Psicoanalisi e prospettive evoluzionistiche dell'attaccamento: un progetto di prevenzione, per la tutela della salute mentale perinatale

11

L. Cena, A. Imbasciati

11.1 Psicoanalisi e Teoria dell'Attaccamento verso convergenze e integrazioni: i punti di sovrapposizione epistemologica secondo la prospettiva di Fonagy

Nel precedente testo "*La relazione genitore-bambino* (Cena, Imbasciati, Baldoni, 2010; capitolo 3) abbiamo cercato di esplorare i due ambiti teorici della psicoanalisi e della teoria dell'attaccamento attraverso un excursus che ci permettesse di focalizzarci sui cambiamenti che in questi ultimi decenni si stanno verificando in entrambi i versanti. Per la ricerca di un'integrazione, i principi teorici e i testi paradigmatici a cui facciamo riferimento sono quelli di Ammaniti e Stern (1992) e di Fonagy,"Psicoanalisi e Teoria dell'Attaccamento" (2001) e "Attaccamento e funzione riflessiva" (Fonagy, Target, 2001), che riteniamo fondamentali per identificare i punti di contatto tra le due cornici di riferimento, attraverso un'integrazione affine al nostro approccio teorico e clinico. La psicoanalisi e la teoria dell'attaccamento si stanno muovendo verso lo stesso obiettivo: la comprensione evolutiva della personalità e del disturbo psicopatologico. Fonagy rileva come la teoria dell'attaccamento consideri la centralità delle relazioni nei disordini mentali e consenta agli psicoanalisti di partecipare al dibattito tra salute pubblica e basi scientifiche della pratica clinica privata.

Nel corso del tempo è andata aumentando la sovrapposizione di contenuti tra i modelli delle principali correnti della psicoanalisi e la teoria dell'attaccamento; in particolare l'opera di Fonagy (2001) ha messo in evidenza 4 punti importanti di sovrapposizione epistemologica tra le due teorie.

L. Cena (✉)
Professore Associato di Psicologia Clinica
Dipartimento Materno Infantile, Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università degli Studi di Brescia
cena@med.unibs.it

Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori. Loredana Cena, Antonio Imbasciati, Franco Baldoni
© Springer-Verlag Italia 2012

11

- L'attuale teoria dell'attaccamento e la psicoanalisi hanno entrambe come finalità epistemica la descrizione dei meccanismi interni responsabili della discrepanza tra realtà fattuale e realtà psichica (Fonagy, 2001).
- La focalizzazione sulle prime fasi della vita.
- La sensibilità materna.
- Il bisogno di relazione del bambino e la motivazione intrinseca a stabilire relazioni.

Cerchiamo ora di esaminarli più attentamente.

11.1.1 L'attuale teoria dell'attaccamento e la psicoanalisi

L'attuale teoria dell'attaccamento e la psicoanalisi hanno entrambe come finalità epistemica una descrizione dei meccanismi interni responsabili della discrepanza tra realtà fattuale e realtà psichica (Fonagy, 2001). La teoria freudiana con il modello strutturale (1923) ha messo in evidenza la costruzione di difese nel processo di sviluppo: Bowlby ne ha fatto argomento fondamentale della trilogia *Attaccamento e perdita* (1969, 1973, 1980). Negli sviluppi delle due matrici teoriche la teoria dei meccanismi di difesa, messa a punto da Anna Freud (1936), trova un corrispettivo psichico in termini di rappresentazioni mentali (Sandler, 1987), mentre dal vertice di riferimento della teoria dell'attaccamento la Crittenden, allieva di Bowlby, descrive comportamenti, e in particolare di pattern insicuri, evitanti e coercitivi come manifestazioni difensive. Nel primo caso rappresentazioni inconsce strutturatesi nel passato dello sviluppo individuale condizionano il prodotto difensivo che si traduce poi in conseguenti condotte nei confronti delle varie circostanze di realtà. Nel secondo caso la Crittenden osserva direttamente dai comportamenti, attraverso set sperimentali, che rivelano come essi siano fonti di atteggiamenti difensivi, strutturatisi anch'essi nel passato, equivalenti in ultima analisi a rappresentazioni, che originano il comportamento nella realtà fattuale dei rapporti interpersonali.

Fonagy (Fonagy et al., 1995) rileva come certe costanti transgenerazionali nei pattern dell'attaccamento possono essere spiegate come interiorizzazione delle difese del genitore che vengano sollecitate dal disagio del bambino.

11.1.2 La focalizzazione sulle prime fasi della vita

Focalizzazione sulle prime fasi della vita: la teoria dell'attaccamento e la psicoanalisi mettono entrambe in evidenza come nei primi anni di vita le aspettative di risposta emotiva da parte del bambino si siano cristallizzate nelle forme complementari a quelle cui l'adulto ha risposto, dando origine a pattern di comportamento interpersonale che condizionano la percezione e l'esperienza sociale del soggetto, modulandosi, nel caso di attaccamenti non sicuri, rispetto a comportamenti che sarebbero stati più adattativi.

Anche in psicoanalisi infantile (e nell'*Infant Observation*) si identificano le capacità che acquisisce il neonato e il bimbo nelle relazioni con i suoi genitori/caregiver,

focalizzandosi sulle prime fasi dello sviluppo: ciò consente di procedere nella clinica non soltanto attraverso ricostruzioni retrospettive dello sviluppo dei disturbi, ma di osservare direttamente i processi psichici nel loro evolversi, dall'infanzia all'età adulta. L'attuale clinica psicoanalitica dei bambini si pratica nella consultazione di bimbi insieme ai genitori (Vallino, 2002, 2009). Ciò ha portato importanti mutamenti anche nella psicoanalisi degli adulti, focalizzando l'attenzione alle relazioni strutturatesi nel passato infantile.

L'interesse per il "bambino reale" parallelamente all'interesse per il "bambino ricostruito", secondo Fonagy, intensifica la considerazione della psicoanalisi nei confronti della teoria dell'attaccamento.

11.1.3 La sensibilità materna

La sensibilità materna: un'attenzione particolare nell'ambito delle prime fasi della vita viene rivolta da entrambe le teorizzazioni alla qualità delle cure materne intesa in termini di sensibilità materna, che viene quindi ad essere considerata fattore basilare per un adeguato sviluppo psichicofisico del bimbo. Entrambe le teorizzazioni convergono che il livello di sensibilità materna non possa essere perfetto, ma piuttosto adeguato: le cure materne devono essere "sufficientemente buone" (Winnicott, 1962). La dizione di Winnicott interpreta bene il livello della qualità che dovrebbe avere l'accudimento del bimbo.

Il concetto di sensibilità materna viene declinato nella teoria dell'attaccamento attraverso una fine individuazione delle modalità comportamentali del caregiver. Per la psicoanalisi la sensibilità materna si valuterebbe dalle conseguenze nello sviluppo del bambino. Secondo l'approccio bioniano la sensibilità riguarda le capacità di contenimento del genitore (Bion, 1967) e di comprensione dell'esperienza che il bambino sta vivendo: il genitore che la comprende può bonificarla, restituendogliela in termini per lui tollerabili (Bion, 1962). Questa funzione materna, rêverie, viene interiorizzata dal bimbo, che apprende dall'esperienza relazionale con il genitore sensibile quella modalità di regolazione dei propri stati affettivi, in particolare di quelli negativi.

Secondo Fonagy il pensiero bioniano fornisce una prospettiva alternativa all'origine psicobiologica del bisogno del bimbo di interagire con gli adulti: il bisogno di protezione si esplica anche nella ricerca delle possibilità di apprendere le modalità di funzionamento di una mente adulta. Winnicott (1956) da parte sua sottolinea come il bimbo apprenda a conoscere i suoi stati emotivi attraverso ciò che gli sta rispecchiando il volto materno. Erikson (1950) è lo psicoanalista che, secondo Fonagy, meglio interpreterebbe i principi dell'attaccamento attraverso l'attenzione riservata al comportamento del genitore. La "fiducia di base" che il bimbo potrà acquisire, di cui parla l'autore, dipende dalle esperienze di soddisfazione di bisogni mentali che l'adulto saprà fornirgli, attraverso modalità di comportamento coerente e continuativo (Erikson, 1964) che, una volta appresi, permetteranno al bambino modalità adulte di un adeguato rapporto con la realtà. Erikson in altri termini evidenzia la necessità di una relazione con il genitore di reciprocità e di regolazione reciproca del-

le emozioni per la formazione di uno sviluppo equilibrato del bimbo: questo concetto nella teoria dell'attaccamento è equivalente alla sincronia interattiva; c'è dunque convergenza in entrambi gli indirizzi.

11.1.4 Il bisogno di relazione del bambino e la motivazione intrinseca a stabilire relazioni

Il bisogno di relazione del bambino e la motivazione a stabilire relazioni è l'assunto della teoria dell'attaccamento, ora condivisa dalla psicoanalisi attuale, rispetto alle prime controversie tra le due teorie: il legame di attaccamento bambino-caregiver non si baserebbe sulla soddisfazione dei bisogni fisici, ma su un bisogno indipendente, quello di relazione. Il concetto di vicinanza di Bowlby, secondo Fonagy, sembra inoltre sovrapponibile al concetto di contenimento di Bion (1967), anche se tra gli autori si possono ritrovare sfumature diverse sulla sua origine.

Man mano che la psicoanalisi si è evoluta, dalle prime concezioni endogeniste, a teorizzazioni relazionali, si è affermata sempre più la nozione che quanto prima era ritenuto spinta endogena, ancorabile quindi al biologico, era invece dovuto a uno sviluppo psichico interpersonale, ovvero ad apprendimenti precocissimi (Imbasciati, 2006 a), costituenti memoria implicita che, come tale, muove l'essere umano senza che egli ne possa avere coscienza alcuna.

11.2 Ulteriori aree di intermediazione epistemologica tra la Psicoanalisi e la Teoria dell'Attaccamento

I suddetti postulati, base integrativa per i due indirizzi, secondo Fonagy (2001) si articolano in ulteriori concetti più specifici.

