

S.I.P.P.O. - Società Italiana Psicoprofilassi Ostetrica
Presidente: Prof. Roberto Russo

ASSOCIAZIONE CULTURALE PROGETTO NASCERE

Seminario di Studi:
***“Vita prenatale e nascita:
fondamenti della crescita”***

Centro Congressi “A. B. Sabin”
(San Gemini Fonte)

Sono stati richiesti i crediti ECM per: Medici, Psicologi, Ostetriche



La valutazione della qualità delle cure materne

Cena Loredana

Intorno agli anni '70 nell'ambito della psicologia dello sviluppo si ha un cambiamento importante nei paradigmi della ricerca scientifica sperimentale: alcuni dei cambiamenti più significativi riguardano lo spostamento della ricerca a periodi di sviluppo, sempre più precoci. Questa svolta importante è da ricondursi (Stern, 1985) principalmente a cambiamenti nei metodi osservativi sperimentali: in primis all'osservazione e alla individuazione delle competenze precoci presenti non solo alla nascita ma già in epoca prenatale. La scoperta (Wolff, 1966) che i neonati non sono solo impegnati a dormire, mangiare, piangere, ma fin dalla nascita, durante la veglia, sono in uno stato di inattività vigile e rispondono alle sollecitazioni ambientali, stimola ad una osservazione degli infanti sempre più attenta: le scoperte attraverso osservazioni naturali vengono verificate in situazioni sperimentali, così si conferma che i lattanti riconoscono l'odore del latte della propria madre rispetto a quello di altre donne (MacFarlane, 1975, Widstrom et al., 1987). Sono paradigmatici i resoconti minuziosi delle osservazioni (Sander, 2000) dei ricercatori svedesi mentre seguono, a mezz'ora dalla nascita, il bimbo adagiato, pelle contro pelle, sull'addome della madre: il neonato rimane in uno stato vigile per 20-30 minuti, poi si muove verso il seno, la sua testa si gira da una parte all'altra spostandosi verso il capezzolo, apre la bocca e inizia a poppare; questa osservazione viene messa a confronto con quanto accade alla madre: se tutto questo avviene entro la mezz'ora dopo la nascita, si attiva una secrezione di ossitocina che determina una vasocostrizione nella madre e questo controlla l'emorragia post-partum e riduce il suo dolore.

Molte sono le scoperte sorprendenti sulle capacità neonatali: vengono messe a punto nuove procedure osservative adeguate per lo studio di neonati, spesso associate a metodi sperimentali o quasi sperimentali, che analizzano competenze particolari del lattante, come il riconoscimento postnatale della voce materna, lo studio delle capacità dei diversi sistemi sensoriali o l'analisi del codice emotivo o delle competenze di comunicazione con la madre (Fogel, 1982; Trevarthen, 1979). I ricercatori correlano stimoli più o meno complessi a risposte e reazioni del lattante (Fantz, 1964) utilizzando indici elettrofisiologici, come il battito cardiaco, l'elettroencefalografia, le risposte elettromediche, indici collegati a comportamenti motori, come i movimenti oculari, il tempo relativo di fissazione, la suzione non nutritiva o i metodi di adattamento. Con Infant Research le ricerche scientifiche sperimentali utilizzano nuove tecnologie nelle osservazioni del bambino, per studiare il suo sviluppo e la relazione con i suoi caregivers (Stern, 1974; Tronick et.al., ; Trevarthen, 1979; 1978 Fogel, 1982; Sander, 1987)

L'introduzione di strumenti d'indagine più raffinati danno un impulso nuovo alla ricerca: nella metodologia osservativa dell'interazione genitore bambino, nella ricerca e nella clinica, vengono introdotte tecniche audiovisive di videosservazione (Shaffer, 1977), e l'analisi dei dati viene effettuata attraverso l'analisi sequenziale delle interazioni che vengono osservate (Bakerman, 1978). Le videosservazioni consistono nella registrazione della osservazione diretta delle interazioni del singolo e della relazione genitore bambino. In genere i video delle interazioni genitore-bambino hanno una durata limitata e possono essere utilizzati per le osservazioni delle interazioni durante momenti di gioco libero, in situazioni in cui viene assegnato un compito da svolgere, oppure viene registrata l'interazione durante il pasto del bambino. Le

videosservazioni consentono di registrare il processo di osservazione delle interazioni mentre avvengono e che possono poi essere riviste più volte.

