
Parte I

Ricerca, formazione, prevenzione, intervento
a sostegno dei genitori e dei loro bambini

1.1 Curare i bambini

“Curare” sembra oggi aver assunto una prevalente accezione medico-sanitaria: il pensiero corre subito al “dottore” e alle “medicine”. Eppure il significato primario di questo verbo nella lingua italiana è “aver cura”: lo si ritrova nel linguaggio corrente quando si dice “curami il bambino!”, oppure “curami il latte che ho messo a bollire”, o ancora “cura che non rubino la valigia”. Il senso sotteso a queste accezioni è “stare attenti, badare, provvedere”, affinché per un certo oggetto accada il meglio o il desiderato. Applicato ai bambini, cos’è ciò che più comunemente si desidera? Credo si possa rispondere, con riferimento alla maggioranza delle attuali coppie con bambini nella nostra società, che ciò cui il pensiero ricorre sia “che il bimbo cresca sano e robusto”. Ovvero che si curi la salute – ed ecco la medicina – e l’alimentazione. Il resto lo farà la Natura.

Ma non è così!

Sembra che la nostra civiltà, col suo progresso non solo sanitario e tecnologico, ma con l’abitudine al “tutto subito presto”, abbia fatto dimenticare il più complesso senso da attribuire all’aver cura di un bambino, nonché il difficile relativo compito genitoriale. L’idealizzazione del potere delle scienze biomediche sembra d’altra parte offuscare ciò che le scienze psicologiche ci hanno oggi rivelato a proposito: il buon destino di un figlio dipende dai genitori. Questa idealizzazione è corroborata da un’inconsapevole collusione dei genitori, che in tal modo si trovano sollevati dal peso del pensiero di una grossa responsabilità, loro affidata dalla natura, della trasmissione psichica tra generazioni, che caratterizza il patrimonio della mente dell’*homo sapiens*.

A. Imbasciati (✉)

Professore Ordinario di Psicologia Clinica

Dipartimento Materno Infantile, Facoltà di Medicina e Chirurgia Università degli Studi di Brescia

antonio@imbasciati.it

Non si tratta di responsabilità morali, giacché la trasmissione avviene di là della consapevolezza, né tantomeno pedagogiche bensì, nel senso più vero del termine “responsabilità”, di una più vigile consapevolezza nel tenere presente ciò che le scienze psicologiche hanno oggi dimostrato a proposito della formazione della mente dell’uomo, a cominciare dal feto, dal neonato, dal bimbo. Con “mente” si intende oggi non tanto le mere capacità intellettive, quanto qualsiasi evento psichico, consapevole o no, e anche ogni azione, comportamento, condotta, capacità sociali comprese e via dicendo: si intende ciò che un tempo si definiva con termini più vaghi, come carattere, affettività, temperamento, personalità: in altri termini la struttura neuropsichica globale. Così va inteso il curare i bimbi, fin dal primo accudimento, e ciò dipende dalla “mente” dei genitori, anche questa intesa nel suo attuale concetto scientifico, al di là di ogni illusorio coscienzialismo: quando si afferma che il destino dei figli dipende dai genitori, si esclude pertanto una loro colpa. Questa, spesso, i genitori la sentono in modo distorto, favoriti dalla tradizionale illusione che tutto dipenda da coscienza e volontà. Starà allora alla competenza degli operatori dissipare le ombre di una malintesa colpa dall’animo dei genitori, infondendo invece in loro un più genuino senso di responsabilità, ottenendo in tal modo la collaborazione per il miglior destino possibile dei loro bimbi.

La qualità dello sviluppo psichico e anche psicosomatico di un bambino dipende dalla situazione in cui si svolge la cura primaria del bimbo e cosa egli assimili per strutturare la sua mente e – come oggi dimostrato – il suo stesso cervello: da tali acquisizioni primarie, che a loro volta dipendono dalla qualità delle interazioni che con i genitori accadono nell’accudimento, dipende uno sviluppo ottimale del bambino e di qui del futuro individuo, piuttosto che uno sviluppo disfunzionale, difettoso, patologico.

Il senso del curare un bambino rimanda al concetto di “cure materne”. Da tempo ormai si sa che un deficit delle cure materne produce facilmente patologie psichiche, spesso evidenti solo tardivamente. Da alcune decadi sappiamo che tale deficit non va inteso quantitativamente, come mancanza di quel minimo “naturale” accudimento, fisico, materno appunto, di cui i bambini necessitano per sopravvivere e crescere. Il concetto di “cure materne” va pertanto modificato: oggi il termine, così come quello di “accudimento”, vanno intesi in senso qualitativo, e pertanto con significati molto più precisi e articolati, rilevanti agli effetti di un sano sviluppo psichico e psicosomatico del bimbo. Il senso di tale “sano”, alla luce delle attuali ricerche, non va inteso semplicisticamente in quanto riconducibile a una supposta normalità biologica, ma relativamente a una sua ottimalità piuttosto che a modalità anormale, lungo un continuo che da peculiarità di scarso rilievo può per gradi passare ad anomalie disfunzionali, fino a un estremo che può essere denominato patologia. Occorre in altri termini considerare la qualità, appunto, con cui quel soggetto, quel bambino, si sviluppa per tutti quegli aspetti che possono variamente essere denominati come carattere, temperamento, attitudini, socialità, intelligenza, affettività, costituzione fisica, personalità o altro: insomma l’insieme delle caratteristiche che contrassegnano un determinato individuo, sia che questi lo si faccia rientrare negli standard che vengono chiamati normali, sia che presenti anomalie più o meno gravi. Questo è – dovrebbe essere – il senso pieno di un crescere “sano”.

Il concetto di cure materne è stato ampiamente rivoluzionato e articolato (Imbasciati, 2008; Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007; 2011; Imbasciati, Cena, 2008; Imbasciati, 2010; Cena, Imbasciati, 2009a,b) e lo si è accostato al significato del verbo inglese *to care* contrapposto a *to cure*. Si è cominciato a parlare così del caring, del valore della relazionalità, delle capacità relazionali; e ciò non solo per i bambini. La diffusione di tali termini, seppur tragga origine dalle ricerche psicologiche, ha però prodotto un appiattimento del significato che da quelle proveniva: infermieri, medici, ostetriche, neonatologi, pediatri e altre figure sanitarie, ma anche altri operatori, come educatori e assistenti sociali, nonché il grosso pubblico, parlando e straparlando di “Relazione” e di caring, ne hanno di fatto operato un riduzionismo pratico, riducendo la relazione, e il caring, alle buone intenzioni di una corretta professionalità; cioè deprivando il concetto dei significati veicolati dalle sue specifiche componenti (comunicazione e trasmissione non verbale, emotiva, automatica, inconsapevole), che le ricerche hanno dimostrato essenziali per ciò che passa, con i relativi effetti, nell'accudimento, e che costituisce “l'alimento” per lo sviluppo psichico e psicofisico. Accudimento, che come dimostrato dalla ricerca su neonati e bambini e che vedremo in seguito, significa strutturazione dello sviluppo cerebrale; pertanto, il suo significato, che impregna il concetto di relazionalità efficace per un vero caring, travalica il perdurante senso comune.

In conseguenza del riduzionismo pratico dei suddetti concetti rispetto al loro valore scientifico, è avvenuto un riduzionismo di quanto si può fare di efficace, per bambini e genitori, su questo versante, riducendolo a una generica presenza, o aiuto altrettanto generico, per quei genitori e quei bimbi che presentino qualche difficoltà.

Così, in questo quadro, lo psicologo e spesso non appropriatamente il pediatra, si sentono fare dalle mamme domande di questo tipo: “Perché il mio bimbo piange così tanto? Perché dorme di giorno e sta sveglio e strilla tutta la notte?”; oppure “Perché è sempre così agitato? Che cos'ha? È normale?”. E quando il bimbo va a scuola: “Perché litiga sempre con gli altri bambini? Perché non si applica?”. Man mano che il fanciullo cresce diventando un ragazzo, interrogativi di questo tipo si moltiplicano. A queste domande seguono spesso risposte generiche, oppure organicistiche, o evasive; comunque superficiali, che lasciano di solito deluso il genitore.

Il fatto è che simili domande non hanno un senso: esse sottendono ed attendono una risposta univoca e semplice che non è possibile in quanto quel “perché” sottintende una “normalità” che per natura non esiste: né di conseguenza esiste “una” causa che l'abbia turbata (Imbasciati, 2008). Tali domande sono inoltre focalizzate unicamente sul bimbo, e non sulle relazioni in cui questi vive, dalle quali si “alimenta” per la sua crescita. Tali infondati sottintesi sono spesso condivisi dagli operatori, o in essi indotti, ancorché essi dovrebbero essere più competenti ed esserne immuni. Il vero problema non è curare il bambino: occorre curare i genitori nella loro relazione col bambino; questo dipende da quella.

Questi e tanti altri incresciosi equivoci, e interrogativi che senza risposta diventano angosciosi, procedono dal riduzionismo pratico, corrente nella nostra cultura, come abbiamo sopra accennato, ovvero della misconoscenza di quanto le scienze

psicologiche abbiano dimostrato in questi ultimi vent'anni.

In questo riduzionismo hanno a mio avviso concorso cinque ordini di fattori, emotivi e culturali. Il primo concerne il mancato aggiornamento su cosa sia la maturazione cerebrale.

Fino ad alcune decadi or sono si credeva che la maturazione del cervello fosse dovuta a fattori genetici: la ricerca ha invece dimostrato che la genetica determina la macromorfologia dell'encefalo, ma la micromorfologia e di conseguenza la fisiologia funzionale sono dovute agli apprendimenti precoci (neonatali, preverbalmente comunque) che strutturano le reti neurali (sinapsi, connessioni e selezioni neuronali); queste variano da bambino a bambino a seconda del tipo di esperienza assimilata e questa dipende dal tipo di relazione entro cui il bimbo si trova ad avere esperienza, dalla quale egli apprende ciò che struttura il suo cervello. Di qui il rilievo assoluto dei genitori dalla qualità delle cui cure dipende la Relazione, e quindi l'apprendimento strutturante. Ricordiamo a proposito l'opera di Bion che può essere emblematicamente dal titolo di uno dei suoi più famosi testi: *Learning from experience* (Bion, 1962). Non si apprende l'esperienza, ma dall'esperienza, così che anche per la medesima esperienza esterna ogni bimbo abbia un apprendimento diverso. L'esperienza è "interiore", il che significa che è ciò che il bimbo sperimenta nella relazione di accudimento. Nessuno pertanto ha il cervello uguale a quello di un altro: inoltre la peculiarità individuale del primo cervello che così si forma, condiziona ogni successivo apprendimento (Imbasciati, 2006a,b) diversamente, a parità della stessa esperienza e probabilmente anche a parità di relazione, cosicché ancor più si può affermare che nessuno ha un cervello uguale a quello di un altro.

Secondo fattore, corroborato dal precedente equivoco circa la maturazione neurologica, è il resistente pregiudizio che esista uno sviluppo neuropsichico "normale", in quanto dettato dalla genetica e che, se si constatano devianze evidenti, queste dovrebbero avere una causa. In tal modo, ignorando o trascurando le piccole e singole differenze, ci si focalizzò soltanto sulle grosse devianze statistiche e si parlò di "patologia", ove il termine sottintende che una causa abbia prodotto quanto osservato come devianza da una presunta norma naturale, e che questo, qualora sia palesemente disfunzionale, debba corrispondere a quanto espresso dal concetto di malattia, o di trauma o menomazione. Un indebito e facile estensivo senso di concetti medici ha favorito l'equivoco. Al contrario, per lo sviluppo neuromentale, in conseguenza della sua genesi come sopra accennato, abbiamo un continuum tra un'organizzazione ottimale e una grave disfunzionalità, dovute entrambe al tipo di "costruzione" con la quale si sono venuti a costruire (Imbasciati, 2006b) quel cervello e quella mente. Questo implica che non si possa parlare di "una" causa di qualche caratteristica riscontrata: si tratta sempre di una miriade di fattori combinati.

Cornice a quanto sopra perdura, quale terzo fattore, un organicismo dominante, malgrado le attuali scoperte sulla genesi esperienziale dell'apparato neuropsichico: tale concezione è corroborata dalla conseguente comodità di adagiarsi su una dicotomia del concetto sano/patologico, normale/anormale, mentre il riferimento a noxae esterne esime dalla considerazione della complessità con cui si viene a costruire la mente umana, ovvero il cervello individuale.

Il quarto fattore, di economia emotiva dell'operatore, così come di chiunque si

trovi a fronteggiare la disfunzionalità psichica, sta nello scivolare in un mero coscienzialismo per ciò che concerne quello che si potrebbe fare: si pensa che con le buone intenzioni e con le regole pedagogiche si possa rimediare ai difetti. Al contrario, se si considera davvero la “relazione”, come strutturante, al pari della relazione primaria delle “cure materne”, o eventualmente ristrutturante, comunque sempre mediata da una comunicazione non verbale, automatica e non consapevole, affettiva, inconscia, l'intervento si presenta molto più complesso. Perdura come equivoco “un'idea correttiva”, semplicistica, per cui si crede che con messaggi verbali – coscienti – si possa correggere a posteriori ciò che si era strutturato primariamente, a livello inconsapevole, automatico, non verbale. Questa grossolana concezione risulta più semplice, all'operatore (e anche ai politici dirigenti l'assistenza), più comoda della dovuta considerazione per un lavoro preventivo, agente a livello emozionale, inconsapevole, costruttivo o ricostruttivo, molto più lungo e molto più complesso. Tale coscienzialismo trova il suo corrispettivo in un evitamento (si può dire inconscio) del considerare che l'apprendimento, quale sopra precisato come strutturante l'apparato neuromentale, è ben lungi dal comune senso adultistico che si dà al termine: è un apprendimento inconsapevole e comunque non verbale, che va a strutturare la memoria implicita. D'altra parte i più recenti studi in proposito all'attaccamento indicano che non si “imparano” contenuti, bensì modi di funzionamento neuromentale (Beebe, Lachmann, 2002).

Infine, quinto fattore, agente purtroppo anche nel caso che i primi quattro vengano ridotti o superati, è il pregiudizio che il cervello, lo sviluppo neuromentale, poco o nulla incida sullo sviluppo fisico, e su eventuali malattie organiche esogene intervenienti: ovvero si ignora la psicosomatica. La costruzione dell'organizzazione funzionale cervello-mente influisce invece, tanto più quanto più in età precoce, su tutti i processi somatici, di crescita e di funzionamento di organi, e regola la vulnerabilità o la resistenza agli agenti esogeni. Nel neonato evidentissime sono le manifestazioni somatiche di eventuali disfunzionalità (o patologie) psichiche, da intendersi come segnale somatico di un disagio psichico, che invece viene ignorato.

Tutto quanto sopra descritto si struttura nel cervello del bimbo, e forma la sua base neuromentale, a seguito di apprendimenti mediati da relazioni: ovvero non è l'esperienza in sé, come situazione esterna attraversata dal bimbo, che viene appresa, bensì quanto viene elaborato dalla mente neonatale nel dialogo non verbale che accade coi caregiver: da come pertanto funziona la mente di costoro in tale dialogo. Dialogo o pseudodialogo, come le ricerche hanno dimostrato, che può essere positivamente strutturante, come destrutturante, distruttore e patogeno per lo sviluppo del bimbo. Di qui l'attenzione ai genitori (o caregiver), a come è strutturata e come funziona la loro mente: un loro funzionamento ottimale, funzionale quindi allo sviluppo del bimbo, piuttosto che patogeno determinerà la sorte dello sviluppo del bambino. Per curare i bambini, allora, occorre curarsi dei genitori. Il soggetto della cura, se si vuole aver cura dello sviluppo di un bimbo, sono i genitori.

1.2 Dalle cure materne alla scoperta della Relazione

Illustri studiosi, nelle ricerche sperimentali degli ultimi trent'anni, hanno dimostrato come in tutte le interazioni madre-neonato e poi bimbo-caregiver venga veicolato un insieme di informazioni, reciproche, che costituiscono il dialogo (o pseudodialogo) che costruisce l'apparato neuropsichico del bimbo (Stern, 1987; Stern e coll., 2007, 2008; Schore 2003a,b; Cena, Imbasciati, 2009; Imbasciati, 2010a,b; Imbasciati, Cena, 2010; Cena, Imbasciati, Baldoni, 2010). In base a tali studi abbiamo oggi una vasta conoscenza su cosa consista tale dialogo non verbale, salutare o patogeno che sia, che avviene sempre comunque tra bimbo e caregiver: gli studi sperimentali sulla comunicazione non verbale hanno suffragato e dettagliato la realtà fisica, neurale e psichica, di ciò che passa in tale dialogo, al di sotto della coscienza dei protagonisti, confermando quanto osservato dalle Scuole cliniche, sia quelle derivate da Bowlby – quelle della Ainsworth (1969), della Main (1991), della Crittenden (2008) –, sia quelle psicoanalitiche (Vallino, 1998, 2002, 2004, 2009).

Quanto sopra potrebbe essere condensato sotto il termine di “cure materne”, di più antico uso: tuttavia tale termine, proprio perché consolidato dall'uso, ha un alone semantico semplicistico, che tende a essere conservato malgrado lo sviluppo scientifico abbia profondamente cambiato i concetti ivi contenuti. Le cosiddette cure materne non sono infatti le semplici cure per la sopravvivenza fisica del neonato, bensì *consistono*, come altrove abbiamo schematizzato (Imbasciati, Cena, 2010), *nei significati che vengono veicolati dai significanti* emessi dalla madre nelle interazioni. Questi e quelli sono modulati dalla struttura psichica della madre: importante è il grado in cui tale struttura è in grado di sintonizzarsi (capacità di *ré-vérie* come definita da Bion: 1962a,b, 1965) coi significati veicolati dai significanti emessi dal bimbo: dialogo piuttosto che pseudo dialogo (Imbasciati, 2010a). In tale “dialogo” i significati veicolati dai significanti emessi dalla madre vengono dall'incipiente mente del bimbo trasformati, in bene o in male, e come tale assimilati. Di qui il loro effetto positivo su di un buon sviluppo neuromentale del bimbo, piuttosto che un effetto patogeno.

Gli effetti del “dialogo” madre-bimbo potranno essere positivi nella misura in cui i significanti emessi dalla madre abbiano corrispondenza con significati precisi e gli uni e gli altri costituiscano risposte adeguate (vero dialogo e non pseudodialogo) rispetto ai significanti e significati emessi dal bimbo, nonché nella misura in cui siano intercorsi a un livello di elaborazione compatibile con la capacità di assimilazione e di elaborazione in quel momento in atto nella funzionalità della mente neonatale. Vi saranno invece effetti negativi sullo sviluppo nella misura in cui i significanti materni non abbiano corrispondenza con rispettivi significati e/o non costituiscano risposte adeguate ai significati espressi dal neonato (i cui significanti, quindi non sono stati compresi) e pertanto non siano assimilabili dalle capacità mentali di questi in quel momento.

In altri termini occorre che la madre impari la “lingua” del neonato e vi risponda in una lingua da questi comprensibile: qui si gioca l'effetto positivo piuttosto

che negativo delle “cure materne” sullo sviluppo neuromentale del bimbo. Fatto problematico da tenere in conto è che tutto quanto sopra descritto avviene a livello automatico, ben poco cosciente e per niente intenzionale, nella madre, e in modo del tutto al di fuori della coscienza nel neonato, che coscienza non ha ancora, ma apprendimento e memoria (detta “implicita”) ha, e di rilevanza strutturante. Tutto ciò esclude che una madre o un caregiver, la cui struttura psichica non funziona come sopra, possa avere la possibilità di imparare coscientemente, intenzionalmente e razionalmente a trattare il suo bimbo. Si tratta di funzionalità del suo cervello emotivo, che non è, se non in minima parte, modificabile da quanto il suo cervello cosciente intende fare.

Quanto sopra descritto, i cui effetti strutturanti il cervello del bimbo sono stati confermati, si ripete, seppure con minor rilevanza, in tutti i contatti (interazioni) intimi degli adulti, per esempio nelle amicizie profonde, nelle convivenze prolungate, nell’incontro erotico amoroso e, come è stato dimostrato, nel percorso psicoanalitico, che, proprio per questo, ha un effetto ristrutturante.

Le scoperte sopra sottolineate hanno radicalmente cambiato il vecchio concetto attribuito a “cure materne”: poiché questo però, nel senso comune, continua ad avere l’antico alone semantico, è nostra opinione che, agli effetti della formazione degli operatori, sia meglio non usarlo.

Le scoperte inerenti a questi effetti tra madre e bimbo, e poi nell’intersoggettività profonda anche degli adulti, hanno portato a scoprire il vero significato da attribuire al termine Relazione.

Allo scopo di sintetizzare ciò, abbiamo approntato lo schema che qui presentiamo (Fig. 1.1)

Lo schema presentato mira a evitare il riduzionismo che accade in ambito sanitario, come descritto nel precedente paragrafo, dove sono stati elencati i cinque fattori che lo inducono, e che riducono la relazione a mero coscienzialismo volontario. Questo, nell’istituzione, finisce per essere puro convenzionalismo professionale, svuotando la relazione del significato che lo sviluppo scientifico vi ha scoperto. Allo scopo di sintetizzare i cinque fattori abbiamo approntato un secondo schema (Fig. 1.2).

Aver cura che si possa sviluppare una buona relazione, nel suo effettivo significato, è pertanto tutt’altro che un surplus di agio, come spesso si intende in ambito sanitario, ma un vero presidio preventivo e terapeutico, indispensabile al pari e più di quanto non sia l’asepsi in chirurgia e i farmaci o l’alimentazione in medicina. Lo sviluppo fisico e neuropsichico dell’individuo dipende dal cervello e la costruzione di questo dalla strutturazione avvenuta nell’accudimento.

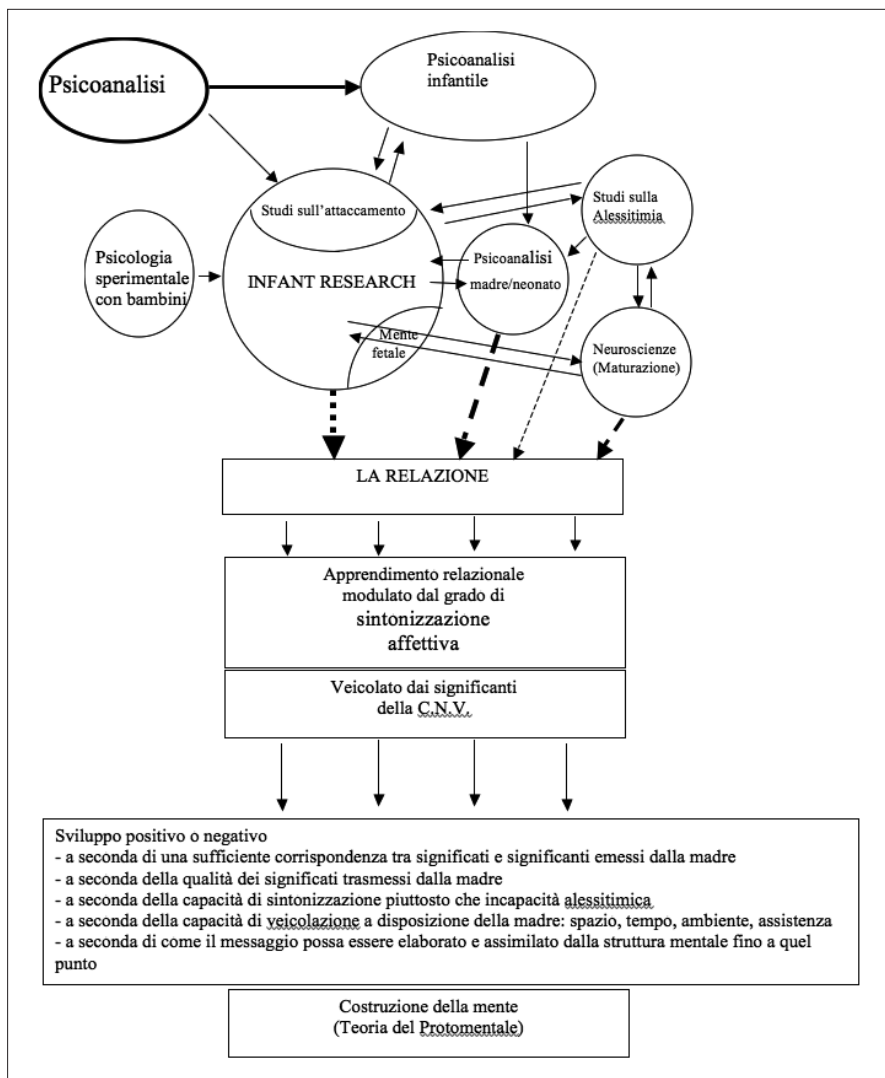
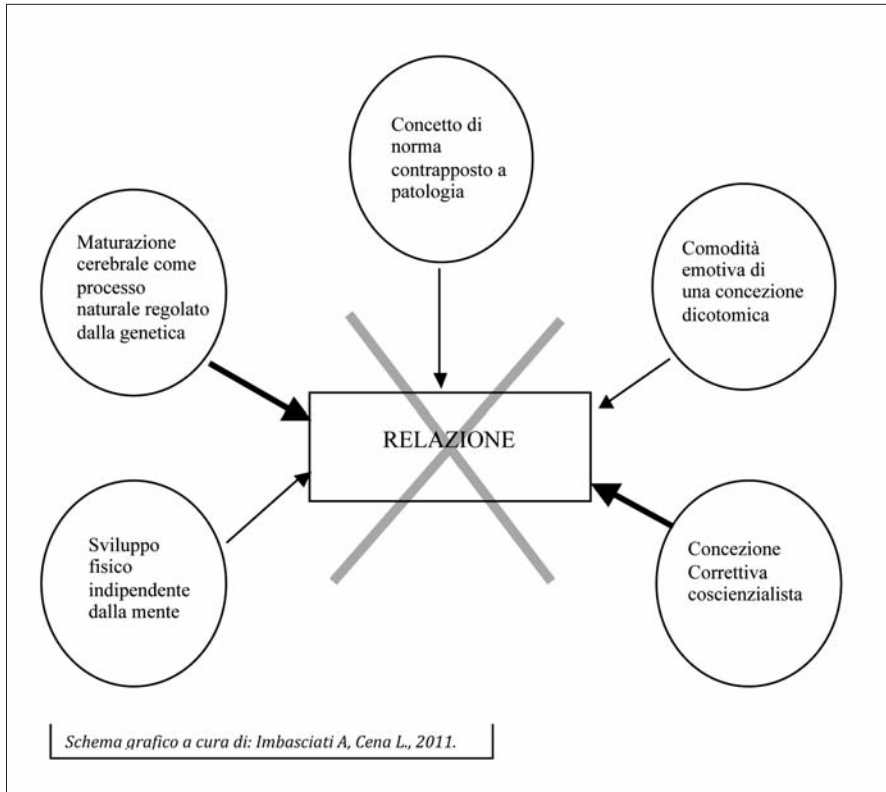


Fig. 1.1 L'intreccio delle ricerche e la scoperta della relazione.

