



Come valutare le cure materne, nello sviluppo del futuro individuo

PARTE SECONDA

Loredana Cena, Antonio Imbasciati (*)

La “sensibilità” materna

Nella interazione madre-neonato è fondamentale il processo di continuità e regolarità del legame: gli studi di Spitz (1946) hanno messo in evidenza che i bambini che non possono avere un contatto continuo e regolare con la madre mostrano sintomi di chiusura in se stessi, attraverso quella che viene definita la depressione anaclitica, con gravi disturbi dello sviluppo e della crescita. La ricerca sperimentale ha confermato ad esempio che nei piccoli degli animali la mancanza di un contatto continuo con la madre o la non regolarità di cure, o la carenza di esse hanno un effetto disorganizzante sull'omeostasi del piccolo. A questo proposito sono famosi gli studi di Hofer (1994): nei ratti le funzioni fisiologiche dei piccoli sono regolate da un contatto con la madre. Così il ritmo cardiaco, il ritmo respiratorio, ritmo del sonno e, la temperatura corporea, l'ormone della crescita. Gli studi di Hofer



circa le competenze di autoregolazione psicobiologica individuate negli scambi della diade (Hofer, 1978, 1981, 1994; Berardi, Pizzorusso, 2006) confermano attraverso evidenze sperimentali che la regolazione è una funzione fondamentale non solo per un legame equilibrato, ma per uno sviluppo psicofisico adeguato.

Il concetto di “sensibilità” materna è stato elaborato da Mary Ainsworth (1979): un comportamento di cura sensibile consiste nella capacità della madre di percepire i segnali del bambino, di comprenderli e di rispondervi in modo adeguato. La risposta materna per essere definita di “responsività sensibile” deve inoltre essere rapida, entro un tempo di frustrazione che sia sopportabile per il bambino; nel neonato è necessaria una particolare sensibilità, per non oltrepassare quelle che sono le sue possibilità di attesa, altrimenti la frustrazione può esaurire le sue possibilità di autoregolazione. La sensibilità va differenziata da ciò che si intende per iperprotezione: genitori sensibili favoriscono nel proprio figlio una crescente autonomia. I bambini di madri sensibili, e non iperprotettive, sono già in grado nel primo anno di vita di giocare autonomamente, di esplorare il proprio ambiente e nello stesso tempo di cercare la madre per ricevere consolazione e sicurezza nelle situazioni di stress; l'interazione con la loro madre è caratterizzata in questo caso da minore ansia e irritabilità. Questi bambini riescono a separarsi abbastanza facilmente dalle loro madri: dopo averle cercate ed essersi lasciati consolare, mostrano un comportamento più collaborativo nei confronti dei limiti che vengono loro imposti. Al contrario i neonati di madri meno sensibili sembrano più indipendenti dal sostegno della propria madre, ma mostrano più ansia, rabbia e sentimenti aggressivi, tanto da non essere in grado di giocare lontani

dal caregiver, né di tranquillizzarsi e interessarsi a giochi; accettano meno facilmente anche le limitazioni loro imposte. (Ainsworth et. al. , 1978).

Il concetto di “responsività sensibile” elaborato da Mary Ainsworth (1979), può comprendere molto bene le caratteristiche di continuità, regolarità, regolazione emotiva presenti nelle buone pratiche di cura che una madre rivolge al suo bimbo, costruito indicato da Stern come “sintonizzazione affettiva” (1985). Anche il concetto di madre “sufficientemente buona” di Winnicott (1965), cioè attenta ai bisogni del bimbo, che presta buone cure, può essere per certi aspetti equiparabile al concetto di madre adeguatamente sensibile della Ainsworth dove per sensibilità si intende la capacità di sintonizzazione col bimbo, inviando comunicazioni adeguate con modalità e nei tempi appropriati al soddisfacimento dei suoi bisogni.

La sensibilità non è determinata però solo dalle strutture psichiche e dallo stato d’animo interiore della madre, ma dipende anche dalle condizioni sociali circostanti: una madre sostenuta dal proprio compagno o dalla propria madre, o da altre figure di riferimento come ostetriche, puericultrici, o altri operatori sanitari e sociali, nonché da un buon ambiente, può concentrarsi sulle esigenze del proprio bimbo meglio di una madre che è sola ed è sopraffatta da molte incombenze.

Nei recenti contributi della psicologia clinica perinatale ciò viene indicato in altri termini come adeguatezza delle “cure materne”, matrice dello sviluppo del futuro individuo, che si trasmettono attraverso una “modulazione della affettività materna in strutture mentali primarie del bimbo” (Imbasciati, Cena, 2008). La psicoanalisi fa riferimento ai processi affettivi inconsapevoli e a come questi costituiscano la base dello sviluppo psichico infantile: l’affettività primaria è determinante nella costituzione del nucleo fondamentale dell’esperienza psichica del futuro individuo e viene esaminata nelle sue manifestazioni e modulazioni attraverso lo studio dello sviluppo della regolazione emotiva.