Nella teoria dell'attaccamento vengono ad essere considerati i fondamenti cognitivi dello sviluppo emotivo in riferimento a una loro strutturazione nella memoria implicita (differente da altri sistemi di memoria) che fornisce pertanto una linea di continuità del comportamento sociale dall'infanzia all'età adulta.

Anche la psicoanalisi attuale, sottolineando l'assoluta inconsapevolezza (inconscio non rimosso) delle modalità relazionali primarie (Siegel, 2001), fa riferimento al sistema della memoria implicita (o procedurale): in particolare consideriamo la teoria del Protomentale (Imbasciati, Calorio, 1981; Imbasciati, 2006 b), esplicativa delle modalità di costruzione della mente. Punto di integrazione tra la teoria psicoanaliitica e dell'attaccamento riguarda pertanto il contesto relazionale dello sviluppo cognitivo, implicato nelle prime esperienze relazionali che costituiscono il contesto emotivo entro cui si sviluppano le funzioni cognitive. I pattern di interazione genitore-bambino si costituiscono in stili individuali di regolazione affettiva che a loro volta determineranno i pattern di interazione (Sroufe, 1990).

La regolazione affettiva, secondo la teoria dell'attaccamento, viene interiorizzata nell'ambito delle interazioni genitore-bambino e lo sviluppo delle funzioni simboliche di-

pende dall'armonia della interazione primaria: l'attaccamento sicuro consentirebbe lo sviluppo delle capacità attentive necessarie alla formazione di quelle simboliche. Secondo la psicoanalisi (Bion, 1959), attraverso il contenimento il bambino interiorizza la funzione di "trasformazione" del caregiver e attraverso questa impara a regolare i propri stati affettivi negativi. L'evoluzione della struttura cognitiva dipende dall'interazione genitore-bambino: la funzione simbolica, che da questa deriva, si svilupperebbe nello spazio transizionale tra il bambino e il genitore (Winnicott, 1953), e questo concetto, secondo Fonagy, richiama quello di base sicura di Bowlby.

La mentalizzazione è funzione simbolica fondamentale sia nella teoria dell'attaccamento che in quella psicoanalitica: la capacità di interpretare il proprio comportamento così come quello degli altri esseri umani in termini di stati mentali implica una capacità riflessiva, che consente di comprendere le sensazioni, i desideri, i pensieri dell'altro. La capacità di comprendere il significato delle azioni altrui è però subordinata alla capacità di attribuire significato alla propria esperienza. La funzione riflessiva è connessa all'attaccamento: ciò è dimostrato dal fatto che i padri e le madri che sono capaci di riferire stati mentali nella propria esperienza infantile di attaccamento (come nella Adult Attachment Interview) favoriscono lo sviluppo di un attaccamento sicuro nei loro bambini (Fonagy, Target, 1991). I genitori capaci di funzione riflessiva sono in grado di riflettere adeguatamente al bambino le emozioni che questo esprime e pertanto in tal modo gli insegnano a riconoscerle: questi a sua volta acquisirà funzione riflessiva, mentre cotali genitori sono anche quelli che più mantengono col bimbo comportamenti coerenti e rispondenti, cioè "sensibilità". Di qui l'attaccamento sicuro. Tali processi, descritti dalla Teoria dell'Attaccamento, sono sovrapponibili allo stato di contenimento, rêverie e restituzione descritto da Bion (1962). La psicoanalisi descrive pertanto l'attaccamento sicuro in termini di contenimento adeguato del genitore, mentre l'attaccamento insicuro sarebbe collegato all'identificazione del bambino con il comportamento difensivo del genitore: un genitore con pattern di attaccamento distanziante non riuscirà a rispecchiare adeguatamente lo stato di disagio del bimbo, e questi non potrà imparare a riconoscere le proprie e altrui emozioni mentre, se il pattern sarà preoccupato, lo stato di disagio del bimbo sarà rispecchiato in modo distorto ed esagerato dal genitore. In entrambe le esperienze il bambino non sarà messo nelle condizioni di veder rappresentato il suo reale stato mentale e poter così interiorizzarlo.

Dalla ricerca empirica viene così confermata la relazione tra sicurezza dell'attaccamento e funzione riflessiva. La sicurezza dell'attaccamento favorisce le capacità metacognitive e dipende dalla possibilità che ha il bimbo di poter esplorare la mente del genitore.

Inoltre attraverso i giochi del "far finta di" (Fonagy, Target, 2001) il genitore consente al bambino di sperimentare l'esistenza di stati mentali distinguibili dalla realtà. Il bambino si sente sicuro pensando allo stato mentale del genitore. Nel caso di attaccamento evitante anche il bimbo sfugge lo stato mentale, dell'adulto come del proprio, oppure si focalizza sul proprio stato di disagio escludendo l'intersoggettività e diventa "resistente". Il modello psicoanalitico della funzione riflessiva si allaccia in tal modo alla teoria dell'attaccamento nella consapevolezza di stati mentali acquisita intersoggettivamente: da notare che tale consapevolezza è implicita e pertanto non è omologabile a ciò che viene considerato introspezione (Bolton, Hill, 1996).

11

Il pensiero di Erikson è pionieristicamente rappresentativo di un'integrazione tra teoria dell'attaccamento e psicoanalisi.

Fonagy nota come il concetto di fiducia di base di Erikson (1950) implica la capacità di chiedere, ovvero un dialogo emotivo sintonico, e di accettare conforto del genitore. Tale mancanza di fiducia, secondo la teoria dell'attaccamento corrisponde a un attaccamento insicuro, che può derivare dall'incapacità di chiedere e ricevere conforto (resistenza) e/o dal ritirarsi in se stessi (evitamento). La fiducia di base sarebbe così corrispondente all'attaccamento sicuro: entrambi derivano dalla qualità della relazione materna e non dalla mediazione di gratificazione orale, come invece in precedenti formulazioni psicoanalitiche. La coerenza delle rappresentazioni mentali derivante da un dialogo sintonico che fa acquisire la funzione riflessiva spiega in che modo la fiducia di base può essere trasmessa transgenerazionalmente: l'acquisizione della funzione riflessiva permette al bimbo futuro adulto di avere una sensibilità materna capace di una sincronia interattiva e di una regolazione emotiva reciproca coi propri figli, cosicché questi acquisiranno a loro volta fiducia di base, oltre a una sensibilità adeguata a ben accudire i figli che avranno. Fiducia di base vuol dire sicurezza: ma anche nei casi in cui non si consegue una fiducia di base (attaccamenti non sicuri), paradossalmente, per l'innata propensione a stabilire legami di attaccamento, il bambino crea le condizioni per mantenere un minimo di sicurezza attraverso strategie diverse. Paradossalmente, ad esempio, nei casi di abuso, il bimbo ricerca il contatto con il genitore abusante perché un'esperienza prevedibile dà un senso di sicurezza maggiore di una situazione sconosciuta.

Un'analogia rilevata da Fonagy (2001) viene osservata tra la categoria di attaccamento insicuro (Main Cassidy, 1995) e la descrizione di posizione schizoparanoidea della Klein.

Altri concetti teorici che si possono collocare in un'area intermedia di integrazione delle due teorie, quella psicoanalitica e dell'attaccamento, sono quelli relativi alle rappresentazioni delle relazioni, intese come determinanti che derivano dall'impatto del mondo esterno su quello interno, soggette a possibili distorsioni e modificazioni che prescindono dalla realtà. I vari modi di "essere con" rilevati da Stern derivano da ripetute esperienze relazionali impressesi nella memoria implicita che corrisponderebbero a Modelli Operativi Interni. Secondo Stern il cambiamento terapeutico non si verificherebbe come conseguenza di un insight rispetto al ricordo di una esperienza, ma come conseguenza di esperienze che modificano la memoria implicita (Stern, 1994). Stern ritiene che gli schemi "dell'essere con" siano proprietà del sistema nervoso che sintetizzano gli aspetti invarianti dell'esperienza interpersonale e ipotizza che siano le fondamenta dei Modelli Operativi Interni (Stern, 1998).

Nell'ultimo suo testo *Le forme vitali* (2011) Stern affronta un aspetto molto nuovo e suggestivo nel campo delle rappresentazioni delle relazioni genitore-bambino nella prima infanzia dando in particolare un ruolo di maggiore rilievo all'esperienza corporea e al movimento. Si tratta di Gestalt percettivo-motorie che veicolano "affetti vitali", gli scambi affettivi tra madre e figlio. La sintonizzazione affettiva (che Stern in questo libro specifica derivata da una corrispondenza tra forme vitali) rappresenta l'esperienza di contingenza e condivisione tra madre e figlio delle forme dinamiche di vitalità, che vengono espresse attraverso modalità diverse di comporta-

menti ed espressioni corporee. Stern richiama il contributo delle neuroscienze per spiegare il funzionamento dei sistemi neurobiologici sul sistema di attivazione -arousal- responsabile delle motivazioni e delle azioni. Le forme dinamiche vitali sono poco considerate perché secondo Stern si traducono in atti motori e sono date per scontate, oscurate dalla percezione delle emozioni che le accompagnano. Non è possibile spiegare fenomeni come l'empatia, la comprensione reciproca e l'identificazione, senza intendere anche implicitamente le percezioni di movimento che identificano una certa persona. I movimenti fisici dipendono dal modo in cui la mente elabora l'esperienza dinamica percepita sia da una sua origine reale, sia da quella immaginaria.

Secondo Stern l'esperienza viene elaborata con modalità specifiche a secondo che si tratti di forma o di contenuto: c'è una codifica della forma dinamica e una codifica del contenuto. Il cervello, che sia un suono o la percezione visiva di un movimento, lo tratterà come un evento multisensoriale: una rappresentazione dinamica vitale. La rappresentazione di contenuto implica la valutazione dei mezzi in relazione alla finalità. Le differenze nelle forme vitali sono evidenti quando vengono pronunciate le stesse parole con diverso tono. Le due codifiche generano due distinti elementi della rappresentazione: dinamico vitale e modale-contenutistico. I due elementi sono da considerarsi in senso metaforico e per le neuroscienze corrispondono all'attivazione contemporanea di reti neurali diverse. Un'innovazione è, secondo Stern, considerare l'elemento vitale come elemento fondamentale: l'elemento modale-contenutistico sarà codificato insieme all'elemento dinamico-vitale.