La ricerca può utilizzare strumentazioni in grado di rilevare aspetti dello sviluppo del bambino e della interazione che possono essere 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.

La tecnica innovativa della videoregistrazione consente di fissare e di rivedere ciò che viene osservato in ambito naturale nella sua integrità originale; la videoregistrazione permette anche di scegliere il livello di analisi di un evento, prendendo in considerazione diverse definizioni di unità comportamentale: dallo spostamento dell'indice di una mano al movimento globale del corpo di un bambino, viceversa dalla macroanalisi alla microanalisi di un movimento. Il dati osservabili videoregistrati consentono elaborazioni per l'analisi del filmato attraverso tecniche come l'accelerazione o il rallentatore, il fermo immagine. La videoregistrazione affina le possibilità dell'osservazione naturale in quanto il filmato si limita a fissare l'immagine ed è poi il ricercatore a scegliere l'informazione da estrarre.

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, ad un modello di sviluppo in cui il bambino è in continua interazione dinamica con l'esperienza della famiglia e il contesto sociale.

La ricerca relativa alla microanalisi dell'interazione vis-à-vis madre-bambino inizia negli anni '70 (Brazelton, Kozlowski, Main, 1974; Lewis, Rosenblum, 1974; Stern, 1971; Trevarthen, 1974) e introduce il paradigma dall'influenzamento bidirezionale nella comunicazione primaria. A partire dai primi processi imitativi del neonato nei confronti della mimica facciale della madre vengono rilevati processi di regolazione emotiva già nei primi giorni di vita (Meltzoff, Prinz, 2002): il bimbo è in grado di imitare espressioni del volto materno e questo costituirebbe la base delle prime forme di interazione tra il bimbo e i suoi caregivers. La ricerca neurobiologica sostiene queste ipotesi attraverso la scoperta dei neuroni a specchio, situati nella corteccia prefrontale che si attivano non soltanto attraverso un comportamento motorio eseguito, ma anche di fronte ad un comportamento motorio osservato nell'altro (Rizzolatti, Fadiga, Fogassi, Gallese, 2002).

Si mettono a punto costrutti sempre più articolati che consentano di comprendere e descrivere in modo più complesso la realtà del fenomeno indagato: in particolare per osservare e valutare le caratteristiche delle prime forme di interazione bidirezionale genitore- bambino; si individua il costrutto dell'intersoggettività che secondo Trevarthen (1979) si manifesta nella sua forma primaria nei primi sei mesi di vita del bimbo e secondaria dopo i sei mesi: nella comunicazione genitore bambino, dal secondo mese di vita fino al quinto, sono osservabili degli scambi di sguardi, sorrisi e vocalizzazioni, che si presentano con una alternanza di turni nella diade, tipici del dialogo tra adulti e rilevabili con tecniche microanalitiche. Secondo alcuni autori i segnali comunicativi del bambino ricevono significato e intenzionalità da parte della madre, mentre altri sottolineano la tendenza innata nel neonato a comunicare, che si esprime già nel secondo mese di vita (Shaffer, 1977). Il bimbo piccolo, a partire dai due mesi, è in grado di iniziare una comunicazione intenzionale con il genitore, orientando il capo verso di lui e concludendo la conversazione ad esempio girando altrove lo sguardo; si possono osservare delle protoconversazioni (Bateson, 1979) attraverso l'alternanza dei turni e lo scambio emotivo, (Sameroff, Emde, 1989).