Imbasciati fa riferimento all’importanza fondante dei significanti di un preciso significato: intendendo con significanti le modalità più o meno adeguate di cura che una madre utilizza col suo bimbo; le modalità con cui le cure materne vengono trasmesse al bimbo veicola i significati, che andranno a costituire le strutture della mente nascente del bimbo (Imbasciati, Cena,1992).. Questa trasmissione avviene prevalentemente a livello di non consapevolezza nella madre, tanto più nel bimbo e viene di solito descritta in termini affettivi primari inconsci: i processi inconsapevoli attivano le modalità psichiche primarie nella madre, che si esprimono nelle cure con cui la madre accudisce il suo bimbo. Il veicolo è quello dei canali sensoriali, corporei, non verbali: quelli con cui la madre comunica col bimbo e quelli con cui questi risponde.

Come si evince, quanto denominato “sensibilità” in sede scientifica, nella comunicazione descritta dalla Ainsworth e da altri studiosi, è ben lungi dal concetto che il senso comune attribuisce a tal termine. Ciò è sovente fonte di equivoci negli operatori della nascita. Spesso si intende la sensibilità come una generica disponibilità, intenzionale e cosciente, del caregiver, e più ancora quando la si riferisce ad un operatore. Al contrario “sensibilità” in senso scientifico corrisponde a ben più precise modalità e caratteristiche, automatiche e inconse, con cui un caregiver “capisce” ciò che succede in un bimbo e adeguatamente vi risponde.

La “bontà” delle cure materne può pertanto essere espressa con tale sensibilità e si manifesta attraverso una adeguata regolazione emotiva della relazione, che a sua volta consente una qualità di apprendimenti che saranno tanto più ottimali quanto più questa relazione si costruisce attraverso una trasmissione di cure sintoniche ai bisogni del bimbo. La modulazione della comunicazione è costituita dal grado di sintonizzazione tra il bimbo e la sua mamma e permette al neonato di apprendere e strutturarsi, attraverso processi adeguati di regolazione emotiva.

A volte la madre può essere in difficoltà a comprendere e a rispondere in modo adeguato ai segnali che le invia il figlio, in quanto troppo occupata interiormente dai propri stati d’animo o esternamente da altri problemi contingenti; per il benessere del neonato è necessario però che ella interpreti correttamente i segnali che questi le invia, attribuendo loro un significato, senza incorrere nel rischio di interpretare in modo errato o distorto tali segnali, come risultato delle proprie esigenze o della proiezione di queste sul bambino.

La Ainsworth osserva una correlazione significativa tra la responsività sensibile della madre ai bisogni del bambino nel primo anno di vita e il tipo di attaccamento alla madre da parte del piccolo, valutato con la metodologia osservativa da lei strutturata della Strange Situation (Ainsworth et al, 1978). La responsività sensibile implica che la madre sappia reagire ai segnali del bimbo offrendo stimoli opportuni, senza iperstimolare o sottostimolare il bambino. La responsività sensibile della persona che si prende cura del bambino, è caratterizzata dalle qualità relazionali e di funzione regolativa che si manifestano nella reciproca attività comunicativa madre-bambino e costituisce un fondamento essenziale per la qualità di attaccamento che il neonato sta sviluppando. Il tipo di attaccamento che un bambino svilupperà dalla nascita in poi dipende dalla qualità del legame che si è stabilito con i suoi caregivers, rispondendo alle modalità di cura ricevute: a seconda di come i bisogni del bimbo potranno essere regolati questi potrà manifestare una modalità-stile- di attaccamento sicuro, o viceversa di tipo insicuro.

Nella teoria dell'attaccamento le cure adeguate che provengono da un caregiver sensibile contribuiscono alla costituzione di un modello di attaccamento definito "sicuro", in cui i due livelli della responsività, soddisfare i bisogni del bambino e nei tempi adeguati, se operano in maniera integrata, consentono al bambino di ripristinare il senso di sicurezza quando si trova in situazioni di pericolo. Un bimbo con una madre sensibile che risponde adeguatamente ai segnali che lui le invia, manifesta in genere uno stato affettivo positivo nell'interazione con lei, anche se può piagnucolare nelle brevi separazioni, mentre dopo separazioni più prolungate si lascia facilmente confortare, e riprende a svolgere le sue consuete attività.

