 1987).

La maternità e la paternità si evolvono secondo "fasi di sviluppo": a iniziare dall'accoglimento psicologico del bimbo che si svilupperà dentro la donna con la gestazione, le fasi di sviluppo della gravidanza, nel primo, nel secondo e nel terzo trimestre sono contraddistinte da specifici aspetti evolutivi (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007); se per motivi diversi e contingenti la gravidanza si interrompe prima dei nove mesi necessari alla gestazione, le fasi di sviluppo della gestazione, non solo fisica ma anche psichica, sono incomplete. La nascita del bimbo prima del periodo dovuto consente ai genitori di vedere il loro figlio prima del tempo, ma interrompe quel processo di mentalizzazione che scandisce l'evoluzione della crescita del bimbo dentro la mente dei genitori e che accompagna anche la crescita di sé come genitori, durante tutti i nove mesi della gestazione. Lo stato affettivo prevalente nella donna durante la gravidanza è quello di "trasparenza psichica" (Bydlowski, 2000), indicativo della maggiore sensibilità a fatti interni ed esterni e alle trasformazioni a cui va incontro durante l'attesa: se la nascita è prematura, diventano più pericolose le minacce a cui è esposta nell'elaborazione dei suoi vissuti. Si viene a interrompere l'organizzazione psichi-

ca che caratterizza il processo della gestazione: la madre, ma anche il padre, non sono ancora pronti ad accogliere il feto, che diventa un neonato pretermine; è presente una vulnerabilità somatopsichica non solo del bimbo ma anche dei suoi genitori.

La realtà del bimbo pretermine viene a stravolgere le fasi dello sviluppo dei processi di transizione alla genitorialità: la genitorialità realmente esperita è diversa da quella che si erano prefigurata ed è necessario abbandonare l'immagine del bambino ideale. Nella mente delle madri (Ammaniti, 2008) durante i mesi dell'attesa si costruiscono delle rappresentazioni del bimbo (Ammaniti et al., 1990) e della coppia, come genitori. Il parto prematuro viene a interrompere bruscamente questo processo e soprattutto la madre deve elaborare vissuti dolorosi di perdita. La nascita prematura interrompe la gravidanza, proprio nelle ultime fasi di elaborazione psichica, cruciali per la differenziazione e la separazione dal bambino: l'ultimo trimestre della gravidanza è caratterizzato da un processo di differenziazione tra il Sé della madre e il nascituro, in preparazione della separazione del parto. Nella nascita pretermine la madre deve riuscire ad acquisire ugualmente una differenziazione tra il figlio, i suoi bisogni e se stessa: la consapevolezza di quanto sta avvenendo nel proprio mondo interiore, rispetto a quanto sta accadendo al bambino, è importante per l'attuazione del processo di separazione-individuazione, difficile da raggiungere quando la nascita è prematura (Negri, 1998) e tuttavia assolutamente indispensabile per la costruzione della genitorialità psichica. È necessaria la costruzione di una relazione basata sulla capacità di regressione, identificazione, ma soprattutto di quella che viene definita come sintonizzazione affettiva (Stern, 1989) della madre con il suo bimbo, processi che consentono al genitore di rapportarsi con i reali bisogni fisici e psichici del proprio figlio. Tale situazione affettiva può portare spesso a uno sbilanciamento dell'investimento sul figlio: se da un punto di vista operativo il bambino è iperinvestito, con un'attenzione verso il "fare" e un'eccessiva razionalizzazione delle cure, dal punto di vista della maturazione come genitore c'è l'incapacità della sintonizzazione affettivo-emotiva fondamentale per la costruzione della mente del bimbo (Imbasciati, 2008).

Il bimbo ricoverato nelle UTIN può essere molto piccolo, magari tutto intubato; i genitori possono trovare che non assomiglia al bimbo che si erano prefigurati durante la gravidanza, hanno difficoltà a riconoscere in quel bambino il proprio figlio, frutto di un progetto personale e familiare: la nascita del bimbo atteso durante la gravidanza è per il genitore, in particolare per la madre, una verifica della propria capacità generativa. Durante la gravidanza il bimbo desiderato e generato cresce anche nell'immaginario dei genitori, fino alla nascita: è il "bimbo immaginario" che la madre, quando era ancora bambina, sognava, è il "bambino della notte" (Vegetti Finzi, 1990) che ha accompagnato il suo sviluppo psichico nel divenire donna; è anche il bimbo immaginario prodotto dalla condensazione dei pensieri della coppia (Lebovici, 1983). L'immagine che la coppia dei genitori ha davanti è quella di un bimbo molto diverso da quello corrispondente al proprio ideale: il neonato pretermine spesso richiama i fantasmi persecutori di handicap, deformità e morte, che possono aver suscitato angosce in gravidanza (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007).

In caso di prematurità, la donna deve interrompere precocemente la gravidanza in una fase in cui non è ancora psicologicamente pronta a far nascere il proprio fi-

glio, e a nascere ella stessa come madre. Il parto improvviso non trova soltanto un bambino prematuro, ma anche una madre impreparata e prematura. Come il suo bambino, non ha raggiunto, infatti, il grado di sviluppo necessario a garantirgli la sopravvivenza autonoma, anche la madre non ha raggiunto ancora un grado di sviluppo affettivo, mentale, rappresentativo, che le consenta di vivere il suo ruolo di madre. Anche il padre è sottoposto a forti tensioni: le sue preoccupazioni sono spesso indirizzate su due fronti, il figlio in neonatologia e la compagna ricoverata in ostetricia, in caso di gestosi o altre patologie, quindi anche lei bisognosa di cure mediche. Può scattare un forte senso di responsabilità e una negazione dei propri sentimenti, per sostenere il resto della famiglia. Il padre, come rileva Fornari (1981), che durante il parto ha la funzione di proteggere la madre e il bimbo dall'angoscia persecutoria presente sulla scena del parto, assume tale funzione anche dopo la nascita, ma deve cimentarsi per non lasciarsi sopraffare dalla preoccupazione per la sopravvivenza del bimbo e della madre stessa e non lasciar venire meno quella importante funzione di supporto e di tramite che assume con il personale medico-infermieristico e la diade.

La Bruschiweiler-Stern (2006) propone un interessante modello relativo alla rappresentazione che la madre ha del proprio bambino, quello immaginario, e della sovrapposizione di questo col bambino reale, e fornisce interessanti suggerimenti per interventi nei casi in cui il bambino nasca pretermine. Se la nascita è prematura, non ci sarà solo un bambino prematuro, ma anche una madre "nata pretermine". Nel testo *Nascita di una madre* (Stern, Bruschiweiler-Stern, 1998) è messo bene in evidenza come la gravidanza non sia soltanto un evento fisiologico, ma anche "mentale", e necessiti di un tempo, nove mesi appunto, perché siano elaborati vissuti che hanno un'evoluzione correlata all'evoluzione fisiologica della gravidanza.

La nascita del bimbo prima del tempo previsto comporta un senso di frustrazione e delusione rispetto alle aspettative della coppia: la madre soprattutto sente di non essere riuscita a completare il suo compito generativo; può comparire un senso di colpa per non essere stata in grado di portare a termine la gravidanza e non essere diventata così una "madre vera". Sopraggiungono vissuti di incompetenza che non sono solo dovuti alla necessità di una strumentazione sofisticata, e di specialisti che si prendano cura del suo bambino, perché questi possa sopravvivere, ma sono dovuti al fatto che la madre stessa non può fare molto per accudirlo: parafrasando Winnicott (1965), non riesce ad attivare il vissuto di essere "una madre sufficientemente buona"; può sperimentare sentimenti di inutilità, che vengono rinforzati anche dalla separazione fisica del bimbo, ricoverato nell'unità di terapia intensiva neonatale. Si viene così a costituire un duplice lutto: quello relativo alla perdita del bambino immaginario, che deve essere sostituito con il bimbo reale, e quello dell'immagine di sé come "buon genitore". Le rappresentazioni verso la fine della gravidanza, che consentono alla madre di sviluppare un sentimento di preoccupazione per il benessere del bimbo, "la preoccupazione materna primaria" (Winnicott, 1956) possono invece trasformarsi in rappresentazioni che suscitano angoscia. La donna, che non si sente la madre "sufficientemente buona" che sperava di essere per il suo bambino, ha necessità di un sostegno in questo percorso difficile di cambiamento: ha dovuto assumere prima del tempo dovuto il "ruolo di madre", ma non è ancora pronta a sostenerlo; è necessaria una riorganizzazione e un cambiamento rispetto alle rappresentazioni che ella ave-

6

va precedentemente alla nascita, relative al proprio bambino, attraverso la costruzione di rappresentazioni integrative del bambino immaginario per potersi rappresentare quello reale, con cui si incontra quotidianamente, che però è in un'incubatrice, e la cui immagine è molto discrepante da quella del bimbo che lei si porta dentro da quando era bambina. (Vegetti Finzi, 1990).

È necessaria una ristrutturazione delle rappresentazioni che erano presenti prima della nascita pretermine: i genitori devono far fronte al difficile compito di comprendere l'esperienza che stanno affrontando, e le possibilità del loro bimbo reale, diverse rispetto a quelle immaginate, e di cambiare le loro rappresentazioni nei confronti del bambino e di se stessi come genitori. In questo complesso processo hanno necessità di essere sostenuti dai loro stessi genitori e dall'ambiente sociale. Il processo di ristrutturazione della funzione di parenting comporta processi evolutivi e progressivi che necessitano di un accompagnamento e di un supporto psicologico esterno. Durante l'ospedalizzazione può avere molta importanza un'attenta osservazione del bimbo: in questo i genitori possono essere aiutati dalla concomitante osservazione di un esperto. I genitori sono spesso impegnati in una rappresentazione mentale traumatica del bimbo, sono presi dal timore della non sopravvivenza, o di futuri handicap. L'osservazione del bimbo pretermine (Borghini, Forcada-Guex, 2004) può aiutare i genitori a scoprire le sue specifiche caratteristiche e comprenderne meglio il comportamento, le diverse abilità, scoprire la sua personalità: questo è molto utile per rinforzare l'investimento sul bimbo stesso.

Il progresso tecnologico e scientifico di questi anni, nell'ambito delle cure intensive neonatali, ha consentito una sensibile riduzione del tasso di mortalità neonatale, che ha favorito la sopravvivenza di neonati sempre più piccoli ma con patologie sempre più complesse. Si evidenziano nuove problematiche nello sviluppo psichico, sociale e relazionale. La prematurità ha perso progressivamente la sua connotazione di unicità e centralità nella genesi dei disturbi somatici infantili ed è stata contestualizzata in una visione più globale di sviluppo, considerato come il risultato dell'interazione di molteplici fattori: in particolare quelli relativi all'ambiente socio-affettivo-relazionale (Müller-Nix, Ansermet, 2009). Questi avrebbero una notevole incidenza sulla vulnerabilità del prematuro, che può venire influenzata e modulata in senso facilitante o ostacolante dall'ambiente che lo circonda, dalle modalità di cura e protezione delle figure primarie e dei molteplici caregiver che si prendono cura di lui nei reparti di terapia intensiva neonatale.

In questa visione multifattoriale e multidisciplinare possono essere focalizzati anche con maggiore attenzione i fattori di rischio e di protezione rilevati da recenti ricerche, che convergono nel focalizzare l'attenzione sugli aspetti della relazione genitore-bambino.

6.4

Fattori di rischio e di protezione nella nascita pretermine

La nascita pretermine è una condizione complessa, che ha iniziato a essere un problema per la sanità pubblica, soprattutto nelle società industrializzate (Müller-Nix, Ansermet, 2009). Secondo la classificazione dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) è considerata nascita pretermine o prematura quella che avviene a seguito di un parto precedente la 37a settimana di gestazione. I bambini che non giungono al termine dei nove mesi di gestazione, ma nascono prematuramente, hanno un organismo, coi suoi vari organi e apparati, impreparato alla vita extrauterina (ossigenazione per via polmonare, alimentazione, temperatura ecc.) e pertanto devono affrontare numerose difficoltà per poter sopravvivere: è necessario sottoporli a molte cure specialistiche nei reparti di terapia intensiva neonatale, le UTIN. Negli anni '60 l'OMS attribuisce una definizione di prematurità secondo due criteri: il peso e l'età gestazionale (inferiore alle 37 settimane). Sono classificati pretermine quei bambini che nascono prima delle 37 settimane di gestazione, si considerano *Very Preterm* quelli che nascono prima delle 32 settimane ed *Extremely Preterm* quelli che nascono prima delle 28 settimane. La mancanza di una sistematica raccolta di dati, considerando l'età gestazionale, è una delle maggiori difficoltà nella comparazione dell'incidenza della nascita pretermine e dell'esito dello sviluppo tra i diversi studi (Fox, 2002).

I bambini prematuri presentano alla nascita un peso corporeo inferiore alla norma; considerando il peso alla nascita si distinguono:

- neonati LBW (*Low Birth Weight*), il cui peso alla nascita è compreso tra 1501 e 2500 g;
 - neonati VLBW (*Very Low Birth Weight*) il cui peso alla nascita è < 1500 g;
 - neonati ELBW (*Extremely Low Birth Weight*) il cui peso alla nascita è < 1000 g.
- Considerando invece il peso alla nascita in rapporto all'età gestazionale si parla di:
- neonati AGA (*Appropriate for Gestational Age*) il cui peso è appropriato all'età gestazionale, compreso tra il 10° e il 90° percentile;
 - neonati SGA (*Small for Gestational Age*) il cui peso è basso per l'età e inferiore al 10° percentile;
 - neonati LGA (*Large for Gestational Age*) con peso maggiore al 90° percentile.

I due summenzionati criteri hanno fatto preferire il vocabolo “pretermine” a quello utilizzato precedentemente di “prematurato”: viene così evidenziata l'importanza del tempo necessario alla gestazione, il raggiungimento del “termine”. La vita del bimbo è considerata in pericolo particolarmente per i piccoli con un peso alla nascita inferiore ai 1500 grammi e un'età gestazionale inferiore alle 32 settimane.

I criteri di classificazione prendono in considerazione, dopo gli anni '70, anche i dati forniti dalle indagini condotte con le tecniche a ultrasuoni (ecografia) che consentono una valutazione più precisa dell'età gestazionale del feto. Possono così essere monitorate meglio alcune patologie (patologie cerebrali e respiratorie, retinopatie, ittero, infezioni) o le molteplici problematiche cliniche neuromotorie e comportamentali. Al sistema di classificazione ufficiale viene in genere affiancato un ulteriore complesso sistema di classificazione che tiene in considerazione i fattori clinici, come

la tipologia di gravidanza, la presenza o assenza di patologie nella madre e nel bambino, le cause della nascita pretermine, il tipo di parto, e la differenziazione in base al criterio di età gestazionale (NHMRC, 2000).

Notevoli progressi in neonatologia negli ultimi venti/trent'anni hanno consentito una maggiore sopravvivenza ai nati pretermine, e hanno migliorato la qualità del loro sviluppo e della vita, attraverso un'assistenza sempre più individualizzata e specializzata (Als et al., 1994; Als, 1998).

Brazelton (1973) rileva come il neonato a termine, alla nascita, sia dotato di competenze che gli consentono di interagire con chi si prende cura di lui, rispondendo alle stimolazioni ambientali, con modalità che sono conformi al suo stato di benessere e secondo la sua età gestazionale. Egli costruisce la scala NBAS (*Neonatal Behavioral Assessment Scale*) per valutarne il comportamento e le competenze alla nascita: il neonato è considerato un individuo in continua interazione con il suo ambiente fisico e sociale, in grado di comunicare attraverso il proprio comportamento e le sue capacità motorie e relazionali. La NBAS consente di rilevare un "profilo" del neonato: evidenzia le sue competenze e permette anche di condividere con i genitori le qualità del comportamento del bambino, per aiutarli nel suo accudimento.

Anche il neonato pretermine viene considerato rispetto alle sue competenze: non è un neonato a termine con deficit, ma un individuo competente, il cui funzionamento è appropriato a un ambiente intrauterino e inappropriato per l'ambiente extrauterino. Als, riprendendo le ipotesi di Brazelton, considera il bambino pretermine un collaboratore attivo, con capacità di interagire direttamente con chi si prende cura di lui e con l'ambiente. Nel 1982 elabora la Scala APIB (*Assessment of Preterm Infant Behaviour*) mirata alla valutazione del comportamento del nato pretermine (Als et al., 1982) che viene utilizzata per neonati pretermine/ad alto rischio in età gestazionale compresa tra le 36 e le 44 settimane di vita, in condizioni cliniche stabili. Als prende in considerazione la scala NBAS costruita da Brazelton per valutare il comportamento del neonato a termine, e definisce che è possibile valutare le capacità del pretermine di adattarsi all'ambiente extrauterino attraverso l'osservazione del suo comportamento e delle strategie utilizzate per adattarsi alle proposte sociali e ambientali. Il pretermine comunica il suo stato di benessere e/o di disagio tramite indicatori comportamentali, attraverso cui è possibile individuare e strutturare strategie assistenziali e di accudimento, adeguate alle sue capacità.

Negli ultimi vent'anni le indagini delle ricerche si sono orientate a indagare, attraverso strumentazioni sempre più sofisticate, i fattori multipli e sovrapposti che devono essere analizzati per cercare di individuare i fattori di rischio e di protezione che possono contribuire a peggiorare o a migliorare la qualità della vita dei bambini pretermine più vulnerabili (Müller-Nix, Ansermet, 2009). La letteratura concorda sul fatto che è fondamentale applicare un approccio multifattoriale alle ricerche: le cause della prematurità possono dipendere da caratteristiche individuali del bambino, da situazioni psichiche della madre, da condizioni mediche, da fattori psicosociali o ambientali, da trattamenti dell'infertilità sulla madre e da altri fattori biologici e genetici. Molti di questi fattori si assommano, nei casi in cui i genitori si trovino in situazioni socioeconomiche svantaggiate o siano membri di gruppi etnici minoritari.

Alcuni tra i possibili fattori di rischio della nascita pretermine sono relativi a cau-

se estrinseche, come i traumi fisici, gli interventi chirurgici, le intossicazioni da alcool, da fumo o da sostanze stupefacenti (frequenti in madri che appartengono a un livello socioculturale ed economico basso). Le problematiche fisiopatologiche riportate in letteratura (Behrman, Stith Butler, 2006) considerano diverse condizioni della madre (l'aver già partorito prematuramente, l'età troppo giovane o troppo avanzata, gravidanza multipla o a seguito di fecondazione assistita), nonché i fattori costituzionali (malformazioni del bacino o dell'utero, disendocrinie, malattie infettive croniche, cardiopatie scompensate, ipertensione, tossiemie, patologie renali o diabete). Sono state studiate le specifiche patologie della gravidanza, come la placenta previa, il distacco della placenta, la pre-eclampsia, malattie infettive acute, l'endometrite, la rottura precoce delle membrane, nonché le possibili problematiche fetali (malformazioni, malposizioni, l'incompatibilità Rh o ABO, gemellarità). Tra i trattamenti clinici utilizzati vi è di solito quello di inibire le contrazioni della donna: questo approccio non ha diminuito l'incidenza della nascita pretermine, anche se ha consentito di ritardare il parto e ridurre il grado di mortalità perinatale e di morbilità (NHMRC 2000).

Tutti i suddetti fattori sono stati ampiamente trattati dalla letteratura ostetrico-ginecologica e neonatologica e sono in parte conosciuti, anche a livello popolare. Meno noti, per la loro non facile rilevazione, sono invece tutti i fattori psichici, relativi alla madre e alla sua relazione col feto, che attraverso meccanismi psicofisiologici, neurovegetativi, ormonali, immunitari, favoriscono o inducono la nascita pretermine. Alcuni di questi sono stati studiati in funzione della disponibilità di appropriati metodi di rilevazione. Sono stati per esempio monitorati lo stress materno (Dole et al., 2003), l'ansia (Glover, O'Conor, 2005), la depressione materna prenatale (Dayan et al., 2006), uno scarso supporto sociale, discriminazioni razziali, basso livello socioeconomico, basso livello di istruzione ed eventi di vita o fattori psicologici e sociali negativi, tutti fattori considerati avversi a una nascita a termine (Behrman, Stith, Butler, 2006).

L'esperienza psichica soggettiva del genitore e un eventuale stress del feto e del bambino sono variabili critiche influenti non solo nel modulare le stesse avversità biologiche e condizionare una nascita pretermine, ma soprattutto per gli esiti successivi dello sviluppo e della relazione con il bambino. Come per la nascita pretermine, gli esiti dello sviluppo dipendono da fattori sia biologici, sia psicosociali, ma questi ultimi sembrano avere un'influenza maggiore di rischio (Thompson et al., 1994). L'impatto emotivo che la stessa nascita pretermine ha sul genitore e la sua modalità di farvi fronte ha un'influenza sul comportamento e sullo sviluppo emotivo del bimbo (Macey et al., 1987; Latva et al., 2008). La qualità dell'esperienza emotiva dei genitori, anche quella relativa alla nascita pretermine, ha un impatto cruciale sull'esito delle interazioni con i bimbi nei primi mesi di vita (Feeley, Gottlieb, Zerkovitz, 2005): la depressione della madre influenza le modalità di interazione con il bambino nato pretermine (Korja et al., 2008); le emozioni dolorose, vissute dalla madre e dal padre durante il ricovero nella nursery pretermine, possono mettere in pericolo la stabilità di un'armoniosa relazione precoce con il bimbo (Levy-Shiff, Sharir, Mogilner, 1989); alti livelli di stress e uno scarso supporto sociale sarebbero correlati con il manifestarsi di disturbi del comportamento, più che non la presenza di fatto-

6

ri fisiopatologici (Miceli et al., 2000). L'esperienza di precoce stress nel bimbo pretermine può portare a una persistente vulnerabilità, rilevabile sia nei bambini, sia nelle madri: i genitori, d'altra parte, soprattutto le madri, tendono ad avere una percezione maggiore della vulnerabilità dei loro bimbi nati pretermine e questo può condizionare la loro modalità relazionale e comportamentale anche più avanti, durante lo sviluppo (Allen et al., 2004). Una reazione secondaria allo stress si può manifestare anche tardivamente nello sviluppo: può essere pertanto indispensabile riconoscere quanto più precocemente possibile i segnali di stress, così come le possibilità di protezione (Müller-Nix, Ansermet, 2009).

Studi epidemiologici hanno rilevato un aumento significativo della sopravvivenza dei bimbi nati pretermine, a seguito dei progressi nelle cure mediche perinatali e neonatali (Ananth et al., 2005; Wheller, Baker, Griffiths, 2006); nei paesi industrializzati la maggiore causa di mortalità infantile (95% delle morti) avviene per i bambini nati prima delle 32 settimane o con VLBW inferiore a 1500 grammi (Callaghan et al., 2006).

In questi ultimi anni in letteratura viene studiata soprattutto la qualità della vita, nei sopravvissuti pretermine, nei periodi che vanno dalla nascita all'adolescenza: i bambini pretermine non hanno solo una maggiore probabilità di morte dei bambini nati a termine, ma c'è una maggiore varietà di problemi di salute e di sviluppo rispetto ai bimbi nati a termine. I bambini nati prima delle 32 settimane di gestazione costituiscono la maggior parte dei bambini nati pretermine che presentano le maggiori complicazioni; i VLBW soffrono di complicanze mediche e anche per questo sono più a rischio di problemi psichici, emotivi, e comportamentali. Resta tuttavia difficile comparare i diversi studi e spesso i dati sono contraddittori a causa delle differenti metodologie adottate.

Se le condizioni mediche possono essere di complessa gestione, ancora più difficile risulta l'individuazione e la comprensione dei bisogni psicologici dei pretermine, alla nascita e nei successivi periodi dello sviluppo: i lavori scientifici in questo ambito sono alquanto disomogenei, nella selezione del campione, nella metodologia e negli strumenti adottati per la rilevazione e la valutazione; nelle ricerche in questo settore le modalità con cui viene seguito lo sviluppo del prematuro sono differenti e così spesso i dati sono poco confrontabili e comparabili (Baldini et al., 2002).

La letteratura al proposito è molto varia e frammentata. Partendo da una revisione critica del concetto di sviluppo (Manfredi, Bassa, 1992), negli ultimi decenni si è ridefinito lo stesso concetto di prematurità: si tende a sottolineare come gli eventi medico-ostetrici neonatali e perinatali non abbiano un valore intrinseco quali agenti causali, ma interagiscano con altri fattori, di ordine psichico e sociale, in particolare con l'ambiente relazionale. La nascita pretermine non viene pertanto considerata un fattore di rischio che di per sé può comportare effetti negativi prevedibili nell'evoluzione psicologica del bimbo: tali effetti sono la risultante di una molteplicità di cause psicosociali individuali e collettive (Coppola, Cassibba, 2004), che possono comunque influire positivamente o negativamente sullo sviluppo sia del bimbo direttamente, sia attraverso le ripercussioni nei genitori. Soltanto l'individuazione, attraverso un'analisi dettagliata e specifica, della molteplicità di questi fattori può consentire una comprensione dell'interrelazione delle diverse funzioni che possono

avere conseguenze nello sviluppo longitudinale del bimbo.

Gli studi e le ricerche sono alquanto disomogenei nell'individuazione delle competenze cognitive e neurocomportamentali dei neonati pretermine rispetto a quelli nati a termine: da alcuni studi vengono evidenziate prevalentemente delle disparità, con aspetti disarmonici dello sviluppo, e vengono messe in evidenza le mancanze rispetto a una presunta "normalità" (Fava Vizziello, Zorzi, Bottos, 1992). I bimbi nati pretermine svilupperebbero molto lentamente un'organizzazione neurocomportamentale equilibrata, e ciò rallenterebbe le capacità di autoregolazione neurofisiologica ed emotiva con l'ambiente esterno, incidendo sulle performance cognitive e neurocomportamentali.

Gli esiti neurocomportamentali (Salt, Redshaw, 2006; Allen, 2008) hanno di solito una corrispondenza con la struttura cerebrale, come è confermato dalle indagini effettuate con la risonanza magnetica e le tecniche ecografiche: questo è dovuto al fatto che le esperienze particolari che attraversa il pretermine (Als et al., 2004) costruiscono in modo altrettanto particolare il suo cervello³. Ciò indurrebbe a pensare a esiti irreversibili; tuttavia, le recenti scoperte delle neuroscienze sulla plasticità neurale del cervello prospettano la possibilità che buone esperienze, successive a quelle travagliate dei primi tempi, possano modificare e riorganizzare le memorie, e pertanto migliorare la struttura neurale stessa, attuando o ovviando alle relative disfunzioni neuropsicocomportamentali (Ansermet, Magistretti, 2007).

Alcune ricerche rilevano che, anche in assenza di deficit neurosensoriali o motori, i bambini prematuri possono presentare problemi cognitivi, di comportamento, socioemotivi e scolastici maggiori rispetto ai bambini nati a termine. Questi risultati sono stati spiegati in riferimento a fattori biologici, come il grado di prematurità o eventuali deficit del sistema nervoso centrale: c'è tuttavia da chiedersi quanto, invece, la particolare maturazione cerebrale, costruitasi a seguito della globalità delle esperienze relazionali di un determinato pretermine, abbia o meno dato origine alla struttura psichica che si può rilevare successivamente.