Ricerche di scienze diverse, diversamente focalizzate e condotte con metodi differenti, si sono reciprocamente intrecciate convergendo nella scoperta di quanto intercorre tra madre e neonato e pertanto nel definire l'essenza della Relazione che ha effetto strutturante sulla mente e il cervello. L'intreccio e gli apporti delle diverse ricerche sono graficamente rappresentati dalle frecce, il cui spessore ne indica l'importanza. Vediamo in alto nella figura come la psicoanalisi e i suoi sviluppi nella psicoanalisi infantile abbiano contribuito allo sviluppo dell'Infant Research, a partire dalla Teoria dell'Attaccamento. Nell'Infant Research i dati osservati con metodo psicoanalitico si sono integrati con la sperimentazione derivata dagli studi di psicologia evolutiva (a sinistra). Particolare rilevanza hanno avuto gli apporti delle neuroscienze sulla maturazione cerebrale (a destra), sia per le indagini sulla mente fetale (inclusa nell'area "Infant Research"), sia per tutta la ricerca sulla strutturazione neuromen-



tale dell'infante. In parte integrati con l'Infant Research possono considerarsi i contributi della psicanalisi applicata alle madri col loro neonato. I particolari studi neuropsicologici sull'alesitimia hanno anch'essi contribuito a focalizzare come si forma la mente neonatale e infantile: l'alesitimia di un caregiver esercita un'azione negativa sulla qualità della Relazione. L'insieme di questi contributi ha focalizzato il concetto di Relazione: vedi la parte inferiore della figura, con le frecce spesse tratteggiate. La sua essenza (si scenda verso il basso della figura) consiste in un apprendimento relazionale modulato dal livello di sintonizzazione di significati, veicolati dai significati della comunicazione non verbale (C.N.V.), interazioni in primis. Nella parte più in basso sono indicati gli effetti della relazione, che variamente modulati dalle circostanze esterne e interne, costruiscono la mente. Una teoria di tale costruzione è stata da me elaborata come "Teoria del Protomentale" (Imbasciati, 1998, 2006a,b).

Fig. 1.2 I falsi assunti che svuotano la relazione.

Nella figura sono schematizzati i cinque fattori, descritti nel paragrafo 1.1, che concorrono a mistificare nella cultura sanitaria corrente il concetto di relazione, svuotandolo di quanto le ricerche vi hanno scoperto. Non si tratta semplicemente di mancanza di conoscenze adeguate sul progresso scientifico, ma di posizioni emotive inconscie radicate, analoghe agli assunti di base di Bion (1961), che obliterano le eventuali conoscenze, producendo il perdurare di una concezione superficiale, tecnica, popolare, del termine "Relazione". Su tali radici emozionali della conoscenza dovrebbe operare una formazione che possa produrre operatori sanitari (Mental Health) adeguati.

1.3 La struttura mentale dei caregiver

Veniamo ora al fulcro del presente lavoro. Poiché la strutturazione o meglio la costruzione del sistema neuromentale del bimbo può realizzarsi in senso positivo piuttosto che negativo, e in tal caso a rischio per i bambini, in funzione delle capacità della mente dei genitori di trasmettere nelle interazioni messaggi strutturanti piuttosto che destrutturanti, un eventuale intervento terapeutico o meglio preventivo nei confronti dei bambini a rischio non può che rivolgersi alla mente dei genitori; o meglio al funzionamento (ricordiamo: emotivo, automatico, inconsapevole) del loro apparato mentale mentre accudiscono i loro bambini. Ricordiamo a proposito che, così come nel bimbo la struttura neuromentale dipende dalla qualità delle interazioni intercorse coi caregiver, altrettanto la capacità di questi (genitori) dipende da come, a loro volta quando essi erano bimbi, si strutturò la loro mente, anch'essa in funzione dei genitori. Ciò esclude la possibilità che genitori e caregiver possano da soli correggere volontaristicamente la loro struttura, il che esclude la colpa come detto all'inizio: la loro struttura, se insufficiente, deve essere "curata". Un intervento, se necessario o comunque opportuno, va fatto con i genitori.

Abbiamo all'uopo approntato la Fig. 1.3, ove chiaramente è indicato il punto di intervento (si veda la didascalia), cioè a sfatare il tenace pregiudizio che laddove si riscontri un bimbo in difficoltà di sviluppo, su di esso si possa agire. È questo il pregiudizio corroborato dalla tradizione medica, che identifica il "malato" come entità separata dal suo contesto. Il contesto relazionale è il vero punto di intervento in campo psichico. L'attenzione dell'operatore non può essere sul bimbo, ma sulla relazione che si svolge coi suoi genitori, o meglio che i genitori, con le loro capacità psichiche, adeguate o inadeguate, modulano in bene o in male col loro bimbo. In questa direzione va indirizzata l'attenzione dei genitori: non hanno senso le loro domande, come negli esempi prima riportati, focalizzate sul bimbo, sulla base di presupposti scientificamente infondati.

E infine, poiché i bimbi a rischio non possono certo notificarci le loro difficoltà, e spesso neppure i loro genitori che, anzi, sono di solito sordi e ciechi di fronte ai deficit, finché questi non diventano macroscopici, e pertanto è troppo tardi, occorre un'opera assistenziale di prevenzione: occorrerebbe uno screening preventivo per tutte le coppie con bimbi piccoli, e comunque una campagna promozionale informativa che depotenzializzasse il senso di colpa dei genitori. È infatti un latente e occulto senso di colpa dei genitori che impedisce loro di vedere quando la relazione col bimbo non va bene e che peraltro impedisce il loro accesso a eventuali servizi di aiuto, allo screening stesso. Tale senso di colpa procede dal riduttivismo coscienzialista per cui si vivono le proprie capacità mentali come fossero coscienti e controllabili con una cosciente responsabilità: di qui senso di colpa, mentre si ignora, o meglio non si "vuole" conoscere, che la mente umana è essenzialmente inconscia, strutturata nel cervello di ogni individuo, nelle sue funzioni del tutto occulte al soggetto stesso. Il concetto di responsabilità personale va pertanto completamente ridimensionato, non intendendolo in senso morale coscienzialista, bensì come attenzione vigile a se stessi, in funzione di un futuro a lungo termine. Un tale compito di ridimensionamento potreb-

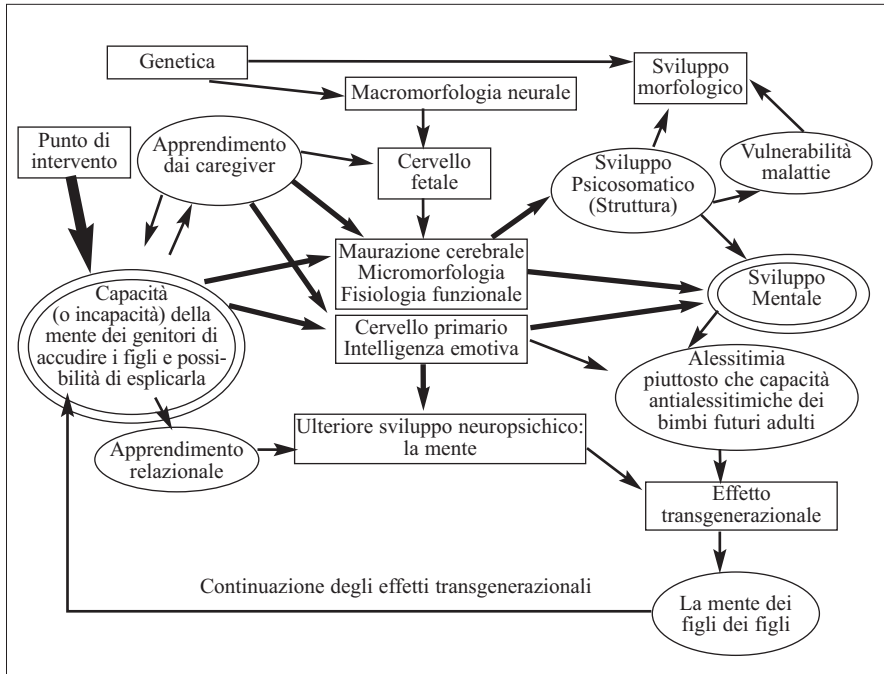


Fig. 1.3 Capacità dei genitori e sviluppo del bambino, futuro adulto.

La figura mostra come vari fattori si condizionino l'un l'altro nel modulare lo sviluppo del bambino, fisico e, sottolineato, neuropsichico producendo futuri individui che a loro volta trasmetteranno ai propri figli quanto il loro cervello ha appreso durante la loro vita relazionale. La direzione delle frecce indica il senso della connessione e il loro spessore l'intensità del condizionamento. La figura mette in rilievo nel suo intreccio la trasmissione delle capacità relazionali quale veicolo di una più globale trasmissione di generazione in generazione. Al centro della figura vediamo schematizzata la formazione del cervello primario, fetale e neonatale, condizionato nelle sue strutture, non tanto dalla genetica (in alto a sinistra) responsabile della macromorfologia neurale, quanto dalla qualità dell'apprendimento dai caregiver e in particolare dalla loro capacità relazionale di un buon accudimento (a sinistra nella figura). La qualità di strutturazione così modulata farà sì che il cervello di questo bimbo possa essere più o meno capace di ulteriori apprendimenti relazionali lungo la sua vita futura (al centro in basso nella figura), migliorando piuttosto che peggiorando la propria struttura. Questa catena di trasmissione modulerà la qualità dello sviluppo mentale (a destra in media figura nel doppio cerchio) della persona, che a sua volta trasmetterà ai propri figli (si scenda in basso a destra nella figura). Se lungo questa trasmissione si veicolano buone capacità di accudimento, cioè buone capacità relazionali, antialessitimiche, queste si trasmetteranno ai figli, i quali sapranno ben accudire ai figli che avranno da adulti (figli dei figli, a destra in basso) e quindi generare un circuito transgenerazionale migliorativo. Tale circuito potrebbe però accadere anche in negativo. A sinistra si evidenzia dove mirare un'adeguata opera di prevenzione e assistenza che possa migliorare l'effetto domino transgenerazionale, ed evitare rischi di evoluzione negativa della popolazione. In alto è indicato nella figura quanto il corredo genetico condizioni lo sviluppo morfologico corporeo e quello cerebrale, quest'ultimo però solo per la sua macromorfologia. Scendendo al centro della figura si vede infatti come il cervello fetale e sempre più quello del neonato

debba la sua micromorfologia e fisiologia funzionale (maturazione cerebrale, una volta creduta dovuta alla genetica) all'esperienza tratta dall'apprendimento dal caregiver (a sinistra), e questa in special modo debba la sua qualità alla capacità della mente dei genitori di un buon accudimento, e alla possibilità di esplicitarlo. Il cervello così strutturato condiziona (a destra nella figura) sia lo sviluppo psicosomatico sia la stessa struttura psicosomatica, che moduleranno lo sviluppo fisico e la vulnerabilità alla malattia (in alto a destra), e soprattutto lo sviluppo mentale. Particolare ruolo in tale maturazione ha la strutturazione del cervello primario (emotivo) che oggi si è rivelato esteso a tutto l'emisfero cerebrale destro, e come queste condizioni nell'individuo che diventa adulto, la globalità del suo sviluppo neuro mentale (in basso al centro). La strutturazione del cervello primario è responsabile delle capacità antialessitimiche (relazione) dei bimbi, che pertanto da adulti proprio per questa la potranno trasmettere ai propri figli (effetto transgenerazionale, a destra in basso). Questo effetto condiziona il grado di capacità dei futuri genitori di allevare ottimamente piuttosto che deficitariamente (o patologicamente) i propri figli: si scorra in basso nella figura lungo la freccia che conduce a sinistra e verso l'alto.

be essere di competenza degli operatori: non è però certo facile in quanto gli operatori stessi sono spesso anch'essi soggiacenti alle medesime misconcezioni e purtroppo anche alle medesime misconosciute remore di colpa. Una impresa di formazione per gli operatori si presenta pertanto di enormi dimensioni.

Il senso della "cura" che qui si prospetta, può pertanto essere sintetizzato come "curare i bambini curando i genitori". Occorre curare i genitori, nel senso con cui si dice curare i bambini, in un certo senso "badare" o accudire i genitori, per aiutarli a vedere i loro limiti, cosicché essi possano farsi aiutare da operatori competenti (si può sperare di formarli?) a capire il tipo di relazione che sta strutturando il cervello del proprio bimbo.

Una tal cura dei genitori non può certo consistere in una serie di precetti e prescrizioni: questo sarebbe lo "scivolamento" nel coscientismo correttivo di cui sopra. Occorre un lavoro che abbia un minimo di incidenza sulla struttura emozionale dei genitori: a livello neurale potremmo parlare di memoria implicita, a livello psicoanalitico di strutture affettive inconscie. Occorre un servizio di consultazione supportiva, sia in sede di screening (i genitori come dicevo, sono gli ultimi a rendersi conto delle anomalie psichiche), sia poi psicoterapeutica, per i genitori dei bambini che si rivelano a rischio. Gli strumenti per una tale opera di assistenza sono attualmente sempre più numerosi, derivati da vari incroci tra le tecniche psicoanalitiche (Vallino, 2009; Emde, 1991), quelle derivate dagli sviluppi della Teoria dell'Attaccamento (Ainsworth et al., 1978; Carneiro et al., 2006; Fivaz-Deupersinge et al., 1999; Favez et al., 2006a,b; Sameroff et al., 2004; Crittenden, 2008) e quelle di impronta psicosociale.

Problematica si presenta però la realizzazione di simili servizi, soprattutto per la formazione degli operatori: questa formazione deve infatti svolgersi con lo stesso approccio con cui si assistono i genitori, ovvero con metodiche che abbiano una qualche incidenza sul loro cervello emotivo. Occorrono pertanto formatori adeguati a questo tipo di formazione per gli operatori. Di qui una prospettiva di enormi risorse che sarebbero necessarie, nonché la portata dei relativi investimenti finanziari. D'altra parte prevenire costa sempre meno che cercare di curare dopo. Notiamo che il pro-

blema in causa ha una ricaduta transgenerazionale, non solo a livello delle persone interessate (Imbasciati, 2010a,b; Imbasciati, Cena, 2008; Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2011), ma anche a livello di organizzazione sociale. Si pensi infatti ai costi sociali che occorrono per assistere per tutta la vita i malati psichiatrici o per ovviare alle varie forme di devianze sociali. Occorrerebbe pertanto una sensibilizzazione della cultura corrente: in questo senso apparirebbe meno difficile focalizzarsi, per simili servizi, sulla perinatalità. Nel periodo perinatale, gestazione, parto, primo accudimento e sviluppo del piccolo, sia i genitori sia l'entourage sociale sono molto sensibili a ciò che potrebbe accadere nello sviluppo del bimbo. Un tale tipo di assistenza presuppone la fondazione, la promozione e la diffusione di un'adeguata Psicologia Clinica Perinatale (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007, 2011) come premessa conoscitiva per accingersi alla difficile impresa, ricordando come un relativo fallimento potrà in futuro avere grosse conseguenze sull'umanità stessa (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2011).

Non si tratta di un'iperbole pessimistica. Si osservi di nuovo la Fig. 1.3 e si legga la relativa didascalia. La qualità dello sviluppo perinatale ha un "effetto domino" di generazione in generazione. Un buon sviluppo psichico nella perinatalità produrrà individui capaci di garantire un buon sviluppo ai propri figli, e questi a loro volta ai propri piccoli, e di qui ai figli dei figli. Particolare rilievo in tale trasmissione rivestono le capacità emozionali di una buona Relazione, ciò che altrove (Imbasciati, 2008; Imbasciati, Cena, 2010; Cena, Imbasciati, Baldoni 2010; Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2011) è stato denominato capacità antialessitimica. Si tratta del contrario dell'alessitimia¹ ovvero della capacità di sentire e riconoscere le proprie e altrui emozioni e pertanto l'esser capaci di comprendere cosa intercorre tra un genitore e un neonato o bimbo, cosicché questi a sua volta "impari" tale capacità, diventando capace di effettiva Relazione e, diventato adulto, a sua volta sia capace di un buon accudimento ai suoi piccoli garantendo loro un effettivo "dialogo" (e non pseudo dialogo) che favorisca il loro sviluppo. Ovviamente tali capacità (antialessitimiche) non costituiscono "qualità" da intendersi dicotomicamente, bensì come dimensione psichica posseduta da ognuno a vari gradi e livelli.

Viceversa, se nello sviluppo psichico perinatale un "cattivo" accudimento, una Relazione difettosa, un pseudo dialogo o l'assenza di dialogo, condizionano uno sviluppo psichico non ottimale, questi bimbi non svilupperanno buone capacità antialessitimiche, cosicché i loro figli avranno uno sviluppo psichico deficitario (si spera non proprio "patologico") proprio in queste capacità: non potranno ovviamente trasmetterlo ai propri figli. Ecco un effetto domino negativo, di generazione in generazione.

¹ L'alessitimia non è una patologia, bensì una caratteristica che si evidenziò per la prima volta in quei particolari individui in cui si manifestava in maniera saliente. Le ricerche successive hanno dimostrato che si tratta di una dimensione in negativo, che a vario grado può strutturarsi in ogni individuo, a seconda dello sviluppo psichico da questi avuto. Per tali ragioni si è ritenuto più preciso considerare tale dimensione nella sua direzione positiva, come capacità, di vario grado, di gestire le emozioni: si è così descritta la dimensione "antialessitimica" (Imbasciati, Margiotta, 2005, 2008; Imbasciati, 2008b).

La Fig. 1.3 può dunque riassumere questo circuito, vizioso o virtuoso, che accade tra le generazioni e far quindi riflettere sul rilievo che potranno avere gli investimenti su servizi preventivi e su un'adeguata formazione di operatori perinatali.

Bibliografia

- Ainsworth MDS et al (a cura di) (1978) *Patterns of attachment: assessed in the strange situation and at home*. Erlbaum, Hillsdale
- Ainsworth MDS, Wittig BA (1969) Attachment and exploratory behaviour of one-year-olds in a strange situation. In: Foss BM (a cura di) *Determinants of infant behaviour - IV*. Methuen, London, 111-136
- Beebe B, Lachmann FM (2002) *Infant Research and Adult Treatment: Co-constructing Interactions*. The Analytic Press, Hillsdale, NY
- Bion W (1961) *Experiences in Group*. Tavistok, London. Trad. it. *Esperienze nei gruppi*. Armando, Roma, 1971
- Bion W (1962a) *Learning from experience*. Heinemann, London. Trad. it. *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma, 1972
- Bion W (1962b) *Una teoria del pensiero*. Trad it. *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Armando, Roma, 1970
- Bion W (1965) *Trasformazioni*. Armando, Roma, 1973
- Carneiro C, Corboz-Warnery A, Fivaz-Depeursinge E (2006) The Prenatal Lausanne Trilogue Play: a new observational assessment tool of the Prenatal Co-Parenting Alliance. *Infant Mental Health Journal* 27:207-228
- Cena L, Imbasciati A (2009a) Strumenti in Psicologia Clinica Perinatale: il Care-Index per una valutazione della qualità della relazione primaria. *Psychofenia* XII:151-172
- Cena L, Imbasciati A (2009b) Come valutare le cure materne nello sviluppo del futuro individuo. *Nascere* 107:25-30; *Nascere* 108:26-34
- Cena L, Imbasciati A, Baldoni F (2010) *La relazione genitori/bambino*. Springer Verlag, Milano
- Crittenden PM (2008) *Il Modello Dinamico-Maturativo dell'Attaccamento*, Cortina, Milano
- Emde RN (1991) Positive emotions for psychoanalytic theory: surprises from infancy research and new direction. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 29:5-44
- Favez N et al (2006a), The development of the family alliance from the pregnancy to toddlerhood and children outcomes at 18 months, *Infant and Child Development* 15:59-73
- Favez N, Frascarolo F, Fivaz-Depeursinge E (2006b) Family alliance stability and Change from pregnancy to toddlerhood and marital correlates, *Swiss Journal of psychology* 65:213-220
- Fivaz-Depeursinge E, Corboz-Warnery A (1999) *The primary triangle*. Basic Books, New York Trad. it. *Il triangolo primario*. Cortina, Milano, 2001
- Imbasciati A (1998) *Nascita e costruzione della mente*. Utet, Torino
- Imbasciati A (2006a) *Il sistema Protomentale*. Psicoanalisi cognitiva. *Origini, Costruzione e Funzionamento della Mente*. LED, Milano
- Imbasciati A (2006b) *Constructing a mind. A new base for psychoanalytic Theory*. Brunner-Routledge, London
- Imbasciati A (2008a) *Le cure materne: matrice dello sviluppo del futuro individuo*. *Nascere* XXXV:4-14
- Imbasciati A (2008b) *La mente medica*. Springer, Milano
- Imbasciati A (2010a) *La comunicazione affettiva: alle origini dello sviluppo neuromentale del bambino*. *Nascere* 2:4-12
- Imbasciati A (2010b) *Qualche interrogativo sulle talking cure*. *Psichiatria e Psicoterapia* 4:1-21
- Imbasciati A, Buizza C (2011) *L'emozione sessuale*. Psicoanalisi e neuropsicofisiologia di un'emozione negata. Liguori, Napoli, 308
- Imbasciati A, Calorio D (1981) *Il Protomentale*. Boringhieri, Torino

- Imbasciati A, Cena L (2008) Le cure materne in una prospettiva transgenerazionale. *Nascere* XXXVI:4-15
- Imbasciati A, Cena L (2010) *Il bambino e i suoi Caregiver*. Borla, Roma
- 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 dei futuri individui. Un uomo transgenerazionale*. Espress Edizioni, Torino
- Imbasciati A, Margiotta M (2005) *Compendio di psicologia per gli operatori socio-sanitari*. Piccin, Padova
- Imbasciati A, Margiotta M (2008) *Psicologia Clinica per gli operatori socio-sanitari*. Piccin, Padova
- Main M (1991) Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) models of attachment: Findings and directions for future research. In Harris P, Stevenson-Hinde J, Parkes C (a cura di) *Attachment Across the Life Cycle*. Routledge, New York
- Sameroff AJ, McDonough SC, Rosenblum KL (a cura di) (2004) *Treating early relationship problems: Infant, parent, and interaction*. The Guilford Press, New York
- Schore AN (2003a) *Affect dysregulation and the disorders of the Self*. Norton & Company, New York
- Schore AN (2003b) *Affect regulation and the repair of the Self*. Norton & Company, New York
- Stern D (1987) *The interpersonal world of the infant*. Basic Books, New York
- Stern D, Boston Change Process Study Group (2007) The foundational level of psychodynamic meaning. *International Journal of Psychoanalysis* 88:843-860
- Stern D, Boston Change Process Study Group (2008) Forms of relational meaning: Issues in the relations between the implicit and the reflective verbal domains. *Psychoanal Dialog* 18:125-202
- Vallino D (1998) *Raccontami una storia. Dalla consultazione all'analisi dei bambini*, Borla, Roma
- Vallino D (2004) *La consultazione partecipata: figli e genitori nella stanza dell'analisi*. In: *Uno spazio per i genitori*, Quaderni di psicoterapia infantile. Borla, Roma
- Vallino D (2009) *Fare psicoanalisi con genitori e bambini*. Borla, Roma
- Vallino D (2002) *La consultazione con il bambino e i suoi genitori*. *Rivista di Psicoanalisi* 48:325-343

Prendersi cura della generatività, genitorialità e cogenitorialità con gli operatori socio-sanitari per una profilassi psicoeducativa

2

L. Cena, A. Imbasciati

2.1 Premessa

In un nostro progetto di prevenzione perinatale tutt'ora in corso (capitolo. 11) per la tutela della salute mentale delle madri, dei padri e dei loro bambini è stata strutturata un'indagine esplorativa attraverso le principali aree tematiche relative alla perinatalità psichica genitoriale, evidenziate dalla letteratura. Alcune di queste aree verranno esaminate in questo e nel prossimo capitolo, in cui saranno presi in considerazione indicatori di rischio per la salute mentale perinatale, ma anche di protezione e promozione del benessere psicofisico della coppia e del bambino che tutti gli operatori socio-sanitari dei percorsi- nascita, attraverso l'assistenza alla pianificazione e realizzazione del progetto generativo e genitoriale, devono imparare a esplorare attraverso la loro funzione professionale ed educativa. Gli operatori dell'assistenza al percorso-nascita (ostetriche, ginecologi, neonatologi, psicologi, assistenti sanitarie, assistenti sociali, puericultrici, infermieri, educatori) sono le figure professionali che a diversi livelli e con specifici ruoli sono coinvolte nel processo della perinatalità genitoriale e che possono operare, attraverso le loro funzioni e competenze, interventi orientati a un'assistenza sanitaria adeguata e a una profilassi psicoeducativa¹.