Nel caso di attaccamento insicuro invece, le due modalità producono un conflitto o una dissociazione, il bambino non sperimenta un senso di sicurezza in quanto non gli viene data una risposta adeguata: le cure non sono appropriate all'espressione emozionale dei bisogni del bimbo. Nel caso di attaccamento insicuro- ambivalente la risposta è discontinua, le cure possono essere adeguate ma non giungono sempre nei modi e nei tempi necessari alla soddisfazione dei bisogni del bimbo; la madre può essere accessibile ma incoerente nelle sue responsabilità, o poco rispondente alle richieste di vicinanza e contatto. Se questo persiste il comportamento del bimbo può intensificarsi, mescolandosi a rabbia. Quando la madre risponde, il bimbo può comportarsi in modo ambivalente e presentare difficoltà a calmarsi: con un disagio maggiore per ogni minima separazione.

Nel caso di attaccamento insicuro-evitante, le cure materne non giungono né adeguate ai bisogni e neppure nei tempi necessari al bimbo: la madre è inaccessibile, non responsiva o responsiva in modo inappropriato. Se lo stress è limitato i bambini, si comportano in modo abbastanza simile ai bimbi ansiosi-ambivalenti, ma se la separazione è prolungata con uno stress elevato, questi bimbi nel momento della separazione mostrano poca difficoltà, ma al ritorno della madre la evitano, invece che ricercarne la vicinanza; alcuni possono manifestare un misto di evitamento e ricerca di prossimità al momento della riunione con lei. L'evitamento viene considerato una modalità difensiva, come il distacco che i bimbi piccoli manifestano a seguito di prolungate separazioni dalle madri. Queste madri si rivelano spesso come rifiutanti, arrabbiate in modo esplicito o mascherato, spesso con una avversione al contatto corporeo, soprattutto quando il bimbo mostra una richiesta maggiore di vicinanza: il bimbo è sottoposto a un grave conflitto tutte le volte che ha maggiori esigenze della vicinanza della madre, perché teme di ricevere un rifiuto da lei.

In questi casi il bambino tende a sviluppare delle strategie alternative, come quelle di distanziamento e inibizione dell'espressione emotiva, per ridurre l'indisponibilità della figura di attaccamento ed aumentare il senso di sicurezza. La strategia evitante può diventare col tempo un meccanismo anticipatorio, che sposta l'attenzione del bambino dagli stimoli in grado di attivare l'attaccamento, verso gli oggetti inanimati: è questo l'unico modo, di fronte all'incapacità del genitore di essere adeguatamente responsivo, per mantenere un'organizzazione flessibile del comportamento e una vicinanza accettabile con il caregiver (Main, Weston, 1982).

I diversi stili di regolazione emozionale tendono a perdurare e a modificarsi nel tempo, influenzando l'adattamento sociale nelle varie fasi evolutive. Per un'adeguata "comunicazione intrapsichica", 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 sperimentare nei confronti delle proprie figure di attaccamento, nel corso della sua storia infantile. L'impossibilità di accedere alla madre e alla sua disponibilità emotiva, può invece contribuire ad attivare nel bambino comportamenti di tipo difensivo che si esprimono primariamente a livello interazionale; come già segnalava Spitz (1965), osservando che i primi meccanismi di difesa del bambino hanno origine nell'ambito della sua relazione con la madre.

I pattern di attaccamento sono considerati come specifici stili di comunicazione e regolazione emotiva (Cassidy, 1994) che il bambino costruisce in relazione alle figure di attaccamento, adattandosi al grado di disponibilità emotiva dimostrata da queste ultime. L'attaccamento sicuro corrisponde alla capacità del bambino di comunicare apertamente ogni emozione, positiva e negativa, a un caregiver percepito come emotivamente disponibile; i pattern di attaccamento insicuro sono considerati delle strategie difensive adottate dal bambino, nei confronti della inaccessibilità emotiva della madre: l'attaccamento insicuro evitante comporta una rilevante riduzione dell'espressione delle emozioni, positive e negative, che il bambino rivolge al genitore e che si struttura per prevenire ulteriori rifiuti da parte di un caregiver sperimentato come non responsivo, mentre l'attaccamento insicuro ambivalente enfatizza nel bambino l'espressione di emozioni soprattutto di segno negativo, finalizzate a mobilitare l'attenzione del caregiver emotivamente indisponibile.