L'elemento contenutistico della rappresentazione ci appare solo quando si struttura insieme con l'elemento dinamico-vitale: se manca l'elemento dinamico-vitale la codifica del contenuto avviene solo in modo digitale, ma non attiva mai un flusso analogico e dinamico che è ciò che contraddistingue l'attività umana. In tal caso non si potrebbero avere né movimento, né vitalità.

L'arousal e il tronco encefalico hanno un ruolo fondamentale nelle forme vitali: Stern descrive gli studi che confermano che i sistemi di arousal potrebbero rappresentare uno dei fondamenti neuro scientifici all'origine delle forme vitali, la forza fondamentale del sistema nervoso è l'arousal (Pfaff, 2006). L'emozione è solo uno dei possibili contenuti che possono caratterizzare l'esperienza dinamica di una forma vitale.

La relazione primaria genitore-bambino si basa prevalentemente su forme non verbali di comunicazione emotiva attraverso cui la diade impara a modulare uno scambio reciproco di conoscenze, che Stern definisce "conoscenze relazionali implicite": il termine inglese "implicit relational knowing " sta bene a indicare la natura dinamica e non statica di tale conoscenza. Questa conoscenza non è conscia, né verbalizzabile, appartiene alla memoria implicita. Le forme vitali degli eventi interpersonali appartengono alla conoscenza relazionale implicita: vengono infatti utilizzate molte informazioni dinamiche per riconoscere come si muovono le persone, come sorridono, si arrabbiano o quando sono realmente attente.

Stern e il suo gruppo, il Boston Change Process Study Group (BCPSG, 2010) stanno studiando queste competenze che i bambini devono imparare a gestire per lo sviluppo del loro mondo interpersonale. Nella prime fasi della vita il bimbo è sensibile alle forme vitali e il movimento è un aspetto importante; inoltre l'esperienza del bimbo piccolo è multimodale e multisensoriale perché le caratteristiche qualitative dei di-

versi sensi non sono ancora differenziate perfettamente. Lo stimolo che prende origine da una modalità sensoriale viene sperimentato innanzitutto come un flusso dinamico in movimento che poi si organizza in un profilo temporale, una forza, e una direzione intenzionale, manifestandosi come una forma vitale, una sorta di Gestalt.

Nella relazione genitore-neonato il comportamento spontaneo dell'adulto (madre sufficientemente buona) è costituito dalla qualità delle sue capacità dinamiche, oltre che dalla sua vitalità. Stern sottolinea come non esista nessun comportamento di bimbo sul quale un adulto sensibile non si possa sintonizzare e pertanto, durante un'interazione, la sintonizzazione affettiva (corrispondenza delle forme vitali) sollecita un dialogo e un comportamento che rivela i reali sentimenti del genitore. È molto interessante notare come le interazioni diadiche possano dare origine a momenti prolungati di attenzione e di attivazione reciproca. Questi particolari momenti sono definiti da Stern come "momenti di incontro" che attivano e sostengono il processo di attaccamento (Bruschweiler- Stern 2009): le forme vitali dunque assumono un'importanza rilevante nelle prime fasi dello sviluppo e starebbero alla base del processo di attaccamento.

11.3 Approccio psicoanalitico e prospettive evoluzionistiche dell'attaccamento con il DMM: possibili punti di forza e integrazione

La Teoria dell'Attaccamento in questi decenni, attraverso soprattutto gli allievi di Bowlby, ha ampliato gli orizzonti di studio e ricerca in una prospettiva evoluzionistica mediante lo sviluppo di modelli sempre più complessi e articolati (Cena, Imbasciati, Baldoni, 2010, Cap. 3-4). In particolare Patricia Crittenden (capitolo 5) ha aperto nuove prospettive con la creazione del Modello Dinamico-Maturativo dell'attaccamento, presentato nel precedente volume e approfondito nel presente testo, evidenziando molto dettagliatamente le numerose strategie che gli individui mettono in atto per far fronte ai contesti a più alto rischio.

Secondo la Crittenden esiste una complementarietà adattativa tra i comportamenti di cura dei caregiver primari e i comportamenti di attaccamento del bambino, la cui funzione principale è quella di garantire al piccolo le condizioni di sicurezza necessarie alla sua sopravvivenza, attraverso il mantenimento della vicinanza con una figura protettiva. L'attaccamento può essere considerato pertanto come un processo attivo di adattamento attraverso la messa a punto da parte del bambino di strategie finalizzate al raggiungimento della sicurezza, le cui modalità variano in funzione delle caratteristiche psichiche e comportamentali delle figure che, per quel bambino nella specifica situazione in cui egli viene a trovarsi, si prestano a un qualche attaccamento da parte di un bimbo che comunque cerca accudimento. Nei casi in cui esista un caregiver responsivo pienamente disponibile, il bimbo dispiega strategie che porteranno a un attaccamento sicuro; laddove invece la "qualità" delle cure del caregiver o le circostanze ambientali siano negative, il bimbo cercherà comunque un accudimento, qualcuno cui attaccarsi, sviluppando strategie che lo porteranno ad attaccamenti insicuri di tipo evitante o coercitivo ad alto indice, fino alla patologia. L'ap-

proccio della Crittenden ha il merito di enucleare una molteplicità di questi pattern, che quindi assumono valore diagnostico.

Le strategie di attaccamento possono andare incontro, nel corso dello sviluppo individuale, a riorganizzazioni e a trasformazioni evolutive anche ampie e significative, riconducibili sia ai meccanismi di crescita e di maturazione cognitiva, sia alla disponibilità di nuove significative esperienze di attaccamento (Crittenden, 1997).

Il nostro specifico interesse verso il Modello Dinamico-Maturativo (DMM) della Crittenden è motivato dal fatto che riteniamo che attraverso la teorizzazione di questa autrice sia possibile superare alcuni punti critici tra la psicoanalisi e la teoria dell'attaccamento. Attraverso la complessità della teorizzazione del DMM è possibile secondo noi una lettura più articolata dei pattern e sottopattern dell'attaccamento: tale modello è fruibile da molteplici vertici teorici (cognitivista, sistemico, dinamico).

Facciamo riferimento alle aree di criticità individuate da Fonagy (2001) e cerchiamo di evidenziare secondo un nostro vertice di lettura come la teorizzazione della Crittenden, sviluppata in questi ultimi decenni, ci sembra sia propulsiva di punti di forza verso un'innovazione epistemologica secondo linee evolutive a cui la psicoanalisi attuale, in particolare le nuove prospettive proposte dalla Psicologia Clinica Perinatale, fa riferimento.

Prendiamo in considerazione alcune delle criticità tra la teoria psicoanalitica e la teoria dell'attaccamento (Fonagy, 2001) e vediamo come sia possibile un'integrazione, attraverso la Teoria del Modello Dinamico-Maturativo di Patricia Crittenden.

- Una prima criticità riguarda la questione sollevata dalla teoria psicoanalitica secondo cui la teoria dell'attaccamento dovrebbe rivolgere una maggiore attenzione alle distorsioni sistematiche presenti nella percezione che il bambino ha del mondo esterno. La relazione tra le esperienze attuali e le rappresentazioni che ne derivano è complessa, soprattutto per il fatto che comportamenti simili del genitore possono essere vissuti e codificati in modo differente da bimbi diversi (Eagle, 1997). Contesti diversi, per esempio, differenze nel comportamento che il genitore manifesta verso due fratelli, possono spiegare alcuni di questi effetti, ma è probabile che le distorsioni nella percezione del soggetto siano anche dovute ad altri fattori interni al soggetto stesso. La Crittenden ha il merito di descrivere molto in dettaglio, attraverso i molteplici pattern di attaccamento, come si siano articolate le rappresentazioni dei genitori e il loro contributo al comportamento genitoriale interattivo (Cena, Imbasciati, Baldoni, 2010, pag. 126).
- Una seconda criticità espressa dalla psicoanalisi verso la Teoria dell'Attaccamento consisterebbe in una sua limitazione rispetto alla dimensione evolutiva: i teorici dell'attaccamento si sarebbero focalizzati prevalentemente sull'identificazione delle continuità fra le manifestazioni comportamentali e i pattern dell'attaccamento invece che sui prevedibili cambiamenti evolutivi che accompagnano la differenziazione maturativa del sistema di rappresentazione del bambino. La psicoanalisi ha focalizzato l'interesse sul modo in cui le rappresentazioni di sé, dell'oggetto e della relazione oggettuale evolvono nel corso dello sviluppo (Freud, 1965; Jacobson, 1964; Mahaler, Pine, Bergman, 1975). Se tale critica ha una sua consistenza nei confronti della teoria dell'attaccamento

presa in generale, riteniamo che lo sviluppo datole dalla Crittenden abbia la possibilità di poter evidenziare questa evoluzione e i suoi cambiamenti nel processo dinamico che accompagna la differenziazione maturativa del sistema rappresentazionale sia del bambino che dell'adulto (Crittenden, Landini, 2010).

- Un terzo elemento di criticità si riferisce alla discontinuità, presente nella classificazione dell'attaccamento. La Crittenden attraverso il Modello Dinamico-Maturativo (Crittenden, 2008) individuando molti sottopattern dell'attaccamento che possono complessificarsi nel corso dello sviluppo dell'individuo dall'infanzia all'età adulta, presenta una configurazione di maggiore continuità.
- Un quarto problema rimanda a quello che viene indicato come un semplicismo categoriale che la psicoanalisi rileva nella teoria dell'attaccamento. Tale critica può essere giustificata quando le classificazioni vengono considerate entità teoriche anziché cluster di comportamenti osservati. Il problema secondo Fonagy si presenta quando i clinici della teoria dell'attaccamento smettono di interessarsi ai meccanismi o ai processi psichici che possono sottostare a tali cluster comportamentali. Se invece si riflette su di essi, come è possibile fare attraverso le opportunità offerte dalla funzionalità del Modello Dinamico-Maturativo della Crittenden, e intenderli come manifestazioni di sistemi rappresentazionali influenzati da modi di funzionamento psicopatologici, è possibile diminuire il rischio di una reificazione.