Una formazione continua di tale operato si rivela pertanto opportuna a quanto è stato descritto come perinatalità psichica della coppia genitoriale, iniziando dai percorsi formativi universitari dei corsi di laurea triennale e specialistica, per proseguire con Master post-laurea, Corsi di perfezionamento, di aggiornamento (organizzati dall'Università) attraverso una formazione continua in medicina, i cosiddetti ECM. L'obiettivo con cui sono stati istituiti infatti gli ECM – crediti formativi – è proprio

L. Cena (✉)

Professore Associato di Psicologia Clinica

Dipartimento Materno Infantile, Facoltà di Medicina e Chirurgia

Università degli Studi di Brescia

cena@med.unibs.it

quello di mantenere le diverse professionalità in costante aggiornamento lungo tutto l'iter professionale².

In questa prospettiva indichiamo la succitata indagine esplorativa (capitolo 11) nell'ottica di una ricerca-intervento: ricerca per la formazione delle figure professionali socio-sanitarie addette ai percorsi nascita; intervento per fornire un servizio di prevenzione al territorio, in sinergia con le altre agenzie sanitarie ed educative (ASL, Consultori, Ospedale, Scuola) che operano con la finalità di perseguire la tutela della salute mentale e la promozione del benessere psicofisico della donna, del bambino, della coppia e della famiglia.

2.2 Genitori: progettualità generativa, genitoriale, transgenerazionale

La Psicologia Clinica Perinatale ha come suo oggetto unitario lo sviluppo della progettualità generativa e genitoriale di una triade madre-bambino-padre e il suo evolversi dall'epoca prenatale sino ai primi anni di vita di un bimbo nell'insieme relazionale che li lega, collocato nel collettivo costituito dall'organizzazione dei servizi assistenziali istituiti per proteggere e aiutare il processo di nascita, nonché nel più vasto contesto culturale e sociale. L'ottica in cui si muove è quella di un approccio multidisciplinare in cui la complessità del fenomeno dello sviluppo del feto, del neonato e del bambino viene considerato non tanto nei suoi aspetti psicobiologici quanto relazionali. L'oggetto della Psicologia Clinica Perinatale non è pertanto il bimbo nella sua individualità, ma come questa si sviluppi, fisicamente e psichicamente in funzione della relazione che si costruisce con i suoi genitori. Alla base vi è il con-

¹ Nei percorsi di formazione psico-pedagogica e clinica dei Corsi di Laurea in Ostetricia dell'Università di Brescia operiamo sia con strumenti di osservazione clinica e pedagogica dell'unità madre-bambino e della coppia, sia con strumenti-questionari, interviste, colloqui clinici- per la rilevazione dei fattori di rischio e di protezione del benessere psicofisico perinatale della madre, del bambino e del padre. Con la coordinatrice del Corso di Laurea in Ostetricia, Prof.ssa Miriam Guana, ostetriche, puericultrici degli Spedali Civili di Brescia, ginecologi-ricercatori del Dipartimento Materno Infantile dell'Università di Brescia e assistenti sanitarie dell'Asl di Brescia, da diversi anni stiamo collaborando in questa direzione con progetti di ricerca e di formazione per un'integrazione degli aspetti psicofisici dell'esperienza perinatale genitoriale, nella nascita a termine (II Divisione di Ginecologia e Ostetricia-Direttore Prof. Pecorelli, Dott.ssa Gambino Angela; I Divisione di Ginecologia e Ostetricia- Dott. LoJacono Andrea) e pretermine (Reparto Terapia Intensiva Neonatale: Prof. Chirico e Dott.ssa Angeli; Reparto Nido: Dott.ssa Gasparoni), che ringraziamo per la disponibilità e l'impegno nella collaborazione.

² Da diversi anni ci stiamo impegnando in questo ambito attraverso la proposta di Congressi Nazionali e Internazionali, Corsi di Perfezionamento e di Aggiornamento che vedono coinvolte professionalità specialistiche su aree tematiche relative alla perinatalità. Il presente testo è un contributo degli atti del secondo Corso di Aggiornamento (il primo nel 2008 e il secondo nel 2011) rivolto alle professionalità socio-sanitarie del territorio bresciano, italiano e internazionale tenuto da Patricia Crittenden del Family Institute, fondatrice dell'International Association for the Study of Attachment (IASA) e da Andrea Landini, Neuropsichiatra Infantile-IASA, con cui abbiamo da diversi anni una collaborazione per la formazione e la ricerca.

retto di continuità tra la vita intrauterina ed extrauterina, comprovata dalla possibilità di osservare in vivo la complessità delle attività e delle prerogative manifestate dal nascituro fin dai primi tempi della gestazione, e la conoscenza di quanto questa sia dipendente dalla relazione che si stabilisce coi genitori.

Freud (1926) sottolineava che tra la vita intrauterina e la prima infanzia vi è molta più continuità di quel che non lasci credere l'impressionante cesura dell'atto della nascita. L'attenzione della Psicologia Clinica Perinatale alle vicende della gravidanza, gestazione, parto, nascita, allattamento, neonatalità, crescita e sviluppo del bambino, copre l'arco di vita che va dall'epoca prenatale fino ai primi 2 anni di vita del bimbo, restando tuttavia interessante poter mantenere l'osservazione clinica almeno fino ai 36 mesi di vita. Il bambino non è considerato individualmente, ma nell'ambito del contesto interattivo diadico e triadico, secondo quanto intuito da Winnicott che "non esiste il bambino come entità a sé" (1965). Questo per due ordini di ragioni, che rimandano entrambe alla modulazione relazionale: la prima riguarda lo studio della regolazione (psicosomatica) del concepimento e di tutte le successive vicende, nella normalità di una gestazione e di un parto detti fisiologici, con una loro notevole gamma di ottimalità-difficoltà, nonché nella patologia, mentre la seconda rimanda allo sviluppo mentale primario (feto e neonato) quale condizione dello sviluppo dell'individuo in formazione, in cui la massima attenzione viene rivolta alla relazione, madre-feto/neonato-padre. Il periodo perinatale di un bambino è indissolubilmente legato, forse determinato, dalla maturazione psichica che avviene, o dovrebbe avvenire, nella struttura mentale dei suoi genitori: si può dunque considerare, e studiare, una perinatalità psichica come caratteristica fondamentale dei genitori condizionante, nel suo evolversi, il futuro del bimbo e dell'intera sua famiglia.

La Psicologia Clinica Perinatale si occupa dunque innanzitutto della perinatalità psichica dei genitori: il periodo della vita della donna e della coppia, contrassegnato dalla perinatalità fisiologica (concepimento, gravidanza, parto, puerperio), caratterizzato da una sottostante processualità psichica che si struttura progressivamente nella mente di ogni membro della coppia, durante il periodo della gestazione, ma anche già da prima, a partire dalla progettualità generativa che aveva motivato consapevolmente o inconsapevolmente il desiderio di un figlio.

I processi psichici sottesi alla filiazione sono costituiti dai vissuti intrapsichici dei futuri genitori, ma sono anche collegati al contesto sociale e culturale. La perinatalità psichica viene pertanto a collocarsi in una prospettiva ampia, che implica aspetti intrapsichici, interpersonali, relazionali, sociali e transgenerazionali. Essa fa parte di quel complesso quadro denominato "transizione alla genitorialità". I recenti mutamenti sociali e culturali, che hanno consentito la diffusione di nuove strutture familiari e modalità diversificate di assunzione del ruolo genitoriale, hanno proposto percorsi della filiazione sempre più articolati (procreazione medicalmente assistita, prematurità, differenti condizioni di accudimento ecc.), cosicché gli aspetti connessi alla perinatalità psichica sono andati implicando processi sempre più complessi.

Collocati entro il contesto più ampio della genitorialità psichica, i processi psichici della perinatalità implicano riconoscere un momento critico nel ciclo di vita dell'individuo, collegato a un intenso lavoro di ristrutturazione emotiva ed affettiva. La "nascita" psicologica di un genitore, ovvero la genitorialità psichica, fa parte di un

2 percorso evolutivo articolato e complesso, attraverso un divenire di processi tra loro interrelati, a partire dal proprio senso di identità individuale e poi di coppia, dalla gestione della propria sessualità, dalla capacità o impedimento di procreare, dal desiderio di generare e di maternità/paternità, e dalla possibilità di allevare un figlio che si possono ritrovare sotto molteplici dimensioni nella storia particolare e unica di ogni individuo (Cena, Imbasciati, 2007; Imbasciati, Cena, 2011).

L'appartenenza alla specie umana implica potenzialità generative psichiche, con cui è possibile trasmettere transgenerazionalmente caratteristiche della propria discendenza parentale per via psichica e non semplicemente per trasmissione genetica. Attraverso la propria sessualità ogni individuo ha potenzialmente la possibilità di generare e diventare genitore: anche questo però non passa semplicemente per le vie biologiche, ma nella sessualità intesa come struttura neuropsichica emozionale entro la quale viene ad essere bene o male costruita la potenzialità psichica generativa e genitoriale (Imbasciati, 2011a). La generatività intesa in senso psichico rappresenta una condizione creativa della dimensione psichica sessuale e la genitorialità ne è a sua volta la prosecuzione, nella linea della filiazione psichica, mediante il prendersi "cura" del prodotto del concepimento. Essa è necessaria come la stessa generatività biologica, per la continuazione e la protezione del nuovo essere: nella specie umana, nella situazione di infanzia prolungata e dipendente, il nuovo nato ha la possibilità di strutturare la propria mente nelle relazioni con la mente dei genitori, per potersi poi sviluppare e crescere, e poi ancora nuovamente riprodursi in senso fisico, ma anche e soprattutto in senso psichico, per una continuazione della specie "sapiens".

Alcuni autori parlano di una dinamica esplicita del generazionale che rimanda a una trasmissione implicita tra le generazioni di quella che non è solo un'eredità biologica ma anche psichica (Golse, 1995). Lebovici (1994; 1989) fa riferimento a un "mandato transgenerazionale" che costituisce il patrimonio psichico, tramandato come preziosa eredità tra le generazioni, ma che potrà anche costituire un fardello pericoloso e pesante. Le interazioni fantasmatiche tra le generazioni (Kraisler, Cramer, 1981; Lebovici, 1994) sono il veicolo privilegiato di questa trasmissione psichica transgenerazionale, con cui si intesse lo sviluppo intrapsichico individuale.

Alla base di ogni azione umana è sottesa, consapevole o no, una progettualità che guida le scelte e le azioni stesse: gli obiettivi o comunque i risultati potranno essere razionali o irrazionali, espliciti o impliciti, consapevoli o no, sani o patologici. Possiamo pertanto fare riferimento a una "progettualità" generativa e genitoriale per descrivere i processi psichici interrelati e sottesi allo sviluppo delle dimensioni che costituiscono la filiazione umana: il riferimento al concetto di progettualità è rappresentativo della dinamicità dei processi evolutivi implicati. Generatività e genitorialità si presentano come costrutti teorici articolati, imbricanti strutture e funzioni psichiche connesse con molteplici variabili. Il progetto gestazionale e genitoriale (Cappello, Vacchino, 1985) della donna e della coppia comporta che attraverso la gestazione avvenga un passaggio dalla "coppia coniugale" alla "coppia genitoriale". Il progetto gestazionale contiene il progetto generativo (fare un figlio) e il progetto genitoriale (diventare madre e padre), che dovrebbe comportare lo sviluppo di un'identità nuova, quella di genitore. Negli studi che da diversi anni stiamo conducendo in quest'area di ricerca (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007; 2011), abbiamo cercato di

individuare possibili indicatori di generatività e genitorialità.

La progettualità generativa individuale che appartiene alla storia di ognuno potrà a un certo momento del percorso di vita venire condivisa o meno dalla coppia, o potrà anche nascere come progettualità della coppia stessa, sintetizzando e assumendo i codici individuali. La progettualità generativa consapevole implica comunque processi psichici inconsapevoli, sottesi ai comportamenti relativi alla propria sessualità, che potrà essere modulata nei suoi stessi aspetti psichici, nonché essere gestita con modalità più o meno orientate alla procreatività.

La progettualità genitoriale comporta d'altra parte l'attivazione dei processi psichici strutturati nella mente del singolo, che permettono, bene o male, le funzioni di accudimento, fisico e psichico, del bimbo generato. La genitorialità psichica rimanda alle rappresentazioni di affetti e di comportamenti rivolti al proprio bambino, nato o in gestazione, che può non essere ancora rappresentata, ma essere presente solo nella propria mente (Stoleru, Morales-Huet, 1989). Il processo del diventare genitori comporta una complessa evoluzione psichica che inizia nell'infanzia, l'attraversa e segue nello sviluppo evolutivo dell'individuo che potrà diventare genitore, in complementarietà allo sviluppo dei suoi legami generazionali, sociali, ambientali (Moro et al., 1989). In termini psicodinamici la genitorialità implica l'attivazione di una relazione oggettuale con un altro da sé, bambino reale o immaginario (Stoleru, 1998), e comprende la sinergia delle due evoluzioni psichiche della maternità e della paternità, che si incontrano nello spazio condiviso della coniugalità.

In genere i due processi di attivazione della generatività e della genitorialità sono interconnessi: la generatività può evolvere verso la genitorialità, o viceversa un progetto di genitorialità può attivare la generatività dell'individuo e della coppia: ciò potrebbe spiegare l'interscambiabilità dell'uso dei due termini, i cui concetti sono comunque da tenere ben distinti. Può accadere infatti che, per complesse vicissitudini interiori, intrapsichiche, interpersonali o anche sociali, la generatività sia debole o non sia sostenuta, o non evolva verso la genitorialità: il ruolo genitoriale può venire in questo caso assunto da qualche altro caregiver, entro o fuori la famiglia, oppure nei casi più gravi il bimbo può venire abbandonato, maltrattato, abusato o ucciso.

Può anche accadere però il contrario: il progetto di generatività può fallire per impossibilità procreativa, fisiologica o psicologica di uno o di entrambi i membri della coppia. La genitorialità può implicare allora aspetti particolari, indipendenti dalle possibilità generative biologiche. Basti pensare alle coppie infertili in cui il progetto di genitorialità può venire realizzato solo attraverso l'adozione di un bambino o l'assunzione di un affido.

In letteratura si possono ritrovare i due termini generatività e genitorialità utilizzati in modo interscambiabile. Con le due denominazioni si intendono però diversi e specifici processi psichici, che necessitano di una distinta puntualizzazione. Per generatività si intende una struttura psichica, che dispone a una qualche trasmissione del proprio essere: può condurre alla generatività fisica, così come ad altre "creazioni"; rimanda al superamento del narcisismo individuale a favore di un qualcosa, cui l'individuo può anche sacrificarsi. In questi termini è stata descritta da Erikson (1950) come ulteriore sviluppo di una "genitalità", intesa come oblatività e dedizione reciproca. Nei suoi aspetti più concreti generatività rimanda a gravidanza, e da

2 qui, superando il narcisismo della propria capacità di generare fisicamente, rimanda a un voler portare avanti una gestazione, al voler “fare un figlio”: desiderio presente in entrambi i sessi, che ritroviamo celebrato nel corso dei tempi nei miti e nelle cosmogonie (Imbasciati, Cena, 1987, 1988). La genitorialità implica invece un ulteriore sviluppo della generatività, che non sempre avviene e che comunque assume aspetti più individualizzati, che sfociano non tanto nel desiderio di un figlio, quanto in una serie di rappresentazioni che concernono l'allevamento di un figlio e il desiderio di aiutarlo a diventare adulto a sua volta.

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

Il desiderio di generare può essere consapevole e condurre a un'azione volontaria: il concepimento viene cercato, programmato, desiderato e atteso dall'individuo e dalla coppia, ma può essere anche poco o nulla consapevole, e dare origine a tutta una serie di azioni non palesi e talora occulte per l'individuo.

Il desiderio di generare viene spesso fatto risalire all'istinto: negli animali infatti il comportamento riproduttivo è regolato dai ritmi fisiologici dell'estro che segnano la possibilità ciclica di generare nella femmina. La riproduzione procede sulla base di una regolazione istintuale uguale in tutti gli individui della stessa specie. È questo che definisce l'istinto: tale comportamento istintivo, che regna nel mondo animale, della femmina che ricerca l'accoppiamento quando è in una situazione di estro e dell'incoercibilità del comportamento coitale del maschio quando percepisce una femmina in estro, è scomparso per il genere umano. Del resto il concetto di istinto anche nei suoi moventi più generali, non è applicabile all'uomo (Imbasciati, Ghilardi, 1990; Ghilardi, Imbasciati, 1989). Ciò nonostante nella cultura attuale corrente si fa riferimento a un implicito “istinto sessuale materno” (Shaffer, 1980), nonché in genere all'istinto: è questa attribuzione errata, corroborata dal confondere gli automatismi appresi inconsapevolmente come procedenti da un supposto “istinto” (Imbasciati, Buizza, 2011).

L'idea di un istinto dietro le vicissitudini dello sviluppo individuale umano è implicita nella prima psicoanalisi, in cui un punto di vista biologico rappresentava un principio fondamentale, che lo studio della riproduzione dava modo di estendere. Si è così supposto un substrato biologico, istintuale, come giustificazione fisiologica della motivazione riproduttiva. Nello sviluppo della teoria psicoanalitica la questione dell'istinto è stata oggetto di una lunga controversia. Freud faceva riferimento all'“istinto che vuol generare” (Freud, 1915) senza peraltro che fosse precisata la definizione dell'istinto. Note sono a oggi le critiche e le contestazioni a tale modalità di intendere l'istinto, rimaste tuttavia retaggio di un certo senso comune, così come note sono le critiche alla generale concezione biologica di Freud (Imbasciati, 2005, 2007, 2010, 2011b). Il concetto di istinto è applicabile solo per gli animali in-

feriori: nei mammiferi subentrano gli apprendimenti (Imbasciati, Ghilardi, 1990; Ghilardi, Imbasciati, 1989). Nell'uomo non si può parlare di istinto: ciò che sembra istintivo è in realtà automatismo appreso in epoche precoci.

Man mano che la psicoanalisi si è evoluta, dalle concezioni endogeniste, e quindi istintiviste, a teorizzazioni relazionali, si è affermata sempre più la nozione che quanto prima era stato ritenuto spinta endogena, ancorabile quindi al biologico nell'antico concetto di istinto, era invece dovuto a uno sviluppo psichico interpersonale, ovvero ad apprendimenti relazionali precocissimi, costituenti memoria implicita. Questa, come tale, muove l'essere umano senza che egli ne possa avere coscienza alcuna (Imbasciati, 2008). Di qui l'errata concezione istintuale: ciò di cui non si ha coscienza, appare automatico e ne facilita l'attribuzione al biologico.

L'idea di generatività/genitorialità inizia molto presto nell'immaginario e nella storia dello sviluppo intrapsichico e dei rapporti interpersonali di ognuno dei due membri della coppia. La generatività è molto più di un evento biologico: è correlata ai vissuti esperiti con le proprie figure genitoriali. Fanno parte di questo bagaglio tutte le fantasie di accoppiamento e di vita di coppia. Successivamente, quando nella vita della coppia sopraggiunge un periodo in cui il "desiderio di fare" dei bambini comincia ad affacciarsi alla coscienza, nella donna e nel suo partner si animano le fantasie inconscie e remote che appartengono alla storia individuale di ognuno di loro (Palacio-Espasa, 1991). Il desiderio di procreazione appartiene del resto già alla vita psichica dei bambini, e questo ancora prima che essi abbiano raggiunto la maturazione fisiologica riproduttiva. La letteratura psicoanalitica evidenzia che la presenza o meno del desiderio di generare sia legato a fasi cruciali dello sviluppo psicosexuale infantile, nelle quali si realizzano processi mentali profondi relativi all'acquisizione della propria identità, in particolare quella femminile.

Nel desiderio di generare sono sottese dinamiche della propria infanzia e dei primitivi rapporti con la madre. Per la donna si tratta di quelle fantasie inconsapevoli che appartengono alla sua infanzia e adolescenza, alle sue identificazioni con le figure amevoli, che contribuiranno poi a dare un nome e una caratterizzazione fisica al futuro bambino (Ammaniti, 1992).

La genitorialità richiama i processi interiori del "prendersi cura di", del curare e dell'accudimento del bimbo: secondo Stern (Stern, 1995) nella cura del figlio la coppia farà riferimento alle esperienze di accudimento che aveva a sua volta ottenuto dai propri genitori, riattualizzando antiche modalità di rapporto. Una prova evidente la vediamo nella trasmissione degli stili di attaccamento.

Il desiderio di genitorialità si svilupperebbe anche a prescindere dalla sua evoluzione verso una generatività biologica concreta. Già secondo Freud (1931) il bimbo manifesterebbe una prima identificazione con la madre che comporterebbe un primo comportamento materno per i bambini di entrambi i sessi: da questa fonte di identificazione si svilupperebbero poi i sentimenti genitoriali. Comunque la genitorialità si sviluppa come un processo psichico che accompagna l'esistenza dell'individuo, le cui motivazioni hanno origine nella relazione che i bambini hanno sperimentato con i propri genitori. Un legame positivo e un'identificazione positiva con i propri genitori possono consentire di generare e di diventare buoni genitori, portatori di un rapporto originario con il proprio figlio (Brazelton, Cramer, 1991).

La genitorialità rimanda inoltre al “ruolo” di genitore, all’interno del contesto intergenerazionale della famiglia (Scabini, 1985). Con la nascita del bimbo il progetto di generatività può concretizzarsi e consentire una piena realizzazione anche del progetto di genitorialità, attraverso quella serie di modificazioni relazionali, familiari, prima solo potenzialmente inferite, che possono essere sperimentate fattivamente quando nel ciclo di vita dell’individuo e della coppia è venuto il tempo che questo accada.

I vari percorsi della filiazione sono costituiti dalla riedizione e dal trasferimento di contenuti e di modalità di funzionamento psichico, che si demandano e si riattivano per via transgenerazionale (Zurlo, 2009): ciò che ogni membro della coppia genitoriale ha ricevuto dai propri genitori verrà ritrasmeso a sua volta ai propri figli, con tutto il lavoro emozionale che tale processo psichico comporta nel passaggio da una generazione a un’altra. Attraverso i legami della filiazione vengono trasmessi aspetti culturali condivisi dal gruppo di appartenenza su cui si strutturano i processi individuali di identità: in ogni cultura è rilevabile un codice corporeo implicito con cui vengono regolate le modalità di accudimento dei figli, di regolazione emotiva, di comunicazione (Zurlo, 2009): queste dimensioni implicite comuni e condivise regolano ciò che viene trasferito mediante i legami della filiazione, e costituiscono una base comune condivisa dal proprio gruppo sociale da cui prendono origine i processi di individuazione e di costruzione delle identità individuali. A partire dalla famiglia, primo nucleo sociale, la cultura è tramandata nell’ambito delle relazioni primarie, delle interazioni con la madre e i genitori in primis.

Le funzioni psichiche individuali sono pertanto influenzate dalle dimensioni implicite comuni e condivise dal proprio gruppo sociale. Si prospetta un circuito in cui le modalità culturali, caratterizzate da regole, valori, riti, norme, credenze influenzano l’individualità che, a sua volta, li rielabora e li rappresenta attraverso i propri vissuti personali (Zurlo, 2009).

2.3 Viaggi di “andata e ritorno” nella perinatalità psichica dei genitori: quando nascono i genitori?

La vita psichica evolve entro contesti intersoggettivi, familiari, transgenerazionali e sociali e lo sviluppo psichico individuale si struttura entro una rete di “appoggi” e “sostegni multipli” (Kaes, 1982). Tale modalità di supporto è stata descritta con modalità diverse da autori secondo più vertici teorici di riferimento: in psicoanalisi viene descritta come capacità di contenimento (Winnicott, 1965) o di *rêverie* (Bion, 1962); secondo la psicologia dello sviluppo viene indicata come supporto, impalcatura o *scaffolding* (Bruner et al., 1976), oppure come spazio in cui l’altro, il sociale, può partecipare ai processi elaborativi individuali per supportarne i processi trasformativi, all’interno di quella zona definita “sviluppo prossimale” di un individuo (Vygotskij, 1990). Le diverse teorie concordano nel ritenere, seppure con vertici diversi di comprensione e di intenti pedagogici o clinici, che la funzione di questi sostegni non sia solo supportiva, bensì trasformativa in quanto essi sono operanti entro l’intersoggettività.