Un discorso più complesso riguarda un'altra modalità di attaccamento inadeguato, quello disorganizzato (Main, Solomon, 1986), dovuto a cure inadeguate: nel bimbo sono presenti comportamenti contraddittori, stereotipie, movimenti asimmetrici, congelamento o immobilità nella riunione col caregiver. In questi casi l'espressione comportamentale, assolutamente priva di uno scopo osservabile, di una motivazione intenzionale o della possibilità di realizzare un comportamento finalizzato, rappresenta una rottura delle strategie organizzate per affrontare lo stress e regolare lo stato emotivo (Main, Hesse, 1992). Le conseguenze a lungo termine di una rottura della strategia di regolazione affettiva, come quella presente nell'attaccamento disorganizzato, sembrano portare ad una difficile gestione dello stress e delle emozioni negative, attestate anche dalla presenza perdurante di elevati livelli di cortisolo nella saliva e dall'aumento della frequenza dei battiti cardiaci, ben oltre il tempo di esposizione allo stress (Van Ijzendoorn, Schuengel, Bakermans-Kranenburg, 1999).

Le situazioni che possono condurre ad una insensibilità materna sono diverse : se una madre non ha stabilito mai legami di attaccamento sicuro, difficilmente potrà rispondere al suo bimbo con modalità di cura tali da sollecitare in lui un attaccamento di tipo sicuro (Bowlby, 1973); se nella sua infanzia ha sviluppato nei confronti dei propri genitori un attaccamento di tipo ansioso, le richieste del bimbo le possono sembrare eccessive e potrà ritardare a rispondere o non rispondere del tutto con cure adeguate al bimbo, oppure inquietarsi alle sue richieste; questa modalità di attaccamento ansioso può essere tramandata dal genitore al figlio e da una generazione all'altra. Diversi studi hanno evidenziato una correlazione tra i dati raccolti con la Adult Attachment Interview (George, Kaplan, Main, 1986) somministrata ai genitori e i risultati alla Strange Situation somministrata ai loro figli (Main, Kaplan, Cassidy, 1985): sofferenze o lutti irrisolti della madre, derivanti da esperienze infantili con la propria madre, influiscono nella relazione con il figlio; in particolare la mancata responsività o una responsività non adeguata della madre nell'interazione con il bimbo ha origine in genere da separazioni traumatiche irrisolte o da perdita delle proprie figure di attaccamento.

La valutazione della qualità delle “cure materne”

Una modalità per valutare la qualità delle cure materne può essere quella di prendere in considerazione il costrutto di sensibilità del caregiver; la bontà delle cure con cui una madre accudisce il suo piccolo si manifesta attraverso una buona relazione bambino-caregiver. Uno strumento per la valutazione della qualità della interazione diadica è il Child-Adult Relationship Experimental Index (CARE-Index) di Patricia Crittenden (1988, 1994), una procedura di videosservazione, che si può applicare già alla nascita del bimbo fino ai 36 mesi.

Questo strumento si colloca nel quadro teorico della teoria dell'attaccamento e valuta i comportamenti che si manifestano nelle interazioni tra genitore e bambino e il modo con cui tra di loro sono funzionalmente collegati. La procedura del CARE-Index prende in considerazione indicatori quali la sensibilità, espressione della qualità delle cure genitoriali, e la cooperazione del bimbo. Lo strumento consente di effettuare screening precoci per individuare situazioni di rischio e di cure genitoriali non adeguate o addirittura dannose per lo sviluppo del bambino.

La Crittenden considera i costrutti della Ainsworth sulla qualità dell'attaccamento (gli “stili”) confrontandoli con lo specifico concetto di “responsività sensibile”; le funzioni che caratterizzano il comportamento di una persona che si prende cura di un bimbo in modo sensibile e responsivo, sono state prese in considerazione dalla Crittenden nel CARE –Index: la procedura di video-osservazione è costituita da una sequenza di interazioni di gioco libero tra un caregiver e un bambino, che ha la caratteristica di poter essere utilizzata non soltanto con le madri, ma anche con i padri, sin dalla nascita del bimbo, in ambiente naturale, o in un laboratorio, in condizioni non minacciose; la sua durata può variare dai tre ai cinque minuti.

Lo strumento valuta “caratteristiche diadiche associate all'attaccamento” (Crittenden, 2004): il costrutto principale del CARE-Index è la sensibilità e la responsività del caregiver ai segnali del bambino, attorno a cui si struttura il sistema di codifica dello strumento; anche se può sembrare una peculiarità individuale, la sensibilità non viene valutata a livello individuale, ma è considerata un “costrutto diadico”, valutabile all'interno della relazione. Nella interazione viene osservato come sensibile ogni comportamento adulto, che evidenzia uno stato di benessere e piacere nel bambino, con una riduzione del suo stato di disagio. Un caregiver è considerato tanto più sensibile quanto più riesce a rispondere in modo adeguato alle “specifiche caratteristiche individuali di quel bambino”.

Le videosservazioni vengono codificate seguendo una procedura precisa e dettagliata, che può venire condotta solo da codificatori esperti, formati attraverso percorsi rigorosi di addestramento, controllato da un gruppo scientifico internazionale di formatori e dalla Crittenden stessa, dopo aver conseguito evidenze statistiche di attendibilità.