Il bambino pretermine deve trascorrere molte settimane in terapia intensiva: ciò comporta che non può usufruire delle sensorialità di un contatto materno, come avviene per un neonato normale. Tali sensorialità sono veicolo essenziale della maturazione neurologica (Schore, 1994, 2003a, 2003b). Le neuroscienze (vedi Par. 2.3 e 3.4) hanno dimostrato come la maturazione cerebrale, fino a poco tempo fa ritenuta risultato esclusivo del codice genetico, dipenda dall'apprendimento, da parte delle reti neurali del feto e del neonato, di messaggi veicolati dalle sensorialità del contatto materno (Imbasciati, Cena, 2010). Pertanto il pretermine, che deve trascorrere non poche settimane in terapia intensiva, è un bimbo inevitabilmente deprivato di un normale sviluppo, e che può essere esposto a rischi psichici anche a lungo termine: non si tratta soltanto di "complicanze" neurologiche, evidenti nell'immediato e per le quali quindi si cerca di intervenire al meglio (così come si interviene per tutte le altre complicazioni medico-biologiche frequenti nei pretermine) ma anche di possi-

³ Si ricorda che le attuali conoscenze sulla maturazione neurale attribuiscono gran parte delle modalità ai fattori esperienziali, che pertanto "costruiscono" il cervello.

6

bili deficit mentali, cognitivo-emotivi, che possono sfuggire all'osservazione dei primi mesi o anche anni di vita e che si manifestano invece in età scolare.

D'altra parte la separazione dal proprio bimbo, cui devono sottostare i genitori, può comportare uno sconvolgimento del loro assetto emotivo, che le ricerche hanno dimostrato essenziale per garantire al bimbo l'ottimalità di quei silenti apprendimenti elementari che fanno maturare la predisposizione funzionale delle sue reti neurali. I due fattori, relativi al bimbo e ai genitori, possono dunque combinarsi nel rendere difficile la relazione. Il dato, che sempre più oggi viene rilevato nella sua importanza, è che la qualità di tale relazione è responsabile di ogni successivo sviluppo psichico e psicosomatico del bambino.

Sia i cambiamenti della struttura emotiva dei genitori (oggi sempre più si studiano le funzioni del cervello emotivo: Goleman, 1990; Shore, 1994, 2003a, 2003b) sia i deficit della relazione possono sfuggire all'osservazione comune e possono essere sottovalutati.

Se si esaminano i dati in letteratura relativi all'età prescolare si può rilevare che in genere vengono segnalati problemi di comportamento e ritardi nello sviluppo cognitivo e linguistico, soprattutto nei pretermine ad alto rischio, in cui sono compresenti complicanze mediche (Marret et al., 2007).

Gli esiti dello sviluppo in età scolare (Hack et al., 1994), quando si richiedono più specifiche prestazioni delle funzioni cognitive ed esecutive (Anderson et al., 2004) indicano la presenza di più frequenti disturbi cognitivi, di comportamento (Bhutta et al., 2002), di difficoltà di apprendimento (Grunau, Whitfield, Davis, 2002) prevalentemente nei bambini nati pretermine, ad alto rischio (Whitfield et al., 1997), rispetto a quelli a termine. Molto frequenti, a partire già dalla prima infanzia, sono i deficit dell'attenzione, (Ruff, Rothbart, 1996; Rose, Feldman, Jankowski, 2001, 2002; Lawson, Ruff, 2004), insieme a iperattività (ADHD) (Hall et al., 2008), rispetto ai nati a termine; tali deficit possono persistere durante l'infanzia fino all'adolescenza (Levy-Shiff et al., 1994; Saigal et al., 2000; Grunau, Whitfield, Fay, 2004). Si conosce tuttavia poco sull'eziologia di queste difficoltà (Behrman, Stith, Butler, 2006).

Le ricerche sottolineano come l'esposizione a stress dei genitori (Haley et al., 2004) e gli stati di depressione materna, insieme ad altre variabili, tra cui un basso status socioeconomico (Lupien et al., 2000), attivino nel bimbo l'asse HPA, con una secrezione di elevati livelli di cortisolo: questo innalzamento di valori nel bimbo, si può ritrovare già in gravidanza con un passaggio transplacentare di cortisolo dalla madre al feto. Successivamente, nello sviluppo, questi livelli elevati di cortisolo sono associati a disturbi delle funzioni cognitive (Lupien et al., 2001), a problemi di comportamento (Essex et al., 2002) e di apprendimento (Haley et al., 2006). La qualità delle cure primarie e la modalità del genitore di reagire al proprio stress possono modulare lo sviluppo cerebrale (Gunnar, 1998): questi autori sottolineano dunque che lo stress materno, attraverso la produzione di cortisolo, ha conseguenze sullo sviluppo del feto durante la gravidanza, e anche successivamente lo stress materno, per vie psichiche, altera la produzione di cortisolo nel bimbo durante il suo sviluppo.

Il ruolo dei fattori materni (stress dei genitori e qualità dei comportamenti interattivi) è stato studiato in relazione anche alle difficoltà attentive, rilevate nei bambini pretermine, ed è stata rinvenuta una relazione tra stress, secrezione di cortisolo

e problematiche nell'attenzione (Tu et al., 2007). Nei neonati pretermine esposti a livelli elevati di stress materno si ritrovano livelli più elevati di cortisolo e deficit di attenzione: dopo la nascita la secrezione di cortisolo, nei neonati pretermine, può rimanere alterata a causa di situazioni di dolore neonatale e di stress e contribuirebbe a un maggiore rischio di compromissione dello sviluppo neurologico. Le variabili nel bambino (dolore neonatale-stress, attenzione) e la conseguente modalità di risposta genitoriale (stress, comportamenti interattivi) mettono però anche in evidenza, al contrario, che comportamenti interattivi precoci materni positivi possono costituire fattori protettivi per lo sviluppo dell'attenzione e di adeguate competenze cognitive.

La qualità delle interazioni genitori-bambino sono correlate con lo sviluppo cognitivo e delle competenze del figlio nel primo anno di vita (Crnic et al., 1983; Poehlmann, Fiese, 2001): questi dati segnalano come la sensibilità materna sia un organizzatore dei ritmi biologici e della regolazione emotiva del bimbo, durante la prima infanzia (Spangler et al., 1994). Evidenze sperimentali ci provengono dagli studi sugli animali: nei macachi lo stress materno perinatale e il conseguente comportamento materno vengono associati allo stress e al tipo di comportamento presentato nei piccoli durante lo sviluppo (Bardi, Huffman, 2006); nei ratti giovani, esposti a situazioni stressanti, come una prolungata separazione materna, si ritrova una scarsa regolamentazione dello stress in età adulta (Meaney, 2001); se invece viene mantenuto un maggiore contatto fisico con le madri non viene rilevato un aumento della produzione ormonale dell'asse HPA (Walker et al., 2003); tra gli effetti protettivi, per prevenire aumenti dell'attività dell'asse HPA, la vicinanza materna non stressogena sembra essere dunque un buon regolamentatore dell'omeostasi del piccolo.

I dati delle ricerche internazionali sembrano dunque concordi nel considerare la nascita pretermine come un fattore di maggiore vulnerabilità quando si trova associata ad altri fattori di rischio, medico, ambientale, sociale (età delle madri, basso livello socio-economico-culturale), a problematiche cliniche della madre, come ansia, depressione materna, o alla mancanza di sostegno sociale; anche l'assenza della figura paterna può ostacolare i livelli di sviluppo. Questi risultati enfatizzano il ruolo centrale delle reazioni affettivo-emotive dei genitori e dei loro bambini per le conseguenze nello sviluppo del bimbo. La letteratura pone in evidenza come, in genere, le modalità di interazione genitore-bambino, in situazioni di stress dei genitori (Magill-Evans, Harrison, 2001), siano un fattore predittivo degli esiti dello sviluppo dei bambini nei primi anni di vita e come specifiche modalità non positive di interazione possano essere associate, in certi casi, anche con determinate patologie croniche (Mäntymaa et al., 2003): nel caso di una nascita pretermine l'impatto emotivo traumatico sulla famiglia porta a intense reazioni psichiche nei genitori e ha un'influenza specifica sulla relazione genitore-bambino e sullo sviluppo del bimbo stesso (Müller-Nix, Ansermet, 2009). La nascita pretermine è indicata dunque come un fattore di rischio per un adeguato sviluppo affettivo-emotivo, ma, nello stesso tempo, una positiva comunicazione nelle prime relazioni madre-bambino-padre assume valenze altamente protettive (Coppola, Cassibba, 2004); il coinvolgimento del padre inoltre può avere una peculiare funzione protettiva nel ridurre il disagio materno nelle situazioni a rischio e può aumentare la coesione nella relazione madre-bambino (Feldman, 2007).

6.5

La relazione genitore-bambino nella nascita pretermine

Lo sviluppo psichico e la costruzione della mente del bimbo (cfr. par. 3.4) avvengono in un ambito relazionale e dipendono dalla qualità della comunicazione che la madre modula nell'interazione con lui (Imbasciati, 2008). Nella nascita molto prematura si possono riscontrare difficoltà di interazione genitore-bambino (Minde, Whitelaw, Brown, Fitzhardinge, 1983): queste difficoltà, che oltrepassano la separazione fisica imposta dalle condizioni mediche in cui si trova il bimbo, consistono nella carenza e nella disorganizzazione dei messaggi non verbali che possono comunque intercettare nella reciproca comunicazione (Holditch-Davis et al., 2007). Con il prematuro si possono presentare problematiche interattive, sia per ciò che concerne la situazione psichica del genitore, sia per l'incompleta strutturazione della mente del bimbo, sia soprattutto perché sono carenti e alterati i veicoli stessi della comunicazione: contatto, sguardi, temperatura, odori, voce ecc. Quest'ultimo fattore può comportare complicazioni ai primi due anche quando, col bimbo a casa, la comunicazione potrebbe disporre dei veicoli adeguati.

Nella nascita a termine il bimbo può fare esperienza di contatto fisico attraverso l'allattamento e l'accudimento, l'essere preso in braccio, l'essere accarezzato, coccolato: entrambi i membri della diade, madre e bimbo, possono sperimentare nella dimensione relazionale una sintonia di comunicazione, un dialogo non verbale. L'esperienza relazionale di stretto contatto fisico con la madre consente così al bimbo di acquisire una regolazione emotivo-affettiva e dei ritmi (Lester et al., 1985) e di sperimentare forme di autoregolazione; il bambino alla nascita affina la sua competenza alla sintonia comunicativa e quindi alla regolazione emotiva (vedi Par. 2.3). La comunicazione non verbale viaggia nelle interazioni e può favorire o inibire un armonico sviluppo psicofisico, che può iniziare già sin dall'epoca prenatale (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007), per proseguire in epoca neonatale attraverso il significato che il genitore attribuisce alle intenzioni comunicative del bimbo (Marvin, Brinter, 1999). La relazione primaria consente lo strutturarsi di pattern di interazione regolari e prevedibili: la diade "apprende" a sincronizzarsi (Stern, 1985, 1989) temporalmente attraverso le proposte e le corrispondenti risposte, e il genitore acquisisce e trova conferma delle proprie funzioni genitoriali attraverso le modalità di influenzamento che la sua comunicazione ha nei confronti del comportamento del neonato. La "disponibilità emotiva" (Emde, 1988) del genitore a sincronizzarsi con il suo bimbo per accogliere e rispondere ai suoi bisogni emotivi favorisce lo sviluppo psichico (emotivo-affettivo) del neonato.

Nella nascita pretermine quanto passa attraverso i canali sensoriali è mediato dall'ambiente artificiale in cui il bimbo vive, mentre è carente lo scambio dei messaggi emotivi. La qualità delle competenze autoregatorie nel pretermine (Grunau, 2003) è differente rispetto a quella di un bimbo nato a termine e il genitore può trovare non indifferenti difficoltà a sincronizzarsi coi ritmi del bimbo attraverso le modalità che si possono invece attivare con un neonato a termine: il mancato contatto corporeo è pertanto un ostacolo, che può ritardare il processo autoregatorio del bimbo,

secondo quanto rilevato dagli studi sperimentali (Hofer, 1994, 2001; Berardi, Pizzorusso, 2006).

La regolazione delle emozioni (Sroufe, 1995; Cassidy, 1994) viene assolta nell'ambito del legame di attaccamento. In questo quadro, ancora più decisiva è la qualità della relazione che la madre è capace di instaurare. Questa qualità è stata messa in relazione con le pregresse relazioni del genitore con i propri genitori. L'uso di strumenti come le interviste, quali per esempio l'AAI (George, Kaplan, Main, 1986-1996), consente al ricercatore di esplorare le relazioni del genitore con le figure di attaccamento del suo passato, ricercando connessioni con aspetti del presente, della relazione con il bimbo.

Le interazioni materne, valutate come sensibili e responsive, risultano correlate con migliori competenze autoregolatorie, cognitive e sociali nel bimbo (Beckwith, Rodning, 1996). Stati di disagio psicologico e di stress genitoriale sono associati (Singer et al., 1999) a comportamenti materni intrusivi, mentre stati di depressione materna comportano un ritiro dalle interazioni, con conseguenze poco positive sulla regolazione del bimbo.

Recenti prospettive in ambito della teoria dell'attaccamento valutano l'interazione con il pretermine, i suoi effetti sul parenting e sullo sviluppo psicofisico del bimbo (Coppola, Cassibba, 2004; Baldoni et al., 2007; Müller-Nix et al., 2004; Forcada-Guex et al., 2006; Pierrehumbert et al., 2007, 2009). In alcuni studi non vengono segnalate difficoltà di interazione tra i bimbi pretermine e le loro madri, sia nei primi mesi (Schermann-Eizirik et al., 1997), sia nei primi anni di vita (Greenberg, Carmichael-Olson, Crnic, 1992). Altri non evidenziano la prevalenza di uno stile di attaccamento dei bimbi nati a termine, rispetto a quelli nati pretermine (Easterbrooks, 1989; van IJzendoorn et al., 1992; Brown, Bakeman, 1980; Brisch et al., 2005; Pierrehumbert, 2007, 2009), né una differenza alla Strange Situation (Frodi, Thompson, 1985).

In altre indagini, invece, si rileva una maggiore incidenza di pattern di attaccamento insicuro tra i nati pretermine, in concomitanza con la presenza di fattori di rischio multipli, come più gravi complicanze mediche, peso alla nascita inferiore ai 1500 grammi (Coppola, Cassibba, 2004); emergono differenze in relazione a scarso sostegno sociale, discriminazioni razziali, basso livello di educazione dei genitori e alla gravità della prematurità (Wille, 1991; Plunkett et al., 1986).

In alcune ricerche è stata individuata una diversità nelle interazioni (Gerner, 1999) e nello stile comunicativo durante l'infanzia tra le diadi dei bambini nati pretermine, rispetto a quelle dei bambini nati a termine (Chapieski, Evankovich, 1997). I dati delle diverse ricerche riportano caratteristiche interattive abbastanza simili: quando la madre, per sue modalità comunicative o a seguito di una scarsa partecipazione del bimbo all'interazione, tende ad avere un ruolo più attivo e intrusivo nella comunicazione, lo stile interattivo corrispondente del neonato pretermine risulta essere caratterizzato da modalità più passive; in questi casi i neonati presentano anche un minore livello di attenzione, minore sincronizzazione nell'interazione, rispetto ai bimbi nati a termine (Brown, Bakeman, 1980), e queste differenze possono persistere anche fino ai due anni di età (Minde, 2000). Sono state prese in considerazione alcune caratteristiche di personalità della madre, come una sua maggiore rigidità nel comportamento interattivo rivolto al bimbo (Butcher et al., 1993);

quando le madri manifestano maggiore attività, vigilanza, controllo (Field, 1979; Goldberg et al., 1986) hanno anche un comportamento che è in genere più distante nelle interazioni col loro bimbo (Barnard, Bee, Hammond, 1984; Minde, Perrotta, Marton, 1985; Chapieski, Evankovich, 1997). Nelle ricerche viene messo in evidenza però come sia ancora da indagare se questi modelli di interazione siano adattativi e rappresentino una risposta compensativa alle difficoltà specifiche, che sono presenti nel neonato pretermine (Greenberg, Crnic, 1988; Barnard, Hammond, 1984), o dipendano invece da situazioni sociali o da specifiche problematiche materne, che possono essere dannose per lo sviluppo del neonato pretermine (Field et al., 1980).

Se i nati pretermine sono meno responsivi alle sollecitazioni del genitore (Müller-Nix, Ansermet, 2009), la madre e il padre possono aumentare la distanza emotiva tra loro e il bimbo, o al contrario possono iperstimolare il bimbo nel tentativo disperato di avere una risposta da lui. La tendenza delle madri a iperstimolare i pretermine è oggetto di dibattito in letteratura: per alcuni autori si tratta di una risposta compensativa genitoriale alle specifiche difficoltà presentate dall'immaturità del neonato (Goldberg, DiVitto, 1995), con un'influenza sull'attenzione e sulle competenze cognitive del bambino (Wijnroks, 1998), ma non sempre con conseguenze positive per il suo sviluppo (Field, 1979).

La qualità della relazione primaria madre-bambino pretermine è uno dei fattori che possono fare evolvere positivamente o influenzare negativamente le condizioni potenzialmente avverse della nascita. Numerosi studi in letteratura riportano evidenze sperimentali in questo ambito: presso l'ospedale di Losanna, nell'Unità intensiva di cure neonatali, vengono condotte ricerche prospettiche sui bambini pretermine (Pierrehumbert et al., 2003; Müller-Nix et al., 2004; Forcada-Guex et al., 2006.). Questi studi esaminano longitudinalmente, secondo un'ottica multidimensionale, aspetti della relazione genitore-bambino pretermine, rispetto a diverse variabili, e valutano le conseguenze sullo sviluppo psicofisico del bimbo.

L'esperienza traumatica materna, relativa alla nascita prematura, e la sua influenza a lungo termine sullo sviluppo del bambino (Müller-Nix et al., 2004), sono state valutate attraverso la reazione materna allo stress posttraumatico, con il *Perinatal Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire* (PPQ) e la qualità dell'interazione madre-bambino pretermine viene monitorata a sei e diciotto mesi con il CARE-Index della Crittenden (Crittenden, 1979-2004). A sei mesi, i dati raccolti attraverso le video osservazioni indicano che le madri di bimbi prematuri ad alto rischio, con elevati livelli di stress nel periodo perinatale, sono poco sensibili e più controllanti nelle interazioni di gioco diadico con i loro bimbi, rispetto alle madri dei nati a termine. In particolare, rispetto alle interazioni diadiche valutate con il CARE-Index (Crittenden, 1988), è stato rilevato che a una maggiore sensibilità della madre corrisponde un bambino cooperante, e questo è correlato a situazioni di basso stress materno; nelle situazioni invece di elevato stress materno è presente un maggior controllo della madre e una corrispondente manifestazione interattiva compulsiva nel bimbo. A diciotto mesi, le interazioni del neonato pretermine, sempre valutate con il CARE-Index, presentano modalità diverse da quelle dei nati a termine, e si trovano correlate con lo stress materno e non con i fattori di rischio perinatale inerenti allo stesso pretermine: quando vengono prese in considerazioni invece entrambe le variabili, reazioni

postraumatiche della madre e gravità della prematurità del bimbo, l'esperienza traumatica della madre è il fattore che ha maggiore influenza nelle caratteristiche dell'interazione. Tutto ciò fa pensare all'enorme importanza delle condizioni psichiche della madre.

Alcune indagini (Forcada-Guex et al., 2006) hanno consentito di identificare specifici modelli di interazione diadica madre-bambino, che possono assumere una funzione protettiva o al contrario essere fattori di rischio per l'esito positivo successivo dello sviluppo e del comportamento del bimbo, indipendentemente dai fattori di rischio perinatale e dallo status socioeconomico della famiglia. Sono state individuate modalità interattive diadiche specifiche madre-bambino, valutate a sei mesi di età del bimbo, sempre con il CARE-Index; in particolare vengono segnalati due specifici pattern di interazione: pattern cooperante (madre sensibile e bimbo cooperante), che viene considerato come una relazione protettiva per lo sviluppo a lungo termine del bambino, e pattern controllante (madre controllante e bimbo compulsivo), con possibilità di rischio maggiore per il futuro sviluppo del bambino. Il pattern controllante è rilevato in misura prevalente nelle diadi con bambini nati pretermine, rispetto a quelle di bambini nati a termine, ed è risultato correlato con esiti poco favorevoli dello sviluppo del bimbo.

Il comportamento del bambino viene poi monitorato con un follow-up a diciotto mesi, attraverso un'intervista semistrutturata somministrata alle madri, la Symptom Check List (SCL) (Robert-Tissot et al., 1989, 1996), che esplora quattro aspetti del comportamento infantile: disturbi del sonno, problemi dell'alimentazione, sintomi psicosomatici, disturbi emotivi e del comportamento. Sono state anche effettuate rilevazioni in relazione a sviluppo motorio, coordinazione occhio-mano, linguaggio, performance e sviluppo sociale con la *Griffiths Developmental Scales* (1954). A diciotto mesi i ricercatori non riscontrano differenze significative nello sviluppo delle diadi pretermine con pattern cooperante, rispetto alle diadi a termine. Al contrario, i bambini pretermine con pattern controllante presentano maggiori problematiche comportamentali, in particolare problemi di alimentazione, disturbi del linguaggio, problemi di socializzazione.

Per quanto riguarda la valutazione dello sviluppo psicomotorio effettuata con le scale Griffiths, sempre a diciotto mesi, i dati riportano solo alcune differenze tra i prematuri e i neonati a termine, in particolare nello sviluppo sociale; gli item si riferiscono in particolare alle sottoscale che valutano la comunicazione sociale e gli interessi o le abilità del bambino a comunicare con il suo ambiente. Considerando invece le differenze tra i gruppi di prematuri, le diadi con pattern controllanti presentano punteggi più bassi negli item relativi allo sviluppo del linguaggio, rispetto ai neonati delle diadi con pattern cooperante.

Le problematiche di alimentazione (Holditch-Davis et al., 2000) e i disturbi del sonno (Wolke, 1998) vengono segnalati anche tra i disturbi più frequenti della regolazione nei nati pretermine. Pierrehumbert (Pierrehumbert et al., 2003) ha monitorato le problematiche dell'alimentazione considerando le modalità interattive madre-bambino a sei mesi: nel successivo follow-up a diciotto mesi di età del bimbo, nelle diadi con pattern controllante è stata riscontrata una correlazione con problematiche alimentari. I genitori sono stati intervistati sui problemi del loro bambino a diciotto

6

mesi ed è stato somministrato loro il questionario sui disturbi da stress traumatico con il PPQ (Quinnell, Hynan, 1999). In particolare è stata riscontrata una correlazione con le reazioni da stress post-traumatico perinatale nella madre; l'esito dello sviluppo nei bimbi è risultato correlato sia con la gravità della prematurità, sia con l'entità delle reazioni post-traumatiche da stress materno. La gravità dei rischi perinatali consente però di prevedere solo in parte i problemi dello sviluppo del bambino: a prescindere dai rischi perinatali, è l'intensità delle reazioni post-traumatiche dei genitori che, secondo gli autori, costituisce un importante predittore dei disturbi che i bimbi potranno manifestare più avanti durante lo sviluppo.

Altri studi che hanno indagato le difficoltà di alimentazione nei neonati pretermine si sono orientati in particolare sulle modalità di rifiuto del cibo da parte del bimbo (Cerro et al., 2002): a causa di tali difficoltà i genitori possono sentirsi frustrati e ansiosi per quanto riguarda la salute e la crescita del loro bambino e questo può portarli a diventare iperattivi nel processo di alimentazione (Hawdon et al., 2000). I dati delle ricerche confermano che i bambini, la cui interazione con la madre è caratterizzata da un pattern controllante, sono più a rischio di manifestare poi nel corso dello sviluppo difficoltà di alimentazione.

Il team dei ricercatori di Losanna ha anche preso in considerazione le rappresentazioni materne nelle madri dei bambini nati pretermine (Borghini et al., 2006) attraverso il *Working Model of the Child Interview* (WMCI) (Zeanah, 1996), intervista semi-strutturata sulle rappresentazioni di attaccamento dei genitori, riferite al bambino, somministrata alle madri a sei mesi di età del figlio. L'intervista consente di individuare diverse dimensioni quali: a) ricchezza nella capacità di percepire il bambino (senso di "chi è" il bambino); b) apertura al cambiamento (capacità di integrare le nuove informazioni sul bambino); c) intensità del coinvolgimento (immersione psicologica nella relazione); d) coerenza (coerenza dei pensieri e dei sentimenti); e) sensibilità nell'accudimento (risposta ai bisogni del bambino); f) accettazione (subordinare i propri bisogni a quelli del bambino); g) Sé riflessivo (capacità di cogliere l'intenzione altrui). Le caratteristiche dei pattern sono indicate come: a) rappresentazioni caratterizzate da equilibrio tra coinvolgimento emotivo e accettazione dei bisogni del bimbo sia di autonomia che di dipendenza; b) rappresentazioni distanzianti caratterizzate da non coinvolgimento e non riconoscimento dei bisogni di dipendenza del bambino, freddezza emotiva; c) rappresentazioni distorte in cui prevale il coinvolgimento del genitore e assieme il non riconoscimento dei bisogni di autonomia e di dipendenza del bambino, in cui possono essere presenti rappresentazioni confuse. Nelle madri di entrambi i gruppi dei bambini, nati a termine e pretermine, sarebbe presente una percentuale più alta di rappresentazioni equilibrate, seguite nei nati a termine da rappresentazioni distorte, invece nei pretermine da rappresentazioni distanzianti.

Sono state inoltre valutate le reazioni delle madri allo stress posttraumatico con il PPQ (Quinnell, Hynan, 1999) a diciotto mesi di età corretta del bimbo. Le madri dei pretermine con un basso livello di stress presentano in misura maggiore alla WMCI rappresentazioni equilibrate a cui seguono rappresentazioni distanzianti; nelle esperienze di elevato stress invece prevale il pattern delle rappresentazioni distorte (Borghini et al., 2006).

Questi dati, rapportati con quelli relativi alla valutazione delle interazioni diadi che rilevate nelle altre ricerche, sembrano confermare i risultati della maggior parte degli studi in letteratura, che segnalano una presenza di pattern distanzianti nelle interazioni delle diadi dei nati pretermine, supportate anche dai dati derivati dalle rappresentazioni genitoriali: le madri che manifestano una maggiore attività, vigilanza, controllo hanno un comportamento in genere anche più distanziante nelle interazioni col loro bimbo. Le ipotesi sino a ora avanzate a tale proposito sono di due tipi: l'evento può dipendere da una caratteristica della personalità, di fronte alle particolari esperienze dei genitori dei bimbi nati pretermine, oppure può essere dovuto al fatto che i nati pretermine meno responsivi alle sollecitazioni dei loro genitori inducono in questi ultimi più reattività e controllo, con una maggiore distanza emotivo-affettiva dal bimbo. Le ipotesi attendono ulteriori verifiche dalla ricerca.

Gli studi effettuati consentono di delineare un modello interattivo circolare in cui il rischio perinatale porta allo stress materno (PPQ), e questo a sua volta ha conseguenze sulle rappresentazioni dei genitori stessi (WMCI) e successivamente sulle stesse rappresentazioni che i bimbi avranno dei loro genitori e sugli esiti dell'attaccamento, valutati a quattro anni di età con l'*Attachment Story Completion Task* (ASCT) (Bretherton et al., 1990): secondo questa prospettiva viene ipotizzata dagli autori (Ibanez, Pierrehumbert, 2007) una trasmissione transgenerazionale dell'attaccamento.

Altre indagini valutano invece gli effetti preventivi di un intervento precoce e si focalizzano sullo stress neonatale e sulla reattività allo stress da parte della madre (Ansermet et al., 2007): presso il *Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent; Département Médico-chirurgical de Pédiatrie, Division de Néonatalogie École Polytechnique Fédérale ETHZ*, di Zurigo, sono stati sperimentati interventi in relazione allo stress neonatale e alla reattività allo stress da parte delle madri. È stata effettuata una rilevazione delle concentrazioni di cortisolo salivare nelle diadi madre-bambino ed è stata rinvenuta un'elevata concentrazione di cortisolo salivare nei bambini nati pretermine e nelle loro madri. Anche questi dati sono in linea con i risultati di precedenti ricerche da noi citate, e segnalano ulteriormente come la nascita prematura sia un'esperienza traumatica per i genitori, dunque di stress, che può alterare, insieme ai parametri somatici, la normale transizione alla genitorialità: questa esperienza può avere conseguenze evolutive sulla prematurità in correlazione con lo sviluppo di rappresentazioni sicure o insicure dell'attaccamento. Gli autori sostengono la necessità di migliorare e approfondire interventi psicoeducativi e psicoterapeutici di carattere relazionale nell'ambito della neonatologia, alcuni da tempo sperimentati con successo, e viene evidenziata l'importanza di azioni preventive nei NICU, attraverso modalità di intervento precoce che possano sostenere i genitori nell'affrontare lo stress perinatale (Kaaresen, Ronning, Ulvund, Dahal, 2006) e nell'adeguare le loro rappresentazioni e le loro interazioni al bambino.