In particolare, in relazione ai processi relativi alla perinatalità psichica genitoria-

le, ci interessa rilevare il concetto di “sostegni multipli” di Kaes, in cui si fa riferimento a tre ordini di esperienze che strutturano l’individuo: la prima è riferita all’esperienza soggettiva corporea, che alimenta la vita psichica; un secondo ordine di esperienze strutturanti sono quelle relazionali che strutturano le modalità di funzionamento psichico materno e paterno; un terzo ordine di esperienze si riferisce al più vasto sostegno che proviene dal sociale. Questa concettualizzazione di Kaes può essere funzionale per riflettere sui processi che caratterizzano la filiazione (Zurlo, 2009): in primo luogo le funzioni strutturanti l’identità dell’individuo si costruiscono a partire dalle esperienze corporee, comprese quelle relative alla propria sessualità maschile e femminile; l’altro ordine di esperienze è riferito a quelle relazionali, in particolare all’implicito riemergere delle esperienze di accudimento fisico e psicologico ricevute dalla propria madre e dai propri genitori: un terzo ordine di esperienze è riferito al coinvolgimento del sociale. Quest’ultimo comporta che attraverso il riconoscimento della collettività alle necessità del singolo, della coppia e della famiglia, vengano forniti sostegni attraverso le istituzioni e le organizzazioni sociali che intervengono a supporto delle funzioni generative e genitoriali, mediante figure professionali come medici, neonatologi, pediatri, ma anche di altri specialisti, come neuropsichiatri infantili, psicologi clinici della perinatalità, ostetriche, infermieri, fisioterapisti, tecnici della riabilitazione funzionale, operatori sanitari e tutto il personale specializzato che si occupa della perinatalità nei reparti ospedalieri e nei servizi consultoriali e sociali.

La psiche individuale si sviluppa su una molteplicità di sostegni: il sostegno delle formazioni culturali sociali (istituzioni, associazioni sociali) influenza lo psichismo integrandosi con altri sostegni intrapsichici. L’elaborazione delle esperienze personali è regolata dalle relazioni interpersonali consapevoli e inconsapevoli e i processi di identità individuale si strutturano a partire dai processi di identificazione con l’altro e dalle rappresentazioni trasmesse per via transgenerazionale, che costituiscono la base della individualità del soggetto e consentono una continuità di trasferimento dei contenuti, dei significati, degli ideali, delle credenze e dei processi psichici del gruppo familiare e sociale. La funzione del figlio e la sua collocazione entro il contesto transgenerazionale viene definita dal gruppo sociale a cui esso appartiene, che in tal modo si assicura la continuità di quella che si potrebbe definire la propria eredità psichica, che si tramanda e rimane attiva nella psiche individuale.

La perinatalità psichica è un periodo in cui avviene nella coppia la rielaborazione delle problematiche relative alla propria identità e si delinea come un ritorno alla genesi del proprio sviluppo mentale con le vicissitudini e i conflitti che ne avevano accompagnato l’iter evolutivo. In particolare nella donna si intensifica la capacità di entrare in contatto col proprio mondo interiore e i propri vissuti relativi al passato attraverso quella che la Bydlowski definisce come un’esperienza di trasparenza psichica (1991). L’autrice rileva come nel periodo perinatale questa maggiore “trasparenza psichica” della donna, che le consente una maggiore sensibilità e attenzione ai propri processi interiori e ai cambiamenti, la mette però anche in una condizione di maggiore vulnerabilità e di rischio (1989), perché può favorire il riemergere di antiche ferite affettive (1997) di fronte alle difficoltà e alle problematiche che la donna deve affrontare in gravidanza, come le trasformazioni somato-psichiche, le interazioni reali e fantasmatiche fetto-materne, le immagini ecografiche, il dolore del parto, precedenti trau-

mi o eventuali complicanze ostetriche (Bydlowski, Raul-Duval, 1978).

La gravidanza è l'esperienza psicosomatica per eccellenza (Imbasciati, Cena, 2007a) in cui vi è una circolarità fra dimensioni fisiche e psichiche, dove un evento psichico dai mutevoli gradi di consapevolezza, il desiderio di avere un figlio, comporta la disponibilità da parte della donna di rimanere gravida, permette la gestazione che a sua volta promuove o incentiva processi mentali, in particolare di rielaborazione delle proprie esperienze passate, di progetti e aspettative future. Questi processi hanno una ricaduta somatica nell'andamento della gravidanza e del parto: la Deutsch, (1945), la Bibring, (1959), la Benedek (1958), la Soifer (1985), la Pines (1972) hanno esplorato le varie fasi evolutive della gravidanza e messo in evidenza aspetti di crisi e sviluppo. Altri autori hanno esplorato invece aspetti interiori delle rappresentazioni presenti nella mente delle madri e dei padri (Ammaniti et al., 1995) o messo in evidenza come la donna, il suo partner e il bimbo costituiscano una particolare "popolazione clinica" e come tale vada esaminata (Stern, 1985); mentre molti altri autori ancora ci hanno consentito di avere accesso agli aspetti peculiari della perinatalità psichica della coppia e alla sua comunicazione con il feto (Capello, Vacchino, 1985; Imbasciati, 1990; Manfredi, Imbasciati, 2004; Cena, 2005a,b; Imbasciati, Cena, 2007b).

Gli autori concordano come il progetto di filiazione della coppia sia caratterizzato dal riemergere nella psiche di rappresentazioni riferite sia all'essere genitore, con una identificazione alla genitorialità dei propri genitori e un coinvolgimento affettivo ed emotivo nei loro confronti, sia contemporaneamente con una identificazione al bimbo desiderato o generato e al riemergere di rappresentazioni relative a se stessi come bambini.

Altri autori (Darchis, 2009) fanno riferimento a questi processi rivolti alla costruzione della genitorialità, presenti nei normali percorsi della filiazione, con la metafora di un viaggio, per descrivere i movimenti dinamici che li caratterizzano: questa metafora si presta molto bene a illustrare il processo di esplorazione e rielaborazione emotivo-affettiva entro cui si avventura la coppia, la donna e il suo partner, quando si apprestano a diventare genitori. Indispensabile è il riferimento alla coppia, perché comunque nei percorsi della generatività un bimbo viene generato da un padre e da una madre ed entrambi sono comunque presenti, almeno psichicamente. La metafora del viaggio ci consente di rappresentare i processi della perinatalità psichica in cui avvengono processi di riorganizzazione psichica dell'identità individuale, maschile e femminile, di coppia e transgenerazionale. Il viaggio metaforico che la coppia genitoriale intraprende implica due diversi percorsi di esplorazione: di andata e ritorno all'interno di se stessi. Questi processi sono caratterizzati da una doppia identificazione. Il viaggio comporta una proiezione verso il futuro e contemporaneamente un ritorno al passato. Sempre tenendo presente il modello dei "sostegni multipli" dello psichismo (Kaes, 1982), nel primo processo identificatorio inteso come orientato verso il futuro, ogni membro della coppia genitoriale si appoggia ai sostegni multipli su cui ha costruito la propria identità personale per farne una base di supporto e sostenere l'identità del bambino: i movimenti sono costituiti da una identificazione della madre con sé stessa bambina, che le consente una identificazione con il bimbo che ha in gestazione; analogamente il padre affonda le radici nel contenitore psichico del suo gruppo familiare per poter rivolgersi al futuro. Se questa rete è

stata sufficientemente adeguata a sorreggere, attraverso la sue maglie relazionali, la coppia genitoriale, questa potrà avere quella sufficiente sicurezza per rivolgersi al futuro, e costituire a sua volta un nuovo contenitore psichico familiare. Attraverso un avvicinamento e una differenziazione dal contenitore psichico della propria famiglia, i nuovi genitori potranno strutturare un nuovo contenitore psichico per il loro bimbo e collocarsi all'interno come genitori.

Nel secondo movimento identificatorio, nel viaggio metaforico di ritorno al passato, i due membri della coppia genitoriale hanno necessità di ritrovare i propri genitori, quelli reali e quelli delle proprie rappresentazioni interiori, avvicinandosi ad essi per prendere poi da questi le giuste distanze e costruire una propria identità genitoriale. In questo processo di trasformazione identitaria (Darchis, 2009) la riorganizzazione psichica consente l'accesso a nuovi ruoli: di se stessi come genitori, dei propri genitori vissuti come nonni, e del bimbo come figlio. Il genitore nasce contemporaneamente al proprio figlio.

Questo viaggio verso il passato per ritrovare il "terreno psichico" delle proprie origini identitarie comporta però anche dover riaffrontare antiche conflittualità sopite, sofferenze dovute a traumi o lutti irrisolti: il rincontrarsi con la propria infanzia e i propri genitori può allora risultare doloroso, a un punto che il viaggio può risultare addirittura impossibile da iniziare, o non giungere mai a termine, e l'assunzione del nuovo ruolo genitoriale può non venire intrapresa. Possono presentarsi ostacoli psichici inconsapevoli alla generatività, sia attraverso modalità di evitamento che si manifestano con interruzioni volontarie o patologiche della gravidanza e/o infertilità psicogene sia, dopo la nascita del figlio, attraverso difficoltà relazionali e di accudimento del bimbo, con una trasmissione transgenerazionale di traumi irrisolti. Ci possono essere profonde lacerazioni nei percorsi della filiazione che spesso impediscono la transizione alla genitorialità, paralizzandone il processo evolutivo.

Quando per problematiche che possono sopraggiungere nel periodo perinatale il bimbo, ad esempio, viene partorito prematuramente, il viaggio verso la genitorialità intrapreso dai genitori subisce deviazioni inaspettate o viene bruscamente interrotto: una nascita prematura spesso implica una genitorialità prematura. Un buon incontro genitore-bambino è reso possibile da un compiuto viaggio dei futuri genitori nel proprio passato infantile, percorso che serve a rielaborare le identificazioni durante la gravidanza: con una nascita prematura il genitore può non essere ancora sufficientemente pronto a questo incontro. La ricerca della identità genitoriale viene descritta dalla Darchis con la metafora dell'odissea che deve intraprendere un genitore per poter diventare tale: la Darchis individua come complesso di Telemaco (Darchis, 2009) il processo che struttura la psiche del futuro genitore, in cui egli deve riuscire a recuperare le sue radici per legarsi ad esse, al fine di separarsene meglio. Nell'Odissea Telemaco, il figlio di Ulisse, parte all'avventura per conoscere il destino di suo padre e poter a sua volta crescere.

I due movimenti identificatori verso se stesso come bambino, per riconoscere il proprio bambino, e verso i propri genitori per costruire la propria identità di genitore, possono non giungere a buon fine, quando la nascita è pretermine: può verificarsi un trauma o un forte stress, con uno sconvolgimento emotivo, e il viaggio allora può interrompersi o bloccarsi.

La costruzione del primo legame con il bimbo inizia già prima della nascita, durante la gestazione (Brazelton, Cramer, 1991). Recenti esplorazioni cliniche hanno messo in evidenza come, alla nascita esso progressivamente attraversi tre stadi integrativi: il primo stadio è quello del primo incontro in cui deve avvenire “l’adozione” del proprio bambino da parte dei genitori; il genitore compie un processo integrativo tra la propria identità di padre e madre e quella del figlio. Un secondo processo integrativo in questo primo stadio è quello tra la rappresentazione del proprio bambino immaginario, il bimbo della notte (Vegetti Finzi, 1990) e il bimbo reale. Nella nascita prematura spesso il bimbo reale è ancora un estraneo, può inoltre suscitare terrore nel genitore che non lo riconosce e che può percepirlo come un oggetto persecutore mostruoso (Darchis, 2009). Il genitore pensa che “quello lì” non può essere il suo bambino: il viaggio verso il passato alla ricerca di una identificazione con se stessi bambini non ha funzionato. Il genitore non riesce a ritrovare nel passato se stesso, per poter riconoscere il suo bambino. Così pure non riesce a identificarsi con il proprio genitore, che invece non lo ha generato in modo immaturo. Antichi traumi nell’ambito della propria storia o provenienti per via transgenerazionale possono inoltre venire riattivati da questa nuova esperienza traumatica. Nei casi più dolorosi, può avvenire anche un’esplosione dell’identità del genitore (psicosi puerperali): il legame della filiazione non riesce a instaurarsi.

Un’altra eventualità, che potrebbe verificarsi sempre nel primo stadio, è che il legame di filiazione si possa instaurare secondo modalità fusionali: il genitore non riconosce l’esistenza separata del bambino, le sue parti infantili trovano espressione diretta nel neonato stesso. Attraverso processi di identificazione proiettiva egli cura e protegge parti sofferenti del proprio sé, nel bimbo immaturo. Si occupa del bimbo allora molto rapidamente, ma in modo molto apprensivo ed esagerato, spesso non lasciando spazio all’altro genitore. Solo attraverso un sostegno terapeutico il genitore può venire aiutato a costruire la sua genitorialità secondo quelle che sono le esigenze del bimbo reale, e in modo adeguato intraprendere o concludere la propria odissea.

Quando “l’adozione” del bimbo si è realizzata, il genitore può accedere al secondo stadio e funzionare secondo modalità inerenti il suo nuovo ruolo, attraverso l’accudimento del bimbo. Questo implica che nella madre deve subentrare quell’esperienza interiore descritta da Winnicott come “preoccupazione materna primaria” (1956), che le potrà permettere di essere una “madre sufficientemente buona” (1958): l’unità gestante-feto deve diventare la matrice dello sviluppo psichico del bimbo (Imbasciati, Cena 2007c). La funzione paterna è un indispensabile sostegno in questo processo. Le difficoltà riscontrate più frequentemente possono essere dovute a proiezioni troppo massicce, per cui il genitore non riesce a viverci in un’immagine di sé sufficientemente buona, malgrado le difficoltà occorse: resta così nell’illusione di poter soddisfare in modo onnipotente tutte le esigenze del bimbo e potrà allora adottare modalità maniacali di funzionamento mentale. Nel caso di un bimbo pretermine, che non può essere accudito secondo gli ideali, questi può diventare il nemico che ostacola la realizzazione dei desideri genitoriali onnipotenti.

Un’altra modalità di funzionamento mentale può essere invece di tipo depressivo: il genitore durante il processo di disillusione tra la rappresentazione del bimbo immaginario e quello che col pretermine gli si è presentato reale, viene sopraffatto.

Sente di non essere stato sufficientemente adeguato e vive se stesso come un cattivo genitore: un genitore che ha generato un bimbo imperfetto. Insicurezze nei propri movimenti identificatori con una perdita delle rappresentazioni genitoriali positive possono condurre a effetti depressivi. La prematurità in questi casi rafforza il sentimento di inefficacia del genitore. Il padre allora può diventare un sostegno molto valido e contribuire alla prevenzione di una depressione materna, oppure colludere con questo sentimento materno di inadeguatezza e intensificarlo. La relazione genitore-bambino sarà a rischio di maltrattamenti o abbandoni.

Un buon funzionamento può invece sopraggiungere quando la madre, superati i sentimenti di inadeguatezza, si adatta al bimbo, abbandonando le sue rappresentazioni del bimbo immaginario e della madre perfetta: l'accudimento e la soddisfazione dei bisogni reali del bimbo rinforzano allora le sue capacità genitoriali, di contenimento e di rêverie (Bion, 1962). In questo caso anche il padre ha svolto una funzione rassicurante e ha sostenuto la funzione di madre sufficientemente buona, consentendo la costruzione di un legame che si potrà consolidare in un legame di attaccamento, via via con la crescita e lo sviluppo del bimbo. Per il bimbo pretermine questa situazione non può che verificarsi in genere con il ritorno a casa dopo l'ospedalizzazione.

Nei percorsi alla filiazione che presentano maggiori complessità, come una nascita prematura, se i processi identificatori genitoriali non si sono adeguatamente conclusi o si sono bloccati, il legame genitore-bambino si può costruire nella confusione delle storie passate e strutturarsi con modalità patologiche di ripetizione di antichi traumi transgenerazionali. La non differenziazione tra genitore e bambino sollecita meccanismi di identificazione proiettiva e non consente un'adeguata sintonizzazione con i reali bisogni del bimbo. Il bimbo è imprigionato dai fantasmi dei genitori: i fantasmi nella camera dei bambini (Fraiberg et al., 1975). La funzione genitoriale allora non è contenitiva dei reali bisogni fisici ed emotivi del bambino, ma sono i genitori ad aver bisogno loro stessi di un contenimento per poter nascere nel loro ruolo di genitori.

Nei casi di maggiori difficoltà, attraverso un supporto terapeutico il procedere delle tappe evolutive della perinatalità psichica potrà avvenire con modalità e ritmi diversi a seconda della dinamica di funzionamento mentale genitoriale. Lo spazio della terapia ha, secondo la Darchis (2009), funzione di matrice contenitiva entro cui possono essere rivissute e rielaborate le emozioni e le identificazioni primitive. Il terapeuta- contenitore consente al genitore uno spazio per riappropriarsi degli eventi traumatici, senza restarne annientato, consentendogli di ripensare ai vissuti e alle esperienze del passato, riconciliandosi con le antiche figure genitoriali, ma prendendo da esse le dovute distanze e differenziandosi: solo allora il viaggio di ritorno potrà concludersi. Il legame genitore-bambino può instaurarsi quando il complesso di Telemaco si risolve e l'odissea dei genitori termina.

2.4 La relazione primaria genitore-bambino

In un nostro precedente testo (Cena, Imbasciati, Baldoni, 2010), che consideriamo propedeutico al presente volume, abbiamo cercato di mettere in evidenza come nel

corso degli anni si sia verificata un'evoluzione degli studi osservazionali e clinici nei bambini, con un progressivo cambiamento da un orientamento rivolto prevalentemente ai processi intrapsichici a una prospettiva relazionale (capitolo 1). Questo ha anche contribuito a un cambiamento nelle diverse modalità di concepire il trattamento, con una modificazione i setting e dei tipi di terapia. Un notevole cambiamento si è verificato nell'ambito della psicoanalisi infantile che, prendendo origine dalla psicoanalisi degli adulti, ha dovuto "adattare" modalità di osservazione e di trattamento ai bambini, trovandosi a ricercare modalità comunicative diverse dal linguaggio parlato che potessero avere effetto mutativo terapeutico con soggetti in un'età in cui il linguaggio non si è ancora sviluppato. Un'attenzione specifica venne attribuita da Melanie Klein (1932) nella terapia dei bambini all'uso del gioco, nella differenziazione di prototipi di giochi nel setting. Winnicott (1965), nel suo sottolineare l'unità relazionale "madre-bambino", aprì la strada al valore essenziale della relazione nel suo significato affettivo profondo e nelle sue modalità dialogiche non verbali quali veicoli del cambiamento terapeutico. Negli anni '50 iniziarono a svilupparsi forme di intervento terapeutico sui neonati con le loro madri: celebre e pionieristica fu la metodologia della Infant Observation (Bick, 1964). In Italia autori come Giannakoulas e Giannotti (1985), presso l'Istituto di Neuropsichiatria Infantile dell'Università degli Studi di Roma, hanno contribuito a sviluppare la psicoanalisi infantile, mentre all'interno della Società Psicoanalitica (SPI e IPA) si è andati costituendo un training speciale per gli psicoterapeuti dell'infanzia e dell'adolescenza.

L'osservazione sperimentale dei neonati nel loro sviluppo affettivo e cognitivo, promossa dagli studi dell'Infant Research, ha dato in questi ultimi lustri una svolta considerevole allo studio delle interazioni diadiche primarie genitore-bambino, attraverso l'uso di speciali setting con videoregistrazioni. Bowlby diede inizio allo studio del legame di attaccamento per la strutturazione della mente del bambino e di qui anche per il funzionamento mentale degli adulti.

A questi importanti sviluppi hanno contribuito in questi ultimi decenni le neuroscienze, confermando l'importanza delle osservazioni cliniche sui neonati e degli interventi psicoterapeutici precoci, per gli effetti su ogni successivo sviluppo psichico e psicosomatico dell'individuo. Fin dall'epoca fetale si struttura una relazione, in senso psichico affettivo profondo, tra gestante e bimbo, attraverso la trasmissione di messaggi, prima biochimici e poi sonori, motori, pressori e quindi tattili e visivi: tali messaggi corrispondono ad altrettanti mutamenti nella struttura delle reti neurali: essi pertanto sono i responsabili dell'organizzazione strutturale del cervello. È questo il concetto attuale di maturazione cerebrale, non tanto per codici genetici, quanto per apprendimenti modulati dalla qualità delle relazioni. Un dialogo non verbale, contenente messaggi non traducibili verbalmente eppure incisivi, condiziona il cervello del bambino in maniera ottimale piuttosto che patogena. Un'eventuale patologia, o meglio patologizzazione, della maturazione cerebrale dipende da molteplici fattori, dei quali gran parte sono inerenti alla struttura neuropsichica funzionante nella madre nelle condizioni di accudimento.

La dimostrata incidenza dei caregiver sullo sviluppo neuropsichico del bambino acquista ancor più rilievo nella convergenza di studi catamnestici su come la qualità del primo sviluppo psichico condizioni ogni successivo sviluppo neuromentale del fu-

turo individuo verso l'ottimalità oppure verso il deficit o le patologie. Si è così sempre più affermato il concetto della relazione primaria quale matrice fondamentale su cui operare terapeuticamente, sia individuando tutte le situazioni a rischio, per poterle curare, sia garantendo adeguate situazioni al bambino, ai suoi caregiver e alla famiglia per promuovere un'ottimalità dello sviluppo. Si è così sviluppata una clinica rivolta, non tanto a curare il singolo, quanto a modificare le relazioni – madre-neonato-bimbo e madre-padre-bimbo – matrici della costruzione della mente e del cervello del futuro individuo. Il paziente non è mai il singolo, ma la relazione, le relazioni.

Una diagnostica psicologica precoce si è affermata nella sua importanza preventiva, mentre stanno tuttora progredendo metodologie psicoterapeutiche per curare le relazioni a rischio: in tale contesto presenteremo alcuni di questi recenti sviluppi.

Il nostro lavoro si colloca in particolare nelle attuali prospettive di ricerca di integrazione tra psicoanalisi e teoria dell'attaccamento (Ammaniti, Stern, 1992; Fonagy, 2001). Fonagy ha evidenziato molto bene come sia possibile un terreno comune condiviso, tra la teoria dell'attaccamento e la psicoanalisi infantile contemporanea: questa base comune è costituita proprio dal riconoscimento dell'importanza dei primi anni di vita nella relazione genitore-bambino. Fonagy propone un'innovativa integrazione tra questi modelli teorici: qui si colloca anche il nostro tentativo di evidenziare come certi nuovi orientamenti evolutivisti della teoria dell'attaccamento (Crittenden, Landini, 2010) aprano orizzonti per la comprensione e valutazione dei disturbi della relazione genitore-bambino (maltrattamenti, abusi, abbandoni) e delle psicopatologie dello sviluppo, che possano fornire un contributo integrativo importante per altri approcci teorici.

La teoria dell'attaccamento, dalla formulazione iniziale di Bowlby e Ainsworth sino alle recenti riformulazioni da parte di teorici quali Main, George, Kaplan, Solomon, Cassidy, Bretherton, Fonagy, Crittenden, permette di riflettere su una modalità di approccio allo studio delle prime relazioni di cura non solo tra madre-bambino, ma recentemente anche tra padre-bambino (Baldoni, 2005), e sull'importanza dei legami significativi che altri diversi caregiver possono instaurare con il bambino fin dalla nascita.

Gli studiosi dell'attaccamento hanno messo in evidenza il paradigma della "qualità" delle cure genitoriali e della sensibilità e responsività del genitore, considerati fattori protettivi per lo sviluppo del bambino stesso. Il modo con cui un genitore risponde ai bisogni fisici e psichici del bambino, e stabilisce una buona relazione, costituiscono la base del suo sviluppo: in condizioni ottimali si sviluppa una "base sicura". Giuoca in questo il sistema di attaccamento dei genitori nei confronti dei propri genitori: la transgenerazionalità dell'attaccamento ha una funzione fondamentale nella trasmissione della capacità dei genitori, a sua volta appresa dai propri genitori, di offrire cure adeguate al proprio bambino. Gli attuali sviluppi evolutivisti della teoria dell'attaccamento, in specifico il modello di Patricia Crittenden, hanno messo in evidenza come i diversi pattern di attaccamento, sicuro ma anche insicuro, si siano sviluppati come migliore (o meno peggiore) modo funzionale alla sopravvivenza di quell'individuo in quel determinato contesto. In particolare, il modello Dinamico-Maturativo (Dynamic-Maturational Model, DMM) proposto dalla Crittenden

den offre importanti prospettive di ricerca clinica, poiché prevede nella trasmissione del modello di attaccamento e nella sua valutazione la possibilità di una rielaborazione da parte dell'individuo in momenti diversi del suo ciclo di vita, in relazione a cambiamenti significativi, come la stessa transizione alla genitorialità. Il contributo della Crittenden allo studio dell'attaccamento rimanda principalmente a una ridefinizione della "qualità" dell'attaccamento e all'impiego di un modello probabilistico più che deterministico: focalizzando l'attenzione sulle interconnessioni fra genitorialità e relazioni precoci è possibile attraverso le prospettive offerte da tale modello esaminare il ruolo dei legami fra il bambino e le sue figure di riferimento in una prospettiva di cambiamento. La ricerca minuziosa degli indici che rendono unica ogni relazione che i caregiver stabiliscono con il bambino permette di rilevare in modo accurato quali sono le caratteristiche che contraddistinguono la relazione che il bambino ha con le varie figure di attaccamento, quali il padre, la madre, e altri caregiver che si prendono cura di lui. La metodologia della Crittenden offre interessanti contributi alla valutazione della relazione genitore-bambino, fornendo un valido contributo al tema delle prime relazioni di cura: l'autrice ha strutturato tecniche di indagine prevalentemente di natura qualitativa, con la costruzione e la puntualizzazione di specifici strumenti che consentono una valutazione di indici di rischio nella "relazione". Alcuni sono stati presentati nel precedente volume e altri verranno illustrati, attraverso l'applicazione empirica e clinica, nei capitoli della seconda parte del presente volume.