La procedura di codifica prende in considerazione un periodo dello sviluppo dell'infante abbastanza ampio, da 0 a 36 mesi e pertanto i codificatori devono tener conto dei diversi aspetti e caratteristiche dei processi evolutivi e psichici del bambino, con le loro caratteristiche a seconda dell'età del soggetto: dalla nascita ai tre mesi di vita, l'attenzione va rivolta alla sincronia fisiologica della diade, specialmente alla capacità dell'adulto di prestare conforto e benessere al neonato, mantenendo un adeguato livello di attivazione nel bambino. Dai tre ai nove mesi, vanno osservate attentamente le modalità con cui nella diade si struttura la successione dei turni interattivi e la qualità dello stato di benessere e di piacere espressa dal bimbo. Dopo i nove mesi, fino ai quindici è interessante rilevare la qualità del gioco condiviso, che si configura attraverso sequenze organizzate. Nel periodo successivo dai quindici ai ventiquattro mesi una attenzione particolare va riservata al gioco con gli oggetti e i vari episodi di negoziazione sulle divergenze, che possono animare le sequenze interattive nella diade; dopo i due anni di età nell'interazione è prevalente la mediazione linguistica del gioco e la negoziazione sia dei progetti, che delle divergenze dei desideri.

Gli aspetti della comunicazione non verbale e verbale che vengono analizzati e codificati durante l'interazione diadica sono sette: quattro sono relativi alle caratteristiche dello stato affettivo (espressione del volto, espressione verbale, posizione dei due membri della diade e contatto corporeo, qualità dello stato affettivo complessivo) durante l'interazione. Gli altri tre sono aspetti

relativi alle scansioni temporali nella successione dei turni, al controllo e alla scelta dell'attività.

Di ogni comportamento viene considerata la "funzione" interpersonale (Crittenden, 2008): ogni configurazione comportamentale va codificata nel contesto del comportamento reciproco dell'altro membro della diade, considerando tutte le informazioni, in relazione alla "funzione" che un determinato comportamento ha per quella determinata diade, nel contesto di quella specifica relazione.

Le scale con cui è stato costruito lo strumento sono tre per il caregiver e quattro per il bimbo. Le scale per l'adulto valutano la dimensione della sensibilità del caregiver, oppure il controllo e la non responsività. Il comportamento del bambino viene valutato attraverso quattro scale, cooperante, difficile, compulsivo e passivo.

Quando il neonato manifesta stati di disagio, con pianto e agitazione, la madre può rispondere prevalentemente con comportamenti volti ad alleviare il suo stato di disagio, oppure essere eccessivamente controllante, con cure eccessive che possono invece aumentare la sofferenza del bimbo. Ci sono madri che adottano modalità di conforto incostante, oppure utilizzano segnali affettivi positivi falsi, ad esempio quando sono in collera, che diventano segnali confusivi per il bimbo, il quale a sua volta imparerà a inibire le manifestazioni di stati affettivi negativi per evitare le punizioni del genitore. E' necessario identificare la vera funzione e il significato di una configurazione comportamentale, che può essere anche ingannevole, in quanto con la comunicazione esplicita il soggetto può fare uso di significanti positivi (sorrisi, carezze, baci) che in realtà sottendono ostilità: ad esempio lo stato affettivo controllante nell'adulto può essere caratterizzato da una ostilità mascherata, attraverso un falso stato affettivo positivo, o una inibizione dello stato affettivo negativo e va pertanto considerato pseudosensibile.

Le madri classificate come sensibili rispondono prevalentemente con comportamenti volti ad alleviare lo stato di disagio del neonato: se la madre ogni volta che il neonato piange, arriva e risponde adeguatamente è "prevedibilmente responsiva" (Crittenden, 2008); il neonato apprende che tra il suo stato di disagio e l'arrivo della madre c'è una relazione. Queste "contingenze prevedibili" nelle interazioni consentono al lattante di imparare molto presto cosa aspettarsi da se stesso e dal caregiver. Le madri possono sintonizzare (Stern, 1985) i loro ritmi al livello di attivazione del bimbo, aiutandolo a passare dal pianto a un livello di quiete vigile, ad esempio prendendolo in braccio e cullandolo. Questi comportamenti vengono definiti dalla Crittenden (2008) come stati "condivisi di attivazione" e sono una importante modalità, che, se è costante e regolare nell'interazione, consente ai neonati di sentirsi in sincronia con la propria madre e di sviluppare ad un anno di età un attaccamento sicuro ed equilibrato (Ainsworth, et. al. 1978).