Fonagy in particolare sta operando un avvicinamento alla teoria della Crittenden, attraverso anche l'utilizzazione di alcuni strumenti costruiti dall'autrice stessa: auspichiamo che questo processo di integrazione possa ampliarsi con l'organizzazione ulteriore di momenti di incontro, come lo scorso interessante convegno di Cambridge nel 2010.

11.4 Il Modello Dinamico-Maturativo in un progetto integrato di prevenzione perinatale

Da diversi anni stiamo cercando di sviluppare progetti secondo il Modello Dinamico-Maturativo dell'attaccamento con l'utilizzo di strumenti costruiti dalla Crittenden. In particolare vorremmo segnalare due progetti in corso: un progetto di ricerca con l'università di Bologna (Prof. Baldoni) sull'attaccamento nelle famiglie di bambini nati pretermine (Cena, Imbasciati, Baldoni, 2010, capitolo 6) , e un altro progetto interdisciplinare di prevenzione per la tutela della salute mentale perinatale "Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori nel periodo perinatale" tra la Cattedra di Psicologia Clinica (Cena, Imbasciati, Nodari, Di Filippo Ziliani, Doneda, Caramia) e la Cattedra di Ginecologia e Clinica Ostetrica II (Angela Gambino, del Dipartimento Materno Infantile della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi di Brescia), come presentato al convegno "Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori" (2011). Entrambe le ricerche in corso indagano aspetti del processo di sviluppo ed evoluzione del progetto generativo e genitoriale della donna e della coppia e del conseguente sviluppo del feto-neonato-bimbo nel periodo perinatale a partire

dall'epoca prenatale, al fine di poter intervenire precocemente in relazione a eventuali disagi intrapsichici e interpersonali delle madri, dei padri e conseguentemente dei figli.

Il suddetto gruppo multidisciplinare ha specifiche e diversificate competenze nell'area perinatale: Psicologia Clinica Perinatale (Imbasciati, Cena, Nodari, Di Filippo Ziliani), Ginecologia/Ostetricia Clinica II (Gambino) Master in genitorialità (Doneda)[1], statistica (Caramia)[2], integrando le quali è stato avviato il succitato progetto di screening e intervento longitudinale "Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori nel periodo perinatale", che stiamo svolgendo con madri e padri a partire già dal periodo prenatale[3]. Si sta così sviluppando una specifica Psicologia Clinica Perinatale (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007, 2011).

Un programma di salute mentale perinatale ha l'obiettivo di sviluppare percorsi di accoglienza, prevenzione, consulenza, intervento e prevenzione dei disturbi della genitorialità e delle disarmonie interattive precoci, attraverso un accompagnamento al complesso processo di genitorialità a partire dal periodo prenatale (Missionnier, 2005), in cui è possibile già cogliere indicatori di un'eventuale vulnerabilità genitoriale.

Il nostro progetto di prevenzione e intervento intende muoversi in una prospettiva integrativa tra l'approccio psicoanalitico e la teoria dell'attaccamento, secondo il Modello evoluzionistico Dinamico-Maturativo di Patricia Crittenden, con applicazioni cliniche e nella ricerca degli strumenti elaborati dall'autrice stessa, che cercheremo di illustrare.

Il disegno della ricerca, inoltre, intende ripercorrere alcuni processi di indagine che sono stati già sperimentati nel progetto coordinato da McHale (2010), evidenziati nei capitoli 2-3 parte prima. Obiettivo è lo studio dell'evoluzione della genitorialità in interazione con lo sviluppo psicofisico del bambino nel periodo pre- e postnatale con follow-up periodici fino a 30 mesi di vita del bimbo (McHale, 2010), in particolare la rilevazione di fattori di rischio come ansia, depressione e alessitimia, materne e paterne, in correlazione a vicende psicosomatiche della gravidanza, del parto, post partum e sviluppo del bimbo.

11.4.1 Fase prenatale

La pianificazione del progetto prevede un primo rilievo di dati attraverso uno screening che si articola in tre diversi momenti, durante il periodo prenatale. Il primo momento di indagine avviene in gravidanza, nell'ambito dei consueti controlli ostetrico-ginecologici: un primo follow-up preliminare di raccolta dati è stato già effettuato dalla ginecologa clinica (Gambino) che ha in "osservazione" la gravidanza fisio-

[1] La Dott.ssa Cecilia Doneda, Master Genitorialità, ha partecipato alla stesura dei questionari, alla raccolta e all'inserimento dei dati per l'elaborazione statistica.

[2] L'analisi statistica dei dati è stata effettuata dalla Dott. ssa Giovanna Caramia, Dipartimento di Metodi Quantitativi, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Brescia.

[3] Si ringraziano le coppie del territorio bresciano che hanno dato la loro collaborazione al progetto in corso.

11

logica. Sono stati raccolti dati ostetrico-ginecologici e alcune informazioni sullo stato di salute mentale perinatale della coppia in attesa. Questo primo screening è stato proposto alle coppie interessate al progetto di prevenzione, che hanno accettano volontariamente di partecipare. Questa prima raccolta dati consente di effettuare una prima esplorazione della salute mentale dei genitori e dello sviluppo fetale. Un questionario self-report sulla prenatalità che è stato costruito appositamente viene compilato separatamente dalle madri e dai padri; viene inoltre effettuato un primo screening preliminare sui fattori di rischio come ansia, depressione e alessitimia, attraverso la somministrazione di strumenti self-report standardizzati.

Un secondo momento di screening prenatale consiste in una consultazione di approfondimento dei primi dati raccolti durante lo screening: è rivolto in particolare a quelle coppie che abbiano segnalato un bisogno o disagio psichico, per le quali viene attivata una consultazione psicopedagogica e psicologica mediante colloqui clinici e di approfondimento diagnostico. È possibile pianificare successivi interventi di sostegno educativo (ostetriche, ginecologa), psicologico e terapeutico (psicologi clinici) focalizzati sulle specifiche richieste e necessità della coppia. Nella consultazione clinica individualizzata, prenatale, vengono approfonditi il supporto sociale, gli aspetti affettivo-emotivi e relazionali dei membri della coppia, disturbi psichici come ansia, depressione, eventuale alessitimia, lo stato di soddisfazione della coppia, la comunicazione con il feto, e specificatamente viene valutato il legame dell'attaccamento dei genitori nei confronti dei loro rispettivi genitori.

Nell'ambito dei colloqui clinici verrà somministrata la Adult Attachment Interview, che verrà codificata secondo il DMM, nella versione di Patricia Crittenden (Crittenden, 1999a, 2008; Crittenden, Landini, 2011).

Una terzo momento di prevenzione prenatale prevede che possano successivamente essere predisposti interventi di sostegno alla genitorialità e/o percorsi di psicoterapia individuale: i riferimenti teorico-clinici di questi specifici interventi sono stati precedentemente esplorati (capitolo 14).

Nella progettazione di questo screening preventivo e di intervento perinatale le difficoltà da noi riscontrate hanno riguardato soprattutto, considerati i parametri evolutivi intrapsichici, interpersonali, relazionali, sociali precedentemente descritti, la possibilità di trovare e strutturare accurati e adeguati strumenti per la rilevazione sia delle determinanti del parenting, sia degli altri indicatori dello sviluppo psicofisico, emotivo-affettivo-cognitivo del bambino, senza incorrere nel rischio di una semplificazione che non renda ragione della complessità e dell'interdipendenza dei molteplici fattori ritenuti significativi e di rilevante interesse.

All'uopo sono stati predisposti specifici strumenti, alcuni già standardizzati ed altri costruiti appositamente, che consentano di monitorare la coppia da quando "aspetta un bimbo", seguirne la nascita fino al relativo sviluppo, attraverso le indicazioni della ricerca di McHale (2010) con successivi follow-up longitudinali, a 3-6-12-30 mesi di vita del bimbo, parallelamente all'indagine sull'evoluzione del parenting genitoriale durante tutto il periodo.

Fattori di rischio e di protezione, per un equilibrio psicofisico della coppia genitoriale e del bimbo nel periodo perinatale, vengono segnalati dalla vasta letteratura sulla perinatalità: in questi ultimi decenni, soprattutto per quanto riguarda l'epoca pre-

natale, ricerche specifiche sulla gravidanza ci hanno consentito di avere molti dati clinici a disposizione, soprattutto per la donna (capitoli 2 e 3).

Sono molti gli aspetti che le ricerche ci indicano essere importanti e significativi nel periodo perinatale: la difficoltà è individuare strumenti di facile somministrazione che possano consentire di effettuare mirate rilevazioni tenendo in osservazione clinica contemporaneamente lo sviluppo della genitorialità e quello psicofisico del bambino.

In tale quadro abbiamo pensato di costruire appositamente strumenti specifici come questionari che consentissero di poter operazionalizzare, attraverso domande, quelle variabili ritenute significative a monitorare, durante il periodo perinatale, i processi dinamici della coppia e del bambino.

11.4.2 Dopo la nascita, a tre mesi di vita

Presso la Sezione di Psicologia Clinica e Dinamica del Dipartimento Materno Infantile dell'Università degli studi di Brescia, verranno valutati lo stato psicologico della coppia, lo sviluppo del bambino e le interazioni genitore-bambino; proseguirà l'indagine esplorativa sulla perinatalità psichica e lo sviluppo della genitorialità. Verrà somministrato un questionario relativo alla genitorialità perinatale e allo sviluppo del bimbo, costruito da noi appositamente, e altri strumenti standardizzati per una rilevazione dei disturbi di ansia, depressione e la eventuale presenza di alessitimia. Lo stato di soddisfazione coniugale e la situazione di stress dei genitori sono altri indicatori del benessere o meno dei genitori che verranno monitorati durante i follow-up periodici a partire dal terzo mese di vita del bimbo.