Il complesso intreccio delle "relazioni" che ogni individuo è in grado di stabilire nel suo ciclo di vita lo porta, quando è adulto, a una relazione duratura di coppia, alla transizione alla genitorialità e a prendersi cura del proprio bambino: è necessario pertanto valutare sia le relazioni che egli aveva avuto da bambino con i propri genitori, sia le relazioni attuali come coppia, attraverso il prendersi cura dell'altro partner; questa capacità in ognuno dei partner dipende infatti sia dalle esperienze attuali come coppia, sia dalle esperienze infantili con i propri genitori. Secondo Bowlby (1988) in una coppia ben funzionante ognuno dei due partner sa rispondere in modo adeguato ai bisogni fisici e psichici dell'altro, incoraggiando la crescita personale e dando assistenza al partner (Feeney, Collins, 2004). Le relazioni adulte sono guidate da stili di attaccamento che hanno origine dalle esperienze infantili dell'individuo. La qualità dell'attaccamento è inoltre associata al riconoscimento della sofferenza propria e dell'altro, all'individuazione delle condizioni di stress, e attiva modalità di sostegno-accoglimento, sia all'interno della coppia, sia verso il proprio bimbo. La qualità dell'attaccamento sviluppata dai due genitori ha dunque una notevole importanza nella gestione delle situazioni di conflitto e di stress della coppia.

Nella transizione alla genitorialità, i cambiamenti che vengono richiesti alla coppia sono notevoli ed importante è, nella qualità del sistema di attaccamento, la capacità di accudimento e le espressioni della sessualità (Crittenden, 2008), che possono costituire fattori di rischio o di protezione per il bimbo in quanto si riflettono nel funzionamento della coppia stessa. Nel periodo perinatale il genitore deve far fronte a un processo di transizione che comporta spesso situazioni di stress, facendo affidamento non solo sulle proprie risorse, ma anche sulla forza del legame di coppia: le strategie di coping utilizzate sono in stretta relazione con i pattern di attaccamen-

to. Recenti ricerche hanno messo in evidenza (McHale, 2010) come i genitori risponderanno allo stress a seconda della qualità dell'attaccamento nella coppia: a seconda dei vari pattern potranno più o meno far fronte alle nuove esigenze poste loro dalla genitorialità.

Quanto più precoci sono gli interventi a favore della relazione genitore-bambino, soprattutto nel periodo perinatale, tanto più sarà possibile attivare cambiamenti su aspetti che non si sono ancora consolidati, nella modalità di relazione e di accudimento del bimbo: un valido aiuto fornito ai genitori nei mesi critici prima e dopo la nascita del figlio e durante i suoi primi anni di vita può fare molto per aiutarli a sviluppare quella affettuosa e comprensiva relazione col bambino, necessaria per il suo sviluppo fisico ed emotivo. "I primi mesi e anni di vita del bambino sono un periodo critico anche per la formazione di una madre e di un padre; un aiuto, se competente e fornito al momento giusto, può servire a molto e i vantaggi di un trattamento su un bambino molto piccolo ci sono a questo punto ben noti; ora auspichiamo che anche i genitori ricevano un aiuto appena 'nati'" (Bowlby, 1979, pag. 21).

2.5 La cogenitorialità

Oltre agli aspetti intrapsichici, rappresentazionali e relazionali con cui i clinici affrontano le vicissitudini interiori e interpersonali dei genitori con il loro bimbo, è necessario considerare la dimensione relazionale della coppia genitoriale stessa, quella che viene indicata come cogenitorialità. Un bimbo è il prodotto di due individui, e di più generazioni; il contesto relazionale e poi, in una più ampia prospettiva, quello culturale e sociale (Scabini, 1995), sono i panorami entro cui il bimbo si svilupperà e che richiedono un'attenta analisi a chi si prende cura dei bambini e dei loro genitori.

Le relazioni intrafamiliari con i genitori, i nonni e altre figure significative di riferimento affettivo possono essere una risorsa o un ostacolo allo sviluppo del bimbo, così come le modalità relazionali dei genitori tra di loro possono influenzare le loro competenze genitoriali e avere una ricaduta negativa sul bimbo stesso. Gli studi condotti sulla cogenitorialità sono numerosi, spesso parziali attestando in tal modo sia la complessità del tema, sia l'interesse degli studiosi all'argomento. Nelle recenti ricerche sperimentali si fa riferimento al recente costrutto della "cogenitorialità" (McHale, 2010) per intendere la relazione tra i due genitori che si coordinano insieme nella condivisione del processo di accudimento fisico e psichico del proprio bambino.

Le prime ricerche osservative sulle dinamiche cogenitoriali precoci provengono da studiosi di terapia familiare che hanno preso in considerazione i conflitti cogenitoriali (Minuchin, 1974), e hanno iniziato a mettere in evidenza come le dinamiche cogenitoriali siano collegate, ma anche distinte, con altre dinamiche di altri sistemi relazionali nella famiglia.

Il costrutto della cogenitorialità può essere affrontato da molteplici punti di vista e secondo vertici di riferimento teorico diverso. In letteratura un recente contributo multidisciplinare longitudinale osservazionale delle interazioni tra il bambino e gli adul-

ti che si prendono cura di lui, a partire dalla nascita, proviene dagli studi di McHale (2010), che ha analizzato la complessità della cogenitorialità connessa con lo sviluppo del bambino prendendo in considerazione il processo evolutivo che negli individui porta allo sviluppo della cogenitorialità, attraverso traiettorie evolutive diverse su cui esercitano la loro influenza molteplici fattori di rischio, protezione e mediazione. L'autore mette in evidenza il modo in cui agiscono le connessioni tra la qualità della relazione di coppia, la qualità della loro genitorialità e le conseguenze sullo sviluppo del bambino nei suoi primi tre anni di età, e rileva come i micromovimenti che confluiscono in conflitti e disaccordi tra i partner influenzino la relazione che ciascuno di loro ha con il figlio. La qualità della cogenitorialità influisce sullo sviluppo ottimale del bambino: obiettivo di studio è fornire numerosi esempi per aiutare i genitori a cambiare il proprio modo di pensare alla relazione di coppia mentre sono orientati ad accudire il proprio bambino. Questa nuova prospettiva può aprire interessanti orizzonti ai clinici che si prendono cura dei bambini e dei loro genitori durante il periodo perinatale, fornendo linee guida per il tipo di interventi da adottare.

In letteratura si fa riferimento alla “genitorialità condivisa” per indicare come i partner si spartiscono i ruoli – chi fa che cosa – cioè la divisione dei compiti nella crescita del bambino, intendendo le singole azioni dell'accudimento: nutrimento, cambiare il pannolino, farlo addormentare, calmarlo quando piange, e soprattutto interagire e giocare con lui. Questa genitorialità “condivisa” viene distinta da ciò che viene identificato come “cogenitorialità” termine con cui si fa riferimento all'accordo reciproco dei due partner, alla coordinazione e al reciproco sostegno psicologico nell'affrontare le responsabilità genitoriali: il termine “reciproca responsabilità” è parola chiave per identificare questa funzione fondamentale della cogenitorialità.

McHale ha considerato come nucleo fondante della cogenitorialità quella che identifica come “alleanza cogenitoriale”, che può venire individuata nella buona comunicazione tra i partner su ciò che riguarda il figlio e il reciproco sostegno. La cogenitorialità implica che i genitori, separatamente, possano consolidare nel figlio la sensazione che sono una “unità”, insegnandogli che non può averla vinta su un genitore quando l'altro è assente (McHale, 1997): questa “alleanza genitoriale” si basa fundamentalmente su un accordo tra i due partner e va negoziata in modo che non si incorra nel pericolo che ognuno dei due cambi poi arbitrariamente le regole stabilite insieme quando è solo col bambino. Cogenitorialità implica un'attenzione particolare, nei due partner, al sostegno e all'affermazione degli sforzi reciproci anche quando l'altro partner è assente.

In letteratura viene operata anche una distinzione tra ciò che si intende per alleanze coniugali e alleanze cogenitoriali: Weissman, Cohen (1985), mettono in evidenza come ci si debba riferire a queste ultime, anche se si concorda sul fatto che le difficoltà cogenitoriali possono essere più frequenti quando sono presenti anche disagi e conflitti coniugali (Talbot, McHale, 2004). In altri studi sono state rilevate relazioni significative tra l'adattamento coniugale e l'adattamento cogenitoriale (Schoppe-Sullivan et al., 2004), dove è stata messa in evidenza una capacità predittiva della alleanza coniugale nel periodo perinatale nei confronti della cogenitorialità, entro il terzo anno di vita del bambino. Le ricerche concordano inoltre sui collegamenti tra le dinamiche cogenitoriali e il successivo adattamento del bambino (McHale, John-

son, Sinclair, 1999): sono stati rilevati anche collegamenti tra le dinamiche cogenitoriali nella prima infanzia e successive misure di adattamento del bambino, difficoltà cogenitoriali durante la perinatalità che sembrano predire aggressività e ansia nei bambini in età prescolare (McHale, Rasmussen, 1998) e ostilità e tensioni fra i partner sono peraltro apparse connesse a una maggiore disinibizione nei figli a due anni (Belsky, Putnam, Crnic, 1996).

I bambini che vivono entro famiglie con alta conflittualità coniugale sarebbero a rischio quando i problemi coniugali hanno una ricaduta sulle dinamiche cogenitoriali: è necessario pertanto rilevare separatamente i processi coniugali e cogenitoriali e non considerarli interscambiabili, perché entrambi funzionano in maniera indipendente nel predire l'adattamento del figlio (Katz, Low, 2004).

La cogenitorialità è dunque un costrutto complesso, connesso, ma anche separato dalle forme dei conflitti e disagi coniugali: è un costrutto che ha un discreto grado di stabilità nel tempo ed è collegato al funzionamento individuale di ogni partner e a quello diadico di altri sottosistemi familiari, predicendo importanti aspetti dello sviluppo del bambino nella prima infanzia.

Una valutazione della cogenitorialità (McHale, 1997) può essere effettuata attraverso una valutazione dell'“alleanza cogenitoriale” (McHale, Cowan, 1996), individuata attraverso la “solidarietà” e il “sostegno” tra i due partner che condividono la responsabilità dell'accudimento del bambino, la frequenza e l'intensità dei conflitti rispetto agli impegni, i ruoli nell'accudimento e l'impegno nell'organizzazione e gestione della vita quotidiana.

La dimensione della “solidarietà” è forse quella più importante, presenta maggiore stabilità nel tempo e si manifesta attraverso la “cooperazione intergenitoriale”, individuata mediante diversi indicatori. In alcune ricerche è stata valutata attraverso quanto ogni partner approva il modo con cui l'altro esercita la propria genitorialità e il sostegno (Abidin, Brunner, 1995) e attraverso la frequenza con cui i partner si impegnano in comportamenti che stimolano il senso stesso della solidarietà (McHale, 1997). La percezione della solidarietà cogenitoriale si è rilevata connessa con la percezione di problemi comportamentali del figlio: il collegamento fra cogenitorialità e adattamento del figlio è di maggiore rilevanza rispetto alla relazione tra adattamento coniugale e adattamento del figlio. Lo stress individuale o di coppia può essere un indicatore di rischio, ma i problemi riguardanti la cogenitorialità sembrano essere il canale privilegiato attraverso cui lo stress coniugale influenza i figli.

Vengono individuati anche indicatori per la valutazione della solidarietà e del sostegno: il grado in cui le coppie si adattano reciprocamente ai diversi punti di vista sulla cura del bambino, la conferma reciproca o disconferma del partner, la disponibilità a impegnarsi in maniera collaborativa e la qualità della coordinazione quando i partner devono agire insieme nella cura del bambino (McHale, 2010). La capacità dei genitori di lavorare efficacemente insieme quando devono affrontare tensioni emotive dipende dalla possibilità di appoggiarsi su una base sicura di una loro cogenitorialità forte e supportiva. L'alleanza sarà forte quando ognuno dei due si sente sostenuto e confermato dall'altro partner. È necessario che i genitori collaborino per comporre le eventuali diversità dei loro punti di vista sulla suddivisione del lavoro di cura del bambino.

La dimensione della “conflittualità” e dell’antagonismo (McHale et al., 2000) viene valutata operando una differenziazione tra i conflitti coniugali e quelli derivati da un disaccordo sull’allevamento del figlio. Una differenza tra le credenze dei due genitori è possibile indice di disarmonia per le differenti pratiche di allevamento.

Durante il periodo perinatale uno dei maggiori elementi di contrasto tra i genitori riguarda in particolare “l’accudimento” del bambino: un’insoddisfazione nella divisione dei compiti può alimentare sentimenti negativi nei due partner e influenzare negativamente il raggiungimento di obiettivi comuni condivisi. La divisione dei compiti nell’accudimento del bambino viene indagata attraverso il modo con cui i partner concordano sulla condivisione dei compiti e il grado di soddisfazione rispetto alle reciproche aspettative.

L’impegno e il disimpegno reciproco sono altre dimensioni che vengono considerate dallo studio di Mchale: la valutazione del disimpegno e dell’investimento con i figli vengono valutate in connessione con le difficoltà dei due partner nella gestione delle proprie manifestazioni emozionali.

2.6 Aspettative e predittività nei progetti di sostegno alle coppie

Le aspettative prenatali prefigurano in genere la solidarietà genitoriale dopo la nascita e pertanto sono da prendere in attenta considerazione rispetto a come si svilupperanno le alleanze cogenitoriali durante il periodo perinatale.

Un pessimismo durante la gravidanza sembra precludere un’alleanza coordinata che consenta ai genitori di offrirsi una conferma reciproca: sarebbe in specifico il pessimismo della madre rispetto alla solidarietà dell’altro genitore durante la gravidanza, ma non il pessimismo del padre, a predire un ritiro maggiore da parte dell’uomo durante le negoziazioni cogenitoriali nel periodo perinatale e nei primi mesi dopo la nascita.

Le preoccupazioni prenatali rispetto alla futura cogenitorialità possono provenire sia dall’aver sperimentato tensione e disagio nella propria famiglia di origine, sia nella propria relazione di coppia. È stata individuata un’associazione significativa tra livelli di tensione coniugale e pessimismo circa le aspettative sulla propria futura famiglia. Il pessimismo prenatale non predice tuttavia un elevato conflitto cogenitoriale perinatale nei primi mesi dopo la nascita del bambino: le coppie in cui un partner mette in dubbio la propria capacità di collaborare come genitore segnalano come i partner stiano cercando di trovare dei modi per lavorare insieme in modo efficace e collaborativo. Questa aumentata sensibilità alle difficoltà di lavorare può essere anche ciò che può aver tenuto a distanza i genitori evitando lo sviluppo di una relazione genitoriale conflittuale. Le preoccupazioni prenatali dei genitori sulla solidarietà genitoriale si concretizzano in genere sulle loro difficoltà a costruire un’alleanza genitoriale supportiva e coesa, ma non prefigurano conflittualità nel periodo perinatale e nei primi mesi di vita del bimbo.

Le coppie che hanno avuto delle difficoltà nel periodo prenatale e che hanno espresso preoccupazioni sulla capacità di costruire una relazione positiva con il partner, mo-

strano però livelli più bassi di coesione e sostegno reciproco dopo la nascita del bimbo. Non si possono tuttavia prevedere in maniera attendibile le difficoltà di una successiva coordinazione genitoriale prima dell'arrivo del bambino, anche se le prime difficoltà genitoriali possono fare prevedere quelle successive.

I dati che mettono in evidenza l'importanza di questi aspetti di previsione sono utilizzati per i progetti di sostegno alle coppie quando stanno per diventare genitori. Le aspettative familiari prenatali e i pattern relazionali della coppia sono in genere abbastanza buoni pronostici di come sarà lo sviluppo successivo dopo la nascita del bambino. In un progetto di prevenzione primaria è utile individuare allora quali siano le aspettative dei genitori, le problematiche importanti da indagare, e quali possano essere le tematiche maggiormente significative e formative per la coppia che si appresta alla genitorialità.

Utilizzando la teoria dell'attaccamento è possibile conoscere come i genitori abbiano vissuto le proprie esperienze di accudimento nella famiglia di origine: queste influenzano la qualità della relazione che svilupperanno con i propri figli (Talbot et al., 2006). Secondo i dati della ricerca di McHale (2010), il conflitto cogenitoriale sarebbe predetto da fattori inerenti le configurazioni dell'attaccamento. Le madri che hanno presentato pattern di attaccamento insicuro verso i propri genitori, durante la propria infanzia manifesterebbero maggiori probabilità di sviluppare conflittualità cogenitoriali quando il bimbo è nato, nel periodo perinatale. I pattern di attaccamento e in particolare l'insicurezza materna devono essere pertanto valutati attentamente durante il periodo prenatale e considerati come un fattore potenziale di rischio, non solo di attaccamento insicuro da parte del bimbo, ma anche di manifestazioni di conflitti cogenitoriali (Talbot et al., 2006). I padri che manifestano un pattern di attaccamento insicuro hanno minori probabilità delle madri di venire coinvolti in conflitti cogenitoriali nel periodo perinatale, ma presentano maggiori comportamenti di ritiro a tre mesi dalla nascita del bambino. In coppie che sperimentano tensioni coniugali, in cui i genitori sono piuttosto pessimisti sulle proprie capacità di alleanza genitoriale, esiste una maggiore possibilità che il processo genitoriale sia caratterizzato da bassi livelli di solidarietà e sostegno alla nascita del bambino.

Le ricerche che indagano le dinamiche genitoriali delle famiglie di origine e le aspettative nei confronti delle proprie future famiglie hanno permesso di rilevare che non sempre i genitori che riferiscono problemi di alleanza genitoriale da parte dei propri genitori sono esposti a tale rischio nella propria famiglia, mentre sarebbero maggiormente esposti a rischio i genitori che hanno espresso aspettative negative rispetto alla propria futura famiglia. Queste ricerche evidenziano problemi di coppia nel periodo perinatale (McHale, Kazali, Rotman, 2004), ma anche difficoltà nei periodi successivi (McHale, Rotman, 2007): i ricordi sulla carenza di cure ricevute nella propria infanzia sono meno predittivi delle preoccupazioni e previsioni negative che i genitori esprimono riguardo alla loro futura famiglia. I problemi con la famiglia di origine non sono irrilevanti, ma costituiscono una base a cui i genitori possono fare riferimento per le previsioni nei confronti della propria famiglia, nonché per attivarsi consapevolmente per non sviluppare i propri modelli genitoriali negativi nella loro nuova famiglia.

Quando comunque la coppia prevede di non essere in grado di lavorare bene in-

sieme nella cogenitorialità, vi sono alte percentuali di rischio. Nella ricerca di McHale (2010) viene data maggiore importanza alle situazioni della vita attuale dei genitori e alla qualità della loro relazione quali indicatori predittivi. I partner della coppia che hanno attraversato esperienze difficili nella loro infanzia, ma che hanno trovato il modo di parlarne, così come dei propri sogni e dei desideri riguardanti la propria futura famiglia, si troverebbero in una posizione migliore per affrontare quelle paure e preoccupazioni che la propria famiglia di origine ha suscitato in loro. Queste tematiche possono evocare ansia, ma consentire ai partner di sperimentare il sostegno e il contatto reciproco: se i problemi per la genitorialità possono venire espressi nello spazio della coppia, si pongono le basi per la cogenitorialità.

La valutazione dell'alleanza cogenitoriale può basarsi, oltre che sulle osservazioni dei genitori e del figlio, su interviste e questionari che possono essere usati come stimolo per sollecitare i genitori a parlare del grado di sostegno che sentono di ricevere dal loro partner genitoriale o della divergenza che esiste tra loro sul modo di considerare la genitorialità. Nessun indicatore tuttavia è capace di descrivere tutto quello che sarebbe importante rilevare e quindi sono auspicabili valutazioni molteplici. Insomma, come si evince dalla breve rassegna che abbiamo citato, le ricerche sono molteplici, spesso diversamente centrate, altrettanto spesso effettuate con strumenti diversi: si spiegano così aspetti di eventuali frammentarietà o di scarsa concordanza, se non talvolta di contraddizioni. Tutto ciò dimostra la complessità dei fattori che si intrecciano nel generare problemi di cogenitorialità e il loro differente aspetto, nonché possibilità di misura, a seconda di un più ampio e generale contesto: questo dovrebbe indurre la massima attenzione e prudenza nell'impostare programmi di sostegno alle coppie.

Secondo le rilevazioni effettuate da McHale prima della nascita del figlio, i genitori raramente parlano insieme del modo in cui si occuperanno del bambino che sta per arrivare: è importante pertanto che in un programma di prevenzione si chieda a ogni genitore di esprimere le proprie idee sulla genitorialità e fare previsioni su quali pensa siano quelle del proprio partner. È necessario pertanto lavorare sul sistema di "previsioni" che i genitori hanno, sollecitandoli a esprimerle e a fare inferenze sui propri e altrui comportamenti futuri: questo servirà a innescare una riflessione tra i genitori (Schultz, Cowan, Cowan, 2006) che potrà consentire un chiarimento. Le opinioni prenatali dei genitori rispetto a come vorrebbero fosse il loro bambino hanno un valore prognostico notevole: discutere delle differenze di opinioni durante la gravidanza non impedisce che il conflitto e le convinzioni divergenti possano riemergere con la nascita del figlio, tuttavia il fatto che la coppia si interroghi e riconosca in modo consapevole di avere punti di vista diversi è importante per muoversi in una posizione genitoriale che tenga conto delle rispettive opinioni.

All'arrivo del bambino sarebbe necessario che la coppia costruisce un'alleanza che permetta di affrontare le varie difficoltà: depressione post partum, frustrazioni per la perdita d'indipendenza e di intimità, irritazione per interferenze di genitori e suoceri. Quando i rapporti diventano conflittuali ne risentono le relazioni, e le dinamiche cogenitoriali si spostano sull'antagonismo e la conflittualità, con il bambino che diventa il punto focale di riferimento, e così si trova inserito nelle dinamiche disfunzionali della coppia.

La ricerca di McHale focalizza un dato interessante: nelle famiglie in cui entrambi i genitori lavorano (Mc Hale, 2010) si riscontrerebbe una cogenitorialità meglio coordinata. Il funzionamento cogenitoriale sembra essere molto positivo quando i genitori lavorano entrambi e il bambino deve essere accudito durante il giorno da parenti o altre persone estranee alla famiglia; questo contribuirebbe a rafforzare le alleanze cogenitoriali. Nelle famiglie in cui la madre lavora, si sono rilevati pattern di attaccamento sicuro nel bimbo nei confronti del padre (Chase-Landsale, Owev, 1987): il padre viene maggiormente coinvolto nella cura dei figli (Crouter, Perry-Jenkins, Huston, 1987), è più informato anche delle loro attività scolastiche (Crouter, Helms-Erikson, Updegraff, 1999), tende a confermare gli sforzi della madre; i genitori, lavorando entrambi, si impegnano maggiormente in maniera collaborativa (Fish, McHale, 2001). Le famiglie in cui i genitori lavorano cercano con maggiore intensità di confermare e sostenere gli sforzi reciproci. Si è rilevata inoltre un'intensificazione dell'interazione madre-bambino nei momenti in cui la diade si ritrova insieme, alla fine della giornata, con un miglioramento della qualità della relazione stessa (Zaslow et al., 1986, 1989).

Un altro dato interessante è come variano, durante il primo anno, le dinamiche cogenitoriali in funzione delle esperienze di cura giornaliera dedicate ai bambini (McHale, 2010): le famiglie che si avvalevano di servizi come nidi, baby-sitter, familiari sono state divise in due gruppi a seconda del numero di ore a cui bambini venivano affidati a estranei. L'investimento madre-figlio e la discrepanza rispetto al coinvolgimento del padre con il bambino sono risultati maggiori nelle famiglie in cui i bambini venivano affidati per un numero minore di ore ai servizi. Questo dato ha posto la questione su quale sia la situazione migliore di cura giornaliera per il bambino: le famiglie che affidano per un maggior numero di ore i bambini ai servizi si impegnano notevolmente per stare insieme più tempo alla fine della giornata e passare in famiglia il massimo tempo possibile. Favoriscono in tal modo calore familiare e conferma genitoriale e il padre sembra intervenire a sostenere maggiormente la madre. Le madri che invece stanno con i bambini più spesso durante la giornata, svilupperebbero abitudini molto più consolidate con il bambino rispetto ai padri e questo spiegherebbe le discrepanze riscontrate rispetto al coinvolgimento di entrambi i genitori nelle interazioni familiari. Le madri che stanno maggiormente a casa assumerebbero quello che viene chiamato il "ruolo del guardiano" (De Luccie, 1995), escludendo i padri.