Nel corso dei primi due mesi, accanto all'intersoggettività primaria si osserva nel bambino la capacità di esprimere emozioni (Trevarthen, 1984, 1990; Ekman, 1992; Tronick, 1989): il bambino ha la capacità di

rivolgersi verso stimoli specifici percepiti. L'articolazione delle emozioni primarie (gioia, sorpresa, collera, rabbia, tristezza, paura) diventa sempre più complessa, a partire dalla fine del secondo mese, fino all'anno di vita: nel corso del secondo anno di vita compaiono le emozioni sociali (vergogna, colpa, orgoglio). Il bimbo apprende a ricercare fin dalla nascita emozioni positive (Emde, 1992): se ad una sua vocalizzazione la madre gli si avvicina e sorride, fermandosi a giocare con lui, questo gli procura gioia, e favorirà la ripetizione dello stesso suono per riprovare ancora quella stessa emozione piacevole. Le prime rappresentazioni delle relazioni si organizzano rispetto alle aspettative delle emozioni positive, che orienteranno le successive esperienze relazionali del soggetto.

L'intersoggettività secondaria (Trevarthen, 1980) è osservabile dai cinque mesi: si manifesta con una frattura nella relazione tra genitore bambino, osservabile nella comunicazione faccia- faccia: il bambino rivolge la sua attenzione all'ambiente circostante, con una diminuzione della comunicazione con il caregiver. Verso i nove mesi il bambino rivolge la sua attenzione ad esplorare il mondo esterno e cerca di condividere con il genitore la sua attività esplorativa, con lo scopo di costruire significati comuni; fino a più complesse e articolate forme di regolazione emotiva e affettiva durante lo sviluppo (Trevarthen, 1990).

La comunicazione genitore bambino viene regolata da schemi della relazione che consentono ai membri della diade di predire e anticipare il comportamento dell'altro (Cohn, Tronick, 1987, 1988),

La regolazione emotiva è diventato un paradigma teorico molto utilizzato dalla teoria dell'attaccamento, per spiegare la formazione dei partner di attaccamento nei primi anni di vita, considerati come stili di regolazione delle emozioni che il bambino struttura rispetto alla disponibilità emotiva nell'interazione con i genitori (Cassidy, 1994). La regolazione del legame comporta la competenza del bambino, già presente alla nascita, di regolare i propri stati interiori, di organizzazione dell'esperienza e delle risposte comportamentali rivolte all'esterno (Sander, 1962, 1987; Stern, 1985; Lichtenberg, 1989). 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. La regolazione è una funzione fondamentale per lo sviluppo di un legame equilibrato e può essere causa di disturbi relazionali, spesso correlati a disfunzioni nei ritmi fisiologici fondamentali, cioè può essere caratterizzata da una iper-regolazione, in cui la relazione con i genitori è prevalentemente intrusiva e il bambino può adottare atteggiamenti di evitamento e di rifiuto, da ipo-regolazione in cui i genitori non rispondono adeguatamente alle richieste del bimbo, da inappropriata, in cui non è presente una adeguata sincronia tra le richieste del bimbo e le risposte genitoriali e da irregolarità e imprevedibilità nel comportamento del genitore oppure da disorganizzazione e caos, quali aspetti di massima confusione relazionale (Sameroff, Emde, 1989).

Sroufe (1996) osserva e descrive la regolazione emotiva come la capacità del bimbo, attraverso il genitore, di mantenere l'organizzazione comportamentale ad un livello adeguato di fronte a elevati stati di tensione. Le prime forme di regolazione emotiva si sviluppano nell'ambito della relazione diadica con il genitore; dopo una prima fase (0-2 mesi) in cui la regolazione della tensione nell'ambito dell'accudimento avviene in modo fisiologico, si osserva una seconda fase detta della "regolazione guidata" (3-6 mesi), in cui il genitore svolge un ruolo fondamentale aiutando con i suoi interventi specifici il bambino a modulare la sua tensione di fronte a emozioni intense. Questa funzione è osservabile nei giochi caratteristici di questo periodo, orientati sulla continua alternanza tra incremento e decremento della tensione emotiva tra genitore e bambino.