Questi aspetti sono ulteriormente ribaditi in recenti contributi che sottolineano l'importanza di effettuare quanto prima possibile un assessment psicologico dei nati pretermine (Muller-Nix, Forcada-Guex, 2009) e soprattutto dei loro caregiver, al fine di aiutare il personale delle NICU ad avere una conoscenza complessiva, non solo medica ma anche psicologica, delle risorse e delle potenzialità per progettare un intervento individualizzato specifico e focalizzato sul bambino e sulla sua famiglia. Le

6

più importanti implicazioni cliniche dei risultati delle ricerche è che si possa fornire subito un sostegno ai genitori: questo consente di migliorare gli esiti delle cure mediche erogate nell'immediato entro le NICU e di supportare i successivi esiti dello sviluppo del bambino più a lungo termine. Quando non è possibile individuare tempestivamente nei NICU specifici rischi dell'interazione madre-bambino, soprattutto quando il bambino è molto immaturo, dopo le dimissioni può essere il pediatra un attento rilevatore di queste eventuali problematiche relazionali, in grado di segnalarle agli specialisti di psicologia clinica perinatale.

Nell'ambito dell'assessment per una valutazione del benessere del pretermine, effettuato in UTIN, Als ha proposto la metodologia *Neonatal Individualized Developmental Care Assessment Programme* (NIDCAP) (Als, 1986) attraverso la quale è possibile effettuare "un'osservazione naturalistica" (*Naturalistic Observation of Newborn Behaviour*) del bambino pretermine. La metodologia NIDCAP si basa sulla teoria sinattiva di Als (1986) secondo cui il corretto funzionamento dell'organismo del neonato dipende dalla maturazione e interazione di alcuni sottosistemi: sistema autonomo o vegetativo, sistema motorio, stati comportamentali, attenzione e interazione, autoregolazione. Questi cinque sottosistemi maturano consequenzialmente e il buon funzionamento di un sistema è dipendente dalla stabilità degli altri. Questa metodologia consente di valutare le caratteristiche del neonato prematuro attraverso l'osservazione e l'interpretazione dei suoi segnali comportamentali: è una modalità di osservazione strutturata che permette anche di focalizzare obiettivi e strategie operative per una cura personalizzata e individualizzata del neonato pretermine e di pianificare procedure assistenziali adeguate al suo sviluppo. Nella scelta delle strategie viene focalizzata l'attenzione sulle cure che possono essere praticate dai genitori, i quali sono considerati come i principali promotori dello sviluppo del bambino. Alcuni contributi scientifici mettono in evidenza le funzioni protettive di questa modalità di intervento che coinvolge anche i genitori (Als, 2004): uno studio randomizzato presenta l'efficacia dell'intervento individualizzato, correlato con i dati dell'esame elettroencefalografico (EEG) e con i risultati delle neuro-immagini (RMN). La suddetta ricerca prevede anche una valutazione con la *Scala di valutazione neurocomportamentale del neonato prematuro* (APIB) due settimane dopo il termine previsto della gravidanza e un follow-up a nove mesi con il test di sviluppo psicomotorio di Bayley. I dati sperimentali sono correlati con i risultati clinici: i bambini del gruppo sperimentale hanno manifestato una migliore performance neurocomportamentale a due settimane di età corretta e una migliore organizzazione e maturazione cerebrale, nelle aree frontali (sede delle funzioni attentive ed esecutive) e occipitali (sede dell'organizzazione visuo-spaziale), così come nelle loro connessioni. Gli item del Bayley Test a nove mesi hanno rilevato punteggi significativamente più alti nelle performance mentali, cognitive, motorie e comportamentali del gruppo sperimentale.

In letteratura dunque le ricerche sono concordi nel promuovere, come fattori protettivi, le modalità di supporto psicologico alla relazione genitore-bambino: in primis un sostegno cognitivo ai genitori, attraverso informazioni utili alle esigenze di accudimento del loro piccolo, accompagnato da un supporto emotivo-affettivo-relazionale che il personale medico-infermieristico, gli psicologi, gli psicoterapeuti e altri genitori che hanno avuto esperienze analoghe possono fornire alla famiglia del

pretermine (Caplan, Mason, Kaplan, 2000); come terzo fattore, la possibilità di maggiore contatto dei genitori con il bimbo (Fava Vizziello, Bricca, Cassibba, 1992). La possibilità di una maggiore intimità con il proprio piccolo consente loro di conoscerlo più profondamente e di accudirlo, esercitando le funzioni di parenting; ciò rinforza i sentimenti di fiducia e di competenza nella lettura dei segnali del loro bambino, per cui imparano a rispondervi adeguatamente (Als, 1986): questo può consentire ai genitori di vivere un'esperienza affettiva e multisensoriale con il proprio figlio, che rafforza il legame reciproco.

Recenti studi hanno messo in evidenza come interferenze nell'intimità genitore-bambino siano fattori di elevato rischio per lo sviluppo psicofisico del bimbo (Keilty, Freund, 2005) e indicano che i genitori e i bimbi necessitano già durante l'ospedalizzazione di interventi mirati anche alla promozione di una maggiore intimità nelle relazioni. L'allattamento al seno del bimbo favorisce questa intimità; anche quando la prematurità è grave e il bimbo deve attendere prima di poter essere preso in braccio dalla madre e allattato direttamente al seno, è auspicabile che venga alimentato con il latte materno prelevato dalla madre stessa: non solo ne sono stati sperimentati gli effetti benefici (Vohr et al., 2006) sullo sviluppo psicofisico del bimbo, ma, inoltre, l'odore del latte materno è uno stimolo comunicativo non verbale che viene percepito dal bimbo e che gli consente di riconoscere la propria madre distinguendola dalle altre, e costituisce quindi uno dei veicoli principali che caratterizzano l'interazione primaria con lei.

Secondo questa prospettiva, per favorire esperienze di vicinanza sensoriale e intima, nell'ambito dei reparti di terapia intensiva neonatale, sotto la guida del personale specializzato, è stata istituita la "care" del neonato. Il termine "care" è stato introdotto nel mondo delle UTIN italiane al momento in cui gli operatori (neonatologi e infermieri, operatori sanitari) hanno cominciato a prendersi cura del benessere e dello sviluppo neurocomportamentale dei neonati ricoverati. Esso deriva da un concetto complesso, elaborato nel mondo della neonatologia anglosassone, di *family-focused, individualized developmental care*, che significa "assistenza personalizzata allo sviluppo del neonato, incentrata sulla famiglia", per il quale però non vi è ancora un consenso univoco relativamente alla traduzione in lingua italiana. La cosiddetta "care" individualizzata in UTIN, consiste in una fase programmata in cui i molteplici caregiver come gli infermieri, i neonatologi e i genitori, in collaborazione con i tecnici della riabilitazione, gli psicologi e i neuropsichiatri infantili, si "prendono cura" del pretermine nell'ambito del progetto di abilitazione. Si tratta di un intervento tempestivo, svolto in ottica preventiva e curativa, mirato a favorire la massima realizzazione del potenziale di sviluppo di ogni neonato.

La maggiore presenza dei genitori e l'evoluzione della "care" infantile, come il supporto emotivo fornito ai genitori durante il periodo neonatale, ha permesso che in questi ultimi venti anni la maggior parte dei nati pretermine siano sopravvissuti, anche se in seguito a una lunga ospedalizzazione. È necessario che la "confidenza" con la propria genitorialità venga rinforzata ripetutamente durante l'ospedalizzazione del bimbo e valutata prima delle dimissioni; genitori insicuri alle dimissioni avranno più difficoltà con i loro bambini a casa, e potranno avere maggiori problemi relazionali a lungo termine (Müller-Nix, Ansermet, 2009). È dunque auspicabile una partecipa-

zione attiva dei genitori alla “care” del bimbo, quanto prima sia possibile.

In questi anni sono stati studiati diversi programmi di intervento in ospedale e a casa (Kang et al., 1995; Colombo et al., 1998) e sono state sperimentate diverse modalità e tecniche di approccio all'intimità genitore-bambino, come le tecniche di massaggio (Law Harrison, 2001) o il contatto pelle-a-pelle, il cosiddetto kangaroo, in cui le madri accolgono in un marsupio come i canguri il loro piccolo (Tessier, 2003; Feldman et al., 2002; Feldman, 2004).

Gli interventi centrati sulle necessità del bimbo, volti a ridurre e minimizzare il *distress*, comportano un'attenzione al suo sviluppo da parte del genitore, guidato dal personale ospedaliero. La consultazione psicologica nei NICU serve a fornire aiuto per chiarire le esperienze dei genitori a se stessi e allo staff, per comprendere le reazioni di difesa e aiutare lo staff a dare un aiuto e un supporto alla relazione genitore-bambino. È necessaria una “care” per i genitori da parte del personale sanitario che si prende cura contemporaneamente del bimbo; i genitori possono essere sostenuti secondo percorsi mirati e progettati progressivamente in relazione alle necessità e alle fasi di abilitazione del loro bimbo, in modo che possano accompagnarlo nella crescita e contribuire al suo sviluppo. Il ruolo delle figure professionali durante il ricovero è cruciale. Due sono gli aspetti delicati: il lavoro dello staff ospedaliero con il bimbo e i genitori, e il lavoro diretto terapeutico da parte di professionisti psicologi per facilitare la relazione genitori-bimbi. La nascita pretermine è certamente accompagnata da una gran quantità di fattori di rischio che possono riattualizzare conflitti psichici irrisolti nei genitori: si richiedono pertanto specifici interventi terapeutici. Un adeguato supporto rivolto ai genitori può comportare effetti positivi per la relazione genitore-bambino e per la capacità di autoregolazione dei bimbi.

In ambito psicopedagogico e psicoterapeutico molti progetti di intervento (Langher, 2001; Coppola, Cassibba, 2004; Kevin Nugent et al., 2008) si muovono secondo questo orientamento. In letteratura vengono segnalati tre principali approcci di aiuto ai genitori (Zeanah et al., 1984), prevalentemente condotti durante il “care” nei reparti di terapia intensiva: interventi durante le crisi, psicoterapia di supporto, e psicoterapia *insight-oriented*. Questi tre interventi sono consigliati in momenti diversi del ricovero. Il supporto psicoeducativo è utile per prevenire le reazioni da stress posttraumatico, il supporto psicoterapeutico aumenta il senso di autoefficacia nei genitori e riduce lo stress associato con l'ospedalizzazione e la nascita del bimbo, mentre una psicoterapia *insight-oriented* consente percorsi più impegnativi su di sé da parte del genitore: questo intervento viene indicato quando l'esperienza dei genitori è conflittuale, correlata con una complessa storia psichica, e sono presenti magari difficoltà relazionali con lo staff o con il bimbo (Zeanah et al., 1984). I dati delle ricerche riportano che in generale gli interventi durante l'ospedalizzazione neonatale e la transizione a casa riducono lo stress dei genitori (Kaarsen et al., 2006), con esiti positivi nello sviluppo del bimbo (Zelkowitz et al., 2008), migliorando l'interazione primaria genitore-bambino.

6.6

Raising parents, comprensione e sostegno alla genitorialità

Il testo *Raising parents: Attachment, parenting and child safety* della Crittenden (2009) apre interessanti prospettive per la comprensione della funzione genitoriale: ieri bambini, oggi madre e padre. In questo contesto ci sembrano interessanti le indicazioni dell'autrice sulle prospettive di una educazione e di una crescita della funzione genitoriale: il termine *raising* con il suffisso *ing* indica molto bene un'azione in corso, progressiva ed evolutiva, come quella relativa alla crescita, quella dei genitori, in seguito a eventi che comunemente possono accadere nella vita o a interventi di sostegno alla genitorialità o a cambiamenti dovuti a trattamenti psicoterapeutici, con la possibilità di nuove modalità di lettura della realtà da parte del genitore.

La struttura del DMM evidenzia l'aspetto dinamico del modello e consente di esplorare le potenzialità di cambiamento: la Crittenden mostra interessanti applicazioni del DMM a contesti caratterizzati da diverse manifestazioni della genitorialità, nella prospettiva di dare significato alle modalità relazionali con cui un genitore si approccia al suo bambino e alle capacità di parenting, e, dove si renda necessario, di offrire un sostegno alla genitorialità. In particolare viene messo in evidenza come il modello dinamico maturativo è una teoria esaustiva per il trattamento.

Nei processi di assessment per la valutazione della relazione genitore-bambino e della funzione genitoriale, attraverso il DMM è possibile l'individuazione di particolari pattern di attaccamento dei genitori e delle modalità di accudimento genitoriale, che, a seconda delle esperienze genitoriali, potranno essere equilibrate e funzionali ai bisogni fisici ed emotivi dello sviluppo del bambino, oppure, al contrario, potranno essere più o meno condizionate dai bisogni del genitore stesso e quindi poco orientate al bimbo, che dovrà in qualche modo corrispondere a esse.

Lo sviluppo infantile e la genitorialità si strutturano in base a esperienze di apprendimento interpersonale e a strategie protettive e di elaborazione mentale delle informazioni. Esiste una complementarità adattativa tra i comportamenti di cura dei genitori e i comportamenti di attaccamento del bambino: la funzione principale del parenting è quella di garantire al piccolo le condizioni di sicurezza fisica ed emotiva necessarie alla sua sopravvivenza, attraverso il mantenimento della vicinanza con una figura protettiva. L'attaccamento come processo attivo di adattamento si organizza attraverso la messa a punto di strategie finalizzate al raggiungimento della sicurezza, le cui modalità variano in funzione sia delle caratteristiche ambientali, sia delle capacità cognitive, affettive e di organizzazione del comportamento che vengono raggiunte nelle diverse fasi dello sviluppo individuale.

La teorizzazione della Crittenden si colloca in un'ottica di integrazione tra diverse teorizzazioni – cognitivista, psicodinamica, sistemica e psicoanalitica – secondo le prospettive sottolineate nei paragrafi precedenti, in particolare a quanto messo in evidenza relativamente alle rappresentazioni delle relazioni (vedi Par. 3.2) e al costrutto di "responsività sensibile" (vedi Par. 3.3).

È possibile effettuare una lettura e un'interpretazione dei dati, rilevabili con i diversi strumenti elaborati o costruiti dall'autrice stessa, attraverso l'applicazione del

DMM, che consente di individuare le strategie attivate dall'individuo per far fronte alle esperienze cui è esposto nella sua esistenza. Sviluppo infantile e genitorialità sono connessi con la strutturazione, in base a strategie di apprendimento interpersonale, di modalità protettive e di elaborazione personale delle informazioni. Gli strumenti per la valutazione dei legami di attaccamento vanno differenziati in funzione delle particolari modalità di espressione che essi assumono nel corso dello sviluppo: le videosservazioni delle interazioni genitori-bambino da zero a trentasei mesi con il CARE-Index (vedi Par. 5.3 e 7.5) consentono di rilevare i "precursori dell'attaccamento", responsabilità sensibile del genitore e collaborazione del bimbo, attraverso precise procedure di valutazione delle interazioni diadiche. L'individuazione precoce della responsabilità sensibile del genitore viene indicata come un fattore protettivo per lo sviluppo del bimbo. I dati raccolti con questo strumento possono essere messi in relazione con i pattern di attaccamento, ricavati più avanti nello sviluppo del bimbo, quando avrà un anno di età, con la procedura della Strange Situation, che consente una più diretta valutazione del legame di attaccamento. Successivamente è possibile un'ulteriore rilevazione dei pattern di attaccamento dai diciotto mesi ai cinque anni di età, durante l'età prescolare, con il *Preschool Assessment of Attachment* (PAA) (Crittenden, 1992).

Si può ottenere una maggiore comprensione delle modalità di accudimento e della funzione genitoriale attraverso una correlazione dei dati ricavati dalla somministrazione dei suddetti strumenti con quelli ottenuti dalla rilevazione dell'attaccamento nei genitori. L'AAI (George, Kaplan, Main, 1986, 1996; Crittenden, 1999, 2008) consente di individuare le rappresentazioni mentali dell'attaccamento in soggetti adulti (vedi Par. 2.1) attraverso la diversa articolazione che le strategie dell'attaccamento assumono negli individui e gli sviluppi ai quali esse vanno incontro, all'interno di uno stesso individuo, nel corso del tempo.

In generale le ricerche sono concordi nell'evidenziare come il costruito dell'attaccamento adulto si presenti a un livello di maggiore complessità e articolazione rispetto a quello delineatosi nell'ambito degli studi relativi alla prima infanzia, e come la sua natura intrinsecamente multidimensionale ponga problemi specifici per quanto concerne la sua valutazione. Gli strumenti per la valutazione dell'attaccamento adulto non si sono, infatti, limitati a valutare la rielaborazione delle esperienze infantili di rapporto con i genitori, ma hanno adattato il proprio oggetto di indagine all'esplorazione di una più ampia gamma di stati mentali nell'ambito delle relazioni interpersonali, compresi i sentimenti attuali verso le relazioni intime.

Patricia Crittenden (1999) ha ampliato le codifiche originarie dell'AAI (vedi Capitolo 4) e attraverso il DMM (vedi Capitolo 4) ha individuato più specifiche sottofigurazioni di attaccamento, riconcettualizzate come "configurazioni di elaborazione mentale dell'informazione", che variano nella misura in cui integrano informazioni basate sulla cognitività e sull'affettività per creare modelli di realtà e di adattamento alla realtà.

Queste configurazioni, definite di tipo "B sicuro", di tipo "C ambivalente" e di tipo "A evitante", sono conseguenti all'assunzione di ruoli e funzioni genitoriali più o meno sensibili.

L'interazione dei lattanti con le figure di attaccamento consente loro di appren-

dere a usare la propria mente e a cogliere le informazioni che permetteranno loro di sopravvivere, soprattutto quelle riguardanti altri esseri umani e in particolare le figure di attaccamento: se esse sostengono l'organizzazione di queste configurazioni permetteranno ai propri figli di costruirsi "un'impalcatura" per l'apprendimento (Crittenden, 1997).

Secondo la Crittenden la sensibilità materna costituisce la determinante primaria della qualità dell'attaccamento: genitori sicuri manifesteranno modalità di accudimento e una funzione genitoriale che favorisce la formazione di un legame e un attaccamento equilibrato nel figlio, con uno sviluppo nel bimbo di competenze adeguate sia sul versante affettivo che su quello cognitivo (tipo B). Genitori incoerenti/incoerenti possono avere modalità di accudimento che comportano la formazione nel figlio di pattern di attaccamento ambivalente (tipo C): il bimbo sarà competente nella comunicazione affettiva, ma non nella valutazione cognitiva dell'ambiente, con configurazioni comportamentali che possono oscillare dalle minacce alle finte incompetenze. Genitori rifiutanti attraverso le loro modalità di accudimento favoriscono la formazione di un legame di attaccamento di tipo evitante (tipo A): il figlio avrà competenze sul versante cognitivo ma si dimostrerà inadeguato su quello affettivo, con configurazioni comportamentali caratterizzate da inibizione psicologica, falsa affettività positiva e acquiescenza. Il modello DMM contempla anche una strategia A/C in cui si ritrovano entrambe le configurazioni, con modalità però molto distorte, in cui sono prevalenti maggiori esperienze di pericolo.

La Crittenden ha evidenziato come le strategie di attaccamento nel corso dello sviluppo individuale possano essere soggette a riorganizzazioni e a trasformazioni evolutive anche ampie e significative, riconducibili ai meccanismi sia di crescita, sia di sviluppo cognitivo, e alla disponibilità di nuove significative esperienze di attaccamento (Crittenden, 1997, 1999): lo sviluppo comporta la formazione di un'articolazione molto ampia e diversificata di sottopattern, che rende i modelli adolescenziali e adulti più complessi di quelli infantili.

Il DMM consente, attraverso la sua articolazione complessa, la comprensione delle funzioni del parenting, nell'ottica di un'individuazione precoce degli elementi di protezione e di rischio, per poter offrire un sostegno alla genitorialità, qualora si prospettino situazioni non sufficientemente adeguate allo sviluppo del bimbo.

Bibliografia

- Ackerman NW (1958) *Psicodinamica della vita familiare*. Boringhieri, Torino, 1968
- Allen M (2008) Neurodevelopmental outcomes of preterm infants. *Current Opinion in Neurology* 21:123-128
- Allen EC, Manuel JC, Legault C et al (2004) Perception of child vulnerability among mothers of former premature infants. *Pediatrics* 113:267-73
- Als H (1986) A synactive model of neonatal behavioural organization: framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics* 6:3-55
- Als H (1992) Individualized, family-focused developmental care for the very low-birthweight

- preterm infant in the NICU In: Friedman SL, Sigman MD, Sigel IE (eds) *The psychological development of low-birthweight children*. Annual advances. Ablex, Norwood, NJ
- Als H (1984) *Manual for the naturalistic observation of newborn behaviour NIDCAP (preterm and fullterm)*. The Children's Hospital, Boston
- Als H (1998) *Developmental Care in the Newborn Intensive Care Unit*. *Current Opinion in Pediatrics* 10:138-42
- Als H, Lester BM, Tronick E, Brazelton TB (1982) *Manual for the assessment of preterm infants' behaviour (APIB)*. In: Fitzgerald H, Lester BM, Yogman MW (eds) *Theory and Research in Behavioural Pediatrics*, vol. 1. Plenum Press, New York, NY, pp 65-132
- Als H, Lawhon G, Duffy FH et al (1994) Individualized developmental Care for the very low birth weight preterm. *Jama* 272:853-8
- Als H, Duffy FH, McAnulty GB et al (2004) Early experience alters brain function and structure. *Pediatrics* 113:846-857
- Ambrosini A, Bormida R (1995) *Lo spazio e il tempo del padre. Funzione e senso della paternità*. Cerro, Pisa
- Ammaniti M (2008) *Pensare per due*. Laterza, Bari
- Ammaniti M (a cura di) (1992) *La gravidanza tra fantasia e realtà*. Il Pensiero Scientifico, Roma
- Ammaniti M, Baumgartner E, Candelori C et al (1990) Rappresentazioni materne in gravidanza: contributi preliminari. *Rivista di Psicologia Clinica* 1:36-50
- Ammaniti M, Candelori C, Pola M, Tambelli R (1995) *Maternità e gravidanza*. Cortina, Milano
- Ananth CV, Joseph KS, Oyelese Y et al (2005) Trends in preterm birth and perinatal mortality among singletons: United States, 1989 through 2000. *The American College of Obstetrician and Gynecologists* 105:598-601
- Anderson PJ, Doyle LW (2004) Executive functioning in school-aged children who were born very preterm or with extremely low birth weight in the 1990s. *Pediatrics* 114:50-57
- Ansermet F, Magistretti P (2007) *Biology of freedom: Neural plasticity, experience, and the unconscious*. Press, New York, NY
- Ansermet F, Moessinger A, Müller-Nix C et al (2007) Stress neo-natale e reattività allo stress successivo: effetti preventivi di un intervento precoce. Workshop "Parenting emotion, regulation, and attachment", Università degli Studi di Trento, Trento, 18 ottobre 2007
- Badinter E (1981) *L'amore in più. Storia dell'amore materno*. Longanesi, Milano
- Badolato G (1993) *Identità paterna e relazione di coppia. Trasformazione dei ruoli genitoriali*. Giuffrè, Milano
- Baldaro Verde J (1987) *Avere un figlio o essere genitori?* In: Marrama P, Carani C, Pasini W, Baldaro Verde J (a cura di) *L'inseminazione della discordia*. Franco Angeli, Milano
- Baldini L, Albino G, Ottaviano S, Casadei AM (2002) Percorsi nello sviluppo del prematuro. *Età Evolutiva* 72:35-47
- Baldoni F, Facondini E, Landini A et al (2007) Development of Attachment in Families with Preterm Child: a Long-Term Study. DMM Meeting, Newcastle, UK, 17-18 Aprile 2007
- Bardi M, Huffman MA (2006) Maternal behavior and maternal stress are associated with infant behavioral development in macaques. *Dev Psychobiology* 48:1-9
- Barnard K, Bee H, Hammond M (1984) Developmental changes in maternal interactions with term and preterm infants. *Infant Behav Dev* 7:101-113
- Baruffi L (1979) *Desiderio di maternità*. Boringhieri, Torino
- Beckwith L, Rodning C (1996) Dyadic processes between mothers and preterm infants: Development at ages 2-5 years. *Infant Ment Health J* 17:322-333
- Behrman RE, Stith Butler A (2006) *Preterm birth: Causes, consequences, and prevention*. The National Academic Press, Washington, DC
- Belsky J (1984) The determinants of parenting: a process model. *Child Dev* 55:83-96
- Benedeck T (1959) Parenthood as a development phase: a contribution to the libido theory. *J Am Psychoanal Assoc* VII:389
- Berardi N, Pizzorusso T (2006) *Psicobiologia dello sviluppo*. Laterza, Bari
- Bhutta A, Cleves M, Casey P et al (2002) Cognitive and behavioural outcomes of school-aged children who were born preterm: A meta-analysis. *J Am Med Assoc* 288:728-737

- Bibring GL (1959) Some Considerations of the Psychological Processes in Pregnancy. *Psychoanalytic Study of the Child* 14:113-121
- Binda W (1997) *Diventare famiglia. La nascita del primo figlio*. Franco Angeli, Milano
- Bion WR (1962) *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma, 1972
- Bion WR (1965) *Trasformazioni*. Armando, Roma, 1973
- Borghini A, Forcada-Guex M (2004) L'observation du bébé prématuré; un travail conjoint parents-spécialistes. *Psychoscope* 5:20-22
- Borghini A, Muller-Nix C (2008) Un étrange petit inconnu: La rencontre avec l'enfant né prématuré. Erès, Ramonville Saint-Agne
- Borghini A, Pierrehumbert B, Miljkovich R et al (2006) Mother's attachment representations of their premature infant at 6 and 18 months after birth. *Infant Ment Health J* 27:494-508
- Bornstein MH (1995) *Handbook of parenting* (Vol. 1). Erlbaum, Mahwah, NJ
- Bornstein MH (2002) (ed) *Handbook of Parenting: Practical Issues in Parenting* (Vol. 5). 2nd edn. Erlbaum, Mahwah, NJ
- Bowlby J (1957) *Cure materne e igiene mentale del fanciullo*. Giunti-Barbera, Firenze
- Bowlby J (1973) *Attaccamento e perdita, vol. 2. La separazione dalla madre*. Boringhieri, Torino, 1975
- Bowlby J (1980) *Attaccamento e perdita, vol. 3. La perdita della madre*. Boringhieri, Torino, 1983
- Brazelton TB (1973) Neonatal Behavioural Assessment Scale Clinics. In: *Developmental Medicine*, 50. Spastics International Medical Publications, London
- Brazelton TB, Als H (1979) Four early stages in the development of mother-infant interaction, *Psychoanalytic Study Child* 34:349-369
- Bretherton I, Ridgeway D, Cassidy J (1990) Assessing internal working models of the attachment relationship: An attachment story completion task for 3-year-olds. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM (eds) *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, pp 273-308. University of Chicago Press, Chicago, IL
- Brisch KH, Bechinger D, Betzle et al (2005) Attachment quality in very low-birthweight premature infants in relation to maternal attachment representations and neurological development. *Parenting: Science and Practice* 5:311-331
- Brown J, Bakeman R (1980) Relationships of human mothers with their infants during the first year of life: effects of prematurity. In: Bell R, Smotherman W (eds) *Maternal influences of early behavior*. Spectrum, Holliswood, New York, NY
- Bruschweiler-Stern N (2006) Un intervento multifocale in età neonatale. In: Sameroff AJ, McDonough SC, Rosenblum KL (a cura di) *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino*. Il Mulino, Bologna
- Butcher PR, Kalverboer AF, Minderaa RB et al (1993) Rigidity, sensitivity and quality of attachment: the role of moderately premature infants in the neonatal intensive care unit. *Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition* 91:1238-244
- Bydlowski M (1997) *La dette de vie*. Presses Universitaires de France, Paris
- Bydlowski M (2000) *Je rêve en enfant. L'expérience intérieure de la maternité*. Odile Jacob, Paris
- Callaghan WM, MacDorman MF, Rasmussen SA et al (2006) The contribution of preterm birth to infant mortality rates in the United States. *Pediatrics* 118:1566-1573
- Caplan G, Mason E, Kaplan DM (2000) Four studies of crisis in parents of pretermatures. *Comm Ment Health J* 36:25-45
- Carli L (2002) Processi relazionali e intergenerazionali sottesi alla scelta di diventare genitore: da oggetto di cure a potenziale caregiver. *Psichiatria del bambino e dell'adolescente* 1:1-12
- Cassidy J (1994) Emotion regulation: influences of attachment relationship. In: Fox N (ed) *The development of emotion regulation. Biological and behavioural consideration*. Monographs of the Society for Research in Child Development 59:228-249.
- Cerro N, Zeunert S, Simmer KN, Daniels L (2002) Eating behaviour of children 1.5-3.5 years born preterm: parents' perceptions. *J Paediatr Child Health* 38:72-78
- Chapieski ML, Evankovich KD (1997) Behavioral effects of prematurity. *Semin Perinatology* 21:221-239
- Cigoli V, Galbusera Colombo T (1980) Coppia in attesa del primo figlio: come si "programma" la vita? *Terapia Familiare* 8:37-52