Quando il caregiver manifesta una sensibilità molto bassa, "a rischio", il comportamento può essere prevedibile, ma non in sincronia con il proprio neonato, se questi piange non lo conforta o arriva troppo tardi; oppure la sua attenzione è rivolta ad altre preoccupazioni e non si rende conto dei bisogni del lattante. Il neonato cresce imparando che non c'è risposta prevedibile alle sue azioni. Oppure i caregivers possono reagire allo stato di disagio manifestato dal proprio figlio attraverso maltrattamenti: quando il neonato piange si attivano in modo pronto ma aggressivo, prendendolo in braccio con modalità rabbiose e facendolo sentire ancora peggio. Il risultato è che il bimbo si agiterà ulteriormente e farà aumentare di conseguenza la stessa ansia materna, in un circuito che si autoalimenta pericolosamente. Una terza modalità di reazione è quella del caregiver che arriva prontamente e prevedibilmente, ma invece di tranquillizzare il bimbo negherà i suoi sentimenti attraverso risate e scherzi: il lattante si agiterà ancora di più, e questo renderà di conseguenza le madri sempre più inconsciamente spaventate e difensivamente sorridenti, nel tentativo di sdrammatizzare la situazione. I sentimenti negativi di entrambi i membri della diade si amplificheranno in sintonia (Crittenden, 2008). Da queste contingenze i neonati possono apprendere che quando si sentono a disagio fanno ridere il caregiver: in realtà essi avvertono inconsapevolmente gli stati affettivi sottesi e che i propri stati affettivi negativi sollecitano nel genitore altri stati affettivi negativi più intensi. Quello che i neonati possono fare in questi casi, e che si imprime nella loro maturazione neurologica, è l'apprendere a inibire gli stati affettivi

negativi. Ad un anno di età il bimbo svilupperà probabilmente un attaccamento insicuro-evitante (Ainsworth, et. al. 1978).

Un altro gruppo di caregivers, che presenta una sensibilità "marginalmente adeguata", si attiva al pianto del proprio bimbo, ma in modo imprevedibile, rispondendo rapidamente, oppure ancora prima che il neonato abbia manifestato qualche segnale di disagio: il comportamento affettivo negativo dei bimbi viene rinforzato positivamente, ma in modo imprevedibile (Crittenden, 2008). Le manifestazioni affettive negative restano attive ad alti livelli di intensità, creando disagio ai bimbi e ai genitori, che non sanno come regolare i loro comportamenti: non riescono a comunicare in modo reciproco, né a inibire gli stati affettivi negativi, ma vengono attivati da stati affettivi negativi misti, come paura, rabbia, desiderio di conforto, che non riescono a controllare. I bambini possono apprendere che i loro comportamenti ricevono risposte ambivalenti e tenderanno a manifestare, dopo la prima infanzia, un attaccamento insicuro-ambivalente (Ainsworth, et. al. 1978).

I caregivers, i cui figli presentano una configurazione di attaccamento di tipo sicuro, proteggono e consentono ai propri figli di crescere in situazioni di sicurezza e benessere. I genitori, i cui figli svilupperanno configurazioni di attaccamento di tipo insicuro-evitante tendono a trascurare i bisogni dei propri neonati, sopraffatti dai loro bisogni e proteggono se stessi, non i loro bambini; oppure sono genitori ipervigili e iperesigenti punendo le richieste dei lattanti con molta severità, fino al maltrattamento, in quanto non tollerano la sofferenza e vorrebbero bambini sempre felici.

I genitori dei bimbi che svilupperanno un attaccamento di tipo insicuro-ambivalente manifestano verso i loro neonati livelli medi di responsività sensibile: sono sempre troppo vigili in assenza di segnali, oppure sono iperattivi o troppo poco responsivi, ma non maltrattano i figli. I neonati sono molto attivati e manifestano disturbi della regolazione come disturbi del sonno, della alimentazione, della attenzione.

Conclusivamente potremmo sottolineare auspicando una maggiore formazione negli operatori della nascita, così come una più aggiornata cultura sanitaria generale su tale area. Solo in tal modo i nostri servizi potranno svolgere un'adeguata assistenza alle gestanti e alle madri: l'impresa varrebbe la pena di importanti investimenti, poiché si tratta di puntare sulla qualità dello sviluppo dell'infanzia

BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth M. S. D. , Blehar M. C. , Waters E. , Wall S. (1978). *Patterns of Attachment. Psychological Study of Strange Situation*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale, New Jersey.
- Sroufe L. A. (1996). *Lo sviluppo delle emozioni*. Cortina, Milano, 2000.
- Bakerman R. (1978). "Untangling streams of behaviours analysis of observational data". In: Sakett G. P. (a cura di), *Observing behaviour*. vol. 2, University Park Press, Baltimore
- Bakerman, R., Gottman J.M. (1986). *Observing interacion: an introduction to sequential analysis*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Bateson M. C. (1979). The epigenesis of conversational action: a personal account of research development. In: Bullowa M. (a cura di), *Before Speech: the Beginning of Human Communication*. Cambridge. University Press, Cambridge.
- Beebe B. , Gerstman L. (1980). The packaging of maternal stimulation to infant facial-visual engagement. A case study at four months. In: *Merrill-Palmer Quarterly*, 26, 321-339.
- Berardi N. , Pizzorusso T. (2006). *Psicobiologia dello sviluppo*. Laterza, Bari.
- Bion W. R. (1962). Una teoria del pensiero. Tr. it. *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Armando, Roma, 1970.
- Bowlby J. (1973). *Attachment and Loss*. Vol. 2: Attachment. Basic Books, New York. Tr. It. *Attaccamento e perdita Vol. 2: La separazione dalla madre*. Boringhieri, Torino, 1975.
- Bowlby J. (1988). Dalla teoria dell'attaccamento alla psicopatologia dello sviluppo, *Rivista di Psichiatria*, 23, 2, 57-68.
- Brazelton T. B. , Kozlowski B. , Main M. (1974). The origins of reciprocity. In: M. Lewis, L. Rosenblum (a cura di), *The effect of the infant on its caregiver*. Elsevier, New York.

- Cassidy J. (1994). Emotion regulation: influences of attachment relationship. In: Fox N. , (a cura di), *The development of emotion regulation. Biological and behavioural consideration*. Monographs of the 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.
- Cohn J. F. , Tronick E. Z. (1988). Mother-infant face-to-face interaction: influence is bidirectional and unrelated to periodic cycles in either partner's behaviour, *Developmental Psychology*, vol. 24, 386-392
- Crittenden P. M. (1988). "Relationship at risk". In: Belsky J. , Nezworsky T. (a cura di), *Clinical Implications of Attachment*. Erlbaum, Hillsdale, New Jersey
- Crittenden P. M. (1994). *Nuove prospettive sull'attaccamento*. Tr. It. Guerini, Milano, 2003
- Crittenden P. M. , (2004). CARE-INDEX. In: Lambruschi F. (a cura di), *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva*. Boringhieri, Torino.
- Crittenden P. M. (2008). *Il Modello Dinamico-Maturativo dell'Attaccamento*. Cortina, Milano.
- Emde R. N. (1992). Emozioni positive in psicoanalisi: sorprese teoriche dalla ricerca infantile e nuove direzioni di ricerca. Tr. It. Riva Crugnola C. (a cura di), *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*. Cortina, Milano, 1999.
- Fantz R. L. (1964). Visual experience in infants: decreased attention to familiar pattern relative to novelones. *Science*, 146, 668-670.
- Fogel A. (1982). Affect dynamics in early infancy: affective tolerance. In: Field T. , Fogel A. (a cura di), *Emotion and early Interaction*. Erlbaum, Hillsdale, New Jersey.
- Greenspan S. I. (1992). *Regulatory disorders. Infancy and early Childhood: the practice of clinical assessment and intervention with emotional and developmental challenges*. International Universities Press, Madison.
- Greenspan S. I. , Wieder S. (1993). Disturbi della regolazione. In: Zeanah C. H. , *Manuale di salute mentale infantile*. Masson, Milano 1996.
- George C., Kaplan N., Main M. (1986). *The Adult Attachment Interview. Department of Psychology*, University of California, Berkeley.
- Hofer M. A. (1978). Hidden regulatory Processes in early social Relationship. In: Bateson P. P. , Kopfer P. H. (a cura di), *Perspectives in Ethology*. Vol. 3, Plenum Press, London.
- Hofer M. A. (1981). *The Roots of Human Behavior*. Freeman, San Francisco.
- Hofer M. A. (1994). Hidden regulators in attachment, separation and loss, In: Fox N. A. (a cura di), *The development of emotion regulation: _Biological and behavioural considerations*. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 2-3, 192-207.
- Imbasciati A. (2008). Le cure materne: matrice dello sviluppo del futuro individuo. *Nascere*, XXXV, 4-14.
- Imbasciati A., Cena L. (1992). *La vita psichica primaria. Affetto e cognizione nell'infante*. Masson, Milano
- Imbasciati A., Cena L. (2008). Le cure materne in una prospettiva transgenerazionale. *Nascere*, XXXVII, 05, 8-24.
- Imbasciati A., Dabrassi F., Cena L. (2007). *Psicologia Clinica Perinatale*. Piccin, Padova
- Kreisler L. (1981). *Clinica psicosomatica del bambino*. Cortina, Milano
- Lichtenberg J. D. (1989). *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*. Tr. It. Cortina, Milano 1995
- Main M., Kaplan N., Cassidy J. (1985). Security in infancy childhood and adulthood: a move to the level of representation. Tr.it. Riva Crugnola, (a cura di), *Lo sviluppo affettivo del bambino*. Cortina, Milano, 1993.
- Main M. , Weston D. (1981). The quality of the toddler's relationship to mother and to father: Related to conflict behavior and the readiness to establish new relationships. *Child Development*, 52, 932-940.
- Main M., Solomon J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In: T.B. Brazelton, e M. W. Yogman (a cura di). *Affective development in infancy*, (95-124). Ablex, Norwood, NJ.
- Main M., Hesse E. (1992). Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati dei genitori. In: Ammaniti, M., Stern, D. N., *Attaccamento e psicoanalisi*. Laterza, Bari.
- Meltzoff A. N. , Moore M. K. (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science*, 198, 75-78.
- Meltzoff A. N. , Prinz W. (2002). *The imitative mind: Development, evolution and brain bases*.