La fase successiva della “regolazione diadica”, osservabile nel secondo semestre di vita, consiste nel consolidarsi di specifici legami di attaccamento: il bambino rivolge intenzionalmente all’adulto interventi regolatori e al contempo inizia a formarsi schemi cognitivo-affettivi di queste esperienze, da cui prenderanno origine le successive relazioni. I tipi di attaccamento sicuro e insicuro, osservabili nel primo anno con la Strange Situation sono indicatori delle competenze regolatorie che il bimbo sta acquisendo, attraverso le relazioni con i suoi caregivers; il legame di attaccamento che si osserva nel corso del primo e del secondo anno di vita è correlato alla modalità di regolazione emozionale (Sroufe, 1996).

Quando il bambino è piccolo, dalla nascita fino al primo anno di vita la regolazione del legame viene individuata attraverso indicatori quali continuità, regolarità, responsabilità del genitore. 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 l’attività dei piccoli è regolata da un contatto continuo col calore della madre, il ritmo cardiaco dalla quantità di latte ingerito, il ritmo del sonno dalla regolarità con cui viene somministrato e l’ormone della crescita dalla continuità del contatto materno.

Nella interazione bambino-caregiver 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 analitica, con gravi disturbi dello sviluppo e della crescita.

La responsività sensibile implica che la madre sappia reagire ai segnali del bimbo in modo adeguato, offrendo stimoli opportuni, senza iperstimolare o sottostimolare il bambino; la reazione materna dovrebbe essere rapida, cioè la madre dovrebbe intervenire in un tempo in cui la frustrazione è ancora tollerabile per il bambino. La responsività implica qualità relazionali che si manifestano nella reciproca attività comunicativa madre-bambino: la funzione regolativa si esprime con modalità in cui le emozioni attivano il sistema di attaccamento, attraverso l’espressione dei bisogni del bimbo alla madre e a un livello superiore con modalità in cui le emozioni restituiscono informazioni al bambino, 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 di attaccamento che si è stabilito con i suoi caregivers 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, viceversa di tipo insicuro.

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.

Una osservazione naturalistica della relazione bambino-caregiver, registrabile attraverso una procedura di videosservazione, che si può applicare già alla nascita del bimbo è stata ideata da Patricia Crittenden (1988, 1994) con il Child-Adult Relationship Experimental Index (CARE-Index): questo è uno strumento che consente di valutare la qualità della interazione diadica, che può essere osservata tra il neonato e i suoi caregivers, dalla nascita fino ai 36 mesi di vita del bimbo.

La procedura del CARE-Index prende in considerazione indicatori quali la sensibilità genitoriale e la cooperazione del bimbo e consente di misurare caratteristiche diadiche, associate all'attaccamento. Questo strumento si inserisce nel quadro teorico della teoria dell'attaccamento, valuta specifiche relazioni, non tipologie di individui, cioè i comportamenti che si manifestano nelle interazioni tra genitore e bambino e il modo con cui tra di loro sono funzionalmente collegati.

Il CARE-Index è uno strumento che è stato sviluppato sia per scopi di ricerca, sia per orientare interventi clinici; è stato ideato dalla Crittenden, a seguito di lavori clinici sulla tutela dei minori, nel tentativo di sistematizzare le procedure di osservazione delle interazioni genitore-bambino, per poter procedere ad una valutazione delle situazioni di abuso e trascuratezza. Si rivela pertanto uno strumento molto utile in psicologia clinica perinatale in quanto, attraverso una valutazione della relazione primaria, consente di effettuare screening precoci per individuare situazioni relazionali a rischio, o che non sono adeguate o addirittura dannose per lo sviluppo del bambino, nell'intento di apportare quanto prima un aiuto alla diade in difficoltà, attraverso un intervento psicoterapico.

La Crittenden prende in considerazione in particolare i rilievi di una allieva di Bowlby, la Ainsworth (1979, 1985) sulla qualità dell'attaccamento (gli "stili") confrontandoli con lo specifico concetto, della stessa Ainsworth (1979) quello di "responsività sensibile" e sviluppando particolarmente quest'ultimo a partire dalla nascita del bimbo, nella relazione primaria, e seguendone gli effetti durante tutta la crescita fin oltre l'anno di età.