Questi dati sarebbero incoraggianti (Fish, McHale, 2001) in una società in cui entrambi i genitori sono sempre più impegnati in attività lavorative extra domestiche, e sarebbe un dato confortante per le coppie di genitori che prevedono di proseguire l'attività lavorativa dopo la nascita del bimbo.

Le situazioni conflittuali fanno parte dell'esperienza delle famiglie e il modo in cui vengono risolte modella nel corso del tempo le capacità di regolazione stessa del bambino. L'alleanza cogenitoriale è un fattore protettivo con effetti positivi sullo sviluppo del bambino (Floyd, Gilliom, Costigan, 1998; Margolin, Gordis, John, 2001). Fornire un ambiente affidabile che dia regole equilibrate e limiti adeguati consentendo un'espressione emotiva, aiuta il bimbo a esprimere la propria indipendenza e autonomia adeguate all'età e può fornirgli esperienze congrue allo sviluppo e alla cre-

scita. Se i genitori hanno obiettivi contrastanti i bambini apprendono che le regole sono inaffidabili e arbitrarie e che possono rispettarle in modo diverso a seconda della circostanza.

Un paradigma sperimentale di ricerca (Hirshberg, 1990) ha fornito evidenze sperimentali sullo stato di disagio in cui si viene a trovare un bambino quando i genitori gli inviano messaggi contemporaneamente contrastanti: nella situazione sperimentale un bambino di un anno viene esposto a uno stimolo potenzialmente ansioso, paragonabile a un precipizio visivo che deve attraversare, mentre i genitori gli inviano contemporanei segnali contrastanti, mettendo il bambino di fronte a un dilemma difficilmente risolvibile. Egli manifesterà spesso un comportamento disorganizzato e di grande stress. Queste ricerche evidenziano come il bambino, esposto dai suoi genitori a posizioni contrastanti, in cui nessuna decisione è positiva, diventi dominato da insicurezza e disorganizzazione.

Padri e madri cresciuti in famiglie in cui i genitori avevano difficoltà e alimentavano insicurezza nei figli hanno difficoltà a mettersi in discussione prima di diventare a loro volta genitori. Avendo alle spalle un modello conflittuale di genitorialità, dovrebbero poter elaborare le proprie esperienze angoscianti e difficili, ma ciò spesso non avviene. In molte situazioni i partner sono consapevoli di ciò, ma si sentono semplicemente incapaci di cambiare: occorre pertanto poter provvedere a un adeguato aiuto.

Le ricerche evidenziano come nella coppia sono in genere i padri a celare maggiormente le proprie frustrazioni e preoccupazioni, forse cercando di farsene carico per proteggere la propria compagna (Wile, 1988): ogni partner pertanto dovrebbe essere aiutato, a diventare consapevole del suo stile genitoriale e di come questo possa accordarsi o meno a quello dell'altro. Non è possibile prevedere come manifestazioni del disagio personale possano essere condivise dal proprio partner e come preoccupazioni relazionali possano venire decodificate, tuttavia i problemi genitoriali spesso nascono proprio dalla mancanza di questi confronti; molto spesso i genitori dichiarano di non aver mai parlato con il partner delle proprie preoccupazioni con sincerità (McHale, 1995).

Bibliografia

- Abidin RR, Brunner JF (1995) Development of a parenting alliance inventory. *Journal of Clinical Child Psychology* 24:31-40
- Ammaniti M (1992) *La gravidanza tra fantasia e realtà*. Il Pensiero Scientifico, Roma
- Ammaniti M, Candelori C, Pola M, Tambelli R (1995) *Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne*. Cortina, Milano
- Ammaniti M Stern DN (1992) *Attaccamento e psicoanalisi*. Laterza, Bari
- Badinter E (1981) *L'amore in più. Storia dell'amore materno*. Longanesi, Milano
- Baldoni F (2005) *Funzione paterna e attaccamento di coppia: l'importanza di una base sicura*. In Bertozzi N, Hamon C (a cura di) *Padri e paternità*. Junior, Bergamo
- Baruffi L (1979) *Il desiderio di maternità*. Boringhieri, Torino
- Belsky J, Putnam S, Crnic K (1996) Coparenting, parenting and early emotional development. *New Directions for Child Development* 74:45-55
- Benedek T (1958) Parenthood as a development phase: a contribution to the libido theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 7:389-417

- Bibring GL (1959) Some considerations of the psychological process in pregnancy. *The Psychoanalytic Study of the Child* 16:113-121
- Bick E (1964) Nota sull'osservazione del lattante nell'addestramento psicoanalitico. Trad.it. Bonaminio V, Iaccarino B (a cura di) *L'osservazione diretta del bambino*. Boringhieri, Torino, 1984
- Bion WR (1962) *Learning from experience*. Heinemann, London. Tr.it. *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma, 1972
- Bowlby J (1979) *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Cortina, Milano, 1982
- Bowlby J (1988) *Una base sicura*. Cortina, Milano, 1989
- Brazelton TB, Cramer (1991) *Il primo legame*. Frassinelli, Milano
- Brockington I (2004) Post-partum psychiatric disorders. *Lancet* 363:303-310
- Bruner JS, Ross G, Wood D (1976) The role of tutoring in problem solving. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 17, Pergamon Press
- Bydlowski M (1989) *Desiderio di un bambino, desiderio di gravidanza, evoluzione delle pratiche della procreazione*. Trad.it. Lebovici S, Weil-Halpern F, *Psicopatologia della prima infanzia*. Boringhieri, Torino
- Bydlowski M (1991) *La transparence psychique de la grossesse*. *Etudes freudiennes*, 135-142
- Bydlowski M (1997) *Il debito di vita. Itinerario psicoanalitico della maternità*. Quattroventi, Urbino, 2000
- Bydlowski M, Raoul-Duval A (1978) *Un avatar psychique méconnu de la puerperalité: la névrose traumatique post obstétricale*. *Perspectives Psychiatriques* 4:321-328
- Capello C, Vacchino R (1985) *Sessualità femminile e istituzioni sociali*. E.T.S., Pisa
- Cena L (2005a) *Costruire una mente: la competenza comunicativa primaria della gestante*. *Nascere* 95:20-33
- Cena L (2005b) *Competenza comunicativa primaria e movimenti fetali*. *Nascere* 96:24-34
- Cena L, Imbasciati A (2007) *Il desiderio di generare*. In: Imbasciati A, Dabrassi F, Cena L (a cura di) *Psicologia clinica perinatale*. Piccin, Padova
- Cena L, Imbasciati A, Baldoni F (2010) *La relazione genitore-bambino*. Springer, Milano
- Chase-Lansdale PL, Owen MT (1987) *Maternal employment in a family context: Effects on infant-mother and infant-father attachments*. *Child Development* 58:1505-1512
- Crittenden PM (2008) *Il Modello Dinamico Maturativo dell'Attaccamento*. Cortina, Milano
- Crittenden PM, Landini A (2010) *Un modello evoluzionistico della teoria dell'attaccamento: l'intervento clinico*. In: Cena L, Imbasciati A, Baldoni F (2010) *La relazione genitore-bambino*, Springer, Milano
- Crouter A C, Perry-Jenkins M, Huston T L, McHale S M (1987) *Processes underlying father involvement in dual-earner and single-earner families*. *Developmental Psychology* 23:431-440
- Crouter A, Helms-Erikson H, Updergraff K (1999) *Conditions underlying parents' knowledge about children's daily lives in middle childhood: between and within family comparisons*. *Child Development* 70:246-259
- Darchis E (2009) *L'instaurazione della genitorialità e le sue vicissitudini*. In: Zurlo MC, (a cura di) *Percorsi della filiazione*. Angeli, Milano
- De Luccie MF (1995) *Mothers as gatekeepers: A model of maternal mediators of father involvement*. *Journal of Genetic Psychology* 152:225-238
- Deutsch H (1945) *Psicologia della donna*. Vol. I (1945) Vol. II (1946), Boringhieri, Torino, 1971
- Erikson EH (1950) *Infanzia e società*. Armando, Roma
- Feeney BC, Collins NL (2004) *Processi interpersonali di accudimento. Porto di salvezza e base sicura nell'attaccamento adulto*. Trad. it. Rholes WS, Simpson JA (a cura di) *Teoria e ricerca nell'attaccamento adulto*. Cortina, Milano, 2007
- Fish K, McHale J (2001) *Parental employment, coparenting, and family interaction at one year*. Poster presented at the Society for Research in Child Development
- Floyd FJ, Gilliom IA, Costigan CL (1998) *Marriage and the parenting alliance: longitudinal prediction of change in parenting perceptions and behaviors*. *Child Development* 69:1461-1479
- Fonagy P (2001) *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*. Cortina, Milano
- Fraiberg SH, Adelson E, Shapiro V (1975) *I fantasmi nella stanza dei bambini. Un approccio psi-*

- coanalitico ai problemi posti da relazioni disturbate madre-bambino. Trad.it. Fraiberg SH. Il Sostegno allo sviluppo. Cortina, Milano, 1999
- Freud S (1915) *Metapsicologia*. In Opere di Sigmund Freud Vol VIII. Boringhieri, Torino
- Freud S (1926) *L'analisi dei non medici*. Opere, Vol X. Boringhieri, Torino
- Freud S (1931), *Sessualità femminile*. In Opere di Sigmund Freud Vol XI. Boringhieri, Torino
- Ghilardi A, Imbasciati A (1989) Il concetto di istinto. *Neurologia, Psichiatria e Scienze Umane* 6:1035-1056
- Giannakoulas A, Giannotti A (1985) Il setting con la coppia genitoriale. In *Il setting. L'approccio relazionale in Neuropsichiatria infantile*. Borla, Roma
- Golse B (1995) Le bébé, l'hôpital, les équipes soignantes et les psys. In: Ben Soussan P et al (a cura di) *Le Bébè a l'Hôpital*. Syros, Paris
- Hirshberg LM (1990) When infant look to their parents: Twelve month-olds response to conflicting parental emotional signals. *Child Development* 61:1187-1191
- Imbasciati A (1990) *La donna e la bambina*. Angeli, Milano
- Imbasciati A (2005) *La sessualità e la teoria energetico-pulsionale. Freud e le conclusioni sbagliate di un percorso geniale*. Angeli, Milano
- Imbasciati A (2007) *Neurosciences et Psychanalyse: pour une nouvelle metapsychologie*, *Revue Française de Psychanalyse* LXXI, 2:455-477
- Imbasciati A (2008) *Le cure materne: matrice dello sviluppo del futuro individuo*. *Nascere XXXV*:4-14
- Imbasciati A (2010) *Towards new metapsychologies* *Psychoanalytic Review* 1:44-46
- Imbasciati A (2011a) *Perché la sessualità*. Piccin, Padova
- Imbasciati A (2011b) *The meaning of a metapsychology*. *Journal Academy Psychoanal and Dynamic Psychiatric*
- Imbasciati A, Buizza C (2011) *l'emozione sessuale. Psicoanalisi e neuropsicofisiologia*. Liguori, Napoli
- Imbasciati A, Cena L (1987) *Uno studio sulla femminilità attraverso l'analisi del mito*. In: *Il laboratorio e la Città. Lo Psicologo professionista e ricercatore*. XXI Congresso degli Psicologi Italiani, Atti, 685-691
- Imbasciati A, Cena L (1988) *La donna nel mito greco*. *Neurologia Psichiatria e Scienze Umane*. Vol VIII, 3:435-455
- Imbasciati A, Cena L (2007 a) *Psicosomatica della gravidanza e del parto*. In: Imbasciati A, Dabrasssi F, Cena L (2007) *Psicologia Clinica Perinatale*. Piccin, Padova
- Imbasciati A, Cena L (2007b) *La comunicazione gestante-feto*. In: Imbasciati A, Dabrasssi F, Cena L (2007) *Psicologia Clinica Perinatale*. Piccin, Padova
- Imbasciati A, Cena L (2007c) *Sviluppo del bimbo e sviluppo della madre*. In: Imbasciati A, Dabrasssi F, Cena L (2007) *Psicologia Clinica Perinatale*. Piccin, Padova
- Imbasciati A, Cena L (2011) *Sessualità, generatività, genitorialità*. In Imbasciati A, Buizza C, *L'emozione sessuale*. Liguori, Napoli
- Imbasciati A, Dabrasssi F, Cena L (2007) *Psicologia Clinica Perinatale*. Piccin, Padova
- Imbasciati A, Dabrasssi F, Cena L (2011) *Psicologia Clinica Perinatale per lo Sviluppo del Futuro Individuo. Un uomo transgenerazionale*. Express, Torino
- Imbasciati A, Ghilardi A (1990) *L'istinto nelle scienze: necessità e storia di un concetto irrisolvibile*. *Rivista di sessuologia* 2:101-106
- Kaes R (1982) *Il sostenimento gruppale dello psichismo individuale: alcune conseguenze teoriche riguardo I concetti di individuo e di gruppo*. *Quaderni di Psicoterapia di Gruppo* 1:57-73
- Katz LF, Low SM (2004) *Marital violence, co-parenting and family level processes in relation to children's adjustment*. *Journal of Family Psychology* 18:372-382
- Klajn M (1932) *La psicoanalisi dei bambini*. Martinelli, Firenze
- Kraisler L, Cramer B (1981) *Les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson*. *Psychiatrie de l'enfant* 24:223-263
- Lebovici S (1989) *I legami intergenerazionali. Le interazioni fantasmatiche*. Trad. It. Lebovici S, Weio-Halpern F, *Psicopatologia della prima infanzia*. Boringhieri, Torino
- Lebovici S (1994) *Les interactions fantasmatiques*. *Revue de Medicine Psychosomatique* 37/38:39-50
- Manfredi P, Imbasciati A (2004) *Il feto ci ascolta e impara*. Borla, Roma

- Margolin G, Gordis FB, John RS (2001) Coparenting: a link between marital conflict and parenting in two parent families. *Journal of Family Psychology* 15:3-21
- McHale JP (1995) Coparenting and triadic interactions during infancy: The roles of marital distress and child gender. *Developmental Psychology* 31:985-996
- McHale JP (1997) Overt and covert coparenting processes in the family. *Family Process* 36:183-201
- McHale JP (2010) *La sfida della cogenitorialità*. Cortina, Milano
- McHale JP, Cowan PA (1996) *Understanding How Family-level Dynamics Affect Children's Development: Studies of Two-parent Families*. Jossey-Bass, San Francisco
- McHale JP et al (2004) The transition to coparenthood: Parent's prebirth expectations and early coparental adjustment at 3 months postpartum. *Development and Psychopathology* 16:711-733
- McHale JP, Rotman T (2007) Is seeing believing? Expectant parents' outlooks on coparenting and later coparenting solidarity. *Infant Behavior and Development* 30:63-81
- McHale JP, Kuersten-Hogan R, Lauretti A, Rasmussen JL (2000) Parental reports of coparenting and observed coparenting behavior during the toddler period. *Journal of Family Psychology* 14:220-236
- McHale JP, Johnson D, Sinclair R (1999) Family dynamics preschoolers family representations and preschool peer relationships. *Early Education and Development* 10:373-401
- McHale JP, Rasmussen JL (1998) Coparental and family group-level dynamics during infancy: early family precursors of child and family functioning during preschool. *Developmental and Psychopathology* 10:39-59
- Minuchin S (1974) *Famiglia e terapia della famiglia*. Astrolabio, Roma, 1977
- Moro MR, Nathan T, Rabain J, Stork H, Si Ahmed D (1989) *Il lattante nel suo universo culturale*. Trad it. Lebovici S, Weil-Halpern F, *Psicopatologia della prima infanzia*. Boringhieri, Torino, 1994
- Palacio Espasa F (1991) *Fantasie dei genitori e psicopatologia del bambino*. In: Società di Neuropsichiatria infantile (a cura di) *Fantasie dei genitori e psicopatologia dei figli*. Borla, Roma
- Pines D (1972) Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality. *British Journal of Medical Psychology* 45:333-343
- Pines D (1982) The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion. *International Journal of Psychoanalysis* 63:311-319
- Scabini E (1985) *L'organizzazione famiglia tra crisi e sviluppo*. Angeli, Milano
- Scabini E (1995) *Psicologia sociale della famiglia*. Boringhieri, Torino
- Schoppe-Sullivan S.J, Mangelsdorf S.C, Frosch C.A, Mc Hale JP (2004) Associations between coparenting and marital behavior from infancy and the preschool years. *Journal of Family Psychology* 18:194-207
- Shaffer R (1980) *Developing child*. In: Bruner J Cole N, LLyod B (a cura di) *Maternità*. Armando, Roma
- Soifer R (1985) *Psicologia della gravidanza, parto e puerperio*. Borla, Roma
- Schulz MS, Cowan PA, Cowan CP (2006) Promoting healthy beginnings: A randomized controlled trial of a preventive intervention to preserve marital quality during the transition to parenthood. *Journal of Clinical and Consulting Psychology* 74:20-31
- Stern DN (1985) *Il mondo interpersonale del bambino*. Boringhieri Torino, 1987
- Stern DN (1995) *La costellazione materna*. Boringhieri, Torino
- Stoleru S (1998) *De l'arrêt de la contraception aux premiers mois postnatales- Les premières étapes de la parentalité adulte*. In: Mazet P, Lebovici S (a cura di) *Psychiatrie périnatale*. PUF, Paris
- Stoleru S, Morales-Huet M (1989) *Processus de recherche et processus psychothérapique*. In *L'évaluation des interactions précoces*. Eshel, Paris
- Talbot J, Elliston D et al (2006) Do early coparenting dynamics benefit from coherent states of mind with respect to attachment? *Infant Mental Health Journal* 27:43
- Talbot JA, McHale JP (2004) Individual parental adjustment moderates the relationship between marital and coparenting quality. *Journal of Adult Development* 11:191-205
- Vegetti Finzi S (1990) *Il bambino della notte*. Mondadori, Milano
- Vegetti Finzi S (1997) *Volere un figlio. La nuova maternità tra natura e scienza*. Mondadori, Milano

- Vygotskij LS (1990) *Pensiero e linguaggio. Ricerche psicologiche*. Laterza, Bari
- Weissman HS, Cohen SR (1985) The parenting alliance and adolescence. *Adolescent Psychiatric* 12:24-45
- Wile DB (1988) In search of the curative principle in couples therapy. *Journal of Family Psychology* 2:24-27
- Winnicott DW (1956) *La preoccupazione materna primaria*. In Winnicott DW (1958) *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze, 1991
- Winnicott DW (1958) *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze, 1991
- Winnicott DW (1965) *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando Editore, Roma, 1970
- Zaslow MJ, Pedersen FA, Suwalsky T, Rabinovich B (1986) Fathering during the infancy period: implications of the mothers employment role. *Infant Mental Health Journal* 7:225-234
- Zaslow MJ, Pedersen FA, Suwalsky JT, Rabinovich B (1989) Maternal employment and parent-infant interaction at one year. *Early Childhood Research Quarterly* 4:459-478
- Zurlo MC (2009) *Percorsi della filiazione*. Angeli, Milano

3.1 I multiformi aspetti della perinatalità psichica: che cosa esplorare in un'indagine per la tutela della salute mentale?

Nell'ambito della ricerca in Psicologia Clinica Perinatale, in una prospettiva dinamico-clinica e diacronica si fa riferimento al concetto di "perinatalità psichica" (capitolo 2) non tanto per lo sviluppo del bimbo, quanto come perinatalità della psiche dei genitori: un "segmento" del processo di genitorialità presente in diverse forme evolutive in ogni età della vita di ogni individuo e nella sua più evidente manifestazione in prossimità di un progetto di filiazione (Missioner, 2005). Come evidenziato nel precedente capitolo la perinatalità psichica implica un periodo tra l'ipotetico progetto generativo/genitoriale (Stoleru, 1995), la sua pianificazione e la sua realizzazione, fino al primo sviluppo del bambino: questa perinatalità psichica costituisce una delle prime sequenze del processo di genitorialità. Che cosa esplorare allora in un'indagine per la salute mentale perinatale?

Donald Winnicott scriveva che "i bambini nascono quando vengono pensati" (Winnicott, 1987). Ma quando e come nascono i genitori? Prima che nascano i loro bambini, oppure quando "iniziano a pensare" ai loro bambini? Oppure quando questi sono in gestazione, o ancora quando, una volta nati, questi richiederanno loro accudimento, cure e protezione?

C'è un figlio segreto, autogenerato nell'immaginario individuale della propria infanzia, il "figlio della notte" (Vegetti-Finzi, 1990) e c'è un figlio che prende origine nella mente della coppia. La nascita di un figlio ha inizio nel vissuto genitoriale a partire dal momento della decisione/programmazione che la coppia fa sul

L. Cena (✉)

Professore Associato di Psicologia Clinica

Dipartimento Materno Infantile, Facoltà di Medicina e Chirurgia

Università degli Studi di Brescia

cena@med.unibs.it

proprio figlio futuro (Capodieci et al., 1990; De Renoche, Della Giustina, 1989). Ma, a quest'epoca, il genitore è già "nato"?

L'ingresso reale nella genitorialità è una svolta irreversibile: ma a quest'epoca, a livello psichico, c'è già un genitore nelle persone che mettono al mondo un figlio? La coppia viene di fatto investita di nuovi ruoli e compiti legati al "far posto" non solo fisicamente (nel ventre della madre), ma soprattutto emotivamente, nella propria mente, al nuovo venuto: la loro vita di sempre non sarà mai più la stessa (Iori, 2006). Non sempre il genitore è preparato a ciò: non sempre questo genitore è sufficientemente "nato" per far nascere bene un figlio. La nascita di un figlio è pertanto evento cruciale per la vita dell'uomo e della donna: un vero e proprio spartiacque che discrimina nettamente due fasi distinte della vita: in letteratura si fa riferimento a una "transizione chiave" nella vita individuale e coniugale (Binda, 1997). Diventare genitore rappresenta all'interno del ciclo di vita una tappa fondamentale, che comporta modificazioni di rilievo, e non facili, per i membri della coppia (Zeanah, Zeanah, Stewart, 1990).

La genitorialità, dunque, non coincide sempre con la nascita di un figlio: dipende da un complesso processo di elaborazione delle relazioni affettive primarie del genitore stesso. Nadia Bruschiweiler-Stern sottolinea quanto sia laborioso il percorso per la "nascita di una madre" (Stern, Bruschiweiler-Stern, 1998) e come il periodo perinatale sia caratterizzato da peculiari processi affettivi e cognitivi, denominati "costellazione materna" (Stern, 1995). Per la madre e il padre la nascita del figlio richiama fantasie cosce e inconscie della relazione infantile con i propri genitori: la nascita del bimbo potrà consentire al genitore una riorganizzazione delle sue passate esperienze infantili, attraverso cambiamenti psicologici, sia in positivo rispetto alla rielaborazione di antiche conflittualità irrisolte che in negativo, in quanto può comportare un'alterazione dell'equilibrio della coppia in un delicato momento che è quello del passaggio dalla diade alla triade, caratterizzato da peculiari modificazioni strutturali e di investimento emotivo. Una prima rielaborazione è quella relativa al "lutto" delle proprie parti infantili verso il ruolo genitoriale, che per il genitore implica il confrontarsi con le nuove funzioni genitoriali sollecitate dalla presenza del bambino. All'interno della struttura familiare dovrà costruirsi un nuovo equilibrio che potrà riflettersi in una positiva relazione genitore-bambino, oppure al contrario potrà diventare espressione di interazioni disturbate, con particolare sofferenza per il bimbo.

Therese Benedek (1970) sottolinea che, sia per la donna sia per l'uomo, come individui e come coppia, la nascita del primo figlio rappresenti una "crisi", con un'opportunità evolutiva di maturazione. La genitorialità segna una tappa fondamentale nel processo di maturazione che si svolge nell'arco vitale dell'uomo e della donna. Nel corso di questo periodo la coppia è implicata nel compito di "salire" di una generazione, attraverso una revisione profonda di diversi tipi di relazioni interiorizzate e reali, tra cui quella con il partner, in un processo che entra a caratterizzare la qualità della relazione primaria con il bambino (Belsky, Rosenberg, Crnic, 1995). La nascita, in particolare del primo figlio, rappresenta un passaggio critico di grande complessità che richiede un riposizionamento relazionale e una ridefinizione della propria identità.

Il passaggio alla procreazione denota l'evento cruciale che demarca la separazio-

ne tra la gioventù e l'età matura (Iori, 2006). È ciò che Erikson ha definito nel suo settimo stadio del ciclo della vita come l'antitesi critica tra generatività e la stagnazione, descrivendo la generatività come il potenziale sintonico che assorbe in sé i caratteri della procreatività, della produttività e della creatività; e da qui la capacità di generare nuovi individui. La nuova "virtù" emergente da questa antitesi è la Cura, cioè una forma d'impegno in costante espansione che si esprime nel prendersi cura delle persone verso le quali se ne è contratto impegno (Erikson, 1999).

"Mettere" al mondo un figlio, come azione compiuta dai neo genitori mentre il bambino "viene" al mondo, è l'evento definito come il più naturale e al contempo più complesso (Iori, 2006). Questo atto racchiude in sé elementi di naturalità, in quanto evento biologicamente definito che appartiene alla natura umana e garantisce la prosecuzione stessa della vita e della storia dell'umanità, ma, al tempo stesso, contiene elementi di complessità in quanto vissuto ogni volta come straordinario, eccezionale, unico e irripetibile, che irrompe nell'ordinario dei giorni, modificando per sempre la fisionomia delle relazioni e delle biografie personali.