- Cigoli V, Galimberti C (1983) *Psicoanalisi e ricerca sui sistemi in terapia familiare*. Franco Angeli, Milano
- Colombo G (1996) I familiari dei bambini ricoverati nei reparti di Terapia Neonatale: il ruolo e lo spazio assegnato, le loro aspettative. *Neonatalogia* 2:53-60
- Colombo G, Siliprandi N (1998) La "care" dei genitori in Terapia Intensiva Neonatale. *Neonatalogia* 3:173-7
- Coppola G, Cassibba R (2004) *La Prematurità*. Carocci, Roma
- Crittenden PM (1979-2004) CARE-Index: Coding Manual. Unpublished manuscript, Miami, FL
- Crittenden PM (1988) Relationships at risk. In: Belsky J, Nezworski T (eds) *The clinical implications of attachment*. Erlbaum, Hillsdale, NJ, pp 136-174
- Crittenden, PM (1992) Quality of attachment in the preschool years. *Dev Psychopathology* 4:209-241
- Crittenden PM (1997) *Pericolo, sviluppo e adattamento*. Masson, Milano
- Crittenden PM (1999) *Attaccamento in età adulta*. Cortina, Milano
- Crittenden PM (2008) *Il modello dinamico-maturativo dell'attaccamento*. Cortina, Milano
- Crittenden PM (2009) *Raising parents: Attachment, parenting and child safety*. Willan Publishing, Uffculme, Devon, UK
- Crnica KA, Ragozin AS, Greenberg MT et al (1983) Social interaction and developmental competence of preterm and full-term infants during the first year of life. *Child Dev* 54:1199-1210
- Dayan J, Creveuil C, Marks MN et al (2006) Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: A prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosomatic Medicine* 68:938-946
- Dell'Antonio A, Rosini MP, Argese, Lombardi, (1979) Prematurità come fattore di disturbo nel rapporto madre-bambino. *Età Evolutiva* 4:69-80
- DeMier R, Hynan M, Hatfield R et al (2000) A measurement model of perinatal stressors: identifying risk for postnatal emotional distress in mothers of high-risk infants. *J Clin Psycho*, 56:89-100
- Dole N, Savitz SA, Hertz-Picciotto I et al (2003) Maternal stress and preterm birth. *Am J Epidemiol* 157:14-24
- Dudek-Schriber L (2004) Parental stress in the neonatal intensive care unit and the influence of parent and infant characteristics. *Am J Occup Ther* 58:509-520
- Easterbrooks MA (1989) Quality of attachment to mother and to father: effects of perinatal risk status. *Child Dev* 60:825-830
- Emde RN (1988) Development terminable and interminable. Innate and motivational factors from infancy. *Int J Psychoanal* 69:23-42
- Erikson E (1956) The problem of ego identity. *J Am Psychoanal Assoc* 4:56-121
- Erikson E (1984) *I cicli della vita. Continuità e mutamenti*. Armando, Roma
- Essex MJ, Klein MH, Cho E, Kalin NH (2002) Maternal stress beginning in infancy may sensitize children to later stress exposure: Effects on cortisol and behavior. *Biological Psychiatry* 52:776-784
- Fava Vizziello G, Bricca P, Cassibba R (1992) L'assistenza psicologica ai genitori. In: Fava Vizziello G, Zorzi C, Bottos M (a cura di) *Figli delle macchine*. Masson, Milano
- Fava Vizziello G, Zorzi C, Bottos M (1992) *Figli delle macchine*. Masson, Milano
- Feeley N, Gottlieb L, Zelkowitz P (2005) Infant mother and contextual predictors of mother-very low birth weight infant interaction at 9 months of age. *J Dev Behav Pediatr* 26:24-33
- Feldman R (2004) Mother-infant skin-to-skin contact (Kangaroo care): theoretical, clinical and empirical aspects. *Infants Young Child* 17:145
- Feldman R, Eidelman AI, Sirota L, Weller A (2002) Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatr* 110:16-26
- Feldman R (2007) Maternal versus child risk and the development of parent-child and family relationships in five high-risk populations. *Development and Psychopathology*. Cambridge University Press, Cambridge, pp 293-312
- Field TM (1979) Interactions patterns of preterm and term infants. In: Field TM, Sostek AM, Goldberg S, Shuman H (eds) *Infant born at risk-behavior and development*. Spectrum, New York, NY, pp 333-356
- Field TM, Widmayer SM, Stringer S, Ignatoff E (1980) Teenage, lower-class, black mothers and

- their preterm infants: an intervention and developmental follow-up. *Child Dev* 51:426-436
- Fonagy P, Target M (2001) *Attaccamento e funzione riflessiva*. Cortina, Milano
- Forcada-Guex M, Pierrehumbert B, Borghini A et al (2006) Early dyadic patterns of mother-child interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics* 118:107-114
- Fornari F (1981) *Il codice vivente*. Boringhieri, Torino
- Fox G (2002) Available statistics on premature birth. *Fetal Maternal Medicine Review* 13:195-211
- Frodi A, Thompson R (1985) Infants' affective responses in the Strange Situation: effects of prematurity and the quality of attachment. *Child Dev* 56:1280, 1290
- Galimberti C (1985) Il processo di formazione della coppia. In: Scabini E (a cura di) *L'organizzazione famiglia tra crisi e sviluppo*. Franco Angeli, Milano
- George C, Kaplan N, Main M (1986) The Adult Attachment Interview. Department of Psychology, University of California, Berkeley, CA
- George C, Kaplan N, Main M (1996) The Adult Attachment Interview 3. Department of Psychology, University of California, Berkeley, CA
- Gerner E (1999) Emotional interaction in a group of preterm infants at 3 and 6 months of corrected age. *Infant Child Dev* 8:117-128
- Glover V, O'Connor TG (2005) Effects of antenatal maternal stress or anxiety: From fetus to child. In: Hopkins B, Johnson S (eds) *Handbook of parenting*. Erlbaum, Mahwah, NJ, pp 209-311
- Goldberg S, DiVitto B (1995) Parenting children born preterm. In: Bornstein MH (eds) *Handbook of parenting*. Erlbaum, Mahwah, NJ, pp 209-231
- Goleman D (1997) *Intelligenza emotiva*. Rizzoli, Milano
- Goldberg S, Perrotta M, Minde K (1986) Maternal behavior and attachment in low birth weight twins and singletons. *Child Dev* 57:34-46
- Greco O, Rosnati R (2006) Cura della relazione genitoriale. In: Scabini E, Rossi G (a cura di) *Le parole della famiglia. Vita e Pensiero*, Milano
- Greenberg M, Crnic K (1988) Longitudinal predictors of developmental status and social interaction in premature and full term infants at age two. *Child Dev* 59:554
- Greenberg M, Carmichael-Olson H, Crnic K (1992) The development and social competence of a preterm sample at age 4: Prediction and transactional outcomes. In: Friedman S, Sigman M (eds) *The Psychological development of low birthweight children*. Ablex, Norwood, NJ, pp 125-155
- Griffiths R (1954) *The Abilities of Babies: A Study in Mental Measurement*. University of London, London
- Grunau RE, Whitfield MF, Davis C (2002) Pattern of learning disabilities in children with extremely low birth weight and broadly average intelligence. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 156:615-620
- Grunau RE (2003) Self-regulation and behavior in preterm children: Effects of early pain. In: McGrath PJ, Finley GA (eds) *Pediatric pain: Biological and social context, progress in pain research and management*. IASP Press, Seattle, WA, vol. 26, pp 23-55
- Grunau RE, Whitfield MF, Fay TB (2004) Psychosocial and academic characteristics of ELBW (≤ 800 g) survivors in late adolescence compared to term-born controls. *Pediatrics* 114:e725-e732
- Gunnar MR (1998) Quality of early care and buffering of neuroendocrine stress reactions: Potential effects on the developing human brain. *Am J Prev Med* 27:208-211
- Hack M, Taylor HG, Klein N et al (1994) School age outcomes in children with birth weights under 750 g. *N Engl J Med* 331:753-759
- Haley DW, Grunau RE, Weinberg J, Whitfield MF (2004) Parenting stress and infant cortisol responses in preterm and full-term infants at 3 months. *Pediatric Research* 55:80A
- Haley DW, Weinberg J, Grunau RE (2006) Cortisol, contingency learning, and memory in preterm and full-term infants. *Psychoneuroendocrinology* 31:08-117
- Hall RW, Huitt TW, Thapa R et al (2008) Long-term deficits of preterm birth: evidence for arousal and attentional disturbances. *Clinical Neurophysiology* 119:1281-1291
- Hawdon JM, Beauregard N, Kennedy G (2000) Identification of neonates at risk of developing feeding problems in infancy. *Dev Med Child Neurol* 42:235-239
- Hofer MA (1994) Hidden regulators in attachment, separation, and loss. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 59:192-207

- Hofer MA (2001) Toward a Neurobiology of Attachment. In: Nelson CA, Luciana M (eds) *Handbook of Developmental Cognitive Neuroscience*, MIT Press, Cambridge, MA, pp 599-616
- Holditch-Davis D, Bartlett TR, Blickman AL, Miles MS (2003) Posttraumatic stress symptoms in mothers of premature infants. *J Obstet Gyn Neo Nurs* 32:161-171
- Holditch-Davis D, Miles MS, Belyea M (2000) Feeding and nonfeeding interactions of mothers and prematures. *West J Nurs Res* 22:320-334
- Holditch-Davis D, Schwartz T, Black B, Scher M (2007) Correlates of mother-premature infant interactions. *Res Nurs Health* 30:333-346
- Ibanez W, Pierrehumbert B (2007) Parenting, Emotion Regulation and Attachment. Workshop Università degli Studi di Trento, Trento
- Imbasciati A (2008) Le cure materne matrice dello sviluppo del futuro individuo. *Nascere* XXXVI:4-14
- Imbasciati A, Cena L (1987) Uno studio sulla femminilità attraverso l'analisi del mito. In: *Il laboratorio e la città. Lo psicologo professionista e ricercatore. Atti del XXXI Congresso degli Psicologi Italiani*, pp 685-691
- Imbasciati A, Cena L (1988) La donna nel mito greco. *Neurologia Psichiatria e Scienze Umane* VIII:435-455
- Imbasciati A, Dabrassi F, Cena L (2007) *Psicologia clinica perinatale*. Piccin, Padova
- Imbasciati A, Cena L (2010) *I bambini e i loro caregivers*. Borla, Roma
- Jackson K, Ternstedt BM, Schollin J (2003) From alienation to familiarity: Experiences of mother and fathers of preterm infants. *J Adv Nurs* 43:120-129
- Kaarensen PI, Ronning JA, Ulvund SE, Dahl LB (2006) A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. *Pediatrics* 118:9-19
- Kang R, Barnard K, Hammond M et al (1995) Preterm infant follow-up project: a multi-site field experiment of hospital and home intervention programs for mothers and preterm infants. *Public Health Nurs* 12:171-180
- Keilty B, Freund M (2005) Caregiver-child interaction in infants and toddlers born extremely premature. *J Pediatr Nurs* 20:181-189
- Kersting A, Dorsch M, Wesselmann U et al (2004) Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant. *J Psychosom Res* 57: 473-476
- Kevin Nugent J, Blanchard Y, Stewart JE (2008) Supporting Parents of Premature Infants: An Infant-Focused, Family-Centered Approach, In: Brodsky D, Ouellette MN (eds) *Primary Care of the Premature Infant*, WB Saunders, Philadelphia, PA
- Klaus MH, Kennel JH (2001) Care of parents. In: Klaus MH, Fanaroff AA (eds) *Care of the high risk neonate*. WB Saunders, Philadelphia, PA
- Korja R, Savonlahti E, Ahlqvist-Bjorkroth S et al (2008) Maternal depression is associated with mother-infant interaction in preterm infants. *Acta Paediatrica* 97:724-730
- Langher V (2001) Neonati a rischio, processi comunicativi e possibili interventi. In: D'Alessio M (a cura di) *Il neonato*. Carocci, Roma
- Latva R, Korja R, Salmelin RK et al (2008) How is maternal recollection of the birth experience related to the behavioral and emotional outcome of preterm infants? *Early Hum Dev* 84:587-594
- Law Harrison L (2001) The use of comforting touch and massage to reduce stress for preterm infants in the neonatal intensive care unit. *Newborn and Infant Nursing Reviews* 1:235-241
- Lawson KR, Ruff HA (2004) Early focused attention predicts outcome for children born prematurely. *J Dev Behav Pediatr* 25:399-406
- Lebovici S (1983) *Il bambino, la madre e lo psicoanalista*. Borla, Roma 1988
- Lester BM, Hoffman J, Brazelton TB (1985) The rhythmic structure of mother-infant interaction in term and preterm infants. *Child Dev* 56:15-27
- Levy-Shiff R, Sharir H, Mogilner MB (1989) Mother and father preterm infant relationship in the hospital preterm nursery. *Child Dev* 60:93-102
- Levy-Shiff R, Einat G, Mogilner MB, Lerman M, Krikler R (1994) Biological and environmental correlates of developmental outcome of prematurely born infants in early adolescence. *J Pediatr Psychol* 19:63-78
- Liebenberg B (1967) Expectant fathers. *Am J Orthopsychiatr* 37:358-359

- Lupien SJ, King S, Meaney MJ, McEwen BS (2000) Child's stress hormone levels correlate with mother's socioeconomic status and depressive state. *Biological Psychiatry* 48:976-980
- Lupien SJ, King S, Meaney MJ, McEwen BS (2001) Can poverty get under your skin? Basal cortisol levels and cognitive function in children from low and high socioeconomic status. *Development and Psychopathology* 13:653-676
- Macey TJ, Harmon RJ, Easterbrooks MA (1987) Impact of premature birth on the development of the infant in the family. *J Consulting Clin Psychol* 55:846-852
- Magill-Evans J, Harrison MJ (2001) Parent-child interactions, parenting stress, and developmental outcomes at 4 years. *Children's Health Care* 30:135-150
- Manfredi E, Bassa MT (1992) La nascita pretermine. Competenze cognitive e ambiente relazionale nel primo anno di vita. Franco Angeli, Milano
- Mäntymaa M, Puura K, Luoma I et al (2003) Infant-mother interaction as a predictor of child's chronic health problems. *Child Care Health Dev* 29:181-91
- Marret S, Ancel PY, Marpeau L et al (2007) Neonatal and 5-year outcomes after birth at 30-34 weeks of gestation. *Obstetrics and Gynecology* 110:72-80
- Marvin RS, Brinter PA (1999) Normative development: the ontogeny of attachment. In: Cassidy J, Shaver PR (eds) *Handbook of Attachment. Theory Research and Clinical Applications*, Guilford Press, New York, NY, pp 44-67
- Meaney MJ (2001) Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. *Annual Review of Neurosciences* 24:1161-1192
- Miceli PJ, Goerke-Morey MC, Whitman TL et al (2000) Brief report: Birth status, medical complications, and social environment: Individual differences in development of preterm, very low birth weight Infants. *J Pediatric Psychol* 25:353-358
- Miles MS, Holditch-Davis D, Schwartz TA, Scher M (2007) Depressive symptoms in mothers of prematurely born infants. *J Dev Behav Pediatric* 28:36-44.
- Minde K (2000) Prematurity and serious medical conditions in infancy: Implications for development, behavior, and intervention. In: Zeanah CH (eds) *Handbook of infant mental health*. 2nd edn. Guilford Press, New York, NY, pp 176-194
- Minde K, Perrotta M, Marton, P (1985) Maternal caretaking and play with full-term and premature infants. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discipl* 26:231-244
- Minde K, Whitelaw A, Brown J, Fitzhardinge P (1983) Effect of neonatal complications in premature infants on early parent-infant interactions. *Dev Med Child Neurol* 25:763-777
- Müller-Nix C, Ansermet F (2009) Prematurity, risk and protective factors. In: Zeanah C, *Handbook of Infant Mental Health*, Guilford Press, New York, NY
- Muller-Nix C, Forcada-Guex M (2009) Perinatal assessment of infant, parents, and parent-infant relationship: prematurity as an example. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 18:545-57
- Muller-Nix C, Forcada-Guex M, Pierrehumbert B (2004) Prematurity, maternal stress and mother-child interaction. *Early Hum Dev* 79:145-158
- Muller-Nix C, Nicole A, Forcada-Guex M, Ansermet F (2001) Prématurité, représentations et traumatisme parental. *Revue Médicale de la Suisse Romande* 12:241-246
- Negri R (1998) Il neonato in terapia intensiva: un modello neuropsicoanalitico di prevenzione. Cortina, Milano
- NHMRC (2000) Clinical practice guidelines. Care around preterm birth. Commonwealth, Australia
- Palacio-Espasa F (1991) Fantasie dei genitori e psicopatologia del bambino. In: Società di Neuropsichiatria Infantile (a cura di) *Fantasie dei genitori e psicopatologia dei figli*. Borla, Roma
- Pancer SM, Pratt M, Hunsberger B, Gallant M (2000) Thinking ahead: Complexity of expectations and adjustment to first-time parenthood. *J Pers* 68:253-279
- Pazzagli A, Benvenuti P (1996) Diventare padri: scompensi psicopatologici. *Prospettive Psicoanalitiche* 14:123-134
- Pierrehumbert B (2007) Parenting, Emotion Regulation And Attachment. Workshop Università degli Studi di Trento, Trento
- Pierrehumbert B (2009) Il primo legame. La teoria dell'attaccamento. Edizioni Junior, Bergamo
- Pierrehumbert B, Nicole A, Müller-Nix C et al (2003) Parental post-traumatic reactions after pre-

- mature birth: implications for sleeping and eating problems in the infant. *Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition* 88:F400-F404
- Pines D (1972) Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality. *Brit J Med Psychol* 45:333-343
- Pines D (1977) On becoming a parent. *The Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines*, vol. 15, n 2
- Pines D (1982) The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion. *Int J Psychoanal* 63:311-319
- Plunkett JW, Meisels, SJ, Stiefel GS et al (1986) Patterns of attachment among preterm infants of varying biological risk. *J Am Acad Child Psychiatry* 25:794-800
- Poehlmann J, Fiese BH (2001) Parent-infant interaction as a mediator of the relation between neonatal risk status and 12-month cognitive development. *Infant Behav Dev* 24:171-188
- Quinnel FA, Hynan MT (1999) Convergent and discriminant validity of perinatal PTSD questionnaire (PPQ). *J Trauma Stress* 12:193-199
- Randaccio S, De Padova N (2004) Aspetti emozionali: modificazioni psicologiche in gravidanza. In: Benedetto C, Massobrio M (a cura di) *Psicosomatica in Ginecologia e Ostetricia*. CIC, Roma
- Robert-Tissot C, Rusconi-Serpa S, Bachmann JP et al (1989) The questionnaire: evaluation of the psychofunctional troubles in early childhood. In: Lebovici S, Mazet P, Visier JP (eds) *The Evaluation of Early Interactions Between the Baby and Its Partners*. Eshel, Médecine et Hygiène, Paris, pp 179-216
- Robert-Tissot C, Cramer B, Stern D et al (1996) Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: Report on 75 cases. *Infant Ment Health J* 17:97-114
- Rose SA, Feldman JF, Jankowski JJ (2001) Attention and recognition memory in the 1st year of life: A longitudinal study of preterm and full-term infants. *Dev Psychol* 37:135-151
- Rose SA, Feldman JF, Jankowski JJ (2002) Processing speed in the 1st year of life: A longitudinal study of preterm and full-term infants. *Dev Psychol* 38:895-902
- Ruff HA, Rothbart MK (1996) *Attention in early development: Themes and variations*. Oxford University Press, New York, NY
- Saigal S, Hoult LA, Streiner DL (2000) School difficulties at adolescence in a regional cohort of children who were extremely low birth weight. *Pediatrics* 105:325-331
- Salt A, Redshaw M (2006) Neurodevelopmental follow-up after preterm birth: Follow-up after two years. *Early Hum Dev* 82:185-97
- Scabini E (1995) *Psicologia sociale della famiglia*, Boringhieri, Torino
- Schermann-Eizirik L, Hagekull B, Bohlin G et al (1997) Interaction between mothers and infants born at risk during the first six months of corrected age. *Acta Paediatrica*, Oslo, Norway, 86:864-872
- Scopesi A (1994) Diventare genitori: una crisi evolutiva dell'adulto. *Età Evolutiva* 48:103-107
- Shaffer R (1980) Developing child. In: Bruner J, Cole N, Llyod B (a cura di) *Maternità*. Armando, Roma
- Shapiro JL (1989) Il padre in attesa. *Età Evolutiva* 95:33-37
- Schore A.N. (1994) *Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development*. Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Schore A.N. (2003a) *Affect dysregulation and disorder of the self*. WW Norton, New York, NY.
- Schore A.N. (2003b) *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé*. Astrolabio, Roma, 2008
- Singer LT, Salvator A, Guo S (1999) Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant of intrusive and withdrawn depressed mothers. *Child Psych Hum Dev* 30:111-120
- Smorti A (1980) *Ruolo del padre e sviluppo psicologico del bambino*. La Nuova Italia, Firenze
- Smorti A (1987) *La paternità come processo evolutivo. L'origine della paternità nell'infanzia*. *Psicologia Contemporanea* 80:36-43
- Spangler G, Schieche M, Ilg U et al (1994) Maternal sensitivity as an external organizer for biobehavioral regulation in infancy. *Dev Psychobiol* 27:425-437
- Sroufe LA (1995) *Lo sviluppo delle emozioni*. Cortina, Milano, 2000
- Stern DN (1985) *Il mondo interpersonale del bambino*. Boringhieri, Torino, 1987
- Stern DN (1989) *Le interazioni affettive*. In: Lebovici S, Weil-Halpern F (a cura di) *Psicopatologia*

- della prima infanzia, vol. 1: Il mondo del neonato. Boringhieri, Torino 1994
- Stern DN (1995) La costellazione materna: il trattamento psicoterapeutico della coppia madre-bambino. Boringhieri, Torino, 1995
- Stern DN, Bruschiweiler-Stern N (1998) Nascita di una madre. Mondadori, Milano
- Tessier R (2003) Kangaroo mother care: a method for protecting high-risk low birth-weight and premature infants against developmental delay. *Infant Behav Dev* 26:384-397
- Thompson RJ, Goldstein RF, Oehler JM et al (1994) Developmental outcome of very low birth weight infants as a function of biological risk and social risk. *Dev Behav Pediatr* 12:232-238
- Trombini E (2002) Nascita pretermine e desiderio di reinfezione. In: Trombini E. Il dolore mentale nel percorso evolutivo. Quattroventi, Urbino
- Tu MT, Grunau RE, Petric-Thomas J et al (2007) Maternal stress and behavior modulate relationships between neonatal stress, attention, and basal cortisolo at 8 months in preterm infants. *Dev Psychol* 49:150-164
- van IJzendoorn MH, Bakemans-Kranenburg MJ (1997) Trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento. In: Carli L (a cura di) Dalla diade alla famiglia. I legami di attaccamento nella rete familiare. Cortina, Milano, 1999
- van IJzendoorn MH, Bakemans-Kranenburg MJ (2005) Sensibilità materna e temperamento infantile nella formazione del legame di attaccamento. In: Cassibba R, van IJzendoorn MH (a cura di) L'intervento clinico basato sull'attaccamento. Il Mulino, Bologna, pp, 13-38
- van IJzendoorn MH, Goldberg S, Kroonenberg PM, Frenkel OJ (1992) The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Dev* 63:840-858
- van IJzendoorn MH, Juffer F, Duyvesteyn MGC (1995) Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment. A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *J Child Psychol Psychiatry* 36:225-248
- Vegetti Finzi S (1990) Il bambino della notte. Mondadori, Milano
- Vegetti Finzi S (1997) Volere un figlio. La nuova maternità fra natura e scienza. Mondadori, Milano
- Vohr BR, Poindexter BB, Dusick AM et al; NICHD Neonatal Research Network (2006) Beneficial effects of breast milk in the neonatal intensive care unit on the developmental outcome of extremely low birth weight infants at 18 months of age. *Pediatrics* 118:115-123
- Walker CD, Kudreikis K, Sherrard A, Johnston CC (2003) Repeated neonatal pain influences maternal behavior, but not stress responsiveness in rat offspring. *Brain Research. Dev Brain Res* 140:253-261
- Wheller L, Baker A, Griffiths C (2006) Trends in premature mortality in England and Wales 1950-2004. *Health Statistics Quarterly* 31:34-41. ONS, London
- Whitfield MF, Grunau RV, Holsti L (1997) Extremely premature (< or = 800 g) schoolchildren: Multiple areas of hidden disability. *Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition* 77:F85-F90
- Wijnroks L (1998) Early maternal stimulation and the development of cognitive competence and attention of preterm infants. *Early Dev Parent* 7:19-30
- Wille DE (1991) Relation of preterm birth with quality of infant-mother attachment at one year. *Infant Behav Dev* 14:227-240
- Winnicott DW (1956) La preoccupazione materna primaria. In: Winnicott DW (1958) Dalla pediatria alla psicoanalisi. Martinelli, Firenze, 1975
- Winnicott DW (1965) Sviluppo affettivo e ambiente. Armando, Roma, 1975
- Winnicott DW (1987) I bambini e le loro madri. Cortina, Milano
- Wolke D (1998) An epidemiologic longitudinal study of sleeping problems and feeding experience of preterm and term children in southern Finland: comparison with a southern German population sample. *J Pediatr* 133:224-231
- Zanardo V, Freato F, Zacchello F (2003) Maternal anxiety upon NICU discharge of high-risk infants. *J Reprod Infant Psychol* 21:69-75
- Zaramella P, Zorzi C (1992) Il neonato ricoverato: il prematuro. In: Fava Vizziello G, Zorzi C, Bottos M (a cura di) Figli delle macchine. Masson, Milano
- Zavattini GC (1984) Il ritorno del rimorso: psicoanalisi e terapia sistemica. *Terapia familiare* 6:59-65
- Zeanah CH, Canger CI, Jones JD (1984) Clinical approaches to traumatized parents: Psychotherapy

6

in the intensive-care nursery. *Child Psychiatry Hum Dev* 14:158-169

Zeanah CH, Benoit D, Barton M, Hirshberg L (1996) Working Model of the Child Interview Coding Manual. Louisiana State University School of Medicine, New Orleans, LA

Zelkowitz P, Feeley N, Shrier I, et al (2008) The Cues and Care Trial: a randomized controlled trial of an intervention to reduce maternal anxiety and improve developmental outcomes in very low birthweight infants. *Pediatrics* 26:8-38

7.1

Il ruolo dello psicologo all'interno di un'Unità operativa di terapia intensiva neonatale

Elisa Facondini, Franco Baldoni, Maria Maffia Russo, Nicola Romeo

Nelle Unità operative di terapia intensiva neonatale (UTIN) e nei reparti di neonatologia sono sempre più diffuse le collaborazioni tra pediatri, neonatologi e psicologi al fine di affrontare la complessità della nascita prematura non solo dal punto di vista fisico, ma anche da quello psicologico e relazionale. La nascita pretermine, infatti, è un'esperienza che riguarda non solo la sopravvivenza e la salute del neonato, ma che influenza anche l'interazione e l'attaccamento familiare, sia per gli aspetti concreti inerenti alla carenza di rapporto precoce, sia per gli aspetti fantasmatici che pervadono tali relazioni (Imbasciati et al., 2007). La cura del bambino è quindi sempre più orientata verso una considerazione complessiva del paziente e della sua famiglia (Soubieux et al., 2007).