La responsività sensibile della persona che si prende cura del bambino, che comprende le qualità relazionali e di funzione regolativa che si manifestano nella reciproca attività comunicativa madre-bambino, costituisce un fondamento essenziale per la qualità di attaccamento che il neonato sta sviluppando, ma può essere più finemente osservata per individuare, oltre a categorie in cui può essere codificato il tipo di attaccamento, anche per valutare in ogni singola interazione il messaggio che una madre invia al suo bimbo e se questo costituisce o no una risposta adeguata a corrispondenti richieste del bimbo. In altri termini tale caratteristica materna viene utilizzata per indagare e valutare che tipo di dialogo, effettivo o incongruente si stia svolgendo tra genitore e bimbo.

Sono state rilevate correlazioni statistiche tra un comportamento di accudimento sensibile della figura di riferimento e la sicurezza di attaccamento dei bambini, valutabile poi ad un anno di età con la procedura della Strange Situation (Ainsworth, 1978). Le peculiarità di un comportamento di "cura sensibile" consistono nella capacità della madre (o del caregiver) di percepire i segnali del bambino con attenzione e senza incertezze di comprensione. Un caregiver è sensibile se è in grado di comprendere correttamente il segnale che gli invia il neonato, altrimenti può interpretarlo in modo errato o distorto in quanto troppo orientato sulle proprie esigenze o per problemi psichici personali, che possono venire proiettati sul bambino.

In un comportamento di accudimento sensibile è fondamentale che l'intervento sia adeguato ai bisogni del bimbo: può essere necessario un po' di tempo alle madri per imparare a distinguere se il pianto del figlio sia da attribuire a fame, noia, protesta, o dolore. Quasi tutte le figure di riferimento hanno bisogno di un

periodo di esperienza, per capire, per esempio, quale sia il bisogno del bimbo quando emette il segnale del pianto e così pure hanno bisogno di apprendere quale sia la reazione più adeguata ai segnali, quando questi sono correttamente interpretati. Da parte del bimbo invece è necessario che impari a capire quando si sente adeguatamente soddisfatto, per esempio nel suo senso di fame, piuttosto che di bisogno di contatto, o di stimolazione, o di riposo.

La risposta materna per essere definita di “responsività sensibile” deve essere rapida, entro un tempo di frustrazione che sia sopportabile per il bambino; soltanto madri molto sensibili riescono a percepire i segnali del bambino, quando questi sono solo accennati. Ci sono diverse opinioni che differiscono notevolmente su quale sia da considerare il livello ottimale di frustrazione, positivo per la crescita del bambino, e rispetto a quale fascia di età esso possa variare. Nel neonato è necessaria una particolare sensibilità genitoriale, per non oltrepassare quelle che sono le sue possibilità di attesa, altrimenti la frustrazione può esaurire le sue possibilità di autoregolazione. La richiesta di un soddisfacimento immediato va valutata in base all'età del bambino: nel neonato il tempo di frustrazione ottimale è minimo; crescendo nell'età, l'ottimalità può comportare tempi più lunghi.

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.

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, Grossmann et al., 1985).

Le funzioni che caratterizzano il comportamento di una persona che si prende cura di un bimbo come “responsività sensibile”, sono state prese in considerazione dalla Crittenden nel costrutto del CARE –Index, per valutare la qualità della interazione caregiver-bambino, in particolare la sensibilità dell'adulto in un contesto diadico. Si tratta di una procedura di video-osservazione di una sequenza di interazioni di gioco libero tra un caregiver e un bambino, che ha la caratteristica rispetto ad altre (Stern, 1974; Murray, Trevarthen 1985; Tronick et al., 1978, Fraiberg, et al., 1975; Beebe et al., 1980), 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, e la sua durata può variare dai tre ai cinque minuti, non più breve che due.