Questa svolta nell'esistenza è vissuta come frattura con un passato in cui la relazione di coppia aveva trovato modi di comunicazione definiti secondo paradigmi che ora non appaiono più adeguati. La nascita di un figlio può innescare un periodo di disorganizzazione e di turbolenza, di fronte al quale i due partner devono cercare nuove modalità di funzionamento più adeguate al cambiamento avvenuto: di fronte al nuovo possono trovare modalità di funzionamento adeguate, così come possono invece cercare modalità già sperimentate ma non adeguate, ancorché per certi versi più rassicuranti. La nascita di un figlio è evento che, lungi dall'essere relativo solo alla coppia, ha ripercussioni molto più ampie, provocando l'entrata in scena di una nuova generazione che obbliga a una ridefinizione delle relazioni familiari e a una conseguente distribuzione dei ruoli (Binda, 1997). La nascita di un bambino trasforma i componenti della coppia in genitori, ma contemporaneamente rimodella anche tutti gli altri legami di parentela. I genitori diventano nonni, i fratelli e le sorelle diventano zii e zie.

Ogni membro della famiglia si trova così a dover ricoprire contemporaneamente diversi e nuovi ruoli e a gestire una trama di relazioni sempre più ampia e variegata. La scelta di avere un figlio si intreccia così a molteplici dimensioni psicodinamiche relative alla storia della coppia, ai legami familiari e intergenerazionali, alla revisione dei propri vissuti infantili relativi alla maternità e paternità, alle differenze di genere nell'essere rispettivamente padri e madri, e in genere alla configurazione di nuove identità legate al senso di sé, alla separazione e differenziazione, e al confronto con le proprie figure genitoriali.

I due partner scelgono di solito il timing in cui concepire un figlio: ciò porta con sé un'elevata quota di novità e di imprevedibilità. L'esperienza dell'aver un bambino si accompagna a una "eccedenza", non facilmente riconducibile entro schemi precostituiti. Il figlio si inserisce nella progettualità della coppia, ma al contempo eccede tale progettualità (Scabini, Cigoli, 1991). Ogni generazione riscrive un nuovo capitolo sul rapporto tra bisogni e cura dei bisogni, e può riscriverlo in forma benigna o maligna, ma ogni generazione è anche segnata da come tale rapporto è stato istituito da chi l'ha preceduta (porta cioè in sé una relazione); l'organizzazione familiare è perciò ben più ampia e articolata della relazione genitori-figli, e la neo-coppia non è un inizio assoluto,

ma un punto d'incontro tra due storie familiari (Scabini, 1995).

La generatività e la genitorialità, come abbiamo cercato di esplorare nel precedente capitolo, si presentano come costrutti che possono essere esplorati secondo prospettive teoriche differenti. In letteratura ritroviamo indagati da autori diversi secondo un proprio vertice di riferimento i molteplici aspetti dei processi psichici sottesi alla progettualità generativa e le processualità sottese alla gestazione. La gravidanza, concreta realizzazione del progetto stesso generativo e genitoriale, viene studiata nel suo decorso psicosomatico considerando i vissuti della donna gravida (Imbasciati, Cena, 2007): la gestazione rappresenta un evento nella vita femminile particolarmente significativo e complesso, dal punto di vista sia delle trasformazioni fisiologiche corporee che psicologiche, con la conseguente necessità di riacquistare nuovi equilibri nell'ambito della propria identità individuale e di coppia. In letteratura sono molteplici gli studi, soprattutto da parte di psicologhe e psicoanaliste donne, che hanno esplorato le diverse dimensioni connesse alle funzioni generative (Deutsch, 1945; Bibring, 1959; Benedek, 1958; Breen, 1975; Pines, 1972, 1977, 1982; Ammaniti et al., 1995; Byblowsky, 1997, 2004). Meno numerosi sono gli studi relativi a indagini nell'ambito di ciò che accade nel periodo perinatale nel padre (Lamb, 1975; Zaslów et al., 1986) e nella coppia (Mastella, 2004).

Tra gli studi in letteratura che esplorano le dimensioni connesse alle funzioni più propriamente genitoriali ci è sembrato molto rappresentativo il modello di indagine proposto da Belsky (1984), che esamina le determinanti delle differenze individuali nel funzionamento genitoriale.

Nel processo di funzionamento genitoriale del modello di Belsky sono identificati tre domini di determinanti del comportamento: personale, intendendo le risorse psicologiche dei genitori, quello delle caratteristiche del bambino e quello costituito dalle fonti sociali del lavoro e del supporto sociale. Il modello presuppone che il funzionamento dei genitori sia determinato da molteplici variabili tra loro interrelate: la personalità individuale del genitore è collegata alla relazione di coppia; intervengono poi le determinanti sociali attraverso il lavoro e le reti di supporto sociale interrelate contemporaneamente alle specificità intrapsichiche e interpersonali dei genitori; le caratteristiche del bambino hanno d'altra parte una loro peculiarità attraverso lo sviluppo fisico, psichico e relazionale, e influenzano direttamente lo sviluppo del parenting. Questo modello si è dimostrato il più collaudato in letteratura in quanto consente una comprensione olistica dei processi connessi alla genitorialità. L'idea proposta dall'autore sposta l'approccio da una visione lineare a una circolare, entro la quale i vari fattori di influenza vengono considerati e studiati sia nel loro ruolo diretto di mediatori, sia per il loro feed-back nel modificare il funzionamento di ognuno degli altri.

Il modello proposto da Belsky mostra una visione multifattoriale degli elementi che influenzano la transizione alla genitorialità, fino alla determinazione significativa dello stile genitoriale. Secondo tale modello la qualità della relazione coniugale costituisce uno dei principali sistemi di supporto per i genitori in grado di influenzare lo svolgimento della loro funzione genitoriale, nonché alcuni aspetti dello sviluppo del bambino (Belsky, 1987; Crouter et al., 1983, 1987). Nello stesso tempo la relazione coniugale appare connessa ad aspetti della storia e della per-

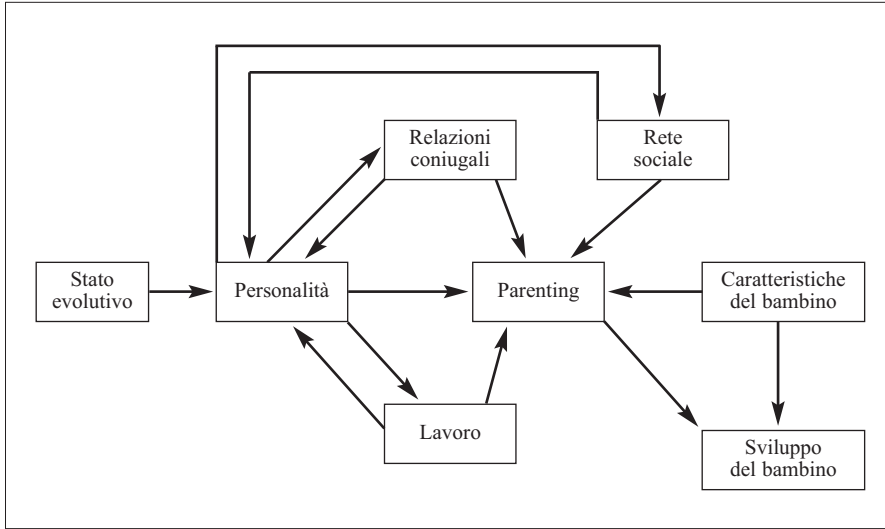


Fig. 3.1 Le determinanti del parenting: un modello del processo. La direzione delle frecce indica le reciproche e multiple connessioni dei vari fattori fra di loro e il convergere delle capacità di parenting. Modificato da Belsky, 1984

sonalità di ciascun membro della coppia, funzionando come un fattore indiretto di influenza sulla genitorialità, che può incidere sul benessere generale dei partner e costituire, fra l'altro, un predittore significativo della qualità nella negoziazione dei ruoli genitoriale (Cowan CP, Cowan PA, Shulz, Hemming, 1994) e della condivisione della responsabilità nelle cure dei figli (Simonelli, Fava Vizziello, Bighin, De Palo, Petech, 2007).

Nella prospettiva di pianificare un programma di prevenzione¹ nell'ambito della salute mentale perinatale² (capitolo 11) abbiamo ritenuto interessante e funzionale per il nostro studio il modello psicosociale proposto da Belsky (1984), da noi declinato secondo gli aspetti dinamici della Psicologia Clinica (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007; 2011). Le dimensioni della generatività e della genitorialità sono state esaminate evolutivamente nell'ambito dei tre domini e considerate in interazione con le dimensioni dello sviluppo psicofisico, emotivo-affettivo, cognitivo e relazionale del bambino. Sono stati presi in considerazione anche aspetti psicosociali, rilevati attraverso i quattro compiti di sviluppo coniugali e intergenerazionali individuati nel ciclo di vita della famiglia dalla Scabini (1995). Questi possono essere

¹ 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, Ziliani, Di Filippo, Doneda, Caramia) e la Cattedra di Ginecologia e Clinica Ostetrica II -Gambino Angela, del Dipartimento Materno Infantile della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi di Brescia.

² Si ringraziano le coppie del territorio bresciano che hanno dato la loro collaborazione al progetto in corso.

così sintetizzati: a) per quanto riguarda la relazione coniugale: ridefinire i confini della coppia e includere al suo interno gli aspetti relativi alla condizione di genitorialità; b) per quanto riguarda la relazione genitoriale: assumere il ruolo genitoriale per prendersi cura della generazione più giovane, cura del figlio come elemento di dialogo intergenerazionale; c) per quanto concerne la relazione filiale (adulti come figli): superare la barriera gerarchica e ridefinire le relazioni con la famiglia d'origine, attraverso il ruolo comune di genitori; d) per quanto concerne la relazione con il contesto sociale: coordinare i tempi del lavoro con quelli della famiglia, ricorrendo all'aiuto dei servizi per l'infanzia e della famiglia estesa.

Per rilevare gli aspetti dello sviluppo psicofisico del bambino abbiamo considerato le ricerche dell'Infant Research e in particolare abbiamo fatto riferimento al "Modello dei Punti Salienti" di Brazelton, alla "Mappa della Crescita Evolutivo Funzionale" di Greenspan (Brazelton, Greenspan, 2001) e alle "Finestre Cliniche" sull'interazione genitore-bambino descritte da Stern (1995).

Il Modello dei Punti Salienti di Brazelton (2001) è stato considerato in quanto descrive i diversi periodi di sviluppo del bimbo, nei primi tre anni di vita, durante i quali i cambiamenti che i bambini compiono nel loro sviluppo portano a loro volta a dei cambiamenti all'interno del sistema familiare. I Punti Salienti rappresentano un tracciato dello sviluppo infantile per osservare il bambino stesso e l'interazione genitore-bambino. Uno strumento analogo, funzionale alla rilevazione dello sviluppo del bimbo, è considerata la Mappa della Crescita Evolutivo Funzionale di Greenspan (2001). Anche questo è uno strumento che consente di portare l'attenzione del genitore-caregiver su quelle aree evolutive nello sviluppo psicofisico ed emotivo del bimbo che è necessario monitorare attraverso un'attenta osservazione clinica, per una verifica del suo stato di benessere adeguato al periodo evolutivo del suo sviluppo psicofisico.

Abbiamo anche preso in considerazione le cinque Finestre Cliniche di Stern (1995), che vanno ad individuare, soprattutto nei primi due anni di vita del bambino, quegli "scatti" che consentono lo sviluppo di nuove capacità sociali, affettive, motorie e cognitive, che ovviamente influenzano l'interazione del bimbo con i genitori. Da 0 a 2 mesi la prima finestra clinica si riferisce a funzioni come l'alimentazione, il sonno, episodi di pianto e consolazione (Imbasciati, Cena, 2010): l'attenzione è alle interazioni che avvengono intorno a questi eventi tra genitore e bambino e che concorrono alla regolazione fisiologica ed emotiva. Dai due mesi e mezzo ai 5 mesi la seconda finestra clinica rileva aspetti della relazione primaria, tra genitore e bambino attraverso la valutazione delle interazioni faccia a faccia della diade. La terza finestra clinica dai 5 mesi e mezzo ai 9 mesi, inerente sempre all'interazione genitore-bambino, è osservabile attraverso quello che è il gioco con l'uso di oggetti. Dagli 8 ai 12 mesi la terza finestra evolutiva si riferisce agli schemi di attaccamento e all'intersoggettività (sintonizzazione degli affetti, lettura delle intenzioni dell'altro, acquisizione di un ruolo intenzionale). Dai 12 ai 18 mesi la quarta finestra evolutiva riguarda l'esplorazione del bambino nell'ambiente e la selezione delle esperienze emotive del bambino, con cui il genitore può sintonizzarsi. Dai 18 ai 24 mesi la quinta finestra evolutiva riguarda l'interazione del bambino con il genitore, la cui funzione è ora fornire aiuto, strutturare, elaborare rispo-

ste sensibili in risposta ai desideri e alle capacità del bambino.

In una ricerca osservazionale longitudinale tutt'ora in corso abbiamo cercato di operationalizzare, attraverso domande aperte e chiuse, aspetti sulla perinatalità individuati in letteratura (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007, 2011). I quesiti relativi agli aspetti psichici della perinatalità da sottoporre alle madri e ai padri si sono rivelati, come evidenziato nei precedenti capitoli, numerosissimi, troppi per poter per ora pensare a uno strumento da validare psicometricamente, ma utili come percorso di indagine da seguire al fine di poter raccogliere, attraverso uno screening, dati rilevanti per la tutela della salute mentale perinatale e poter strutturare una progettualità di prevenzione (capitolo 11). I quesiti sulla perinatalità psichica, sono stati strutturati in una serie di questionari³ che ci consentiranno di esplorare longitudinalmente diverse aree tematiche facilmente accessibili alla soggettività cosciente della progettualità generativa e genitoriale della coppia, compresa la dimensione della sessualità, seguendo complementariamente lo sviluppo del bimbo e monitorando un periodo evolutivo della famiglia, dal concepimento-gestazione fino al terzo anno di vita del figlio.

3.2 Fattori di rischio perinatale: sintomi di ansia, depressione, alessitimia

Le funzioni genitoriali relative alla cura e alla protezione dei figli, quando vengono in qualche modo compromesse per esperienze negative, strutturate nella mente dei genitori lungo il loro passato, o esterne, come traumi o lutti, hanno una ricaduta sulla qualità delle interazioni primarie genitore-bambino e possono diventare fattori di rischio per il bimbo. Le esperienze che il bambino fa nel suo ambiente, le interazioni primarie, le relative rappresentazioni riguardo alle relazioni di se stesso con gli altri, costituiscono un'esperienza fondamentale per la costruzione della sua personalità, ma se le condizioni sono sfavorevoli possono anche diventare fattori di rischio di psicopatologia. I fattori di rischio sono come un insieme di variabili di tipo biologico, temperamentale, familiare, sociale, sono tra loro correlate: studi sui fattori di rischio e protezione per lo sviluppo del bambino segnalano che questi sono entrambi sempre presenti nel sistema familiare, che può diventare un contesto favorevole o sfavorevole per lo sviluppo (Candelori, Mancone, 2001).

Autorevoli studi recenti in letteratura (McHale, 2010) concordano nel rilevare nei genitori fattori di rischio quali sintomi di ansia e depressione, mancanza di sensibilità genitoriale nella relazione con il bimbo e un'adeguata rete di supporto sociale.

L'ansia è un sintomo piuttosto frequente nel periodo perinatale, a volte già in gravidanza (Grant et al., 2008) spesso associata a manifestazioni depressive (Lee et al., 2007; Faisal-Cury, Rossi Menezes, 2007; Andersson et al., 2003; Heron et al., 2004; Austin et al., 2007). I disturbi depressivi in gravidanza si ritrovano spesso associati a inadeguato sostegno sociale (Collins et al., 1993; Elsenbruck et al., 2007) o colle-

³ La Dott.ssa Cecilia Doneda, Master Genitorialità, ha partecipato alla stesura dei questionari, alla raccolta e all'inserimento dei dati per l'elaborazione statistica.

gati a esperienze della madre di particolari eventi stressanti o di lutti (Johanson et al., 2000). I disturbi depressivi sono quelli che vengono maggiormente studiati dalla clinica perinatale (Evans et al., 2001), soprattutto nel post partum (O'Hara, Swain, 1996; Matthey, 2004), mentre quelli ansiosi, poco in evidenza nel post partum, vengono spesso considerati sovrapponibili alla problematica depressiva (Ross et al., 2003; McHale, 2010). In particolare si è evidenziato come manifestazioni di ansia associata a depressione (Beck, 2001; Robertson et al., 2004; Heron et al., 2004; Austin et al., 2007) possano predire un rischio maggiore di disturbi di tipo depressivo nel post partum (Matthey, 2004; Monti Agostini, 2006; Reck et al., 2008; Grant et al., 2008; Milgrom et al., 2008).

Stati elevati di ansia durante la gestazione possono comportare minacce di aborto, complicanze ostetriche durante il parto, prolungamento del travaglio, maggiore percezione dolorosa, parto distocico e nascite premature (Levey et al., 2004; Reck et al., 2010). Disturbi di ansia associati a depressione sono stati anche rilevati in relazione ad anomalie dello sviluppo fetale (Di Pietro et al., 2003; Field et al., 2003). Numerosi in letteratura sono gli studi che segnalano come elevati livelli di stress nella madre durante il periodo prenatale abbiano influenze anche sullo sviluppo del feto e del bimbo (Huizink et al., 2004; Van den Bergh et al., 2005), in particolare sullo sviluppo cognitivo, linguistico, motorio (Huinzink et al., 2003; Laplante et al., 2004; Davis, Sandman, 2010), con problematiche che possono protrarsi a lungo termine durante l'infanzia e l'adolescenza (Mennes et al., 2006; Rodriguez et al., 2005). Lo stress, (Dazzan, 2012) attraverso l'esposizione del bimbo a cortisolo, catecolamine e disfunzionamento dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e del sistema simpatico-noradrenergico della madre, esercita un'influenza diretta sullo sviluppo del sistema nervoso (Buitelar et al., 2003; Ruiz Avant 2005; Austin, 2005a; Davis et al., 2007).

Alcuni studi hanno rilevato tratti temperamentali difficili nello sviluppo del bambino (Werner et al., 2007) e li hanno collegati a stati ansiosi e depressivi della madre in gravidanza: in particolare si è ritenuto che la presenza di cortisolo abbia avuto un'importante influenza sulla struttura neuromentale (temperamento) del bimbo (Davis et al., 2007), così come stati di ansia nella madre durante la gestazione siano stati collegati a disturbi emozionali e comportamentali nel bimbo (O'Connor et al., 2002, 2003). In altre ricerche stati d'ansia e depressivi materni nel periodo prenatale sono risultati correlati al peso del bimbo (Hoffman, Hacth, 2000), a una circonferenza cranica inferiore alla nascita (Lou, Hansen, 1994), a complicanze ostetriche, a nascita pretermine (Dunkel-Schetter, 1998; Dayan et al., 2002). D'altra parte gli stati d'ansia e depressivi materni sono stati collegati a comportamenti a rischio della madre (Lindgren, 2001) e/o a rappresentazioni materne negative nei confronti del proprio ruolo materno (Hart, McMahon, 2006). L'influenza dell'ansia e della depressione materna post partum è associata a disfunzionalità nelle interazioni madre-bambino (Murray-Cooper, 1999) collegate alla bassa sensibilità materna (Nicol-Harper et al., 2007) e alle difficoltà a esercitare il proprio ruolo di parenting (Warren et al., 2003).

Gli studi sugli stati ansiosi e depressivi paterni sono ancora pochi e in fase di evoluzione (Baldoni, Ceccarelli, 2010; Pariante, 2012): si segnalano in letteratura associazioni con le problematiche materne depressive (Misri et al., 2000) e a disturbi psichici.

La presenza di ansia e depressione durante il periodo prenatale sono dunque un importante indicatore di rischio (Austin et al., 2005b; Edwards et al., 2008) per la salute mentale della madre, del padre e dello sviluppo del figlio e vanno tenuti in attenta valutazione per poter organizzare tempestivamente adeguati interventi preventivi.

Altro costrutto da tenere in considerazione, e peraltro da noi indagato, è "l'alessitimia", un deficit della sensibilità emozionale che si manifesta come un'incapacità di percepire, comprendere e descrivere verbalmente i propri e gli altrui stati emotivi. Il disturbo, il cui termine fu coniato da John Nemiah e Peter Sifneos (1973) è definito come una dimensione trasversale a tutte le categorie della nosologia psichiatrica, particolarmente evidente nei pazienti psicosomatici, nei tossicodipendenti e nei pazienti affetti da Sindrome Post-Traumatica da Stress (PTSD). Successivi studi hanno mostrato come tale deficit, evidente nei casi che furono considerati patologici, sia in realtà un tratto di personalità in vari gradi e più o meno posseduto da tutti gli individui lungo un continuum; si parla pertanto dell'inverso dell'alessitimia, ovvero della capacità individuale di coscienza delle emozioni (Imbasciati, Margiotta, 2005, 2008). Vista in quest'ottica appare logico come questa capacità, cioè basso grado di alessitimia, comporti una maggiore capacità del caregiver di interagire sintonicamente col bimbo. In questo quadro l'alessitimia risulta collegata a uno stile di attaccamento insicuro evitante, con la possibilità di generare nel bimbo correlati stili di attaccamento.

Gli studi osservativi condotti su neonati nell'interazione con il loro caregiver principale (la madre), mostrano come nel bambino sia riscontrabile, fin dai primi mesi di vita, un'attività comunicativa centrata sull'espressione delle "emozioni" (Riva-Crugnola, Baioni, 2002): in questo sviluppo gioca la capacità del caregiver di rispondervi adeguatamente, e dunque un basso grado di alessitimia. Lo sviluppo degli affetti e la capacità di regolazione di questi è favorito dall'esperienza di condivisione col caregiver dal "rispecchiamento" delle espressioni emotive e, in seguito, dalle interazioni giocose nelle quali si verifica l'apprendimento della capacità di individuare ed esprimere "sentimenti" (Taylor et al., 1997). In termini psicoanalitici la madre (Bion, 1962) ha un ruolo di "contenitore", per elaborare gli stati affettivi soprattutto quelli disturbanti (Taylor et al., 1997). Se questa funzione di "contenitore" e regolatore fallisce, il bambino (e poi l'adulto) sviluppa un "contenitore interno difettoso", le emozioni non sono trasformate in rappresentazioni mentali e "oggetti di pensiero", ma rimangono a livello di percezioni, sensazioni, impulsi all'azione (di qui l'alto rischio di disturbi psicosomatici) (Taylor et al., 1997).

Anche le teorie della Crittenden (1997) hanno rilevanza per il costrutto dell'alessitimia, in quanto forniscono una concettualizzazione originale dell'importanza evolutiva delle primissime relazioni di attaccamento: il soggetto impara a regolare il suo funzionamento interpersonale, e di qui quello mentale ed emotivo. Un legame di attaccamento sicuro e una buona sensibilità, responsività e "sintonizzazione" del caregiver consentono al bambino di imparare una valutazione degli affetti, propri e altrui, attraverso la cui modulazione può regolare le relazioni e arricchire così la cognizione. Oltre a sviluppare una tolleranza affettiva, il bambino impara a utilizzare i sentimenti di ansia, di depressione e gli altri affetti come segnali, che possono essere valutati e usati per scegliere un comportamento adeguato a eliminare o modifi-

care la situazione di stress (Taylor et al., 1997). I problemi di inibizione o disregolazione affettiva nascono da stili di attaccamento insicuri: questi si associano con schemi interni e modelli di rappresentazione disposizionale che riflettono un mancato processo di integrazione delle informazioni affettive con quelle cognitive. In particolare, il bambino con attaccamento insicuro-evitante, di solito con un genitore rifiutante, emotivamente non disponibile e scarsamente espressivo, tende a sviluppare dei problemi di riconoscimento ed espressione degli affetti e impara a basarsi su di una inadeguata cognizione a stabilire relazioni. Anche il bambino con attaccamento insicuro-ambivalente, il cui genitore fornisce risposte affettive incoerenti, fuorvianti e non prevedibili, non sviluppa un'adeguata capacità di usare la cognizione e funziona sulla base di affetti non regolati.

3.3 Fattori di protezione: sostenere la relazione genitore-bambino, la sensibilità e l'alleanza cogenitoriale

Nel precedente volume abbiamo messo in evidenza come la Teoria dell'Attaccamento indichi la "sensibilità" genitoriale quale fattore protettivo per lo sviluppo psicofisico del bambino. In particolare abbiamo rilevato l'importanza di valutare e sostenere la relazione genitore-bambino nei modelli di prevenzione e intervento rivolti ai genitori e ai bambini nella prima infanzia.

Altro costrutto che riteniamo interessante esplorare nella nostra perinatalità è quello relativo alla cogenitorialità, presentato nel precedente capitolo. Poche sono le ricerche in letteratura che valutano la salute mentale infantile in connessione con i processi cogenitoriali (McHale, 2010).