Le ricerche evidenziano che, fin dall'inizio del ricovero ospedaliero del bambino, il sostegno psicologico ai genitori, l'assistenza neonatale e il monitoraggio psicofisico del piccolo prematuro nel tempo (attraverso follow-up prolungati), permettono una prevenzione precoce delle situazioni di rischio, favorendo lo sviluppo della relazione di attaccamento tra genitori e figlio pretermine e riducendo la possibile manifestazione di difficoltà affettive e relazionali e di problemi di sviluppo e psicopatologia nel bambino (disturbi del comportamento alimentare, del sonno, del linguaggio, dell'attenzione e dell'educazione sfinteriale).

In Italia, attualmente, le offerte di supporto psicologico all'interno delle UTIN sono organizzate in modo molto differente. Secondo l'Audit Perinatale dell'Emilia Romagna (Baroncini, 2010), nell'area del "Supporto psicologico – individuazione delle criticità, modalità di intervento e priorità" emerge che solo il 64% delle 11 UTIN e Neonatologia si avvale della collaborazione dello psicologo. I servizi di aiuto psi-

cologico, inoltre, differiscono per la formazione dello psicologo (in alcuni casi è un professionista specializzato sulle problematiche della perinatalità, più spesso la sua formazione non è specifica), per il momento dell'offerta di aiuto alla coppia (in epoca prenatale o dopo il parto) e per la presenza dello psicologo nell'équipe, come membro interno piuttosto che esterno. In tali contesti il sostegno psicologico viene presentato come uno spazio protetto di ascolto in cui si coglie il malessere dei genitori e ne viene facilitata la libera espressione nel rispetto dei tempi e dei modi di ogni singola famiglia.

All'interno dell'UTIN dell'Ospedale Infermi, AUSL Rimini, viene offerto un servizio psicologico già nel periodo prenatale, quando la coppia entra nel reparto di Ostetricia per minaccia di parto pretermine o per una patologia del feto. In un primo incontro con entrambi i genitori lo psicologo è accompagnato dal medico neonatologo, in modo da presentare assieme l'attività del reparto senza necessariamente proporre percorsi predefiniti. I genitori sono liberi di accettare un aiuto sin da quel momento o contattare successivamente lo psicologo. L'accesso al servizio è quindi volontario, rispettando i tempi e le necessità della famiglia. Nel caso in cui i genitori accettino l'aiuto psicologico, sono proposti ulteriori colloqui a cadenza settimanale sia con la madre che con il padre. In questi incontri si pone attenzione a una serie di tematiche:

1. le risorse psicologiche dei genitori, la possibile manifestazione di disturbi emotivi, i meccanismi difensivi e le strategie di adattamento utilizzate di fronte all'evento potenzialmente traumatico della nascita pretermine;
2. l'eventuale presenza di problematiche psicosociali o di traumi o lutti non elaborati che possono ostacolare la transizione alla genitorialità e la relazione di attaccamento tra genitore e neonato (gravi difficoltà economiche, conflitti familiari, aborti, patologie o morti di altri figli o dei propri genitori);
3. le caratteristiche delle relazioni di attaccamento della coppia genitoriale e della triade madre-padre-neonato;
4. la qualità delle relazioni familiari e sociali di supporto (considerando i nonni e le famiglie di origine);
5. le reazioni emotive e comportamentali degli eventuali fratelli del neonato, nell'intento di tutelarli sul piano psicologico, considerando i loro bisogni e rendendoli partecipi alla nuova nascita fin dal periodo di ricovero (Facondini et al., 2007).

Nel caso in cui venga segnalato un possibile disagio di un fratello, lo psicologo propone un assessment psicologico specifico del minore, basato su tre colloqui clinici con un'eventuale valutazione psicometrica. Quando la consultazione conferma una difficoltà emotiva significativa (angosce di malattia o di morte, disturbi del comportamento o dell'apprendimento, rabbia, gelosia o sofferenza per la minore disponibilità dei propri genitori impegnati nell'assistenza del neonato), i genitori vengono aiutati a riconoscere e affrontare questo problema fornendo indicazioni su come relazionarsi con il figlio. Nei casi più gravi viene loro consigliato di rivolgersi a un professionista del Servizio Materno-infantile, che possa fornire un aiuto psicologico al fratello (organizzando direttamente questo contatto). Dopo la dimissione, se i genitori lo richiedono, lo psicologo propone quattro ulteriori colloqui (per le coppie re-

sidenti nell'AUSL di Rimini) o una consulenza telefonica (per le coppie che vivono lontano) al fine di aiutarli nel momento del rientro a casa dopo il ricovero e di sostenerli riguardo alle difficoltà riguardanti le loro funzioni genitoriali. Nel caso in cui i genitori manifestino sintomi psicopatologici o difficoltà relazionali significative viene consigliato loro di rivolgersi a uno psicologo o a uno psichiatra del servizio pubblico (anche in questo caso indicando un nominativo).

L'intervento psicologico ospedaliero, integrato con quello del servizio territoriale, può favorire l'espressione e l'elaborazione dei vissuti psicologici disturbanti e delle difficoltà relazionali che frequentemente accompagnano l'esperienza di una nascita prematura (angoscia di morte, di separazione o di perdita, depressione, senso di colpa o di inadeguatezza, preoccupazioni ossessive riguardo alla salute del bambino, timore che possa sviluppare un handicap fisico o motorio, ansia persistente e generalizzata, rabbia, rifiuto del bambino, aspettative deluse e lamentele rispetto al comportamento del partner, conflitti di coppia, preoccupazione per la propria vita futura ecc.). In questo modo la sofferenza individuale viene contenuta e l'alleanza dei genitori viene rafforzata valorizzando l'attaccamento di coppia e aumentando le capacità di adattamento a una condizione potenzialmente traumatica.

Per raggiungere tale scopo è indispensabile promuovere una formazione adeguata dell'équipe curante, che definisca chiaramente le specifiche responsabilità e favorisca un'integrazione tra le diverse professionalità valorizzandone le competenze. Il punto fondamentale, seguendo una prospettiva biopsicosociale (Engel, 1977), è considerare la relazione tra i differenti sistemi e livelli di sistemi in cui il bambino nato pretermine nasce e si sviluppa: le sue condizioni psicofisiche (compresa l'eventuale manifestazione di patologie), l'attaccamento e i legami familiari (della coppia genitoriale, della famiglia nucleare e di quella allargata), l'ambiente (prima il reparto ospedaliero, poi la casa), le condizioni culturali e quelle socioeconomiche. In questo senso la teoria dell'attaccamento può fornire una cornice interpretativa che permette di valutare i comportamenti individuali e familiari in un contesto di minaccia o di pericolo come è quello della nascita di un bambino pretermine (Baldoni, 2005, 2009). Allo stesso modo in cui un neonato ha bisogno di riconoscersi nello sguardo dei propri genitori, nel periodo della gravidanza e della degenza ospedaliera sono i futuri genitori che per primi hanno bisogno di essere riconosciuti (e accuditi) da un'équipe sanitaria che li accompagni nel loro progetto di filiazione-nidificazione (Missonier, 2005). La sicurezza affettiva del bambino, infatti, si sviluppa in funzione di quella dei genitori, ma in questo caso la sicurezza dei genitori è legata alla sicurezza dei professionisti che li aiutano.

Organizzare un intervento di prevenzione non approssimativo nei reparti maternità, inoltre, significa sostenere il processo di genitorialità tenendo conto della continuità tra il periodo prenatale e quello postnatale. È quindi indispensabile considerare la perinatalità alla luce della storia individuale, di coppia, familiare e intergenerazionale e la sfida più impegnativa consiste nell'accogliere con benevola attenzione i bisogni di entrambi i genitori all'interno di una prospettiva che tenga conto del ciclo vitale della famiglia. Una prevenzione efficace può scaturire solo dall'ascolto delle parole di ogni madre e di ogni padre. È necessario tempo e pazienza per acco-

gliere, valutare e comprendere il loro vissuto (Marinopoulos, 2006). Tale processo, fondamentale per la salute dell'individuo, della famiglia e della società, necessita di una collaborazione interdisciplinare tra gli specialisti del corpo e quelli della mente (Missonier, 2005). Questa collaborazione non significa riservare agli psicologi tutto quello che riguarda il relazionale, l'affettivo e il traumatico. Al contrario, l'intervento si rivelerà efficace se i vari professionisti (pediatri, psichiatri, psicologi, infermieri, operatori del territorio) opereranno riconoscendosi all'interno di un obiettivo comune e condiviso assieme alla famiglia, e contribuendo al suo raggiungimento con la propria formazione e la propria esperienza.

7.2

Precursori dell'attaccamento e adattamento di coppia nella famiglia con bambino nato pretermine: uno studio italiano

Franco Baldoni, Elisa Facondini, Nicola Romeo, Andrea Landini, Patricia M. Crittenden

7.2.1

Introduzione

Le recenti indagini epidemiologiche hanno evidenziato che circa il 6-7% dei bambini nati vivi in Italia nasce prematuramente (Costabile, Veltri, 2003). Il dato più significativo riguarda, tuttavia, la forte riduzione della mortalità dei neonati prematuri verificatasi negli ultimi vent'anni (dal 12,6% al 6,9%), attribuibile in gran parte al progresso scientifico e tecnologico dell'assistenza neonatale. Questo cambiamento ha messo in evidenza problematiche relazionali nuove che riguardano non solo il bambino, ma anche i genitori.

La nostra ricerca esplora un ambito non ancora sufficientemente studiato relativo all'attaccamento familiare e alla qualità della relazione della coppia genitoriale nelle famiglie con bambini nati pretermine. La nascita pretermine, infatti, influenza l'interazione neonato-madre-padre sia per l'inevitabile carenza di rapporto precoce tra genitori e figlio, sia per gli elementi emotivi che pervadono la relazione (angoscia di morte, sensi di colpa, rabbia, autosvalutazione delle capacità procreative, rifiuto del neonato ecc.) (Negri, 1998; Fava Viziello et al., 1995). Si tratta di un evento minaccioso che, in modo "prematuro", pone il neonato e i suoi genitori di fronte all'esperienza della nascita provocando una condizione di intenso stress e preoccupazione, nella quale sono in pericolo non solo la salute e la vita del bambino, ma anche l'equilibrio psicologico e relazionale dei genitori. Il bambino nasce in un momento in cui i genitori sono "prematuro psicologicamente" (Stern et al., 2000) e non lo percepiscono come oggetto distinto e separato da sé, essendo ancora prevalente la componente di investimento narcisistico. La nascita prematura, quindi, può produrre una ferita narcisistica nei genitori, che si traduce in una percezione fondamentalmente negativa di sé e del proprio bambino (Tracey, 2000). La madre che ha sperimentato

un parto prematuro non ha avuto il tempo sufficiente per vivere la gratificante esperienza di sentirsi “riempita” dalla presenza dentro di sé di un bambino attivo e reattivo. La nascita precoce, inoltre, non è compensata dalla possibilità di ammirare un bambino bello e gratificante fantasticato durante la gravidanza (Meltzer, Harris, Williams, 1988). Nella nascita pretermine il processo di adattamento necessario a integrare il bambino desiderato con il bambino reale è ostacolato. L’attaccamento di coppia, in questa condizione di potenziale pericolo, si attiva attraverso comportamenti difensivi che possono divenire problematici, limitando il desiderio di stabilire un contatto emotivo con il bambino e influenzando negativamente lo sviluppo dell’attaccamento. (Baldoni 2005, 2009)

I pochi studi che hanno analizzato le caratteristiche degli stili di attaccamento in famiglie di bambini prematuri hanno prodotto risultati discordanti e difficilmente comparabili (Cox, Hopkins, Hans, 2000; Miceli, 2000). Le indagini hanno documentato differenze negli stili di comunicazione durante il periodo neonatale tra i bambini prematuri e le loro madri (Singer, 2003). Alcune madri di bambini nati pretermine sono risultate più “intrusive” nell’interazione per quello che riguarda la stimolazione e hanno manifestato un relativo ritiro affettivo (Minde, 2000; Tracey, 2000). Queste relazioni sono state interpretate come comportamenti controllanti e potenzialmente dannosi per il figlio (Poehlmann, Fiese, 2001). Altri studi hanno descritto i bambini pretermine e le loro madri come relativamente competenti nel loro comportamento interattivo, almeno dopo il primo anno (Davis, Edwards, Mohay, 2003; Davis et al., 2003). Questi dati contrastanti potrebbero essere la conseguenza dei recenti progressi relativi alle cure neonatali: maggiore presenza genitoriale, maggior coinvolgimento nella cura del neonato nell’UTIN e maggior aiuto psicologico fornito ai genitori durante tale periodo. È importante verificare se i risultati di studi passati sono ancora validi nelle coorti odierne di famiglie di bambini pretermine. Purtroppo, in letteratura sono pochi gli studi sul comportamento interattivo padre-bambino prematuro, in quanto solo negli ultimi decenni l’interesse e l’importanza della figura paterna e il suo ruolo all’interno delle vicende familiari sono stati studiati in ricerche di psicologia evolutiva relative all’ambito più ampio della *transition to parenthood* (vedi Par 4.2). Negli studi di Harrison (Magill-Evans, 1990; Harrison, 1996) è emerso che i padri dei bambini prematuri raggiungono un più basso punteggio nella scala d’interazione (*Nursing Child Assessment Teaching Scale*) rispetto alle madri. Inoltre Field (1981) riporta che non emergono differenze significative nel rapporto tra padri e bambini termine e pretermine fino a quattro-cinque mesi.

La nascita pretermine di un figlio rappresenta per la famiglia un evento pericoloso e stressante. I modelli operativi interni dei genitori e l’attaccamento di coppia si attiveranno portando a comportamenti difensivi e adattivi che possono influenzare le relazioni familiari e lo sviluppo del bambino. L’ipotesi alla base di questo studio è che la nascita prematura possa interferire negativamente sull’atteggiamento dei genitori (valutato in termini di “sensibilità diadica”) favorendo lo sviluppo di un attaccamento insicuro (considerato in termini di precursori) nel neonato a tre mesi di età corretta (Baldoni et al. 2007, 2008, 2009). Abbiamo ipotizzato, inoltre, che la qualità della vita di coppia in questa situazione sia minacciata e che la funzione del padre, importante per proteggere emotivamente la compagna e garantire una buona

relazione madre-bambino, possa essere più frequentemente compromessa.

Partendo da questi presupposti teorici abbiamo svolto la ricerca presentata nei paragrafi successivi.

7.2.2

Campione e metodologia

È stato studiato un campione costituito da 40 coppie di genitori, di cui 20 con bambini nati pretermine (peso alla nascita ≤ 1500 g; EG 24-32) e 20 con bambini nati a termine (peso alla nascita ≥ 2500 g; EG 40) (per un totale di 120 soggetti), valutati da 3 mesi a 6 mesi di età corretta del figlio. Le famiglie sono state contattate attraverso alcune strutture ospedaliere e associazioni dell'Emilia Romagna (Ospedale S. Orsola-Malpighi di Bologna, Ospedale Infermi di Rimini, Associazione "Parti con Noi" di Cesenatico).

A tre mesi e sei mesi di età corretta del bambino, a entrambi i genitori sono stati somministrati: 1) un *Questionario Anamnestico* appositamente elaborato per la raccolta di dati anamnestici e informazioni cliniche; 2) la *Dyadic Adjustment Scale* (DAS) (Spanier, 1976) per la valutazione dell'adattamento di coppia; 3) il *Center for Epidemiological Depression Scale* (CES-D) (Radloff, 1977), per la valutazione della sofferenza depressiva; 4) lo *State Trait Anxiety Inventory* Forma Y2 (STAY-Y2) (Spielberger et al., 1983), per la valutazione dell'ansia di tratto; 5) il *Perceived Stress Inventory* (PSI) (Abidin, 1987-2006), per la valutazione dello stress genitoriale.

A tre mesi di età corretta del figlio, alla coppia madre-bambino e a quella padre-bambino è stato somministrato inoltre il *Child Adult Relationship Experimental Index* (CARE-Index) (Crittenden, 1979-2004, 2005), una procedura audiovisiva per la valutazione dei precursori dell'attaccamento che consiste in 3-5 minuti d'interazione videoregistrata in cui si chiede all'adulto di relazionarsi liberamente, come è solito fare, con il bambino (per una descrizione approfondita dello strumento vedi paragrafi 5.3 e 7.3). La registrazione è avvenuta a domicilio e quindi in una condizione il più possibile naturale. Il costrutto centrale su cui è basato il sistema di codifica è la *sensibilità* dell'adulto, un *costrutto diadico* che si riferisce a "qualsiasi configurazione di comportamenti che fa piacere al bambino, aumentando il suo benessere e la sua attenzione, e riducendo il suo disagio e disimpegno" (Crittenden, 2005). I punteggi del CARE-Index vanno da 0 a 14 sia per la scala dell'adulto (*sensibile, controllante, non responsivo*) che per quella del bambino (*cooperante, compiacente-compulsivo, difficile, passivo*). La fascia di punteggio da 7 a 14 corrisponde a una relazione adeguata. I punteggi che contraddistinguono la fascia marginalmente adeguata (5-6 punti) in genere indicano il bisogno di un intervento a breve termine. I punteggi di 3-4 sono indicativi di una fascia ad alto rischio che necessita di una terapia genitore-bambino, mentre punteggi inferiori a 2 richiedono un trattamento individuale (Crittenden, 2005). Il CARE-Index è stato valutato in condizioni di cieco da due codificatori attendibili formati in corsi specifici.

Lo sviluppo psicomotorio del bambino è stato valutato a sei mesi di età corretta tramite le *Bayley Scales of Infant and Toddler Development* (BSID III) (Bayley, 2006)

7.2.3

Risultati

L'analisi dei dati, elaborati attraverso test parametrici (Anova univariata) e non parametrici (test di Kruskal-Wallis), ha evidenziato nelle madri dei bambini nati pretermine comportamenti interattivi a rischio al CARE-Index (bassi punteggi alla scala di Sensibilità Diadica, sig. 0,002), elevati livelli di ansia di tratto allo STAY-Y2 (sig. 0,01), di stress genitoriale al PSI (sig. 0,001) e un minore livello di adattamento di coppia, in particolare riguardo al consenso nel rapporto con il partner (Scala di Consenso Diadico del DAS, sig. 0,04). I padri dei bambini nati pretermine hanno manifestato, a loro volta, bassi punteggi alla scala di Sensibilità Diadica (sig. 0,004) (Fig. 7.1) e livelli più elevati di sintomatologia depressiva al CES-D (sig. 0,009). Nell'interazione con il bambino, valutata tramite il CARE-Index, i precursori dell'attaccamento indicano più frequentemente un attaccamento insicuro nelle madri (sig. 0,008) e nei padri di figli nati pretermine (sig. 0,006) (Fig. 7.2) e nei bambini nati pretermine nell'interazione con la madre (sig. 0,05). Suddividendo il gruppo sulla base dei precursori dell'attaccamento paterno, i risultati dell'Anova univariata hanno evidenziato nei padri insicuri valori significativamente elevati di ansia allo STAY (sig. 0,012), di stress genitoriale (sig. 0,032) e una percezione del loro bambino come difficile (sig. 0,000) al PSI. La presenza di precursori di attaccamento insicuro, di scarsa sensibilità diadica e di un livello elevato di sintomatologia depressiva e ansiosa sono risultati correlati, in entrambi i genitori, a minori punteggi di performance del bambino in quasi tutti gli indici delle Scale Bayley (sig. 0,04). In particolare, i bambini con padri con precursori dell'attaccamento insicuro hanno riportato punteggi significativamente minori alle Scale Bayley (sig. 0,001), tranne che per la sottoscala del lin-

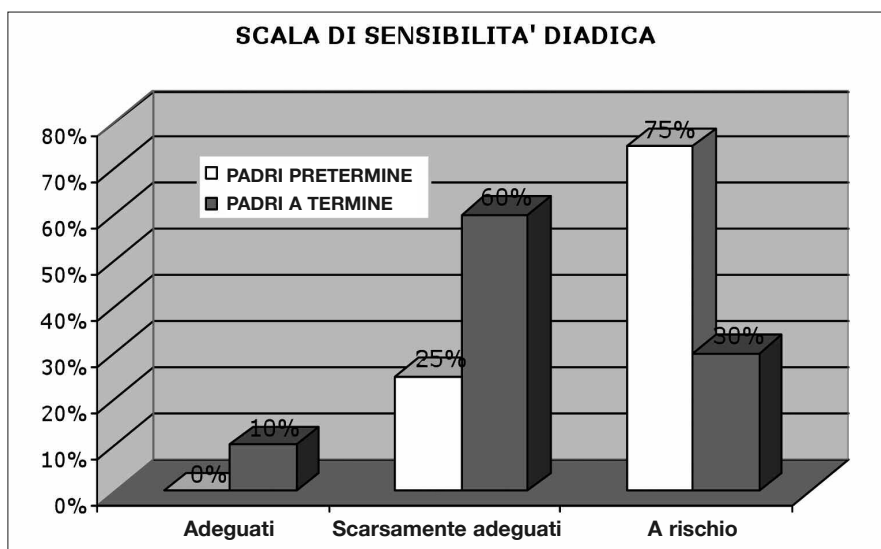


Fig. 7.1 Sensibilità relazionale diadica nei padri di bambini nati pretermine e a termine (al CARE-Index)

guaggio comunicativo che è risultata al limite della significatività (sig. 0,052).

Sono stati inoltre riscontrati alcuni fattori di rischio a carico delle madri con bambini pretermine: rapporto difficile con la famiglia d'origine ed elevata ansietà, con un significativo timore per la morte del bambino. I fattori di rischio riscontrati a carico dei padri dei bambini pretermine sono risultati maggiori di quelli a carico delle madri, in particolare sono stati evidenziati una più intensa percezione negativa del bambino la prima volta che lo hanno visto, un maggior disagio nell'interazione con il figlio e una percezione insufficiente del sostegno ricevuto in ospedale (sig. 0,00). In questi padri sono emerse differenze significative anche per quanto riguarda la presenza di eventi stressanti nell'ultimo anno (sig. 0,02).

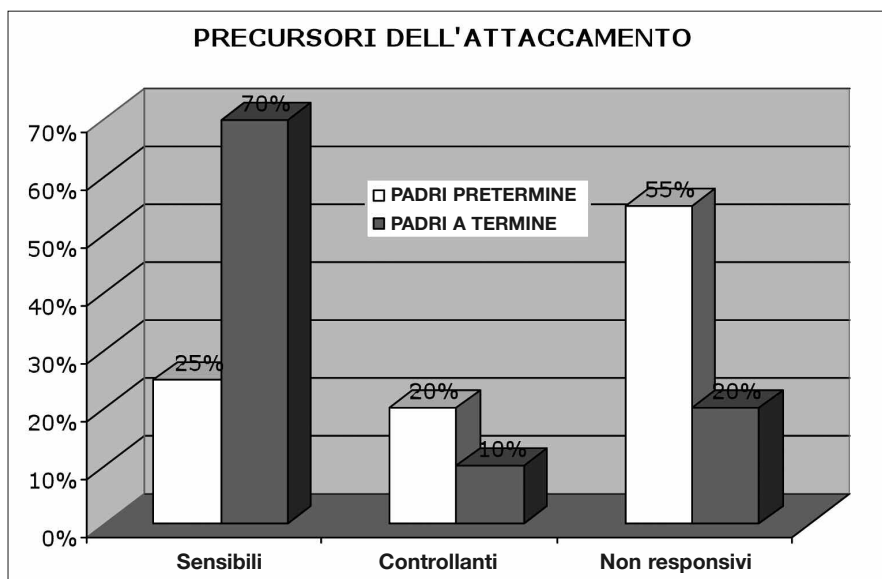


Fig. 7.2 Precursori dell'attaccamento nei padri di bambini nati pretermine e a termine (al CARE-Index)

7.2.4

Discussione e considerazioni conclusive

Secondo i dati di questa ricerca, il comportamento interattivo madre-bambino e quello padre-bambino a tre mesi di età corretta risultano significativamente diversi nelle famiglie di neonati pretermine rispetto al gruppo di controllo. Il 70% delle interazioni madre-bambino pretermine e il 75% di quelle padre-bambino pretermine rientrano infatti nella "fascia di intervento" suggerita dal CARE-Index. I precursori dell'attaccamento nei genitori di bambini pretermine, inoltre, sono risultati significativamente differenti da quelli riscontrati nelle famiglie di bambini nati a termine. I fattori di rischio evidenziati nei genitori di bambini nati pretermine (minore sensibilità diadica, precursori di attaccamento insicuro, minore adattamento di coppia, al-

ti livelli di ansia, di sintomatologia depressiva e di stress percepito) sono risultati correlati significativamente a un minore sviluppo psicomotorio del bambino valutato a sei mesi attraverso le scale Bayley.

Le madri dei bambini prematuri del nostro campione sono caratterizzate da comportamenti materni apparentemente affettuosi, ma di fatto controllanti, intrusivi e incongrui ai segnali del bambino, oppure sono risultate “non responsive”, cioè insensibili ai segnali del lattante, specialmente a quelli negativi. Solo una bassa percentuale di esse ha manifestato un pattern “sensibile”.

Rimane aperto l'interrogativo riguardo al significato, ai fini dello sviluppo del piccolo, di tale atteggiamento materno. Rispetto ai possibili effetti dell'eccessiva stimolazione materna, la letteratura sui bambini prematuri fornisce risultati e ipotesi interpretative diverse e spesso contraddittorie. Taluni autori valutano negativamente un'eccessiva intrusione materna, ritenendo che sottoponga il bambino a un sovraccarico di stimolazioni; per altri, invece, costituirebbe una forma di compensazione sviluppata dal genitore per colmare le eventuali carenze evolutive del bambino prematuro. In tale senso, un atteggiamento materno intrusivo e controllante rifletterebbe la capacità delle madri di adattarsi flessibilmente alle richieste e ai ritmi evolutivi del figlio (Monti, 2000; Riva Crugnola et al., 2004).