Cambridge University Press.

- Murray L. , Trevarthen C. (1985). Emotional regulation of interactions between two-month-olds and their mothers. In: Field T. , Fox N. (a cura di), *Social Perception in Infants*. Ablex, Norwood, 177-197
- Rizzolatti G. , Fadiga L., Fogassi L., Gallese V. (2002). From mirror neurons to imitation: facts and speculations. In: Meltzoff A.N., Prinz W., (a cura di), *The imitative mind*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Sander L. (1962). *La negoziazione nella prima interazione madre-figlio*. Tr. it. In: *Sistemi viventi*. Cortina, Milano, 2007
- Sander L. (1987). Awareness of inner experience: a system perspective on self-regulatory process in early development, *Child Abuse and Neglect*, vol. 11, 339-346.
- Sander, L. W. (2000). Where are we going in the field of infant mental health? *Infant Mental Health Journal*, 21(1-2), 5-20.
- Shaffer H. R. (1977). *L'interazione madre-bambino: oltre la teoria dell'attaccamento*. Angeli, Milano, 1984.
- Spitz R. (1946). Anaclitic depression. In: *The Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 313-342.
- Spitz R. (1965). *Il primo anno di vita del bambino*. Armando, Roma, 1975
- Sroufe L. A. (1989). Relazioni e disturbi delle relazioni. In: Sameroff A. J. , Emde R. N. (a cura di), *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*. Tr. it. Boringhieri, Torino, 1991.
- Stern D.N. (1985). The Interpersonal World of the Infant, Basic Books, New York. Tr.it. *Il mondo interpersonale del bambino*. Boringhieri, Torino, 1987.
- Stern D. N. (1974). Mother and infant at play: The diadic interaction involving facial, vocal and gaze behaviours. In: Lewis M. , Roseblum L. (a cura di), *The Effects of the Infant on its Caregiver*. Wiley, New York
- Stern D.N. (1998). *Le interazioni madre-bambino*. Cortina, Milano.
- Trevarthen C. (1979). Communication and cooperative in early infancy: A description of primary intersubjectivity. In: Bullona M. (a cura di), *Before Speech: The Beginning of Human Communication*. Cambridge University Press, London, 321-347
- Trevarthen C. (1980). The foundations of intersubjectivity: Development of interpersonal and cooperative understanding in infants. In: Olson D. (a cura di), *The Social Foundations of Language and Thought: Essay in Honor of J. S. Bruner*. Norton, New York, 316-342
- 984). Le emozioni nell'infanzia: regolatrici del controllo e delle relazioni interpersonali. Tr. It In: Riva J. (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
- Tronick E. Z. , Als H. , Adamson L. , Wise S. , Brazelton T. B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction, *American Academy of Child Psychiatry*, vol. 17, 1-13
- Van Ijzendoorn M. H. , Schuengel C. , Bakermans-Kranenburg M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249.
- Winnicott D. W. (1958). *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze, 1975
- Winnicott D. W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma, 1970
- Winnicott D. W. (1967). Mirror-role of the mother and family in child development. In: *The predicament of the Family*. A Psychoanalytical Symposium. Hogarth, London.
- Winnicott D. W. (1971). La funzione di specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile. Tr. It *Gioco e realtà*. Armando, Roma, 1974
- Wolff P. H. (1966). The causes, controls and organization of behavior in the neonate. *Psychological Issues* 5 monogr. 17. International Universities Press, New York.

(*) Cattedra di Psicologia Clinica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Brescia. Relazione svolta al Seminario di Studi " Vita prenatale e nascita: fondamenti della crescita", San Gemini, 22-23 Maggio 2009 - La prima parte della Relazione è stata pubblicata su NASCERE - 2, 2009