Per la rilevazione delle interazioni diadiche genitore-bambino, in particolare i precursori dell'attaccamento, verrà valutata la "sensibilità" materna e la cooperazione del bimbo attraverso una videosservazione effettuata con il CARE-Index Infant di Patricia Crittenden (1979-2004).

Parallelamente verrà fornito un supporto clinico terapeutico attraverso consultazioni partecipate alle coppie e al loro bambino, in setting specifici.

11.4.3 A sei mesi

Presso la Sezione di Psicologia Clinica e Dinamica, verrà effettuato un altro follow- up in cui verrà proposto un nuovo questionario appositamente costruito da noi, per proseguire nell'indagine esplorativa o della genitorialità e dello svilupp del bambino.

Verranno nuovamente somministrati gli altri strumenti standardizzati per monitorare gli stati d'ansia, depressione e alessitimia, la soddisfazione della coppia e la rilevazione dello stress genitoriale. Lo sviluppo psicomotorio del bimbo verrà monitorato attraverso la somministrazione delle Scale Bayley III.

Parallelamente proseguirà il supporto terapeutico in casi di rilevanza clinica, con esperti psicologi-psicoterapeuti, attraverso consultazioni cliniche.

11.4.4 A un anno

Sempre presso la Sezione di Psicologia Clinica e Dinamica del Dipartimento Materno Infantile dell'Università degli studi di Brescia,verrà effettuato un successivo follow-up in cui verrà proposto un nuovo questionario da noi appositamente costruito per la rilevazione dei dati di questo periodo perinatale, relativamente all'evoluzione del processo di genitorialità e dello sviluppo del bimbo (capitoli 2-3). Gli stati d'ansia, depressione, alessitimia saranno ulteriormente monitorati, così come la soddisfazione di coppia e lo stress genitoriale. Verrà effettuata la Strange Situation (Ainsworth et al, 1978).

Un supporto clinico accompagnerà lo sviluppo della genitorialità e del bimbo, secondo la modalità della consultazione perinatale partecipata.

11.4.5 A trenta mesi

Con un ulteriore follow-up verrà monitorato lo sviluppo della genitorialità, complementariamente allo sviluppo del bambino, attraverso un nuovo questionario. Verranno valutati ulteriormente i disturbi d'ansia, depressione e alessitimia, lo stato di soddisfazione della coppia, lo stress genitoriale e lo sviluppo psicomotorio del bimbo. La valutazione dell'attaccamento verrà effettuata con il PAA, Preschool Assessment of Attachment di Patricia Crittenden e secondo il sistema di codifica del DMM.

11.5 Strumenti per un progetto di prevenzione perinatale integrato

Gli strumenti per lo screening del nostro progetto di prevenzione perinatale prevedono una scheda socio anagrafica, una serie di questionari self-report costruiti appositamente da noi per la rilevazione di processi psichici attivi nel periodo perinatale, una serie di strumenti standardizzati, e gli strumenti per la valutazione dell'attaccamento: per i genitori, l'Adult Attachment Interview, con codifica secondo la classificazione di Patricia Crittenden, per valutare il loro tipo di attaccamento e più specificatamente, per valutare la qualità della relazione genitore-bambino, nonché gli strumenti di videosservazione: CARE-Index e il PAA della Crittenden.

Le diverse aree di indagine esplorate dai nostri questionari sulla perinatalità lungo tutto il periodo perinatale, dalla gravidanza fino ai 30 mesi di vita del bimbo, variano a seconda del periodo evolutivo in osservazione, sia per la genitorialità psichica, sia per lo sviluppo del bambino.

Altri strumenti clinici standardizzati che abbiamo pensato di inserire nel programma di follow-up sono i questionari self-report standardizzati STAY 1 e 2 per l'ansia e il CES-D per la depressione. Lo State-Trait Anxiety Inventory forma Y (Spielberger, Gorssuch, Lushene, Vagg, Jacobs, 1983; traduzione italiana a cura di Pedrabissi, Santinello, 1989) è un questionario di autovalutazione, in forma di Scala Likert, dove il soggetto valuta su una scala da 1 a 4 diverse affermazioni sul proprio

comportamento, per un totale di 40 domande, 20 per l'ansia di stato (Y1) e 20 per l'ansia di tratto (Y2). L'ansia di stato indica quanto la persona si percepisca in ansia "proprio in quel momento" ed esprime sensazioni soggettive di tensione e preoccupazione, comportamenti relazionali di evitamento (o avvicinamento eccessivo e prematuro), con un aumento dell'attività del sistema nervoso autonomo (incremento della frequenza cardiaca e della risposta galvanica) relativa a una situazione stimolo, quindi transitoria e di intensità variabile. L'ansia di tratto si riferisce invece a come il soggetto si sente abitualmente, a una condizione più duratura e stabile della personalità che lo caratterizza in modo continuativo, indipendentemente da una situazione particolare (Spielberger, Gorssuch, Lushene, Vagg, Jacobs, 1983).

La Scala della Depressione del centro per gli studi epidemiologici (CESCD) (Radloff, 1977; Fava, 1982) è costituita da 20 item e creata per misurare i sintomi della depressione negli studi epidemiologici della popolazione generale.

Una buona capacità emotiva, antialessitimica (capitoli 1-3), è un fattore protettivo sia per una buona relazione di coppia, sia per un'adeguata relazione diadica col bimbo: di conseguenza abbiamo pensato di valutarne le capacità attraverso il TAS, Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) (Bagby, Parker, Taylor, 1994a,b; Bressi et al., 1996).

Nel corso del nostro screening preventivo iniziale, durante i colloqui clinici, è prevista una valutazione del legame di attaccamento che caratterizza ogni genitore. In generale le ricerche hanno evidenziato come il costrutto dell'attaccamento adulto si presenti a un livello di maggiore complessità ed 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 in questa fase del ciclo di vita non si sono infatti limitate 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, fino a ricomprendervi i sentimenti attuali verso le relazioni intime. Un secondo ordine di problemi è inoltre rappresentato dal fatto che i modelli operativi dell'attaccamento si presentano a differenti livelli di organizzazione. Pierrehumbert (Pierrehumbert et al., 1996), riprendendo le definizioni di Tulving (1987), ha rilevato che essi possono manifestarsi sia sotto una forma procedurale (schemi), sia sotto una forma autobiografica (*scripts*), sia ancora sotto una forma semantica (rappresentazioni), senza tuttavia ridursi a nessuna di queste in particolare.

Lo strumento più usato per la valutazione del legame di attaccamento negli adulti è l'Adult Attachment Interview. Questo strumento, inizialmente messo a punto da George, Kaplan e Main (1986; 1996), è un'intervista strutturata della durata di un'ora circa, il cui obiettivo è quello di valutare l'attuale stato mentale dell'adulto riguardo alle sue esperienze relazionali durante l'infanzia: il soggetto viene invitato a descrivere le sue relazioni con le figure parentali, partendo dai ricordi più lontani. Essa rappresenta il metodo attualmente più diffuso per valutare le rappresentazioni mentali dell'attaccamento in soggetti adulti. L'assunto fondamentale di questo strumento è che la qualità del discorso rifletta la modalità con cui le esperienze di attaccamento sono state organizzate nella mente del soggetto. È ovvio che rilievi di tipo strut-

turale del discorso richiedono un'alta specializzazione all'operatore: si tratta di rilievi che richiedono notevoli competenze di analisi del discorso. Per questo la somministrazione e la codifica di tale strumento è vincolata da brevetto internazionale, che ne consente l'uso ad appositi specialisti che abbiano conseguito specializzazione e reliability in determinati corsi di formazione. La codifica dell'intervista viene effettuata attraverso un'attenta analisi del contenuto della narrazione del soggetto, che permette di accedere all'aspetto semantico o dichiarativo, attraverso l'analisi delle qualità intrinseche del discorso del soggetto (quali la coerenza, l'irruzione di rabbia, o difficoltà a ricordare episodi), che permettono di accedere, invece, all'aspetto inconsapevole e procedurale.

L'Adult Attachment Interview presenta pertanto sia alcune caratteristiche delle interviste strutturate, sia caratteristiche delle interviste tipiche della Psicologia Clinica. Il protocollo si apre con un invito a descrivere in generale il rapporto con i genitori nell'infanzia, al quale fa seguito la richiesta di cinque aggettivi che descrivano la relazione con ciascun genitore; per ciascuno dei cinque aggettivi vengono quindi richiesti al soggetto ricordi di episodi specifici, che ne giustifichino la scelta. Questo processo viene reiterato più volte, prima per la propria madre e poi per il padre e per ogni altra figura di attaccamento significativa che sia esistita. Seguono quindi una serie di richieste ad esplorare a quale dei due genitori il soggetto si sentisse più vicino, cosa faceva e a chi si rivolgeva quando era turbato emotivamente, o ferito fisicamente, o malato, nonché le reazioni dei genitori di fronte alle sue richieste di cura e di conforto. Al soggetto è inoltre richiesto di descrivere la sua prima separazione dai genitori, eventuali vissuti di rifiuto o minacce da parte dei genitori. Seguono infine una serie di richieste per esplorare in quale modo il soggetto ritiene che queste esperienze abbiano influenzato la sua personalità di adulto, perché pensa che i genitori si siano comportati così come hanno fatto, se ha fatto esperienze di perdita di persone affettivamente significative nell'infanzia o nell'età adulta, quali sono le caratteristiche del rapporto attuale con tali genitori e come esso sia cambiato nel passaggio dall'infanzia all'età adulta (Hesse, 2002). L'intera conversazione tra l'intervistatore e il soggetto durante l'intervista viene interamente trascritta e quindi codificata. Un aspetto fondamentale della procedura di codifica della Adult Attachment Interview è che essa non è basata tanto sulle esperienze oggettive dell'infanzia così come esse emergono dalla narrazione del soggetto, quanto piuttosto sulla valutazione sia delle modalità attraverso le quali queste esperienze vengono riferite e valutate dal soggettoche dei loro effetti sul suo funzionamento attuale.