Un dato interessante di questo studio è il maggior numero di relazioni a rischio evidenziate tra padre-bambino prematuro rispetto a quelle tra madre-bambino prematuro. Anche i fattori di rischio riscontrati a carico del padre pretermine sono risultati maggiori di quelli a carico della madre. Infatti, i primi hanno dichiarato una intensa percezione negativa del bambino la prima volta che lo hanno visto e un maggiore disagio nell'interazione con il figlio. Nel nostro campione, inoltre, le madri dei figli pretermine hanno manifestato un minore adattamento di coppia, in particolare un basso livello di consenso diadico nella relazione con il partner valutata con il DAS. Questo aspetti possono influire negativamente sullo sviluppo della relazione triadica tra madre, padre e figlio. In letteratura è stata evidenziata una correlazione positiva tra soddisfazione nel rapporto di coppia e qualità della relazione madre-bambino: un maggior supporto fornito dal marito alla compagna corrisponde quindi a una migliore interazione tra madre-bambino (Dickie, 1987; Broom, 1994). Secondo la teoria dell'attaccamento una delle più importanti funzioni maschili, infatti, è quella di fornire un sostegno psicologico e materiale alla propria compagna nei momenti più impegnativi e potenzialmente pericolosi della maternità e successivamente aiutarla a separarsi psicologicamente dal figlio riconducendola amorevolmente all'interno di un rapporto di coppia (vedi par. 4.2). Una carenza di questa funzione protettiva paterna può favorire lo sviluppo di disturbi affettivi nella madre e influenzare negativamente lo sviluppo della relazione madre-bambino e dell'attaccamento del figlio (Baldoni, Baldaro, Benassi, 2009; Baldoni, Ceccarelli, 2010). Altro fattore di rischio, riscontrato a carico dei padri dei bambini pretermine, è risultato un elevato numero di eventi stressanti nell'ultimo anno (problemi lavorativi o economici, malattie, ecc.) che può distogliere dai compiti di coppia e genitoriali, portando a concentrarsi maggiormente su problemi pratici piuttosto che dedicarsi alla relazione con la propria compagna e il proprio figlio (Parke, 1982).

I dati riscontrati nella nostra ricerca evidenziano la necessità di ricerche longitudinali svolte su ampi campioni per valutare i modelli operativi interni (quindi gli stili di attaccamento) dei genitori dei bambini pretermine, la sensibilità manifestata nella relazione con il bambino e il legame tra stress genitoriale (*parenting stress*) e qualità dell'interazione di attaccamento. Tali ricerche permetterebbero di verificare se il comportamento riscontrato nei genitori dei bambini pretermine è transitorio e adattativo, oppure se si rivela una tendenza che influenzerà l'interazione anche nel futuro.

Gli studi in questo ambito si riveleranno utili per lo sviluppo di interventi di prevenzione e di cura delle difficoltà psicologiche e relazionali del bambino nato pretermine e della sua famiglia (sostegno emotivo da parte del medico e degli infermieri del reparto, aiuto psicologico individuale, di coppia o familiare, gruppi psicoeducativi) (Baldoni et al., 2009; Facondini et al., 2009). Sarà inoltre possibile organizzare specifici percorsi formativi e attività di consulenza per i pediatri, per gli operatori delle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia e di Terapia Intensiva Neonatale e quelli dei consultori, al fine di garantire un monitoraggio prolungato della salute psicologica e fisica del piccolo prematuro e un aiuto psicologico adeguato nei confronti della famiglia.

7.3

CARE-Index e sua applicazione in una valutazione peritale: un caso di depressione materna

Lucia Di Filippo

7.3.1

Child-Adult Relationship Experimental Index (CARE-Index) di Patricia M. Crittenden

Il CARE-Index è uno strumento che si inserisce nel quadro teorico della teoria dell'attaccamento. Valuta specifiche relazioni, non specifici individui. Inoltre, questa procedura di valutazione è altamente specializzata, esige una formazione sistematica ed evidenze di attendibilità, e il suo uso erroneo (sia casuale che male informato) può essere pericoloso per famiglie e bambini, e condurre a erronei risultati di ricerca.

È uno strumento che è stato sviluppato per scopi di ricerca. Può tuttavia essere utile in contesti applicativi allo scopo di effettuare screening di popolazione, di orientare gli interventi, e di valutare alcuni risultati del trattamento. Può, però, fornire risultati fuorvianti. In particolare, sulla scala adulta, gli item controllanti contrassegnati con "a" vengono spesso confusi con gli item sensibili. Allo stesso modo, gli item compulsivi sono spesso confusi con item cooperanti. Il CARE-Index è una valutazione di interazioni di gioco che avvengono in condizioni non minacciose. È in grado di valutare caratteristiche diadiche che sono associate all'attaccamento. La procedura può risultare con maggiori probabilità fuorviante se gli adulti sono in grado di gestire situazioni a basso stress, come nel caso di una madre depressa. In un caso del genere,

l'interazione potrebbe essere sensibile, ma l'attaccamento problematico.

La procedura di valutazione consiste in 3-5 minuti di gioco videoregistrato tra adulto e bambino. La videoregistrazione può essere effettuata a casa, in un contesto clinico, o in un laboratorio di ricerca. La procedura è adatta dalla nascita ai 36 mesi.

Dato che la procedura di codifica copre un'ampia gamma di età, è essenziale una conoscenza dei processi di sviluppo.

La sensibilità adulta ai segnali del bambino è il costrutto centrale attorno al quale è costruito il sistema di codifica. Nella versione *Infant* (0-15 mesi) consiste in qualsiasi configurazione comportamentale che fa piacere al bambino, aumentando il suo benessere e la sua attenzione, e riducendo il suo disagio e disimpegno (Crittenden, 2006, p. 3). Mentre nella versione *Toddler* (15-36 mesi) consiste in qualsiasi configurazione comportamentale che favorisce nel bambino l'esplorazione dell'attività con interesse e spontaneità e senza inibizione o esagerazione degli affetti negativi (Crittenden, 2005a, p. 5). Anche se sembrerebbe essere una caratteristica individuale, la sensibilità, per il modo in cui questa procedura la rende operativa, è un costrutto *diadico*.

Gli item comportamentali coprono sette aspetti del comportamento interattivo.

Essi sono:

1. espressione facciale;
2. espressione verbale;
3. posizione e contatto corporeo;
4. affetto;
5. contingenze di successione dei turni;
6. controllo;
7. scelta di attività.

Ciascun adulto e, separatamente, ciascun bambino viene valutato su ognuno di questi sette aspetti del comportamento interattivo. Il codificatore sceglie tra i descrittori quelli che si adattano meglio al comportamento osservato in ciascuna interazione valutata.

I primi quattro di questi aspetti sono valutazioni dello stato affettivo all'interno della diade. Gli ultimi tre si riferiscono alle contingenze temporali.

Ciascuno dei descrittori dei sette aspetti del comportamento interattivo contribuisce a una di sette scale specifiche, cioè tre scale adulte e quattro scale infantili. Ci sono tre tipi di descrittori adulti:

1. Sensibile (S) = racchiude item rappresentativi di una buona responsività adulta;
2. Controllante (C) = racchiude comportamenti interattivi direttivi, distinti tra item pseudosensibili o nascostamente ostili ("a") e item apertamente ostili ("b");
3. Non responsivo (NR) = raggruppa item caratterizzati da distacco mimico, vocale e fisico, distinti tra item copertamente non responsivi ("a") e item apertamente non responsivi ("b").

A seguito di questi, ci sono quattro tipi di item infantili per la versione *Infant*:

1. Cooperante (C) = comprende comportamenti associati con l'espressione di piacere e la facilitazione nell'intraprendere azioni da parte del bambino;
2. Difficile (D) = comprende comportamenti infantili esplicitamente resistenti al comportamento adulto;
3. Compulsivo [Obbediente (CC), Performance (CP), Accudente (CG) e Attenzio-

ne (CA)] = comprende comportamenti infantili inibiti, compiacenti e cauti;

4. Passivo (P) = comprende comportamenti che funzionano in modo tale da ridurre il contatto con l'adulto, avendo sperimentato la sua scarsa responsività.

E tre tipi per la versione *Toddler*:

1. Cooperante (C) = comprende comportamenti associati con l'espressione di piacere e la facilitazione nell'intraprendere azioni da parte del bambino;
2. Compulsivo [Obbediente (CC), Performance (CP), Accudente (CG) e Attenzione (CA)] = comprende comportamenti infantili inibiti, compiacenti e cauti;
3. Coercitivo (T/D) = comprende comportamenti con la doppia funzione di allattare e minacciare, in modo tale da risultare contingente con l'adulto secondo una modalità comportamentale manipolatoria.

Le codifiche vengono effettuate prendendo in considerazione in modo unitario: la scala di sensibilità diadica, le configurazioni interattive prevalenti per madre e bambino, la valutazione attraverso la scelta degli item.

Spesso le diadi marginalmente adeguate/miste dividono i loro punteggi nei termini di questa distinzione, per esempio la madre può essere affettivamente calda e attenta ma intrusiva e controllante nell'attività. Questa distinzione può fornire utili sottopunteggi.

7.3.2

Sua applicazione in ambito forense

I disturbi psichiatrici sono fattori che, oltre a ledere il benessere psicologico della persona, possono anche compromettere le sue competenze genitoriali, il funzionamento familiare e, di conseguenza, anche incidere sullo sviluppo infantile.

Nelle differenti culture in cui è stato studiato questo fenomeno, la depressione materna ha sempre avuto un'elevata incidenza, nonostante non sia inquadrabile nosograficamente in modo univoco: la depressione prenatale sembra avere un'incidenza compresa fra il 14 e il 25%; il *maternity blues* fra il 50 e l'80%; la depressione post-partum fra l'8 e il 15%; la psicosi post-partum fra l'1 e il 2%. Questo disturbo si configura inoltre "come un 'contenitore' in cui vengono inserite le più svariate forme di espressione del disagio" (Zaccagnino et al., 2007). La sua variabilità è, infatti, una diretta conseguenza del percorso esperienziale individuale. Proprio per questo sotto il cappello della depressione materna possiamo trovare:

- disturbi d'ansia, come gli attacchi di panico, i disturbi d'ansia generalizzata, le manifestazioni fobiche inerenti al bambino, paure per la sua integrità fisica, l'insonnia;
- manifestazioni di tipo ossessivo come il timore di ledere l'integrità fisica del bambino o semplicemente l'ansia per il timore di non riuscire a prestargli le adeguate cure;
- disturbi del comportamento alimentare (ipo e ipernutrizione);
- dimorfofobie legate ai cambiamenti corporei;
- disturbi sessuali;

– gelosia patologica (Zaccagnino et al., 2007).

Frequentemente la depressione materna è anche legata ad alcuni fattori predisponenti, i quali rendono più vulnerabile la donna a sviluppare un disturbo psichiatrico successivo. Fra questi, degni di nota sono i precedenti disturbi depressivi (Onunaku, 2005) o comunque disturbi psicopatologici in generale (Mrazek e Haggerty, 1994; Chiariello e Orvaschel, 1995), la presenza di storie depressive all'interno del contesto familiare, l'esposizione a eventi stressanti come contesti familiari violenti, esperienze traumatiche e abuso di sostanze. Altri eventi stressanti degni di nota sono le complicanze avvenute durante il parto o il travaglio, la percezione di carenza di aiuto da parte dello staff ospedaliero, il parto cesareo o l'assenza della vicinanza di una persona significativa e supportiva (Zaccagnino et al., 2007). Altri fattori predisponenti sono le condizioni di vita sfavorevoli, come essere genitore *single* o comunque non godere di una relazione stabile e supportiva con il partner, con la conseguente mancanza di supporto affettivo e pratico nella gestione del bambino e la completa assunzione di responsabilità dello stesso (O'Hara et al., 1984; Lan et al., 1997; Lemola et al., 2007); la mancanza di una casa, la povertà, una rete di supporto familiare inadeguata (Onunaku, 2005).

Le madri che invece dispongono di alcune risorse sembrano essere più tutelate riguardo allo sviluppo di una psicopatologia. Fra queste la letteratura indica il disporre di un QI elevato, avere a che fare con un bambino con temperamento "facile", godere della presenza di una rete di supporto adeguata e avere una personalità con un forte senso del Sé (Mrazek e Haggerty, 1994).

Come ricordato inizialmente, la depressione materna non ha effetti solo sul benessere psicofisico della donna ma molto spesso porta a ripercussioni anche a livello dei rapporti di coppia. Alcuni studi sottolineano come sovente un quadro depressivo nel partner risulti associato alla depressione post-partum nella moglie (Areias et al., 1996a; Areias et al., 1996b; Ballard e Davies, 1996; Deater-Deckard et al., 1998). Come in un circolo che si auto-alimenta, la vulnerabilità emotiva, vissuta anche dai padri a causa del riadattamento personale e familiare per la nascita del figlio, può intensificare le difficoltà già presenti nella compagna (Marks e Lovestone, 1995).

La depressione materna sembra inoltre avere ripercussioni anche sullo stile interazionale e sulla salute infantile. Rispetto a quest'ultima, non è ben chiaro se abbia effetti diretti o indiretti. Una ricerca recente mette in relazione la depressione materna con lo sviluppo e la salute fisica della prole: i figli con madre depressa sono più frequentemente a rischio di malnutrizione, hanno più spesso problemi intestinali e problemi nella crescita (Rahman et al., 2004). Mentre a lungo termine, specialmente se la depressione non è stata trattata in modo adeguato e si è cronicizzata, si possono evidenziare effetti anche su bambini grandi (Murray e Cooper, 1996), come possibili disturbi d'ansia o affettivi a 13 anni (Halligan et al., 2007), oppure disturbi nell'apprendimento, mancanza di attenzione, disturbi del comportamento, disturbi psicosomatici, cognitivi e anche tendenza alle tossicodipendenze (Cramer, 1999).

La depressione ha effetti sullo sviluppo del bambino interferendo nei processi d'interazione diadica. Edward Tronick (Tronick et al., 1979) è l'autore che ha

individuato un modello esplicativo di come la depressione possa interferire nella relazione madre-bambino. In particolare ha individuato verso che cosa i bambini reagiscono negativamente quando la madre è depressa, utilizzando il paradigma dello *still face*². Di fronte a questa situazione anomala, la risposta del bambino è atta a sollecitare l'attenzione materna per ripristinare lo scambio abituale. Dopo alcuni tentativi infruttuosi, il bambino distoglie l'attenzione per poi riprendere diverse volte. Perse le speranze dopo i tentativi falliti, il bambino sente di perdere il controllo della sua posizione e si ritira dall'interazione anche dal punto di vista fisico. In questa fase sono molto evidenti comportamenti autoregolatori, come se il bambino si consolasse da solo (per esempio suzione, dondolamenti del corpo). In sostanza chi si trova di fronte a una mamma depressa non solo sperimenta una situazione anomala, in cui vengono violate le sue aspettative di sincronia interattiva e reciprocità, ma sperimenta che le difficoltà negli scambi interattivi non possono essere riparati (Tronick e Cohn, 1989; Tronick e Gianino, 1986). Questo produce nel bambino un senso d'inefficacia e impotenza (*learned helplessness*).

Secondo il DMM, Crittenden (2008) spiega come questo possa accadere nelle diadi dove la madre sia depressa: i genitori depressi “[...] sono così travolti dalla loro sofferenza da non riuscire a percepire i bisogni di protezione e conforto dei loro figli. Nei momenti in cui i bisogni infantili e genitoriali confliggono, in genere proteggono loro stessi, anche a spese dei propri figli”. I figli di madri depresse nel tempo possono organizzarsi intorno ai desideri dei loro genitori, sviluppando un falso Sé. In questo caso avviene un *role-reversing* per cui sono questi ultimi che accudiscono i loro genitori come se fossero bambini (accudimento compulsivo, A3). I bambini accudenti compulsivi sono psicologicamente abbandonati dai loro genitori ma attraverso questa strategia riescono a elicitare una forma di accudimento, anche se minima.

In alternativa, altri bambini possono passare all'azione, sfidare provocatoriamente il genitore o mettersi a rischio solo per ottenere attenzioni da quest'ultimo. In genere ciò accade in bambini che vivono in contesti familiari trascuranti, il cui ritiro genitoriale non ha però lo scopo di punire l'espressione di affetti negativi nei figli. Questi bambini sviluppano una strategia coercitivamente aggressiva (C3): i comportamenti autodistruttivi di questi bambini ingannano i loro genitori circa le reali emozioni e i bisogni infantili sottesi e contemporaneamente risultano difficilmente limitati e limitabili sia dal bambino stesso sia dal genitore.

Le ricerche che si sono occupate dello stile interazionale delle madri depresse hanno evidenziato che i comportamenti materni possono essere all'insegna non solo della disattenzione/distacco ma anche dell'intrusione/rifiuto (Gelfand, Teti, 1990). I primi sono stati ampiamente presi in considerazione dagli studi di Tronick e colleghi (Tronick, Cohn, 1989; Tronick, Gianino, 1986), come si è visto precedentemente. Anche Crittenden (2006), come Tronick, individua forme comportamentali materne

² Il metodo dello “still face” è un paradigma di ricerca in cui un neonato di due mesi viene posto di fronte alla madre, la quale, su indicazione dello sperimentatore, si comporta come se fosse depressa. In altri termini deve mostrare una mimica impassibile, poco espressiva; si deve trattenere dall'interazione con il figlio (Cramer, 2000).

francamente trascuranti, che definisce *unresponsive "b"* secondo il sistema di codifica del CARE-Index. In questo caso il comportamento materno è poco contingente e poco presente o del tutto assente, lasciando il bambino senza alcuna informazione utile nell'organizzazione del Sé. Come conseguenza spesso si possono avere figli con ritardi mentali e psicologicamente privi di speranza. Recentemente la stessa studiosa ha anche individuato una configurazione comportamentale facilmente confondibile con l'adeguatezza genitoriale. La configurazione etichettata come *unresponsive "a"* ha infatti lo scopo di dare l'idea che l'interazione con il bambino sia "felice" e per questo è anche definita pseudosensibile, ma in realtà è caratterizzata essenzialmente da due elementi: una forte discrepanza fra lo stato affettivo dell'adulto (felice) e del bambino (non genuinamente felice), e una mancata contingenza delle azioni dell'adulto rispetto a quelle del bambino, come se quest'ultimo si comportasse in funzione non del figlio reale ma di un bambino immaginario. Questo tipo di configurazione interattiva è stata riscontrata spesso in genitori con disturbi psicopatologici trattati con una terapia individuale, ma che necessiterebbero anche di interventi sulla relazione genitore-bambino (Crittenden, 2005b).

A partire da questi contributi è facile ipotizzare che le diadi madre depressa-bambino possano essere a rischio relazionale. Uno studio di Mullick, Miller e Jacobsen (2001) ha infatti confermato questa ipotesi. Prendendo in esame un ampio campione di madri giovani con differenti diagnosi psichiatriche, fra le quali la depressione maggiore, e utilizzando la scala di sensibilità diadica di Crittenden, hanno riscontrato, in quest'ultimo caso, un'alta incidenza di rischio di maltrattamento infantile (61% del campione).

La letteratura giustifica l'attenzione che la Tutela Minori deve avere nei confronti dei figli di madre depressa. È bene sottolineare che, pur avendo evidenziato i rischi legati a questo disturbo, ci sono madri che, nonostante tutto, si dimostrano in grado di provvedere adeguatamente ai figli. È comunque vero che in ambito forense occorre disporre di strumenti utili a differenziare quando la relazione è realmente a rischio rispetto a quando non lo è, visto che non esiste una relazione causa-effetto fra questo disturbo e il rischio relazionale (sia in termini di maltrattamento sia di trascuratezza) né, tanto meno, fra il primo e i disturbi nello sviluppo infantile.

Il Tribunale per i Minorenni affida al perito tecnico d'ufficio il compito di individuare gli strumenti più idonei che rispondano a quest'ultimo quesito. Quesiti particolarmente complessi possono addirittura essere assegnati a due periti che si occupano separatamente della valutazione del/dei genitore/i e del/dei minore/i.

Con minori della fascia d'età 0-3 anni la valutazione viene molto spesso effettuata con osservazioni naturalistiche del comportamento infantile nella propria abitazione e della relazione adulto-bambino (Magrin, 2000).

Per questa fascia d'età esistono pochi strumenti valutativi dell'interazione diadica: la scala unidimensionale della sensibilità materna di Ainsworth, il paradigma sperimentale di Tronick, il NCAST di Barnard ecc. (Crowell et al., 1993).

Fra questi strumenti solo il CARE-Index di Patricia Crittenden (2006) nella valutazione della sensibilità dell'adulto "ha due punti negativi all'estremo non sensibile della dimensione della sensibilità. Essi sono il controllo e la mancata responsabilità" (Crittenden, 2006, p.2). Proprio per questo si presta a individuare il rischio e

la natura del rischio interazionale. Inoltre per la sua buona validità esterna e di costruito può essere usata con soggetti di popolazioni specifiche, che caratterizzano sovente l'utenza del tribunale: madri adolescenti, famiglie multiculturali, genitori psichiatrici, tossicodipendenti ecc.

Per evitare che il perito formuli considerazioni sul caso che siano frutto più di suggestione che di reale occorrenza è necessario dunque disporre di strumenti attendibili e validi per effettuare valutazioni osservative. Da qui la necessità di utilizzare il CARE-Index in ambito forense e, al contempo, individuare una metodologia di lavoro che renda più efficace il suo utilizzo.

Per meglio comprendere come il CARE-Index possa essere utile nel lavoro peritale si presenterà il caso di una coppia di genitori e del figlio, giunti al Consulente Tecnico d'Ufficio (CTU) per valutare le loro competenze genitoriali in vista di una possibile adozione del minore.

Nella valutazione della relazione adulto-bambino è stato utilizzato questo strumento di codifica, messo a punto da Patricia Crittenden, al fine di:

- 1) individuare le diadi a rischio interazionale e dare informazione riguardo alla natura del rischio stesso;
- 2) creare un quadro più unitario delle informazioni assunte con altri strumenti (colloqui di valutazione psicodiagnostica degli adulti, video-osservazioni dei momenti di separazione/riunione dell'adulto con il bambino ecc.): per esempio, dall'analisi dei video è possibile individuare elementi di comportamento dell'adulto riconducibili alla sua storia pregressa e al suo quadro clinico;
- 3) fornire spunti interessanti per prendere la decisione del progetto più utile nell'interesse del minore.

Inoltre, frequentemente le perizie richiedono valutazioni della situazione familiare in vista di una possibile adottabilità del minore; in questi casi il minore è allontanato dal nucleo familiare e risiede presso una comunità per minori. Questo può diventare un elemento di disturbo della relazione adulto-bambino ed è quindi compito del perito differenziare comportamenti indice d'esperienze traumatiche pregresse all'arrivo in comunità (comportamenti disorganizzati) e comportamenti indici di disagio emotivo per l'allontanamento dal nucleo familiare.

Il CARE-Index, usato con altri strumenti (osservazione del minore in comunità, video-osservazione del comportamento infantile nei momenti di separazione/riunione con l'adulto), può aiutare quindi a differenziare i comportamenti disorganizzati dai secondi.

Il CARE-Index, per ottenere risultati affidabili, deve essere utilizzato "in cieco": la valutazione dell'adulto e del minore dovrebbe essere condotta da parte di due periti che lavorino in modo disgiunto e che solo alla fine della valutazione abbiano modo di confrontarsi per sintetizzare le informazioni assunte sul caso; è opportuno inoltre che il perito che si occupa del minore si avvalga di un codificatore attendibile esterno per rendere più affidabile la codifica. Occorre inoltre, nella valutazione del minore, che il CARE-Index venga affiancato da altri strumenti osservativi che rendano più affidabili le informazioni acquisite con questo strumento (Crittenden, 2006).

7.3.3

Presentazione di un caso di depressione materna in Perizia Tecnica d'Ufficio

Il caso era giunto a conoscenza dei Servizi sociali per le accese liti di coppia e l'evidente alterazione psicofisica in cui versavano i genitori. Erano stati fatti diversi tentativi per porre la madre col bambino in comunità, ma la donna li aveva sempre elusi uscendo dalla stessa. Nello stesso tempo continuavano le liti di coppia in presenza del minore. La situazione andò deteriorandosi progressivamente fino a quando fu eseguito un trattamento sanitario obbligatorio (TSO) nei confronti della madre, rinvenuta in stato delirante insieme al bambino e al padre, il quale subito fuggì. Il giorno stesso il minore venne collocato da solo in comunità.

Si rilevava dalle prime informazioni assunte che entrambi i genitori avevano dei pregiudizi penali. La madre, una donna italiana di 41 anni, dopo una grave malattia invalidante contratta una decina d'anni prima, aveva sviluppato una forte depressione ed era in cura presso il Centro Psico Sociale (CPS).

Oltre la depressione, le era stato anche diagnosticato un grave disturbo di personalità misto (con tratti borderline e narcisistici). In occasione del TSO venne accertato altresì uno scompensamento psicotico "con importanti angosce persecutorie accompagnate da fenomeni dispercettivi e deliranti persecutori"; si affermava inoltre che la paziente "tende al discontrollo degli impulsi" con alto rischio di mettere in atto agiti pericolosi nei confronti propri e del minore.

La storia del padre, un magrebino di 39 anni, era caratterizzata da reiterate condotte devianti (detenzione e spaccio di droga, abuso d'alcol) e da mancanza di lavoro.

Dalle indagini dei Servizi sociali emergeva che la relazione di coppia si basava su un equilibrio precario per la fragilità personologica di entrambi i genitori. Per quanto riguarda il padre mostrava incapacità di sostenere la convivente nei momenti di difficoltà connessi alla malattia, ma anche poca affidabilità date le reiterate condotte devianti, dal ricorso all'alcol all'aggressività.

Infine, risultava che l'abitazione del nucleo familiare versasse in precarie condizioni igienico-sanitarie.

All'ingresso in comunità Giovanni (nome fittizio), di quasi tre anni, appare, secondo le relazioni dei Servizi sociali, come un bambino traumatizzato, con comportamenti aggressivi nei confronti dei pari; a livello di sviluppo presenta inoltre un forte ritardo nel linguaggio.

La perizia è stata condotta in due fasi e da due periti: il primo si è occupato della valutazione degli adulti e il secondo della valutazione del minore. Alla fine delle due fasi valutative, i due periti si sono confrontati sulle informazioni assunte. Questo confronto è servito a valutare la concordanza e la complementarità delle stesse e individuare la proposta operativa più utile nell'interesse del minore.

La valutazione psicodiagnostica degli adulti e la valutazione del funzionamento di coppia è stata effettuata con il solo ausilio di tre colloqui con i genitori e delle informazioni rese dal Nucleo Operativo Alcolologia (NOA), dal Servizio territoriale per le Tossicodipendenze (SERT) e dal CPS (il quale ha fornito anche la WAIS e il Rorschach somministrati a entrambi i genitori).

La valutazione del minore è invece stata condotta con:

7

- un colloquio con i genitori per valutare le competenze parentali;
- un'osservazione naturalistica del minore nella comunità per valutare il livello di sviluppo infantile e i comportamenti indici di disagio affettivo-emozionale;
- una video-osservazione del comportamento del minore di fronte alla separazione-riunione con ciascun genitore;
- due video-osservazioni di gioco diadico per valutare l'interazione adulto-bambino per ciascun genitore. La prima video-osservazione di gioco diadico è stata condotta nello studio del perito mentre la seconda, dopo un mese e mezzo, nella comunità minori.

Prima della fase osservativa il perito ha incontrato l'équipe della comunità minori, per valutare il percorso fatto fino a quel momento dal nucleo familiare, acquisire informazioni sulle condizioni del minore (sviluppo e benessere psicofisico); ha anche sentito i Servizi sociali per sondare le ipotesi di progetto fattibili.

Le video-osservazioni di gioco diadico sono state codificate con il CARE-Index di Patricia Crittenden (2005a) da un codificatore attendibile³. L'utilizzo longitudinale del CARE-Index, unitamente ai dati forniti dall'osservazione del minore in comunità e dalla video-osservazione del bambino alla separazione-riunione con l'adulto, come si vedrà, è risultato cruciale per individuare il progetto più idoneo nell'interesse del minore.