Bowlby riteneva che fosse prevalente l'attaccamento ad una figura affettiva di riferimento, che era quasi sempre la madre, ma recenti studi hanno evidenziato che la competenza del bimbo, presente alla

nascita, a stabilire relazioni significative con altre figure affettive di riferimento sia sperimentalmente dimostrabile anche attraverso la teoria dell'attaccamento (De Wolff e Van Ijzendoorn, 1997): le ricerche sull'attaccamento padre-bambino (Main, Weston, 1981) mostrano come il bimbo sia in grado di avere con la figura paterna un legame del tutto simile a quello con la madre, anche se con caratteristiche peculiari.

Il contesto del CARE-Index non prevede l'introduzione di variabili che attivino stati di stress nella relazione: lo strumento non valuta l'attaccamento, ma i precursori dell'attaccamento, ovvero le "caratteristiche diadiche associate all'attaccamento" (Crittenden, 2004). Le situazioni create per valutare l'attaccamento come succede nella Strange Situation, prevedono invece l'introduzione di una condizione stressante che consente di poter rilevare le strategie di protezione del sé che i soggetti attivano di fronte al pericolo.

Il costrutto principale del CARE-Index è la sensibilità 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" (Crittenden, 2004), 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" (Crittenden, 2004).

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, ad esempio va prestata attenzione alla sincronia fisiologica nella diade, in particolare alla capacità dell'adulto di prestare conforto e benessere al neonato, mantenendo un adeguato livello di attivazione nel bambino. Nel periodo di sviluppo successivo, fino ai nove mesi, è necessario osservare con attenzione la modalità con cui nella diade si struttura la successione dei turni interattivi e la qualità dello stato di benessere e di piacere manifestata dal bimbo. Dai 9 ai 15 mesi l'osservazione deve focalizzarsi sulla qualità del gioco condiviso, che si configura attraverso sequenze organizzate. Più tardi dai 15 ai 24 mesi occorre tenere in considerazione il 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 della diade 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 i lattanti manifestano stati di disagio, con pianto e agitazione, i caregivers possono rispondere prevalentemente con comportamenti volti ad alleviare lo stato di disagio del neonato, oppure eccessivamente controllanti, che aumentano la sofferenza del bimbo. Ci sono caregivers 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.

Nella prima infanzia i problemi che un lattante deve affrontare sono: imparare quali segnali influenzino il comportamento dei suoi caregivers, dividerne gli stati affettivi come la sintonizzazione e regolare la sua attivazione per mantenere nel tempo uno stato sempre più vigile ma moderato e attento. La non adeguata funzionalità di questi apprendimenti con le figure di riferimento può portare allo sviluppo nel lattante di una inibizione o una esagerata attivazione affettiva. Se poi queste strategie non funzionano adeguatamente da cambiare la qualità dei comportamenti dei caregivers, egli adotterà progressivamente strategie sempre meno adeguate, cioè potrà diventare depresso, con un basso livello di attivazione, oppure disorientato, con un livello molto alto di attivazione oppure adottare una strategia inibitoria ma presentare una vulnerabilità alle intrusioni di alti livelli di attivazione. La Crittenden (2008) segnala che questi tre stati si manifestano come passività triste e ritirata, o agitazione, senza una specifica finalità o rivolta ad una interazione in cui sono presenti comportamenti di auto stimolazione, o stati critici di perdita di controllo in situazioni particolarmente stressanti.

I caregivers classificati 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, secondo la configurazione classificata di tipo B (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 è un caregiver la cui attenzione è rivolta ad altre preoccupazioni e non si rende conto dei bisogni del lattante: sono questi i genitori che tendono a trascurare i loro figli. 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, secondo la configurazione classificata di tipo A.

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, secondo la configurazione classificata di tipo C.

I caregivers, i cui figli presentano una configurazione di attaccamento di tipo B, 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 A 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 C 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 stati di malessere come disturbi del sonno, della alimentazione, della attenzione.

L'attaccamento è una condizione interpersonale, la sua organizzazione nei bambini piccoli dipende dal comportamento delle figure di attaccamento: l'intervento psicoterapeutico nei casi di attaccamento insicuro, di trascuratezza o abuso viene diretto contemporaneamente, se è possibile, anche alle figure di attaccamento.