Due elementi fondamentali per la valutazione della narrazione prodotta nel corso dell'intervista sono in particolare rappresentati da:

- coerenza complessiva del discorso, operazionalizzata sulla base delle quattro massime di H. P. Grice (1975) sul "Principio Cooperativo" (qualità, quantità, relazione-rilevanza e modo);
- coerenza globale della mente, che viene rilevata attraverso la valutazione delle caratteristiche di organizzazione, completezza e chiarezza dei ricordi presentati, dalla consapevolezza realistica rispetto alla qualità delle cure ricevute e degli effetti che ne sono derivati, e dalla non-contraddizione tra le varie parti del discorso (ad esempio tra gli aggettivi prodotti al fine di descrivere la relazione con

i genitori e gli episodi riportati al fine di giustificarne la scelta).

Di particolare interesse è l'approccio del Modello Dinamico-Maturativo alla Adult Attachment Interview sviluppato da Patricia Crittenden la quale ha ampliato il sistema di codifica iniziale, e ha introdotto modifiche e ampliamenti all'intervista stessa (Crittenden, 1999a, 2008; Crittenden, Landini, 2011). Per un'esposizione sistematica di questo approccio si rimanda ai testi dell'Autrice (Crittenden, 1999a, 2008; Crittenden, Landini, 2011).

In particolare l'Adult Attachment Interview, secondo il Modello Dinamico-Maturativo è una procedura per valutare le strategie degli adulti per identificare, prevenire e proteggere se stessi dai pericoli percepiti, in particolare i pericoli legati alle relazioni intime. La procedura e la valutazione secondo il DMM sono basati su un ampliamento della teoria di Bowlby-Ainsworth (Crittenden, 1995) e della procedura della Adult Attachment Interview di Main e Goldwyn (George, Kaplan, Main, 1986, 1996). Secondo la Crittenden, la dinamica del metodo DMM (Crittenden, 1999a) per l'analisi dell'Adult Attachment differisce dal metodo Main e Goldwyn per:

- Intenti: l'intento del DMM è quello di descrivere l'auto-protezione adottata dall'individuo attraverso strategie e modelli di elaborazione mentale, l'intento del metodo Main e Goldwyn è quello di individuare i pattern di attaccamento.
- Classificazioni: l'insieme delle classificazioni con il DMM è più adatto a differenziare i disturbi psicologici degli individui che l'insieme delle classificazioni utilizzate dal metodo Main e Goldwyn.
- Trattamento dei casi secondo Ainsworth e classificazioni con DMM: il DMM utilizza 6 tipologie di sottopattern: compulsivo A (sotto-pattern A3-8) e 6 di tipo ossessivo (sotto-pattern C3-8), oltre a una completa gamma di combinazioni. Nel metodo Main e Goldwyn, la maggior parte delle classificazioni sono comprese in tre classificazioni (E3, U/E3, e "non classificabile").
- Modelli vs valutazioni: Il DMM valuta schemi all'interno e tra i diversi sistemi di memoria, mentre il sistema di Main e Goldwyn valuta costrutti.
- Funzioni vs significati definiti: Il DMM utilizza la funzione di marcatori del discorso per definire il significato, mentre il metodo Main e Goldwyn assegna significati ai marcatori del discorso.
- Sistemi di memoria: il DMM valuta sistematicamente 5 sistemi di memoria (procedurale, per immagini, semantica, episodica, e di lavoro), mentre il metodo Main e Goldwyn considera 3 soli sistemi di memoria (semantica, episodica, e di lavoro).
- Modificatori: nel DMM i modificatori (depresso, disorganizzato, riorganizzato e non risolto, in relazione a traumi o lutti), con 8 diverse forme di mancata risoluzione di traumi o lutti; il metodo Main e Goldwyn ha solo la classificazione "preoccupato" e la "mancanza di risoluzione" per lutti o traumi.
- Validità: la validità per il metodo Main e Goldwyn si basa principalmente su campioni normativi, mentre la validità del DMM si basa principalmente su campioni clinici e sulla differenziazione tra i disturbi (Patricia Crittenden, Family Institute).

Nel nostro programma di follow-up longitudinale verrà valutata anche la qualità delle relazioni attuali di coppia, mediante la Dyadic Adjustment Scale (DAS) (Spa-

11

nier, 1976), strumento utile a valutare la percezione dell'adattamento di coppie di conviventi, coniugate o meno.

Verranno anche presi in considerazione eventuali fattori di stress genitoriale attraverso il Parenting Stress Index (Abidin, 1995; Guarino et al., 2008), è utile all'identificazione precoce di fattori di stress che possono compromettere il normale sviluppo psichico del bambino stesso.

Per la valutazione della qualità della relazione primaria genitore-bambino vengono utilizzati specifici strumenti di videosservazione delle interazioni diadiche (Crittenden, 1979-2004; Crittenden, 2004): il CARE-Index Infant[4] a 3 mesi, funzionale per la rilevazione dei precursori dell'attaccamento.

Nel nostro progetto di prevenzione abbiamo previsto, a 30 mesi di età, l'utilizzo del PAA Preschool Assessment Attachment (Crittenden, 1988-1995) per monitorare il legame di attaccamento.

Il PAA è uno strumento per valutare i modelli di attaccamento dai 18 mesi ai cinque anni di età dei bambini. La procedura comporta una classificazione secondo il Modello Dinamico-Maturativo con l'espansione del metodo classificatorio della Ainsworth (Crittenden, 1992). Come la situazione sperimentale della Strange Situation ideata dalla Ainsworth (Ainsworth et al., 1978) per l'infanzia, il PAA comporta una situazione sperimentale della durata di 20 minuti e impegna tre persone per l'applicazione della procedura (il bambino, la madre e un'estranea). La classificazione si basa su un'attenta revisione della videosservazione e richiede circa una mezz'ora per ogni codifica. Secondo il DMM in età prescolare, il sistema di classificazione include tutte le categorie della procedura del bambino (ad esempio, A1-2, B1-4, C1-2, A /C), durante il periodo preoperatorio alla fine del secondo anno di vita. In particolare, le tre strategie di base per negoziare i rapporti interpersonali introdotte dalla Ainsworth sono ampliate per essere adattate ai bambini in età prescolare che possiedono abilità mentali e organizzazioni di comportamento più sofisticate. Così, i pattern di attaccamento vengono nominati come sicuri / bilanciati (tipo B), difesi (Tipo A) e coercitivi (Tipo C).

La Crittenden ha aggiunto diverse sotto-categorie nuove: il PAA pone le basi per i modelli ancora più complessi di comportamento che si osservano in fasi successi-

[4] Il CARE-Index è il più semplice e più versatile delle misure del DMM. Consente di valutare l'interazione madre-bambino dalla nascita fino a circa due anni di età sulla base di una breve interazione di gioco videoregistrato della durata di 3-5 minuti. Una volta che il codificatore è addestrato, la codifica di un'interazione dura circa 15-20 minuti. È possibile valutare il genitore su tre scale: sensibilità, controllo e non responsività. Per i bambini ci sono quattro scale di valutazione: cooperativo, compulsivo, difficile, e passivo. Queste scale tendono ad essere correlate alle scale materne. Le scale inoltre sono correlate alla valutazione dell'attaccamento con la Strange Situation e consentono di evidenziare le situazioni relazionali a rischio: lo strumento può essere utilizzato durante l'intervento, e per valutare l'efficacia di intervento. Tali dati tuttavia non possono essere trattati come affidabili quando il video non viene utilizzato insieme ad altri dati ricavati dalla somministrazione di altri strumenti. Il metodo è efficace come altre osservazioni guidate o interviste; nella formazione acuisce la capacità di osservazione dell'osservatore e di descrizione ad altri osservatori delle interazioni genitore-bambino. Una descrizione più dettagliata del CARE-Index è contenuta nel nostro precedente volume (Cena, Imbasciati, Baldoni, 2010)

ve, soprattutto negli anni della scuola. Inoltre, i vantaggi particolari del sistema classificatorio ampliato dalla Crittenden sono per i bambini in età prescolare i sistemi di classificazione A1-2 e C1-2 differenziati da quelli con pattern compulsivo (A+) coercitivo (C+), come ulteriori sottocategorie. Queste sottocategorie cioè la A3 accudimento compulsivo, A4 compliance compulsivo, C3 aggressivo e C4 finto incompetente, servono a identificare i bambini che provengono più probabilmente da famiglie problematiche e che hanno più probabilità di manifestare problemi psicologici, sociali, di sviluppo e di apprendimento. I sotto-pattern coercitivo e difeso così come il compulsivo/ossessivo modello A/C hanno implicazioni con problemi emotivi e comportamentali che si sviluppano durante l'età prescolare e scolare".

Numerosi sono gli studi e le ricerche empiriche che a livello internazionale utilizzano il PAA e che vengono segnalati dalla Crittenden (Barnett et al., 1999; Chisholm, 1998, 2000; Claussen, Anderson, 1997;Crittenden, 1992, 1999b; Fagot, Pears, 1996; Head, Williams, 1995; Lippe von der, Crittenden, 2000; MacBeth, Head, Clark, 1996; Moilanen, Crittenden et al., 2000; Moore, Crawford, Lester, 1994; Rauh et al., 2000; Shaw et al., 1996; Teti, 2000; Teti, Gelfand, 1997; Teti, Gelfand et al., 1995; Teti, Heaton et al., 1995; Vondra et al., 1999; Ziegenhain, Mueller, Rauh, 1996).

Per l'assessment dello sviluppo psicomotorio del bambino, nei diversi follow-up a 6, 12 e 30 mesi verranno utilizzate le Scale Bayley (Bayley III), che consentono di valutare lo sviluppo psicomotorio del bambino attraverso materiali strutturati e semistrutturati, e valutando anche la relazione tra genitori e bambino. Queste scale consentono di indagare gli aspetti dello sviluppo psicomotorio di bambini anche molto piccoli, fornendo dati normativi dettagliati, dai 16 giorni ai 42 mesi e 15 giorni. Le BSID-III costituiscono anche un riferimento per i genitori rilevando i punti di forza e di debolezza del proprio bambino.