7.3.4

La valutazione dei genitori e del minore

La mamma di Giovanni si presenta sempre disponibile empaticamente alla valutazione, mostrandosi a tratti seduttiva.

Appare sicuramente conscia del proprio malessere e dei supporti di cui necessita e necessiterà, non disponendo di una rete di supporto familiare adeguata (la sua famiglia di origine abita lontana ed è solo a tratti supportiva). È sempre apparsa altrettanto collaborativa con i Servizi sociali del Comune, e il suo iniziale “non stare” a quanto organizzato per lei, la comunità madre/bambino, comunque non ha portato ad alienare i rapporti con il Servizio, anzi tutt'altro. Non aver accettato tale proposta “pesca” nel malessere psicologico, in quel momento non contenuto da nessuno e da nulla per la prolungata assenza del medico curante del CPS: in parte ciò appare una “giustificazione” comprensibile.

Similmente, non si può non considerare l'impegno che la vede coinvolta nel seguire il figlio, ma anche il compagno, e a cui riesce a far fronte con dispiego d'energie ma con profitto, grazie proprio alla mutua “collaborazione” fra lei e i Servizi preposti: un aspetto che non si può non accogliere come confortante per una prospettiva futura.

All'atto della valutazione, gli eccessi che la sua psicopatologia può a volte esprimere non si sono manifestati perché ben controllati dalla cura in atto, oltre che dal-

³ Si ringrazia il dott. Andrea Landini per le codifiche dei video effettuate con il CARE-Index.

la ripresa dei contatti con il curante. Ciò non vuol dire che non permangano aspetti di fragilità, tratti immaturi e un tono emotivo che lascia presagire la possibilità di manifestazioni incontrollate, e ipotizzabili stati d'instabilità emozionale. Questo appare confermato anche dall'elaborato del test di Rorschach che sottolinea: "[...] sul piano affettivo prevale immaturità, e labilità emozionale, si lascia trascinare dalle emozioni e si lascia andare a scoppi emotivi incontrollati, esplosivi, [...] cerca di attenuare l'impatto delle emozioni abusando d'intellettualizzazione e razionalizzazione che appaiono poco efficienti poiché la vulnerabilità permane". Il CTU concorda con quanto diagnosticato dal curante del CPS sulla presenza di un "Disturbo di personalità borderline" in fase di buon compenso, grazie all'ausilio delle terapie in atto. Sono inoltre di conforto sia la presa di coscienza rispetto ai propri limiti e alle necessità supportive, sia il fatto che la patologia che la riguarda appare altrettanto riconducibile in ambiti di norma, grazie a precisi presidi terapeutici.

Quanto al padre di Giovanni, quello che emerge, a conclusione della valutazione, è che si tratti di una persona in perenne stato di precarietà, sebbene nell'attualità vi siano dei presidi più attrezzati intorno a lui, sia sul versante lavoro sia sul versante affettivo (la compagna è un riferimento sicuro e stabile; il figlio è vissuto e investito di molte parti di sé e di aspettative). Ci si riferisce a una "lettura" complessiva non solo delle caratteristiche personalologiche ma anche in merito a quanto emerge dal racconto della propria vita, segnata appunto da un clima di precarietà, con rabbie distruttive mai elaborate per la morte in giovane età di una sorella, che lo spingono, se gli stimoli si propongono eccessivi per le sue risorse interne, a comportamenti distruttivi e/o devianti.

Appare, quindi, estremamente importante che lui possa contare su di un riferimento che senta come forte e affidabile, come la madre, purtroppo lontana, ma che ha descritto come un porto "sicuro". In tal senso, la figura dell'attuale compagna, dalle stesse sue parole "una vera madre", assume una valenza simbolica che va al di là di un semplice rapporto di coppia, sebbene proprio in questo si ravvisano aspetti di fragilità che vanno comunque considerati.

Sebbene attualmente la sua vita sia in effetti meno caratterizzata da illeciti e sia inserita in ambiti di norma (il lavoro non più in nero), tuttavia potrebbe risultare una facile scappatoia il fatto che "adesso lei si cura e sta bene, per cui tutto va bene": senza la necessaria comprensione dei propri limiti, che pescano non solo nel suo contesto culturale bensì anche nelle carenze affettive patite nella sua storia personale (il lutto familiare, l'allontanamento dal proprio paese e quindi dalla famiglia d'origine, descritta come molto coesa, nella speranza di distanziarsi dalla propria sofferenza). Un apporto terapeutico personale si propone non facile, non solamente per gli impegni lavorativi ma anche perché potrebbe essere vissuto come "critica" alle capacità che nell'ultimo periodo lo hanno contraddistinto, quindi essere recepito negativamente e, di conseguenza, alienato.

Al test WAIS risulta inoltre essere una persona che presenta aspetti pratici, in grado di ragionare "sui fatti" e non certamente sui "propri vissuti". Inoltre, considerando il mondo culturale da cui discende, dove la figura maschile è per sua natura "perfetta", sembrerebbe più funzionale approcciare le problematiche personalologiche in mo-

dalità indiretta, parlando “del rapporto di coppia” oppure del “rapporto con il bambino”, aspetti che non lo vedono positivo. Appare di conforto, comunque, come attualmente riesca ad affidarsi a Servizi disponibili ad accompagnarlo in un percorso.

All’atto degli incontri congiunti, non sono più rilevabili i conflitti di coppia che hanno caratterizzato il rapporto in passato. Appaiono sereni, nonostante la valutazione peritale.

Traspare in modo evidente come sia lei a reggere il “bandolo della matassa”, non solo perché si esprime in un fluente italiano e lui le delega l’aspetto comunicativo, ma bensì proprio perché è lei che propone veri e propri paletti, quasi dei veri e propri aut aut, in merito al “o smetti di bere o fra di noi è finita”, così come “o trovi un vero lavoro oppure...”. Questo sembra funzionare, in quanto asseriscono entrambi che lui non beve più e ha trovato un lavoro in regola. È come se l’uomo avesse bisogno di un “referente forte” al quale affidarsi e di cui seguire le indicazioni.

In relazione alle turbolenze del passato, entrambi le mettono in relazione, da un lato, al malessere di lei: cercare un colpevole nel compagno era una conseguenza del suo malessere; dall’altro, esistevano dati di realtà effettiva (non lavorava, eccedeva nel bere), oltre all’ignoranza/incapacità del compagno di comprendere la gravità del suo malessere e, conseguentemente, di agire comportamenti atti a una cura. Oltretutto le frequentazioni del compagno con le questure rendevano quest’ultimo difficile nei confronti anche dei Servizi sociali, convincendolo che questi non potesse riporre qualche fiducia in lui, data la sua condizione deviante e clandestina.

Dietro gli effettivi sforzi dell’uomo per “rigare diritto” sta il carico portato sulle spalle da lei nel guidarlo in questo cammino. Se poi aggiungiamo anche l’accogliimento delle problematiche che la gestione di un figlio piccolo normalmente comporta, il carico potrebbe apparire eccessivo per le sue sole forze, a meno di non approntare un percorso altrettanto definito e tutelante.

Ipotizzando un progetto futuro, il percorso comunitario, non escluso come unica possibilità di ricongiungimento con il figlio, comporterebbe però non poter esercitare alcun “controllo” sul suo compagno, con la possibilità che questi possa riprendere contatto con le “cattive compagnie” e ciò che ne consegue.

Entrambi ritengono che i Servizi svolgeranno anche in futuro un ruolo importante e necessario per evitare “passi falsi”. Quindi parlano di percorso monitorato e guidato di riavvicinamento al figlio, d’aiuto domiciliare, di CPS, di incontri congiunti con i Servizi sociosanitari del Comune per le verifiche. Per come si pongono di fronte alla questione, appaiono credibili. Peraltro appare di conforto come, sentendosi entrambi sotto osservazione, si comportino effettivamente in modo adeguato e consono, e ciò per un discreto lasso di tempo; un aspetto, questo, che potrebbe far sperare in un’effettiva tenuta nel tempo, anche se, certamente, con gli opportuni supporti.

La nascita di Giovanni è stata voluta da entrambi i genitori, come segno di consolidamento della coppia. Dal colloquio si evidenzia subito che il bambino è fortemente investito di grandi aspettative: per la madre ha rappresentato un riscatto dalla sua situazione di invalidità e malattia, tanto che espressamente dice che “la tira su” dalla sua condizione depressiva legata alla malattia, mentre, per il padre, è stato il figlio ad aiutarlo a radicarsi in Italia proprio nel momento in cui stava decidendo di ri-

tornare in patria e adesso gli dà la forza per “rigare diritto”. Le aspettative, pur necessitando di un ridimensionamento che riporti il figlio a vivere un rapporto meno paritario con i genitori, sono anche aspetti motivazionali che effettivamente hanno contribuito a una tenuta come coppia genitoriale nei momenti di crisi e, attualmente, a un miglioramento dei loro rapporti. Dopo la nascita di Giovanni, con il riacutizzarsi della malattia, anche perché non controllata a livello farmacologico, la madre riusciva a provvedere ai bisogni primari del figlio, ma sulla parte più affettiva e ludica era il padre a giocare il ruolo principale. Ed era sempre lui a proteggere il piccolo nei momenti in cui la compagna stava peggio, portandolo con sé fuori, nella comunità islamica. Attualmente è la madre di Giovanni a svolgere il lavoro più pesante per mantenere uniti i rapporti familiari, e il padre risulta più delegante su alcuni aspetti educativi. Giovanni, al momento della valutazione, è ancora nella comunità minori e vede più frequentemente la madre (quattro volte a settimana), perché il padre ha un lavoro che gli permette le visite solo nel fine settimana. La signora, nonostante le difficoltà fisiche, dimostra costanza nelle visite. È lei che parla al bambino del padre e gli spiega le motivazioni della sua assenza. Ed è sempre lei che spiega le motivazioni della permanenza nella comunità: riferisce che è come una scuola dove imparerà a fare tante cose. La motivazione è sicuramente nata da una certa ambivalenza che la madre, ma anche il padre, dimostrano nei confronti della loro storia passata e in particolare della collocazione del minore in comunità. Nonostante ciò, ha lo scopo genuino di rassicurare il figlio e di consentirgli un miglior adattamento alla situazione. E, come riferiscono sia i genitori sia l'équipe di comunità, effettivamente questo sembra funzionare: ora non vive la sua permanenza come un castigo.

I genitori appaiono inoltre consapevoli dei benefici che l'esperienza della comunità ha comportato per il bambino e ravvisano un miglioramento nelle sue capacità di socializzare con i compagni. Si dimostrano quindi sintonizzati sui suoi bisogni e si danno spiegazione dei suoi comportamenti.

Giovanni, quando è entrato in comunità, appariva sofferente, perché presentava sorrisi inibiti e stereotipati e comportamenti aggressivi, soprattutto con i pari. Inoltre, pur presentando uno sviluppo motorio adeguato, aveva scarse intenzioni comunicative. Attualmente la situazione appare notevolmente migliorata anche nell'osservazione diretta del minore: sa costruire frasi, ha un vocabolario ricco, non ha un linguaggio pappagallesco ma usa la ripetizione delle parole pronunciate dall'adulto per costruire nuove frasi, denotando l'utilizzo di strategie meta-cognitive adeguate all'età di sviluppo. Inoltre i comportamenti aggressivi compaiono ancora, ma non impediscono al minore di entrare in relazione con i pari, come succedeva all'inizio. In base all'osservazione diretta, questi comportamenti compaiono prevalentemente con l'assenza delle figure di attaccamento e potrebbero quindi essere lette in chiave adattativa come proteste alla prolungata separazione. Giovanni stesso, quando viene ripreso per il comportamento inadeguato verso il CTU, alla fine manifesta verbalmente la sua sofferenza per l'assenza materna (come, per esempio, “la mamma è andata via”). Giovanni appare quindi non adattato completamente alla vita di comunità e ciò sembra essere legato alle sue aspettative di adeguatezza delle figure principali di attaccamento: i genitori. Forse proprio per questo anche nell'osservazione in casetta si dimostra bi-

sognoso di aver frequenti contatti con gli adulti, a discapito della relazione con i pari. Riesce infatti a mantenere la focalizzazione dell'attenzione sul gioco con i pari per minor tempo rispetto a quello registrato con gli adulti. Questi aspetti potrebbero essere recuperati qualora il minore rientrasse nel nucleo familiare ma continuasse a portare avanti lo sviluppo delle competenze sociali con la frequentazione dell'asilo e della scuola materna.

Per quanto riguarda l'acquisizione delle regole (sviluppo morale), è opportuno precisare che è un ambito non gestito bene dal bambino e su cui necessita di un buon supporto da parte delle figure adulte di riferimento: attualmente, data anche la precoce età, fa fatica a esprimere verbalmente i suoi disagi e quando ha degli agiti aggressivi non ha capacità di riparazione. Occorre quindi la presenza di un adulto molto attento ai segnali del bambino e capace di aiutarlo a riparare senza ledere l'immagine positiva del minore.

Al momento della separazione in comunità i genitori, chiedendo a Giovanni di essere il primo a salutarli, si dimostrano ancora bisognosi di una certa riconferma affettiva. Non sono state osservate minacce di ritiro affettivo quando il bambino è andato verso la casetta senza salutare i genitori e, dopo un periodo in cui entrambi hanno continuato a richiamare il saluto da parte del figlio, sono infine andati da lui e lo hanno salutato per primi. Non si sono verificate reazioni di opposizione da parte di Giovanni durante il contatto fisico dei genitori al momento della separazione. La mancanza di questo tipo di reazioni da parte del bambino dà la conferma che la separazione si è conclusa in modo soddisfacente per il minore nonostante il momento possa risultare per lui impegnativo.

7.3.5

Le video-osservazioni diadiche con ciascun genitore

I risultati delle codifiche sui video, effettuati a distanza di un mese e mezzo l'uno dall'altro, per entrambi i genitori, risultano confortanti e in linea con le informazioni scaturite dalle precedenti indagini. Le interazioni di entrambi i genitori con il bambino non sono a rischio (la sensibilità diadica è superiore a 4 punti) (vedi scale della sensibilità, S, di Figg. 7.3 e 7.4). Per quanto riguarda la madre, possiamo vedere che i punteggi delle scale (sensibile, S, controllante, C, non responsiva, UR) del secondo video sembrano riconfermare i dati positivi del primo video (vedi scale materne di fig. 7.3).

L'aspetto interessante viene però messo in luce guardando alla qualità dei punteggi: mentre nel primo video "[...] colpisce nelle manifestazioni affettive materne un'accentuazione della positività che ha alcune caratteristiche di forzatura [...]"⁴ senza però cadere su un versante franco di non responsività pseudo-sensibile, nel secondo video c'è un maggior ingaggio della madre, che ha ancora carattere di forzatura ma è qualitativamente differente. È come se nel primo video si riscontrassero nei codici affettivi materni dei segni di una difficoltà nella sintonizzazione affettiva con il bambino (S = 5, C (a) = 1, UR (a) = 2), probabilmente riconducibile alla sua storia passata di

⁴ Citazione tratta dal referto del codificatore.

depressione e malattia. Nel secondo video, pur permanendo un certo sforzo, la mamma di Giovanni appare maggiormente sintonizzata e contingente ($S = 5$, $C(a) = 3$, $UR(a) = 0$). Il bambino è cooperativo in entrambi i video (vedi scale della cooperatività, C , del bambino di Fig. 7.3) ma mentre nel primo video “[...] in parte sembra sfuggire al contatto visivo/fisico più intimo, come se avesse un’aspettativa di un’esperienza di intimità deludente [...]”⁵ (vedi scala della compiacenza compulsiva, CC , di Fig. 7.3), nel secondo video Giovanni sembra aver riacquisito fiducia nella responsività materna e nelle proprie capacità d’elicitare una risposta soddisfacente da parte di quest’ultima. Infatti sembra essersi organizzato su una strategia lievemente coercitiva (vedi scala della minaccia/disarmo, T/D , di Fig. 7.3) in grado di richiamare una risposta sensibile da parte di una madre considerata a tratti ritirata. Il gioco complessivamente è di discreta qualità: pur non raggiungendo alti livelli di complessità riscuote in ogni caso l’interesse del minore, consentendogli un’esperienza ludica piacevole.

Per quanto riguarda il padre, questo “[...] appare molto meno attivato affettivamente rispetto alla madre [...]”⁶ nel primo video, pur dimostrandosi sensibile nei confronti del figlio (vedi scale S di codifica 1 nelle Figg. 7.3 e 7.4). Giovanni, dal canto suo, sembra adottare la stessa strategia lievemente coercitiva menzionata precedentemente, avente la finalità di coinvolgere e incentivare il padre all’azione. In sostanza il minore appare per più tempo impegnato nella gestione della relazione con il genitore, a discapito dell’esplorazione dell’attività, anche se questa viene comunque effettuata con piacere e con il supporto parentale. Nel secondo video la situazione non appare qualitativamente cambiata, come se la relazione padre-bambino avesse carattere di maggior stabilità nel tempo: il minore continua ad adottare la stessa stra-

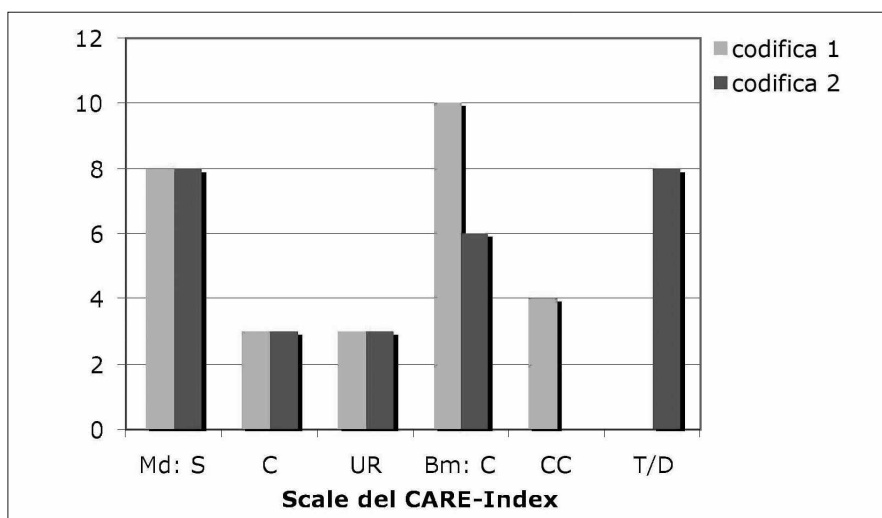


Fig. 7.3 Codifiche video dell’interazione Madre-Bambino

⁵ Citazione tratta dal referto del codificatore.

⁶ Citazione tratta dal referto del codificatore.

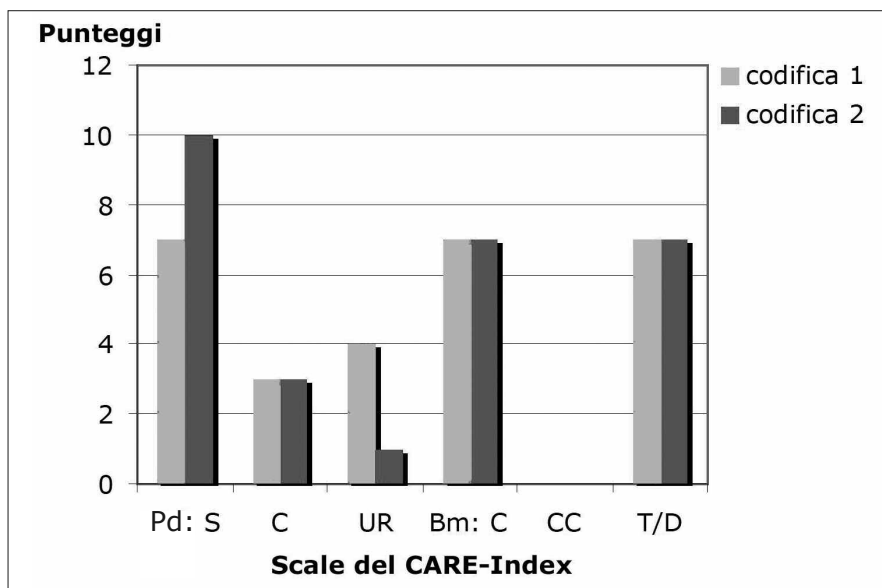


Fig. 7.4 Codifiche video dell'interazione Padre-Bambino

tegia lievemente coercitiva (vedi scale T/D di Fig. 7.4) e in tal modo si può notare che è in grado di elicitare nel padre delle risposte affettive più “[...] calde e genuinamente partecipi [...]”⁷ rispetto a quelle riscontrate nel primo video (vedi scale S di Fig. 7.4).

7.3.6

Conclusioni peritali

Le informazioni raccolte dalle due fasi peritali hanno trovato d'accordo i periti nel ritenere che il rischio relazionale e l'allarme causato dal quadro psicologico dei genitori fosse rientrato. La madre di Giovanni, già sofferente di depressione e con una seconda diagnosi di disturbo di personalità borderline, dopo la nascita di Giovanni si è trovata a vivere il riadattamento della maternità in un momento di profonda vulnerabilità: i rapporti con il compagno non le garantivano stabilità in conseguenza delle sue condotte devianti e le molteplici frequentazioni delle case circondariali; le famiglie allargate di entrambi abitavano lontano e quindi non potevano dare un sostegno se non per brevi periodi; e infine il medico curante del CPS non è stato in grado di garantire una stabilità di cura per un lungo periodo, lasciando la condizione psicopatologica della donna non compensata farmacologicamente. D'altro canto il suo compagno, disponendo di un'intelligenza prevalentemente pratica e appartenendo

⁷ Citazione tratta dal referto del codificatore.

a un contesto culturale differente, non riusciva a comprendere il disagio della compagna e a esserle d'aiuto. L'evento del TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio) ha rappresentato per entrambi un momento d'evoluzione importante. Grazie anche all'alleanza con le strutture sociali di riferimento, la coppia si è imbattuta in un esame di realtà molto forte: rischiare di perdere quel bambino, sul quale entrambi avevano molto investito e che tanto aveva rappresentato per entrambi.

Questo evento ha dato una svolta alla vita di coppia che, pur presentando ancora aspetti di fragilità, è riuscita a guadagnare un nuovo assetto più funzionale.

La situazione della madre è migliorata notevolmente da quando ha ripreso la cura farmacologica. Ora usa i Servizi sociali e il CPS come riferimenti di supporto stabili. Le ideazioni paranoiche sono rientrate e comprende i motivi dell'allontanamento del compagno nei momenti di crisi. Risolta l'incomprensione e superato il periodo critico, riesce a essere lei la persona di riferimento forte di cui il compagno ha bisogno per "rigare diritto". L'uomo è uscito dal suo mondo deviante, ha trovato lavoro ed entrambi sono desiderosi di ricostruire il nucleo familiare.

Dal punto di vista della relazione genitore-figlio, le interazioni codificate con il CARE-Index risultano al di fuori dell'area di rischio per entrambi i genitori. Ma, mentre con il padre l'interazione appare a livello longitudinale qualitativamente più stabile, con la madre sembra essersi verificata una ridefinizione nel tempo della relazione: la madre presenta a distanza di poco tempo una diminuzione delle espressioni affettive positive accentuate che erano state riscontrate nel primo video (nell'espressione del volto e della voce), come se nel tempo apparisse più sintonizzata e contingente con il piccolo; il bambino, mentre nel primo video sembrava fuggire il contatto fisico/visivo con la madre, come se avesse vissuto esperienze deludenti d'intimità, nel secondo video sembra manifestare con più chiarezza il suo disappunto pur mantenendosi cooperativo anche in questo caso. Importante sottolineare il fatto che Giovanni sembra avviato all'acquisizione di una strategia lievemente coercitiva che ha lo scopo di richiamare le attenzioni dell'adulto e renderlo più sensibile. Effettivamente, guardando alla sensibilità paterna e al maggior ingaggio affettivo della madre nel secondo video, questa strategia sembra dare i suoi frutti. Anche per quanto riguarda il bambino la situazione mostra netti miglioramenti. Dalle osservazioni dirette risulta che Giovanni ha recuperato intenti comunicativi, presenta uno sviluppo linguistico che può essere ritenuto nella norma ed è diventato più socievole con i pari. Permangono in lui aspetti di fragilità di cui non si può non tener conto pensando a un progetto futuro: i comportamenti aggressivi non sono scomparsi, anche se sono diminuiti e il bambino non riesce a riparare da solo; ha bisogno quindi di una figura adulta che lo aiuti in questo senza ledere l'immagine positiva del suo Sé.

Un quesito importante all'interno della perizia riguardava proprio questi comportamenti, che il perito stesso aveva avuto modo di notare nell'osservazione diretta. Tali comportamenti non si riscontravano nelle riunioni con i genitori dopo un breve periodo di separazione e non comparivano comportamenti francamente oppositivo-provocatori nei confronti degli stessi nel primo video codificato con il CARE-Index. Il secondo video registrato nella comunità minori dopo una lunga separazione (per l'età del bambino) dai genitori ha riconfermato che i comportamenti aggressivi non comparivano nei confronti dei genitori e che quindi non erano frutto di disorganizza-

zione ma molto probabilmente di disagio per l'assenza della figura d'attaccamento.

In conclusione lo strumento di Crittenden si è dimostrato utile nello sciogliere alcuni nodi di questa perizia; può, quindi, fornire informazioni importanti in ambito peritale, soprattutto se è affiancato ad altri strumenti e se si mette a punto di volta in volta una metodologia d'utilizzo *ad hoc*. Grazie alla sua applicabilità in contesti differenti e alla sua replicabilità nel tempo, ha consentito di confutare ipotesi importanti per il lavoro peritale: i comportamenti aggressivi del bambino sono quindi stati ricondotti alla causa più appropriata (la lontananza dalla figura di attaccamento). Ha inoltre permesso di individuare assenza di rischio interazionale nella relazione fra entrambi i genitori con il bambino e di osservare come con la madre ci sia stata probabilmente una ridefinizione della relazione.

Inoltre l'utilizzo "in cieco" del CARE-Index rispetto alle altre informazioni ha dato maggior affidabilità alle codifiche e alla valutazione della relazione con il minore. Di conseguenza, ha favorito la scoperta di un'evidente complementarità delle informazioni acquisite nelle due fasi peritali, dando quindi sostegno all'affidabilità della CTU.

Infine, non evidenziando la presenza di comportamenti aggressivi nei confronti dei genitori, ha confortato i periti nelle proposte operative: il riavvicinamento monitorato nel tempo del minore con i propri genitori, a patto però di fornire a questi ultimi sussidi di supporto stabili, che non comprendano esclusivamente le agenzie di cura (oltre ai già citati Servizi sociali, CPS, SERT/NOA, per esempio un'assistenza domiciliare che aiuti la coppia nella gestione delle regole date al piccolo), ma che progressivamente diventino più di carattere amicale o pseudo-parentale, per riportare la famiglia a riprendere una vita "normale".

Bibliografia Paragrafo 7.1

- Baldoni F (2005) Funzione paterna e attaccamento di coppia: l'importanza di una base sicura. In: Bertozzi N, Hamon C (a cura di) *Padri & paternità*. Edizioni Junior, Bergamo, 2005, pp 79-102
- Baldoni F (2009) La famiglia incompleta: attaccamento di coppia e crisi della genitorialità. In: Crocetti G, Tavella S (a cura di) *Intimità e solitudine della coppia-famiglia nella cultura del clamore*. Ed. Città Aperta, Troina, pp 103-130
- Baroncini D (2010) L'esperienza dell'Audit regionale in ambito perinatale. Atti 5° Workshop Italiano sull'Audit Clinico (Bertinoro 4-5 giugno 2010)
- Engel GL (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196:701-708
- Facondini E, Romeo N, Russo M, Baldoni F (2007) Essere fratelli di neonati pretermine. Atto XIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Neonatologia (Rimini, 20-23 maggio 2007), Biomedica, Milano, p 254
- Imbasciati A, Dabrassi F, Cena L (2007) *Psicologia Clinica Perinatale. Vademecum per tutti gli addetti alla nascita*. Piccin, Padova
- Marinopoulos S (2006) *Nell'intimo delle madri*. Feltrinelli, Milano, 2007
- Missonnier S (2005) *La consultazione terapeutica perinatale. Psicologia della genitorialità, della gravidanza e della nascita*. Cortina, Milano
- Soubieux MJ, Soule M (2007) *La psichiatria fetale*. Franco Angeli, Milano

Bibliografia Paragrafo 7.2

- Abidin RR (1987-2006) Parenting Stress Index. In: Guarino A, Di Blasio P, Muratori F et al (a cura di) *PSI Forma breve*. Organizzazioni Speciali, Firenze
- Baldoni F, Baldaro B, Benassi M (2009) Disturbi affettivi e comportamento di malattia nel periodo perinatale: correlazioni tra padri e madri. *Child Development & Disabilities – Saggi*, XXXVI, vol. 3, pp. 25-44
- Baldoni F, Ceccarelli L (2010) La depressione perinatale paterna. Una rassegna della ricerca clinica ed empirica (in corso di stampa)
- Baldoni F, Facondini E, Minghetti M et al (2009) Family attachment and psychosomatic development in preterm-born children. *Panminerva Medica (Suppl. 1, 3)* 51:7
- Baldoni F (2005) Funzione paterna e attaccamento di coppia: l'importanza di una base sicura. In: Bertozzi N, Hamon C (a cura di) *Padri & paternità*. Edizioni Junior, Bergamo, pp 79-102
- Baldoni F (2009) La famiglia incompleta: attaccamento di coppia e crisi della genitorialità. In: Crocetti G, Tavella S (a cura di) *Intimità e solitudine della coppia-famiglia nella cultura del clamore*. Edizioni Città Aperta, Troina, pp 103-130
- Baldoni F, Facondini E, Landini A et al (2007) Development of Attachment in Families with Preterm Child: a Long-Term Study. *DMM Meeting, Newcastle, UK*, pp 17-18
- Baldoni F, Facondini E, Landini A, Romeo N (2008) Development of attachment and the role of father-mother-child relationship in families with a preterm baby: a preliminary report. In: IASA. Abstract 1st Biennial Conference of the International Association for the Study of Attachment (IASA), Bertinoro, 5-7 Ottobre 2008. Ge.Graf, Bertinoro, p 18
- Bayley N (2006) Bayley Scales of Infant and Toddler Development. 3rd edn, The Psychological Corporation, San Antonio, TX, USA
- Broom BL (1994) Impact of marital quality and psychological well-being on parental sensitivity. *Nursing Research* 43:138-143
- Costabile A, Veltri R (2003) La nascita pretermine e il rapporto madre-bambino. *Età Evolutiva* 75:115-122
- Cox SM, Hopkins J, Hans SL (2000) Attachment in preterm infants and their mothers: neonatal risk and maternal representations. *Infant Ment Health J* 21:464-477
- Crittenden PM (1979-2004) CARE-Index: Coding Manual. Manoscritto non pubblicato, Miami, FL
- Crittenden PM (2005) CARE-Index: prima infanzia (0-15 mesi) Manuale per la decodifica. Manoscritto non pubblicato, Miami, FL
- Davis L, Edwards H, Mohay H (2003) Mother-infant interaction in premature infants at three months after nursery discharge. *Int J Nurs Pract* 9:374-381
- Davis L, Edwards H, Mohay H et al (2003) The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Human Development* 73:61-70
- Dickie JR (1987) Interrelationships within the mother-father-infant triad. In: Barman PW, Pederson FA (eds) *Men's transitions to parenthood: Longitudinal studies of early family experience*. Erlbaum, Hillsdale, NJ, pp 113-143
- Facondini E, Romeo N, Lazzari S et al (2009) Il disagio emotivo dei fratelli di nati pretermine. Atti XV Congresso Nazionale della Società Italiana di Neonatologia (SIN) (Bologna, 12-15 Maggio 2009). Biomedica, Milano, p. 396
- Fava Vizziello G, Rebecca L, Calvo V et al (1995) Nascita pretermine: rappresentazioni materne, attaccamento e sviluppo del bambino. In: Pazzagli A, Benvenuti P, Guerrini Degl'Innocenti B (a cura di) *Bambini e genitori: attaccamento e psicopatologia*. Loggia De' Lanzi, Firenze
- Field T (1981) Fathers' interactions with their high risk infants. *Infant Ment Health J* 2:249-256
- Gentili P, Contreras L, Cassaniti M, D'Arista F (2002) La Dyadic Adjustment Scale: una misura dell'adattamento di coppia. *Minerva Psichiatrica* 43:107-116
- Harrison MJ (1990) A comparison of parental interaction with term and preterm infants. *Research in Nursing & Health* 13:173-179
- Harrison MJ, Magill-Evan J (1996) Mother and father Interactions over the first year with term and

- preterm infants. *Research in Nursing & Health* 19:451-459
- Meltzer D, Harris Williams M (1988) *Amore e timore della bellezza. Quaderni di psicoterapia infantile*, 20, Borla, Roma
- Miceli PJ (2000) Birth status, medical complications, and social environment: individual differences in development of preterm, very low birth weight infants. *J Pediatric Psychol* 25:353-358
- Minde K (2000) Prematurity and serious medical conditions in infancy: implications for development, behaviour and intervention. In: Zeanah CH (ed) *Handbook of infant mental health*. Guilford Press, New York, NY
- Monti F (2000) *Viaggi di andata e ritorno zero-tre anni: sviluppo e patologia*. QuattroVenti, Urbino
- Negri R (1998) *Il neonato in terapia intensiva: un modello neuropsicoanalitico di prevenzione*. Cortina, Milano
- Parke RD (1981) *Paternità*. Armando, Roma
- Parke RD (1982) *Paternità*. Armando, Roma
- Poehlmann J, Fiese BH (2001) Parent-infant interaction as a mediator of the relation between neonatal risk status and 12 month cognitive development. *Infant Behav Dev* 24:171-188
- Radloff LS (1977) The CES-D Scale. *Applied Psychological Measurements* 1:385-401
- Riva Crugnola C, Albizzati A, Caprin C et al (2004) Modelli di attaccamento, stili di interazione e responsività nello sviluppo della relazione tra madre e bambino: elementi di adeguatezza e di rischio. *Nucleo Monotematico "Co-Costruzione dei processi relazionali precoci: fattori di rischio e di protezione"*. *Età Evolutiva* 78:66-76
- Singer LT (2003) Effects on infant risk status and maternal psychological distress on maternal-infant interactions during the first years of life. *J Dev Behav Pediatric* 24:233-241
- Spanier GB (1976) Measuring dyadic adjustment; New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *J Marriage Fam* 38:15-28
- Spiegelberger CD, Gorsuch RL, Lushene R et al (1983) *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Consulting Psychologist Press, Palo Alto
- Stern M, Karraker KH, Sopko AM, Norman S (2000) The prematurity stereotype revisited: impact on mothers' interactions with premature and full-term infants. *Infant Ment Health J* 21:495-509
- Tracey N (2000) *Parents of premaure infants. Their emotional world*. Whurr Publishers, London

Bibliografia Paragrafo 7.3

- Areias MEG, Kumar R, Barros H, Figueiredo E (1996a) Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of Edinburgh postnatal depression scale in Portuguese mothers. *Brit J Psychiatry* 169:30-35
- Areias MEG, Kumar R, Barros H, Figueiredo E (1996b) Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *Brit J Psychiatry* 169:36-41
- Ballard C, Davies R (1996) Postnatal depression in fathers. *International Review of Psychiatry* 8:65-71
- Chiarello MA, Orvaschel H (1995) Patterns of parent-child communication: Relationship to depression. *Clinical Psychology Review* 15:395-407
- Cramer B (1999) *Cosa diventeranno i nostri bambini? Curare le ferite precoci in modo che non lascino traccia*. Cortina, Milano, 2000
- Crittenden PM (2005a) *CARE-Index Toddler: Coding Manual*. Unpublished manuscript, Family Relations Institute, Miami, FL
- Crittenden PM (2005b) *Trainer's CARE-Index Course*. Corso di formazione tenuto dal 19 al 24 giugno 2005, Ha-Holmen, Norway
- Crittenden PM (2006) *CARE-Index Infant: Coding Manual*. Unpublished manuscript, Family Relations Institute, Miami, FL
- Crittenden PM (2008) *Raising Parents: Attachment, Parenting and Child Safety*. William Publishing, Portland, OR
- Crowell JA, Fleishmann MA (1993) Use of structured research procedures in clinical assessments of

- infants. In: Zeanah CH (ed) *Handbook of infant mental health*. Guilford Press, New York, NY
- Deater-Deckard K, Pickering K, Dunn J, Golding J (1998) Family structure and depressive symptoms in men preceding and following the birth of child. *Am J Psychiatry* 155:818-823
- Gelfand DM, Teti DM (1990) The effect of maternal depression on children. *Cinical Psychology Review* 10:329-353
- Halligan SL, Murray L, Martins C, Cooper PJ (2007) Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent offspring: A 13-year longitudinal study. *J Affect Disord* 97:145-154
- Lan A, Keville R, Morris M et al (1997) Postnatal depression and elation among mothers and their partners: prevalent and predictors. *Brit J Psychiatry* 171:550-555
- Lemola S, Stadmay, W, Grob A (2007) Maternal adjustment five mothers after birth: the impact of subjective experience of childbirth and emotional support from the partner. *J Reprod Infant Psychol* 25:190-202
- Magrin ME (a cura di) (2000) *Guida al lavoro peritale*. Giuffrè, Milano
- Marks M, Lovestone S (1995) The role of the father in parental postnatal mental health. *Brit J Med Psychol* 68:157-168
- Mrazek PJ, Haggerty RJ (1994) *Reduces Risks of Mental Disorders – Frontiers for Preventive Intervention Research*. National Academy Press, Washington, DC
- Mullick M, Miller LJ, Jacobsen T (2001) Insight into mental illness and child maltreatment risk among mothers with major psychiatric disorders. *Psychiatric Services* 52:488-492
- Murray L, Cooper PJ (1996) The impact of postpartum depression on child development. *Int Rev Psychiatry* 8:55-63
- O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM (1984) Prospective study of postpartum depression: Prevalence, course, and predictive factors. *J Abnorm Psychology* 93:158-171
- Onunaku N (2005) *Improving maternal and infant mental health: Focus of maternal depression. Zero to Three, July*. National Center for Infant and Early Childhood Health Policy at UCLA, Los Angeles, CA
- Rahman A, Iqbal Z, Bunn J et al (2004) Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness. *Archives of General Psychiatry* 61:946-952
- Tronick EZ, Als H, Adamson L (1979) Structure of early face-to-face communicative interactions. In: Bullowa M (ed) *Before Speech: the Beginning of Interpersonal Communication*. Cambridge University Press, Cambridge
- Tronick EZ, Cohn JF (1989) Infant-mother face-to-face interaction: age and gender differences in coordination and occurrence of miscoordination. *Child Dev* 60:85-92
- Tronick EZ, Gianino AF (1986) The transmission of maternal disturbance to the infant. In: Tronick EZ, Field T (ed) *Maternal Depression and Infant Disturbance*. Jossey Bass, San Francisco, CA
- Zaccagnino M, Carassa A, Rezzonico G (2007) *Depressione Post-Partum: rischio, prevenzione, trattamento*. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva* 21:2-41



Indice analitico

A

Abraham 5
 Accudimento 28, 30, 34, 48-49, 51-52, 91-93, 96, 100, 102, 117, 127, 148, 151-152, 156, 164, 170, 174, 176, 179-181, 204
 Adattamento 34, 36, 90, 97, 102-103, 110, 114, 124, 129, 179-180, 192-199, 211
 Adult Attachment Interview 30, 53, 87, 94, 121, 124
 Affect Disregulation 39
 Affect Regulation 39
 Affetti 23, 36-39, 48-50, 54, 57-58, 63, 82, 91-92, 147, 201, 204
 Affettivo 5-6, 13, 15, 18-19, 22, 27, 29-31, 33-39, 46-51, 53, 55-60, 63-64, 66, 83, 85, 88, 100-103, 111, 115-119, 121-123, 127-130, 132-133, 138, 140-141, 146-147, 152, 156-157, 159-162, 169-170, 176-177, 179, 181, 191, 193-195, 199, 201, 203, 205, 208-209, 211-212, 214-215
 Ainsworth 28, 31, 51, 55-57, 59, 85, 87-88, 93-95, 109-110, 114, 116-118, 121, 123, 129, 205
 Alleanza terapeutica 8
 Amore primario 46
 Analisi degli adulti 7, 14
 Angoscia, angosce 8-9, 11-14, 16, 20, 49, 54, 80, 91, 151, 154-155, 157-158, 160-161, 192-194, 207
 Ansia 101, 103, 157, 165, 169, 193, 196-197, 199, 202-203
 Ansioso-ambivalente (attaccamento) 29, 97

Ansioso-evitante (attaccamento) 29
 Apprendimento, apprendimenti 35, 38, 63-66, 68-69, 111, 156, 167-168, 179-181, 192, 203
 Approccio interattivo-cognitivista 49
 Attaccamento
 ambivalente 181
 disorganizzato 29
 evitante 29
 sicuro 28-29, 50, 52-54, 58-59, 61, 97, 102, 123, 152

B

Bick 17, 19
 Bion 13, 15, 17-19, 46, 55-56, 60-63, 66, 68, 83, 151
 Bisogni 16, 28-29, 30, 35, 46, 48, 55-56, 59, 91-92, 97-98, 123, 152, 160, 166, 170, 174, 179, 192-193, 204, 211
 Bowlby 18, 27-28, 31, 49, 51, 53-54, 57, 61, 79-90, 93-94, 109-111, 113-114, 116, 123, 125, 129, 145-146, 151
 Brazelton 32-34, 48, 164
 Burlingham 7-8, 14

C

Cambiamento 5, 31, 37, 47, 52, 80, 103, 111, 126, 138, 151, 161, 174, 179, 194
 Capacità genitoriale 55, 59, 146
 Caregiver, caregivers 27-28, 31, 33, 35-36, 39, 46, 51-53, 55, 58-61, 63-64, 66, 68, 87, 117, 148, 151, 155-156, 162, 175, 177

- CARE-Index 56, 95, 124-125, 127, 129-132, 134-134, 136, 139, 141, 172-173, 180, 196-198, 200, 205-206, 208, 215-216
- Cerebrale
 corteccia 122
 funzionalità 155
 macromorfologia 64
 maturazione 38, 167, 176
 struttura 167
 strutturazione 33
 sviluppo 168
- Codice genetico 167
- Cognitivismo 62, 68, 87, 91
- Cognitivo 31, 63, 66, 81, 95, 111, 119, 125, 168-169, 176, 181
- Competenza comunicativa 33
- Comunicazione
 implicita 34
 non verbale 33-34, 39, 170
 primaria 33, 53
- Condivisione affettiva 56
- Conflitti 11, 13, 20, 22, 49, 54, 99-100, 159, 178, 192-193, 210
- Consapevolezza 8, 54, 58, 61, 122, 151, 160
- Contenimento 16, 46, 60-61, 100
- Contenuti mentali 68
- Contesto sociale 33, 47
- Coscienza 5, 8, 11, 38-39, 55, 150, 209
- Costellazione materna 35, 48, 151
- Costruzione della mente 61-62, 160, 170
- Cramer 48-49, 54, 129, 203-204
- Cura psicoanalitica 6-7
- Cure
 materne 22, 40, 47, 84-85, 145-146
 primarie 168
- D**
- Depressione 36, 99-103, 129, 136, 138, 157, 165, 168-169, 171, 193, 200, 202-203, 205, 207, 214
- Depressione materna 36, 99, 103, 165, 168-169, 171, 200, 202-203, 207
- Diade, diadi 15, 17, 22, 32-36, 38, 47-48, 54, 56, 98, 114, 131-135, 137-138, 149, 161, 170-171, 173, 175, 201-202, 204-206
- Diadica
 interazione 35-36, 51, 57-58, 173, 203, 205
 sensibilità 130, 195, 197-198, 202, 205, 212
- Diadico
 contesto 130
 costruito 196, 201
 gioco 172, 208
 scambio 33
- Dialogo 6, 34, 39, 64, 132, 170
- Difesa, difese 8-9, 11-12, 45, 52-53, 85, 91, 178
- Dipendenza 13, 16, 47-48, 87, 148, 151, 158, 174
- Disforia post-partum 100
- Disorganizzato (attaccamento), *vedi*
 Attaccamento disorganizzato
- Disturbi
 mentali 60, 103
 psicosomatici 129, 203
- DMM, *vedi* Modello Dinamico Maturativo
- Dolto 21
- E**
- Educazione 4, 5-9, 17, 19-20, 82, 86, 171, 179, 191
- Emozione, emozioni 19-20, 23, 28, 33-37, 39, 51, 56-61, 84, 87, 91, 140, 157, 159, 165, 171, 204, 209
- Erikson 22, 147-149
- Esperienze
 cliniche 7
 preverbalì 49, 52
- Essere con l'altro 51
- F**
- Fantasia 9, 11, 13, 49, 87, 113, 150
- Fantasie inconscie (phantasy) 10-11, 49, 55, 150, 152
- Ferenczi 4-5, 17, 46, 48
- Fetale, fetali 32, 34, 63-64, 69, 165
- Fraiberg 47-48, 53
- Freud Sigmund 3-6, 10, 13-15, 20-21, 37-38, 45, 62, 79-80, 91, 98, 113
- Freud Anna 6-10, 14-15, 18-22
- Funzionamenti mentali 124
- Funzione
 di rispecchiamento 59-60

di specchio 17
 paterna 98-100
 riflessiva 51, 59-61, 87
 Funzioni mentali 62, 65

G

Generatività 97, 147-151
 Genitorialità 38, 88, 95, 97, 102, 145-151,
 153, 158-160, 175, 177, 179-181, 192-
 193
 Gestante 64

H

Hampstead Child Therapy Courses 8
 Hampstead Nurseries 7, 14
 Handling 16
 Harlow 81
 Harris 17-19, 195
 Holding 16
 Hug-Hellmuth 6

I

Identificazione, identificazioni 9, 11-12,
 16, 19, 46, 48-51, 54-55, 61, 87, 115,
 147, 151, 158-160
 Identificazione introiettiva 9, 12
 Identificazione proiettiva 9, 11-12, 19, 48-
 49, 51, 54-55, 87
 Identità 8, 17, 21, 35, 46, 48, 98, 102, 148-
 149, 151, 159
 Imitazione reciproca 33
 Infant Observation 19, 38, 50
 Infant Research 31-34, 36-37, 46, 49, 51,
 55-57, 64, 94, 98
 Intenzionalità comunicativa 34, 57-58
 Interazione diadica 35-36, 51, 57-58, 173,
 203, 205
 Interazione madre-bambino 28, 32, 35, 53,
 152, 172, 176, 213
 Interazioni 27-28, 31-32, 35-37, 39-40, 49,
 51-52, 54-55, 57-58, 62, 85, 98-99, 126,
 129, 132, 135, 137-138, 165, 170-172,
 175, 180, 198, 200, 212, 215
 Internal Working Model 27, 29, 89-90, 151
 Intersoggettività 33-34, 37-38, 57
 Interventi
 educativi 7

psicoterapeutici 175, 179
 Introiettiva (identificazione), *vedi*
 Identificazione introiettiva
 Introiezione 11-12, 36, 46
 Intrusione 53, 199, 204

J

Joseph 20
 Jung 5

K

Klein 5-15, 17-22, 46, 49, 53-55, 80, 82-
 83, 90

L

Lebovici 21, 47-48, 150, 160

M

Madre sufficientemente buona 15, 47, 161
 Mahler 18, 22
 Main 29-31, 33-34, 51, 53-54, 59, 87, 94-
 95, 109, 121, 171, 180
 Mannoni 21
 Maturazione cerebrale 38, 167, 176
 Meccanismi di difesa 8, 11-12
 Meltzer 17-20, 195
 Memoria implicita 39, 49, 51, 52-53, 63,
 66-68
 Memorie affettive 36
 Mente 14, 17, 20, 23, 29-30, 37-39, 48, 54,
 56-57, 60-66, 68-69, 80, 87, 111-112, 114-
 116, 121, 156, 159-160, 170, 181, 194
 Messaggi 167, 170
 Metodo psicoanalitico 3, 6, 45
 Metodologia 4, 6, 14, 19, 23, 27, 32-33,
 98, 129, 166, 176, 196, 206, 216
 Metodologia osservativa 19, 32-33
 Mirroring 17
 Modelli Operativi Interni 29-30, 49, 51-52,
 54-55, 58, 60, 89-91, 95, 114, 151-152,
 195, 200
 Modalità di osservazione 32, 176
 Modelli mentali 51-52
 Modello Dinamico Maturativo (DMM) 31,
 95, 109-110, 113-114, 116-119, 121, 124,
 179-181, 204

Motori

- deficit 167
- ritmi 35

N

- Nascita a termine 145, 148, 155, 165, 170
- Neonato 5, 14, 18-19, 22, 27, 32-34, 38-40, 46, 49, 53, 57, 62-64, 66-68, 99, 151, 155-156, 158, 160-161, 164-165, 167, 170-172, 175-177, 191-195, 204
- Neuropsichica (struttura), *vedi* struttura neuropsichica
- Neuroscienze 23, 37-38, 40, 46, 51, 57, 62-64, 67, 110, 167

O

- Object presenting 16
- Oggetti interni 11-13, 48, 53
- Oggetto buono 11-14, 80
- Oggetto cattivo 11-13, 80
- Osservazione 4-5, 7-8, 13-15, 18-19, 21-22, 27, 31-32, 35, 46-47, 49, 60-61, 83, 86, 94, 114, 124, 126, 135, 141, 153-155, 162, 164, 168, 176, 206, 208, 210-211, 215

P

- Parenting 145, 147, 152-153, 156, 159, 162, 171, 177, 179, 181, 200
- Patologia 8, 21, 36, 38, 48, 65, 155, 192, 209
- Pedagogia 5-7, 9-10, 145
- Pensiero 7, 14, 17, 19-23, 33, 46, 60, 63, 81-82, 85, 111, 125
- Pericolo 27, 67, 80, 89-91, 93, 97, 100, 102, 109-110, 113-115, 117-118, 122, 146, 157-158, 163, 165, 181, 193-195
- Posizione depressiva 12-13, 54
- Posizione schizoparanoidea 12, 53-54
- Preoccupazione materna primaria 16, 47, 100, 102, 161
- Pretermine 145-146, 153, 155-157, 159-178, 191-200
- Primi psicoanalisti 3-5, 21-22
- Processi
 - mentali 18, 23, 60, 62-63
 - psichici 4, 13, 46, 151
- Proiettiva (identificazione), *vedi* identifica-

zione proiettiva

- Proiezioni 20, 48, 68, 82
- Prospettiva triadica 98-99, 104
- Protezione 8, 11, 27-30, 53, 56, 81, 84, 87, 91-93, 96, 98, 110, 119, 127, 129, 145, 156, 158, 162-164, 166, 181, 204
- Psiche infantile 5, 27-28
- Psicoanalisi degli adulti 3, 9
- Psicoanalisi infantile 4-7, 9, 13-14, 17-18, 21-22, 27, 38, 45
- Psicologia sperimentale 63
- Psicopatologia 13, 47, 110, 121, 191, 203, 208
- Psicosomatico 38, 168
- Psicoterapia 8, 17-18, 21, 47, 95, 178

R

- Rappresentazione, rappresentazioni
 - mentali 35, 48, 54, 151, 159, 162, 180
 - Reflective self function 60
 - Regolazione degli affetti 38
 - Relazione 4-5, 7-10, 13, 15, 17-18, 20-22, 28-31, 33-38, 45-60, 64-65, 67-68, 80, 83, 86-91, 93-104, 113-115, 118-119, 123-127, 131, 147, 151-153, 156, 159-160, 162, 165-166, 168-176, 178-180, 191-194, 196, 199-200, 203-207, 210-213, 215-216
 - Responsività
 - materna 56, 59, 213
 - sensibile 51, 55-57, 59, 179-180
 - Reti neurali 38, 65, 167-168
 - Rêverie 19-20, 39, 56, 60, 64, 66, 68, 151
 - Ricerche sperimentali 32, 63
 - Riparazione 13, 35-36, 58, 212
 - Ritardi mentali 205
 - Rivière 13, 15, 82
 - Rottura
 - della relazione 131
 - interattiva 36
 - degli equilibri 149
- S**
- Sandler 15, 52, 54
 - Scissione 11-14
 - Segal 15, 19-20
 - Sensibilità materna 28, 51, 55, 85, 102, 132-133, 169, 181, 205

Senso di colpa 11, 13, 161, 193
 Senso del Sé 35, 54, 59, 203
 Separazione 15-16, 22, 28, 80, 83-86, 88-89, 91, 93-95, 99-100, 113, 116, 122, 160-161, 168-170, 193, 206, 208, 211-212, 215
 Sesso 81, 110, 113, 118
 Setting 3, 5, 9, 11, 17, 19, 28, 39, 50
 Sincronia 36-37, 57-59, 127, 130-132, 204
 Sintonizzazione affettiva 35, 56, 160, 212
 Sistemi di memoria 67, 94, 124, 126
 Società Internazionale di Psicoanalisi 3
 Spitz 22, 81
 Stati
 affettivi 19, 34, 36, 47, 50, 55, 57-58, 116-119, 122, 127, 129, 132, 140-141
 mentali 47-48, 54, 56, 60-61, 87, 91, 180
 Stern 32-33, 35, 37, 46-49, 51-52, 54, 56-58, 151, 160-161, 170, 194
 Stimoli
 ambientali 36
 sensoriali 121, 126
 Strange Situation 28, 30, 87, 94-95, 101, 114, 116, 171, 180
 Strategie 31, 37, 58-59, 67, 90, 110, 115, 117-119, 121-122, 124-126, 138, 141, 164, 176, 179-181, 192, 211
 Stress 57, 101, 157, 165-166, 168-169, 171-172, 174-175, 178, 194, 196-197, 199-200
 Struttura
 biologica 123
 funzionale 64-66, 68
 mentale 53, 62, 64-65
 neurale 62, 65, 123, 167
 neuropsichica 8, 19, 151, 167
 Strutturazione 5, 8, 16, 33, 36, 46, 52, 67, 69, 170, 180

T

Tecnica
 del gioco 6-8, 20
 di analisi dei bambini 5-7
 psicoanalitica 5-6, 8, 10
 psicoanalitica classica 8
 Tecnologie di videoregistrazione 47
 Temperamento 111, 130, 203
 Teoria del Protomentale 62, 64, 68
 Teoria dell'attaccamento 27-32, 37, 45-47, 49-57, 60-61, 66-67, 79-83, 85-87, 90-91, 94-95, 98-99, 109-111, 114, 123, 152, 171, 193, 199-200
 Teorie
 oggettuali 38, 46, 54
 psicoanalitiche 15, 51, 90
 Terapia Intensiva Neonatale 153, 155, 158, 161-163, 177, 191, 200
 Terapia psicoanalitica 4
 Transfert 8, 10, 22, 48, 91
 Trasmissione transgenerazionale 48, 50-54, 67, 84, 152, 175
 Trevarthen 32-34, 36-37, 46, 49, 57
 Tronick 32-34, 37, 46, 52, 57-58, 203-205
 Tustin 20

V

Videoservazione 32, 56

W

Winnicott 15-18, 46-47, 55-56, 59-60, 87, 90, 100, 102, 150, 159, 161

Finito di stampare nel mese di Settembre 2010