La valutazione è condotta in primo luogo attraverso la somministrazione diretta al bambino: vengono forniti situazioni e compiti che, catturando il suo interesse, producono un insieme osservabile di risposte comportamentali. Da queste risposte si determinerà l'appropriatezza del funzionamento valutata attraverso la Scale cognitiva, del linguaggio (Comunicazione recettiva e Comunicazione espressiva) e motoria (Motricità Fine e Grossolana).

In secondo luogo si utilizzano le informazioni del caregiver a cui verrà richiesto di compilare la Scala socio-emozionale. La valutazione del linguaggio avviene attraverso la valutazione del linguaggio recettivo e del linguaggio espressivo: questa indagine consente di individuare eventuali difficoltà di ambito cognitivo; il linguaggio è una funzione multicomponenziale e, come tale, funzionante grazie al contributo di altre attività cognitive che partecipano alla capacità espressiva e comunicativa del bambino, ma anche isolabile nei suoi aspetti formali e strutturali. Attraverso la Scala socio-emozionale è possibile indagare le capacità emozionali e sociali dei bambini, e identificare le più importanti competenze nello sviluppo che possono essere raggiunte nelle diverse età. Gli item valutano il dominio dell'abilità emozionale funzionale, come l'autoregolazione e l'interesse del mondo, la necessità di comunicare, l'impegno con altri e la capacità di interazione, l'utilizzo delle emozioni con scopo interattivo, l'utilizzo di segnali emozionali o gesti per risolvere i problemi.

11

11.6 La formazione alla perinatalità secondo un approccio integrativo

Un'integrazione tra ricerca clinica e intervento trova la sua collocazione e continuazione in tre direzioni:

1. Progettazione multidisciplinare di programmi di screening e di prevenzione.
2. Organizzazione di percorsi di sostegno e terapeutici rivolti all'infanzia e alla genitorialità.
3. Organizzazione di percorsi di formazione rivolti al personale socio-sanitario che opera nei servizi ospedalieri e consultoriali per la famiglia.

I Dipartimenti Materno Infantili, i punti nascita, i corsi di psicoprofilassi ostetrica, i servizi consultoriali materno-infantili, le osservazioni pedagogiche degli operatori socio-sanitari (infermieri, ostetriche, assistenti sanitarie, fisioterapisti, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatria) sono rilevatori privilegiati degli aspetti di rischio della perinatalità genitoriale e dello sviluppo del neonato. Attraverso altre agenzie educative come i nidi d'infanzia, che accolgono i bambini e i loro genitori, è possibile proseguire l'osservazione clinica con l'obiettivo di fare crescere una nuova cultura integrata della perinatalità. Tutti questi operatori, per essere utilizzati ai fini di una prevenzione delle situazioni a rischio e per la tutela e la promozione della salute mentale, necessitano di un'adeguata formazione, anzi, di una formazione continua. Può questo essere considerato un intento e contemporaneamente una ricaduta positiva di tutte le ricerche a proposito, quale del resto è la nostra descritta in questo testo. Percorsi di formazione rivolti ai medici, ginecologi, ostetrici, pediatri, neuropsichiatri infantili, psicologi, psicoterapeuti, educatori e a tutti coloro che si "prendono cura dei bambini e dei loro genitori nel periodo perinatale", si possono realizzare su due livelli che tra loro possono integrarsi: implementare le conoscenze e l'apprendimento operativo dell'uso di strumenti per la rilevazione della qualità del legame di attaccamento (e ciò potrebbe essere realizzato in collaborazione diretta con Patricia Crittenden[5] e trainer formatori della IASA); percorsi psicoeducativi sulla metodologia della osservazione pedagogica e clinica, per attivare progetti di educazione sanitaria che consentano al personale socio-sanitario la gestione dei processi psichici perinatali della coppia e della famiglia, la programmazione di progetti preventivi per la tutela della salute mentale e la promozione del benessere psicofisico dei bambini e dei loro genitori, secondo le prospettive di una Psicologia Clinica Perinatale.

Una formazione differenziata a diversi livelli per gli operatori è necessaria per integrare l'interdisciplinarità dei servizi e comporta comunque un relativo grado di specializzazione, sia per un'auto-osservazione pedagogica della propria relazione educativa, con cui l'operatore socio-sanitario si rivolge agli utenti, sia per la trasmissione di competenze, sia per l'osservazione clinica, attraverso cui possono imparare a

[5] Il nostro impegno in questi anni è stato di organizzare corsi di aggiornamento universitari tenuti da Patricia Crittenden e Andrea Landini e altri trainer IASA, rivolti alla formazione delle diverse figure professionali che operano nei servizi ospedalieri, consultoriali, ASL che si prendono cura dei bambini e dei loro genitori a diversi livelli.

riconoscere fattori protettivi e a rilevare i disturbi clinici della relazione genitore-bambino. La relazione educativa dell'operatore è orientata a sostenere i processi del "prendersi cura" più che del "curare", attraverso i processi di intersoggettività e non di transitività[6] con cui può rivolgersi ai nuclei familiari, genitori e i loro bambini, nel periodo perinatale. In questo tipo di formazione indispensabile sarà la considerazione della struttura emozionale degli operatori e un'attenzione di care a questa medesima: solo con una propria situazione emozionale sufficientemente formativa l'operatore può essere in grado di capire il dialogo emozionale bimbo-caregiver, poiché egli stesso è in primo luogo sufficientemente capace di riconoscere le proprie emozioni, in modo che possa riconoscere quelle degli altri, in questo caso bimbi e genitori. Di conseguenza è in grado di intervenire per una modulazione migliorativa, anziché, come purtroppo accade non di rado, in modo prescrittivo, intrusivo e controproducente. Questo tipo di "formazione" per gli operatori, per molti versi l'antitesi della "informazione", dovrà avvalersi di didattiche non tradizionali. La complessità di un tale tipo di formazione varrà gli sforzi spesi rispetto alle ricadute positive sulla promozione della salute mentale nelle future generazioni.

Bibliografia

Abidin R (1995) Parenting Stress Index: Professional Manual, 3rd edn. Psychological Assessment Resources, Inc., Odessa

Ainsworth MS, Blehar MC, Waters E, Wall S (1978) Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation (vol. XVIII). Potomac. Erlbaum, Lawrence

Ammaniti M Stern DN (1992) Attaccamento e psicoanalisi. Laterza, Bari

Bagby RM, Parker, DA, Taylor GJ (1994a), The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. Journal of Psychosomatic Research 38:23-32

Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA (1994b) The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale, 2nd edn Convergent discriminant, and concurrent validity. Journal of Psychosomatic Research 38:33-40

Barnett D, Butler CM., Vondra JI (1999) Atypical patterns of early attachment: Discussion and future directions. Monographs of the Society for Research in Child Development 64:119-144

Bion WR (1959) Attacchi al legame. Trad. it. in Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico. Armando, Roma, 1970

Bion WR (1962) Learning from experience. Heinemann, London. Trad. it. Apprendere dall'esperienza. Armando, Roma, 1972

Bion WR (1967). Second Thoughts, London: William Heinemann. [Reprinted London: Karnac Books, 1984]

Bolton D, Hill J (1996) Mind, Meaning and Mental Disorder. Oxford, University, Press, Oxford

Boston Change Process Study Group (BCPSG 2010) Change in Psichotherapy. A Unifying Paradigm. Norton, New York

Bowlby J (1969) Attaccamento e perdita, vol. 1: L'attaccamento alla madre, Boringhieri, Torino

Bowlby J (1973) Attaccamento e perdita, vol. 2: La separazione dalla madre, Boringhieri, Torino

Bowlby J (1980) Attaccamento e perdita, vol. 3: La perdita della madre, Boringhieri, Torino

Bressi C, Taylor GJ et al (1996) Cross validation of the factor structure of the 20-Item Toronto Alex-

[6] Per "transitività" (Imbasciati, 1993) si intende il paradigma medicalistico per cui l'operatore è l'agente attivo su un soggetto sostanzialmente passivo. In qualunque lavoro di tipo psicologico accorre invece che entrambi i partner di una relazione di cura siano dialogicamente attivi.

ithymia Scale: an Italian multicenter study" Journal of Psychosomatic Research 41:551-559
Bruschweiler-Stern N (2009) Neonatal moment of meeting: building the dialogue, strengthening the bond. In Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 18:533-544
Cena L, Imbasciati A, Baldoni F (2010) La relazione genitore-bambino. Springer, Milano
Chisholm K (1998) A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. Child Development 69:1090-1104
Chisholm K (2000) Attachment in children adopted from Romanian orphanages: Two case studies. In: Crittenden PM, Claussen AH (eds) The organization of attachment relationships: Maturation, culture, and context. Cambridge University Press, New York
Claussen AH, Anderson W (1997) Attachment in children prenatally exposed to cocaine: Disorganization and the emergence of new subpatterns of attachment. Paper presented in PM Crittenden (Chair), Continuity and change in quality of attachment: A dynamic-maturational model and expanded classificatory system. Symposium conducted at the Biennial meeting of the Society for Research on Child Development, Washington, DC
Crittenden PM (1979-2004) CARE-Index: Coding Manual. (Unpublished manuscript). Miami
Crittenden PM (1988-1994) Preschool Assessment of Attachment Manual. Unpublished manuscript available from the author
Crittenden PM (1988-1995) The Preschool Assessment of Attachment, PAA (Unpublished manuscript). Miami
Crittenden PM (1992) Quality of attachment in the preschool years. Development and Psychopathology 4:209-241
Crittenden PM (1995) Attachment and Psychopathology. In: Goldberg R, Muir J (eds) Attachment theory: social, developmental and clinical perspectives Hillsdale. The Analytic Press, NJ
Crittenden PM (1997) Pericolo, sviluppo e adattamento. Masson, Milano
Crittenden PM (1999a) Attaccamento in età adulta: l'approccio dinamico-maturativo all'Adult Attachment Interview. Cortina, Milano
Crittenden PM (1999b) Danger and development: The organization of self-protective strategies. In: Vondra JI, Barnett D (eds) Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. Monographs of the Society for Research on Child Development, 145-171
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
Crittenden PM, Landini A (2010) Le rappresentazioni dei genitori, il loro contributo al comportamento genitoriale interattivo e le rappresentazioni infantili dell'esperienza con le figure di attaccamento. In: Cena L, Imbasciati A, Baldoni F (a cura di) La relazione genitore-bambino. Springer, Milano
Crittenden PM, Landini A (2011) Assessing Adult Attachment. Norton, New York
Eagle M (1997) Attachment and Psychoanalysis. In British Journal of Medical Psychology 70:217-229
Erikson EH (1950) Infanzia e società. Trad. it. Armando, Roma, 1966
Erikson EH (1964) Introspezione e responsabilità. Trad. it. Armando, Roma, 1972
Fagot B, Pears K (1996) From infancy to seven years: Continuities and change. Development and Psychopathology 8:325-344
Fava GA (1982) Versione italiana del CES-D per la valutazione degli studi depressivi. In: Canestrari R (a cura di) Nuovi metodi in Psicometria. Organizzazioni Speciali, Firenze
Fonagy P, Target M et al (1995) Comprendere il paziente violento: uso del corpo e ruolo del padre. Trad. it. in Fonagy P, Target M (a cura di) Attaccamento e funzione riflessiva. Cortina, Milano, 2001
Fonagy P (2001) Psicanalisi e Teoria dell'Attaccamento, Cortina, Milano
Fonagy P, Target M (1991)Pensare sul pensiero: osservazioni cliniche teoriche sul trattamento di un paziente borderline. Trad. It. Attaccamento e funzione riflessiva. Cortina, Milano, 2001
Fonagy P, Target M (2001) Attaccamento e funzione riflessiva. Cortina, Milano
Freud A (1936) L'Io e I meccanismi di difesa. Opere Vol. 1. Boringhieri, Torino, 1978
Freud A (1965) Normalità e patologia nell'età infantile. Opere Vol 3, 763-931. Boringhieri, Torino
Freud S (1923) L'Io e l'Es. Opere Vol 9. Boringhieri, Torino
George C, Kaplan N, Main M (1986) Adult Attachment Interview. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley

George C, Kaplan N, Main M (1996) Adult Attachment Interview. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of California, Berkeley
Grice P (1975) Logic and conversation. In Cole P, Morgan JL (eds) Speech Acts. Academic Press, New York
Guarino A, Di Blasio P, D'Alessio M, Camisasca E, Serantoni G (2008) Parenting Stress Index, Forma Breve. Organizzazioni Speciali, Firenze
Head T, Williams TM (1995) Children's and their parents' conceptualizations of attachment. Paper presented in the symposium "Quality of attachment in the preschool years". Society for Research in Child Development, Indianapolis
Hesse E (2002) L'Adult Attachment Interview: prospettive storiche e attuali. In: Cassidy J, Shaver PR (eds) Manuale dell'attaccamento: teoria, ricerca e applicazioni cliniche. Fioriti, Roma
Imbasciati A (1993) Psicologia medica: equivoci dei medici italiani e fondazione scientific della disciplina. Idelson Gnocchi, Napoli
Imbasciati A (2006a) Constructing .a Mind. A new base for Psychoanalytic theory. Brunner-Routledge, London
Imbasciati A, (2006 b) Il Sistema Protomentale. LED, Milano
Imbasciati A, Calorio D (1981) Il Protomentale. Boringhieri, Torino
Imbasciati A, Dabrassi F, Cena L (2007) Psicologia clinica perinatale. Piccin, Padova
Imbasciati A, Dabrassi F, Cena L (2011) Psicologia clinica perinatale per lo sviluppo del futuro individuo. Un uomo transgenerazionale. Express, Torino
Jacobson E (1964) Il Sè e il mondo oggettuale. Trad. it. Martinelli, Firenze, 1984
Lippe A von der, Crittenden PM (2000) Patterns of attachment in young Egyptian children. In: Crittenden PM, Claussen AH (eds) The organization of attachment relationships: Maturation, culture, and context. Cambridge University Press, New York
MacBeth TM, Head T, Clark M (1996) A new measure of children's conceptualizations of their primary attachment relationships. Poster, XIVth Biennial Conference of the International Society for Behavioral Development, Quebec City
Mahaler M, Pine F, Bergman A (1975) La nascita psicologica del bambino. Boringhieri, Torino
Main Cassidy J (1995) Adult attachment classification system. In Main M (ed) Behavior and development of Reprsentational model of Attachment: five method of assesment. Cambridge University Press, Cambridge
McHale J (2010) La sfida della cogenitorialità. Cortina, Milano
Missionnier S (2005) La consultazione terapeutica perinatale. Cortina, Milano
Moilanen I, Kunelius A, Tirkkonnen T, Crittenden P (2000) Attachment in Finnish twins. In: Crittenden PM, Claussen AH (eds) The organization of attachment relationships: Maturation, culture, and context. Cambridge University Press, New York
Moore L, Crawford F, Lester J (1994) Security of attachment at 30 months: Maternal infant, and family variables. Presented in the symposium "Quality of attachment in the preschool years", organized by PM Crittenden. International Conference on Infant Studies, Paris
Pedrabissi L, Santinello M (1989) STAI. State-Trait Anxiety Inventory, Forma Y. Organizzazioni Generali, Firenze
Pierrehumbert B, Karmaniola A, Sieye A, Meister C, Miljkotovitch R, Halfon O (1996) Les modèles de relations: Développement d'un auto-questionnaire d'attachment pour adultes. In Psychiatrie de l'Enfant 1:161-206
Plaff DW (2006) Brain Arousal and Information Theory. Neural and Genetic Mechanism. Harvald University Press, Cambridge
Radloff LS (1977) The CES-D Scale: A self report depression scale for research in the general population. Applied PsYchological Measurement 1:385-401
Rauh H, Ziegenhain U, Muller B, Wijnroks L (2000) Stability and change in infant-mother attachment in the second year of life: Relations to parenting quality and varying degrees of daycare experience. In: Crittenden PM, Claussen AH (eds) The organization of attachment relationships: Maturation, culture, and context. Cambridge University Press, New York
Sandler J (1960) The background of safety, International Journal of Psychoanalysis 41:352-356
Sandler J (1985) Towards a reconsideration of the psychoanalytic theory of motivation. Bulletin of the

11

Anna Freud Center 8:223-243
Sandler J (1987) Il concetto di identificazione proiettiva. Trad. it. in Sander J (a cura di) Proiezione, identificazione, identificazione proiettiva. Boringhieri, Torino, 1988
Shaw DS, Owens EB, Vondra JI, Keenan K (1996) Early risk factors and pathways in the development of early disruptive behavior problems. Development and Psychopathology 8:679-699
Siegel DJ (2001) La mente relazionale. Cortina, Milano
Spanier GB (1976) Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. Journal of Marriage and the Family 38:15-28
Spielberger CD, Gorssuch RL, Lushene PR, Vagg PR, Jacobs GA (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Consulting Psychologists Press, Inc.
Sroufe LA (1990) An organizational perspective on the self. In: Cicchetti D, Beghly M (eds) The Self in Transition: Infancy to Childhood. University of Chicago Press, Chicago
Stern DN (1994) One way to builtd a clinically revelan baby. Infant Mental Health Journal 15:36-54
Stern DN (1998) The process of terapeutic change involving implicit knowledge: some implication of the developmental observations for adult psucoterapy. In Infant Mental Health Journal 19:300-308
Stern DN (2011) The forme vitali. Cortina, Milano
Teti DM (2000) Maternal depression and child-mother attachment in the first three years: A view from the intermountain west. In: Crittenden PM, Claussen AH (eds) The organization of attachment relationships: Maturation, culture, and context. Cambridge University Press, New York
Teti DM, Gelfand DM (1997) The Preschool Assessment of Attachment: Construct validity in a sample of depressed and nondepressed families. Development and Psychopathology 9:517-536
Teti DM, Gelfand DM, Messinger DS, Isabella R (1995) Correlates of preschool attachment security in a sample of depressed and non-depressed mothers. Developmental Psychology 31:364-376
Teti DM, Heaton N, Benjamin LS, Gelfand DM (1995) Quality of attachment and caregiving among depressed mother-child dyads: Strange situation classifications and the SASB Coding System. Paper presented in S Petrinovitch (chair), Patterns of early socialization: Behavioral ecology of attachment. Symposium conducted at the Society for Applied Behavioral Analysis. Washington, DC
Tulving E (1987) Multiple Memory Systems and Consciousness. Human Neurobiology 6:67-80
Vallino D (2002) La consultazione con il bambino e i suoi genitori. Rivista di psicoanalisi XLVIII: 2
Vallino D (2009) Fare psicoanalisi con genitori e bambini. Borla, Roma
Vondra JI, Shaw DS, Swearingen L, Cohen M, Owens EB (1999) Early relationship quality from home to school: A longitudinal study. Early Education and Development 10:163-190
Winnicott DW (1953) Oggetti transizionali e fenomeni transizionali. Trad. it. Dalla Pediatria alla Psicoanalisi. Martinelli, Firenze, 1975
Winnicott DW (1956) La funzione di specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile. Trad. it. Gioco e realtà. Armando, Roma, 1974
Winnicott DW (1962) Integrazione dell'Io e sviluppo del bambino. Trad. it. Sviluppo affettivo e ambiente. Armando, Roma, 1970
Ziegenhain U, Mueller B, Rauh H (1996) Frühe Bindungserfahrungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kleinkindern in einer sozialen und kognitiven Anforderungssituation. (The influence of attachment quality and intensity of attachment insecurity on cognitive performances and emotional states of 20-month-old infants in a test situation). Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 45:95-102