Gli studi sulla cogenitorialità si svilupparono alla fine degli anni 80: successivamente si iniziò a pensare a strumenti idonei a valutare questo costrutto (McHale, 1995; McHale, Kuersten-Hogan, Lauretti, 2000; McHale, Kuersten-Hogan, Rao, 2004; McHale, Rotman, 2007). Sono stati costruiti diversi strumenti self-report: questionari di auto valutazione per valutare la forza della relazione cogenitoriale, setting di osservazioni naturali delle interazioni tra i membri della coppia oppure durante attività proposte, così come interviste strutturate per comprendere la natura della collaborazione del sostegno cogenitoriale. Nella maggior parte delle ricerche vengono utilizzati indici compositi che vengono costruiti combinando diverse misure di valutazione osservazionale e di rilevazione con strumenti self-report per valutare sia le interazioni coniugali intraprese da madri e padri, sia le valutazioni complessive dell'interazione coniugale e con il bimbo.

Secondo gli studi condotti da McHale (2010), è possibile prevedere quali famiglie potrebbero avere maggiori probabilità di incontrare difficoltà nel periodo dopo la nascita del bimbo attraverso una valutazione di alcuni indicatori relazionali durante il periodo prenatale: questo aspetto ci è sembrato molto utile per lo sviluppo di progetti di prevenzione e abbiamo ritenuto interessante esplorarne meglio i parametri per la progettazione di un nostro lavoro.

Il momento del periodo prenatale scelto dalla maggior parte delle ricerche

(McHale, 2010) per la valutazione della cogenitorialità è l'inizio del terzo trimestre della gravidanza: dagli studi in letteratura emerge infatti che i genitori pensano al progetto familiare verso gli ultimi mesi della gravidanza, dal settimo al nono mese.

Studi longitudinali effettuano successive rilevazioni nelle famiglie verso la fine del primo anno di vita del bambino: questo sembra il periodo in cui inizia a comparire una diminuzione della soddisfazione coniugale, mentre è anche possibile valutare la qualità dell'attaccamento del bambino nei confronti dei genitori (Dickstein, Parke, 1988; Hirshberg, 1990). Il Progetto Family Thought Time di McHale (2010) segue la metodologia clinica di incontrare le famiglie nel terzo trimestre di gravidanza, a tre mesi dalla nascita del bambino, a 12 mesi e a 30 mesi per rilevare una stabilità dei pattern genitoriali e di adattamento del bambino.

Tale studio è per noi paradigmatico per la progettazione di ricerche perinatali e pertanto ne segnaliamo i dati più significativi e interessanti.

3.3.1 Periodo prenatale

Un gran numero di genitori in attesa pensa al futuro e alla nascita del bambino con una certa ansia: per alcuni si tratta di ansia per l'ignoto, per altri si tratta di ansia dovuta a preoccupazioni su come si riuscirà a essere genitori col nuovo bambino. Per alcune famiglie le preoccupazioni rispetto alla cogenitorialità si presentano insieme ad altri segnali di rischio. Nella ricerca di McHale vengono ricercati collegamenti fra quelli che potrebbero essere predittori prenatali di rischio e gli indicatori di cogenitorialità nel funzionamento della famiglia dopo il parto.

Il nucleo fondante della cogenitorialità è stato identificato da McHale (2010) nell'alleanza cogenitoriale (paragrafi 2.4-2.5), indicatore predittivo nel tempo di un adeguato adattamento e sviluppo del bimbo. Nella ricerca sperimentale "Families Through Time" è messo in evidenza come l'alleanza cogenitoriale si fondi sulle dinamiche relazionali della coppia, ancora prima della nascita del bambino. La qualità delle dinamiche relazionali prenatali predirebbe il funzionamento cogenitoriale precoce: questa prospettiva focalizza l'attenzione nei programmi preventivi prenatali sulla consultazione della coppia, di cui dovrebbe essere presa in attenta considerazione la storia dei problemi relazionali e della qualità della comunicazione.

Nelle coppie che sperimentano tensioni coniugali, in cui i genitori sono pessimisti sulle proprie capacità di alleanza genitoriale, esiste una maggiore possibilità che il processo genitoriale sia caratterizzato da bassi livelli di solidarietà e sostegno genitoriale. La capacità di coping dei genitori è provata con la nascita del bambino e gli interventi prenatali devono essere focalizzati ad aiutare i genitori a costruire un'autoconsapevolezza individuale per rafforzare queste capacità.

I dati delle ricerche concordano nel rilevare come le coppie che hanno avuto delle difficoltà prima della nascita del bambino e che hanno espresso preoccupazioni sulla capacità di costruire una relazione positiva con il partner, mostrino livelli più bassi di coesione e sostegno reciproco. Tra gli indicatori di funzionamento familiare vengono rilevati la soddisfazione coniugale percepita rispetto alla divisione dei compiti di cura del bambino e la collaborazione e solidarietà tra i genitori.

Indicatori prenatali di rischio, segnalati nella ricerca di McHale (2010) riguardano prevalentemente sintomatologie depressive, scarso autocontrollo, bassa resilienza, disagio coniugale, attaccamento insicuro, previsioni negative sulla famiglia futura.

Gli studi che prendono in considerazione il disagio coniugale nella transizione alla genitorialità (Cowan, Cowan, 1992; Lewis, 1989; McHale, 2010) sono focalizzati sulla conoscenza del funzionamento relazionale dei partner durante la gravidanza, attraverso una valutazione del loro stato emotivo, una conoscenza delle rappresentazioni delle loro relazioni intime e dei loro legami di attaccamento. Gli indicatori presi in considerazione sono la qualità della relazione coniugale, le caratteristiche di personalità dei genitori, i legami di attaccamento, le aspettative dei genitori rispetto alla vita familiare dopo la nascita del bambino. Ognuno di questi fattori viene considerato come un potenziale precursore dell'adattamento successivo della coppia genitoriale nei primi mesi dopo il parto.

Le rilevazioni in gravidanza segnalano come i genitori considerino affidabili le relazioni interpersonali per una collaborazione cogenitoriale e basino le loro interazioni sul coordinamento, l'intimità e la reciprocità attraverso relazioni rispettose e supportive per il coniuge. Le relazioni di attaccamento sicure nei padri e nelle madri sono un fattore protettivo per la coppia perché favoriscono la possibilità di costruire un'alleanza cogenitoriale supportiva (Talbot, Elliston, Thompson et al., 2006).

Le anticipazioni dei genitori sulla loro vita familiare futura sono prevalentemente legate alle loro passate esperienze: rilievo ha la considerazione della cogenitorialità nella famiglia di origine (McHale, Kazali, Rotman et al., 2004). Le storie familiari variano rispetto agli stili di attaccamento: genitori con attaccamento sicuro nei confronti dei propri genitori rispondono in maniera sensibile e contingente ai bisogni dei bambini. Stili di attaccamento insicuro hanno maggiore probabilità di disturbare la capacità di sintonizzarsi col bambino e per soddisfare correttamente i suoi bisogni, dando origine ad attaccamenti infantili insicuri.

Le valutazioni dell'attaccamento attraverso l'Adult Attachment Interview, durante il terzo trimestre di gravidanza, consentono di predire la qualità della relazione cogenitoriale dopo il parto (McHale, 2010) e la valutazione delle rappresentazioni generalizzate di attaccamento degli adulti. La qualità del legame di attaccamento del genitore nei confronti del proprio genitore consente di predire la qualità del legame di attaccamento del bambino, e consente anche di sviluppare dei modelli operativi relativamente all'essere genitori e alle dinamiche familiari. I genitori che provengono da famiglie con grave disagio cogenitoriale sono maggiormente esposti a sperimentare maggiori difficoltà nella loro cogenitorialità.

I bassi livelli di coerenza nello stato della mente dei genitori predicano aspetti negativi (De Luccie, 1995) della cogenitorialità. Gli interventi preventivi devono focalizzarsi sulla capacità della coppia a sintonizzarsi con le proprie intense emozioni, molte non espresse o inibite, orientando i genitori a cercare un linguaggio comune per esprimere i propri sentimenti, soprattutto negativi, imparando in tal modo modalità di autocontrollo nei momenti di maggiore conflittualità. I genitori desiderano fare e dare il meglio ai propri figli: spesso però succede che si intraprendano percorsi diversi da quelli desiderati, e può accadere che i genitori operino con scopi contrastanti, anche se individualmente il loro impegno è orientato a fare il meglio per il

proprio bambino. Per tali ragioni gli interventi preventivi orientati ad aiutare le coppie a prepararsi alla nascita del proprio bambino potranno sviluppare effetti a lungo termine solo se saranno seguiti da interventi post natali.

Le aspettative prenatali negative, altro indicatore rispetto alla futura cogenitorialità, possono influenzare i primi sforzi cogenitoriali: aspettative e previsioni riguardano l'accudimento del bambino, cioè le responsabilità che ognuno dei genitori si assumerà nel suo accudimento. Le ricerche mettono in evidenza che i problemi sorgono quando vengono disattese le aspettative prenatali delle madri sulla divisione con i padri delle responsabilità nella cura del bambino. Una differenza di punti di vista sulla genitorialità tra madri e padri è un importante indicatore di futuri problemi, così come una divergenza di idee sulla genitorialità dei due partner. Molta importanza ha anche la valutazione delle discrepanze fra aspettative vissute come ideali e quelle ritenute realistiche: tale grado di discrepanza può essere valutato. Le aspettative sulla suddivisione attesa nei compiti e responsabilità familiari sono anch'esse indicatori di rischio. I Cowan (Cowan, Cowan, 1988) hanno messo in evidenza la differenza tra la divisione di compiti e responsabilità all'arrivo del bambino e quella ideale: il divario, fra come sarà e come i genitori avrebbero voluto che fosse, indica la dimensione delle preoccupazioni rispetto alla cogenitorialità. Le ricerche hanno messo in evidenza come le donne, ma anche gli uomini stessi, si aspettino che i padri facciano più di quello che effettivamente finiscono col fare (Cowan, Cowan, 1992) e quando queste aspettative non vengono rispettate le madri manifestano maggiori difficoltà di adattamento alla genitorialità, sperimentando una forte delusione nel matrimonio. Numerose ricerche hanno affrontato gli adattamenti delle coppie alla prima genitorialità (Cowan, Cowan, 1992; Entwisle, Doering, 1981; Lewis, 1989) e c'è concordanza nell'evidenziare una diminuzione della soddisfazione coniugale.

3.3.2 Tre mesi dopo la nascita del bimbo

Si ritiene che in quest'epoca le coppie siano riuscite a costruire i propri peculiari pattern cogenitoriali e un proprio stile di rapporto. Si valuta così l'adattamento genitoriale individuale e coniugale, l'alleanza cogenitoriale, le relazioni genitore-bambino e la capacità di auto regolazione del bambino. I genitori che non riescono ancora a lavorare in modo cooperativo avranno maggiori probabilità di sperimentare di nuovo in questo periodo la loro difficile situazione. Una nascente alleanza cogenitoriale può essere compromessa da sintomatologia depressiva, insoddisfazione coniugale, inadeguata divisione del lavoro nella cura del bambino. Cambiamenti individuali e relazionali sono spesso contrassegnati da un elevato tasso di depressione e insoddisfazione coniugale. A tre mesi dal parto viene individuato il declino più evidente della soddisfazione coniugale (Belsky, Spanier, Rovine, 1983): alcuni autori rilevano che le maggiori affermazioni di soddisfazione vengono espresse dalle madri dal 1° al 3° mese dopo il parto (Fleming et al., 1990), mentre dopo iniziano ad esprimere sentimenti meno positivi, in special modo verso il marito. In questo periodo il bambino ha sul sistema familiare un impatto maggiore, per lo sviluppo delle prime capacità di interazione e regolazione e per il maggiore coordinamento at-

tentivo con una condivisione affettiva spesso diversa con ognuno dei due genitori. Le coliche che quasi sempre si verificano verso il 3° mese del bimbo, in concomitanza con altri disturbi del sonno e della alimentazione, possono sollecitare stati di maggiore stress nei genitori.

Valutazioni che indicano l'adattamento genitoriale sono quelle relative al racconto della nascita. Le madri che presentano una sintomatologia depressiva elevata non concordano con i punti di vista dei partner. Per contro nelle famiglie in cui la madre disconferma il padre, questi riferisce un'insoddisfazione coniugale maggiore. L'insoddisfazione coniugale e la depressione a tre mesi sono amplificate in quelle donne le cui aspettative coniugali circa la divisione delle responsabilità di accudimento del bambino da parte del partner sono state disattese.

I dati della ricerca di McHale (2010) indicano che le aspettative prenatali dei genitori prefigurano la solidarietà genitoriale: genitori con aspettative negative presentano i livelli più bassi di coesione genitoriale quando il bambino ha tre mesi. Più specificatamente sarebbero le aspettative negative della madre, più che quelle del padre, a predire un ritiro del padre dalla solidarietà genitoriale (McHale, 2010).

Manifestazioni di pessimismo durante la gravidanza sembrano adombrare la relativa mancanza di un'alleanza coordinata che consenta di offrire conferma reciproca: il pessimismo della donna rispetto alla solidarietà genitoriale durante la gravidanza più che il pessimismo dell'uomo predice una maggiore disconnessione da parte dell'uomo durante le negoziazioni cogenitoriali. Il pessimismo prenatale non predice tuttavia un elevato conflitto cogenitoriale: le coppie in cui un partner mette in dubbio la propria capacità di collaborare come genitore mettono in evidenza come i partner stiano cercando di trovare dei modi per lavorare insieme. Una aumentata sensibilità alle difficoltà di lavorare può essere anche ciò che può averli tenuti a distanza per evitare lo sviluppo di una relazione conflittuale, ma non prefigura necessariamente conflittualità. Le madri e i padri che esprimono preoccupazioni su come loro e il partner potranno collaborare nel post partum non hanno una probabilità maggiore di comportarsi in modo squalificante con i partner.

Il conflitto cogenitoriale è predetto da un fattore prenatale: la coerenza dello stato della mente riguardo all'attaccamento della donna. Le madri che hanno rivelato incoerenza nella valutazione della AAI, manifestano con maggiori probabilità conflittualità cogenitoriali. L'insicurezza materna deve essere valutata attentamente durante il periodo prenatale e considerata come un fattore potenziale di rischio per manifestazione di conflitti cogenitoriali (Talbot, Elliston, Thompson, et al., 2006). I padri che mostrano uno stato della mente meno coerente rispetto all'attaccamento durante il periodo prenatale non hanno invece maggiori probabilità di venire coinvolti in conflitti cogenitoriali, ma presentano maggiori comportamenti di ritiro.

3.3.3 Il primo anno di vita

È questo il periodo in cui il bimbo sviluppa le prime forme di intersoggettività (Stern, 1985), ricerca un'attenzione condivisa nei giochi, sviluppa un legame di

attaccamento (Ainsworth et al., 1978) e inizia a rispondere ai conflitti fra adulti (DeJonghe, Bogart, Levendosky, 2005; Hirshberg, 1990; Zaslow et al., 1989).

L'alleanza cogenitoriale al primo compleanno del bambino sarà funzionale agli stress che i genitori hanno sperimentato e superato dopo la nascita (McHale, 2010): la lamentela più comune delle madri è il frequente disimpegno dei padri, che risulta maggiore di quello che le madri prevedevano. La convinzione delle madri è prevalentemente quella che il padre non stia facendo la sua parte nel prendersi cura del bambino: se queste percezioni sono già presenti a tre mesi e non vengono adeguatamente affrontate, si ritroveranno amplificate più in là nel periodo perinatale. I padri a loro volta hanno la percezione di dedicare il loro tempo alla famiglia a discapito di altri impegni, e di non essere adeguatamente apprezzati. Un grande rischio è che i padri e le madri non si sentano convalidati dal proprio partner.

Nella solidarietà genitoriale valutata attraverso la metodologia dell'intervista le madri in genere parlano a lungo delle proprie emozioni e spesso parlano di che cosa vorrebbero cambiare nel partner: sono preoccupate della regolarità con cui il padre si prende cura del bambino, alcune cercano più aiuto, altre si aspettano che il padre accudisca il bambino senza che loro glielo chiedano. Le preoccupazioni del padre riguardano invece prevalentemente l'organizzazione e la strutturazione della giornata del bambino, rispetto soprattutto alla quantità di tempo passato insieme e al lavoro extra domestico della madre. Le madri esprimono poco la preoccupazione dell'ambiente di apprendimento offerta al bambino rispetto al bisogno di ridurre gli impegni del lavoro: i cambiamenti desiderati sono quelli di passare comunque più tempo insieme, come famiglia, e di dedicare più tempo al figlio.

I padri sottolineano spesso le differenze di stile educativo rispetto alla partner, mentre le madri esprimono preoccupazioni relative alla mancanza di sostegno da parte del padre ed esprimono la propria frustrazione nel dover far rispettare le regole rispetto al poco tempo e la scarsa energia con cui il padre si dedica alla famiglia.

Una dinamica genitoriale frequente nelle famiglie con il bambino di un anno è quella in cui il padre fa affidamento sulla madre e la considera pressoché totale responsabile, limitandosi a esprimere le proprie preoccupazioni quando si accorge che il clima è troppo severo. La madre cerca una partecipazione maggiore da parte del padre, ma raramente la coppia è in questo caso soddisfatta del clima familiare che sta creando. In primo piano vi è la necessità di dedicare più tempo alla famiglia: a tre mesi le madri iniziano a dire che si sentono frustrate perché devono prendersi cura del bambino con modalità che la coppia non aveva immaginato e la discussione tra genitori avviene sulla divisione dei compiti; a 12 mesi questi sono abbastanza definiti e le madri parlano apertamente delle proprie frustrazioni, del desiderio di avere più tempo per sé, e della frustrazione quando vedono che il padre viene accolto e ascoltato dal bambino anche se si occupa meno di lui. Durante la gravidanza pochi genitori sono riusciti a prevedere quale sarebbe stata la vita familiare dopo la nascita del bambino. Un disagio coniugale compromette ovviamente la relazione genitore bambino (Erel, Burman, 1995): la coesione della dinamica relazionale dei genitori predice la qualità dell'interazione genitore-bambino (McHale, Lauretti, Talbot, 2002).

3.3.4 Trenta mesi di età del bambino

Una terza rilevazione in cui si valuta la continuità e i cambiamenti della cogenitorialità, viene effettuata a metà del terzo anno di vita del bambino, a 30 mesi dopo la nascita. I due anni sono anche un momento importante nello sviluppo del bambino per le opposizioni che i figli esprimono ai genitori con il loro “no”, nonché per l’educazione sfinterica e le regole che iniziano a venire stabilite. È l’epoca in cui si manifestano i problemi che si etichettano come “capricci”. In questo periodo dello sviluppo è necessario che i genitori bilancino i bisogni di protettività e di autonomia del bimbo. Durante il terzo anno di vita dei bambini i genitori cercano di educarli al rispetto delle regole e ad assumere le buone abitudini: se vi è disaccordo si inviano messaggi differenti e i bambini entrano in uno stato di confusione. Il disaccordo fra i partner confonde e disorganizza i figli e crea coalizioni genitore-figlio distruttive per la famiglia (Minuchin, 1974). Questo periodo sembra cruciale per le relazioni genitore-bambino. La maggiore autonomia del bimbo comporta uno sforzo maggiore da parte dei genitori nel far rispettare le regole: le coppie con scarsa solidarietà cogenitoriale, in cui uno dei due partner si mette da parte durante gli episodi di conflitto con il bimbo, priva il figlio della possibilità di avere un aiuto sicuro per regolare le emozioni e gli fornisce contemporaneamente modelli di indisponibilità emozionale.

Un costrutto che ha suscitato interesse riguarda una capacità flessibile e resistente identificata nella “resilienza” (Block, Block, 1980). Con tale termine si intende la capacità di conservare buone disposizioni d’animo e buone capacità genitoriali, peraltro già dimostrate, anche quando circostanze avverse e conflitti coniugali ne avrebbero fatto prevedere un calo o un crollo. La resilienza sembra essere una risorsa particolare dei padri.

La principale verifica delle indagini a trenta mesi è la continuità nel tempo dell’adattamento cogenitoriale e del bambino: sembra che le coppie che presentano minori indici di rischio durante la gravidanza mostrino una maggiore solidarietà cogenitoriale a tre, dodici e trenta mesi di vita del bambino. La tensione cogenitoriale sembra si manifesti più frequentemente nei primi mesi, mentre i modelli cogenitoriali più stabili sarebbero stati osservati a 12 mesi e una maggiore capacità di adattamento a 30 mesi.

Nel bimbo vengono valutati problemi comportamentali, capacità adattative, competenze scolastiche e sociali, comprensione delle emozioni, capacità di gioco: i diversi indicatori di adattamento infantile possono essere sommati per formare un indicatore universale di adattamento o disadattamento. Una buona cogenitorialità può aiutare a plasmare i modelli di adattamento del bambino. Le famiglie in cui è presente maggiore coesione, calore, conferma, minore antagonismo e minor disimpegno proseguono in genere su percorsi adattativi fino a 30 mesi.

Uno dei compiti più impegnativi per i genitori di bambini di 30 mesi è quello di aiutarli a controllare e integrare le proprie emozioni. I bambini possono ricorrere a diverse strategie di regolazione emozionale per soddisfare le differenti esigenze dei genitori. Nelle famiglie in cui le madri si impegnano poco nell’addestramento emozionale dei bambini, questi mostrano livelli più alti di espressività negativa, soprat-

tutto se il padre manifesta poco impegno. Nelle famiglie in cui il padre si impegna in attività di addestramento emozionale, i bambini a 30 mesi esprimono meno emozioni negative (DeCoursey, 2005). Anche se i genitori vedono le emozioni in modo diverso, tuttavia, se conducono un lavoro congiunto, possono evitare che queste differenze coinvolgano il bambino. Le alleanze realmente funzionanti sono quelle in cui i due partner sono consapevoli di quello che ognuno di loro pensa, rispetto a ciò che deve fare l'altro, anche se non lo condivide pienamente.

3.4 La nascita del secondo figlio

Con la nascita di un secondo bambino vengono a modificarsi le dinamiche familiari e si ha una riorganizzazione della dinamica del gruppo. La ricerca di McHale (2010) permette di confrontare la cogenitorialità nelle famiglie con un figlio piuttosto che con due.

I genitori con un solo figlio rispetto ai genitori con due figli parlano della propria vita in modo differente: la principale differenza sta nel grado maggiore di tonalità affettiva sottesa al racconto dei due genitori. I racconti dei padri e delle madri con un figlio di un anno presentano tonalità affettive più positive di quelli dei due anni: le madri descrivono con maggiore facilità momenti di riunione familiare, mentre con due figli i genitori ricorrono più facilmente al racconto dei momenti peggiori e le madri tendono a considerare rari i momenti belli. Questo è indicativo che i genitori con due bambini vivano in un clima meno positivo per i propri figli. Il primo figlio assorbe una quantità maggiore di energia dei genitori e li coinvolge maggiormente dal punto di vista emotivo: la prima esperienza di genitorialità è per loro una scoperta che cattura maggiormente la loro attenzione. Con due figli i genitori acquistano maggiore esperienza e questo comporta una visione più realistica e pacata dei momenti difficili della vita familiare, con tonalità affettive più moderate.

Le madri con due figli raccontano prevalentemente avvenimenti accaduti fuori dal contesto familiare, tendenza questa che non si riscontra nelle madri con un figlio unico: un'ipotesi prospettata è che le famiglie con due figli tendono ad avere una vita sociale più allargata e che i momenti migliori possono verificarsi fuori casa.

La nascita del primo figlio disorganizza le relazioni di coppia in maniera più radicale rispetto alla nascita del secondo figlio: i genitori alla nascita del secondo figlio sanno cosa aspettarsi. La genitorialità con il primo figlio dovrebbe presentarsi come meno organizzata, ma anche l'arrivo del secondo comporta una riorganizzazione importante.

Scarse ricerche hanno studiato la diversità del comportamento genitoriale verso due diversi fratelli all'interno dello stesso sistema familiare. Le ricerche hanno sostanzialmente confermato quello che le famiglie già sanno (Kreppner, 1988; Kreppner, Paulsen, Schuetze, 1982): quando i secondi figli crescono e partecipano alle dinamiche familiari, uno dei principali compiti dei genitori è quella del controllo della rivalità fraterna. Attraverso l'osservazione delle interazioni di gioco familiare (Coparenting Family Rating System, McHale, Kuersten-Hogan, Lauretti,

2000), vengono valutati indici di sostegno, coesione, antagonismo, coinvolgimento e viene studiato il modo in cui ognuno dei due adulti si comporta con i due bambini: viene valutata la qualità della loro cooperazione e la diversità dell'impegno, connesso con gli indici che valutano la presenza di competizione e di disaccordo genitoriale. La competizione viene valutata rispetto al modo in cui i genitori si mettono reciprocamente in rivalità per ottenere l'attenzione e l'affetto del figlio.

I processi genitoriali variano in funzione dell'ordine di nascita del bambino: sembra che questo influenzi la qualità della genitorialità. Il comportamento dei genitori con il primo figlio è molto diverso dal comportamento con il secondo: la coppia genitoriale è più coinvolta e attenta quando interagisce con il primo figlio, mentre i secondi ricevono un impegno meno concordato e coordinato. I genitori mostrano nei confronti del secondo figlio un'attenzione congiunta meno intensa di quella che hanno prestato al primo figlio. Vengono anche rilevate differenze nelle modalità di accudimento: i genitori manifestano un investimento congiunto più intenso nel prendersi cura del bambino più grande; il padre manifesta una maggiore responsabilità con il figlio maggiore, mentre la madre si prende la responsabilità principale del bambino più piccolo. Questi dati sono molto evidenti quando i due bambini hanno una piccola differenza di età, mentre le cose cambiano con due figli, in cui uno ha un anno e l'altro è in età prescolare.

I dati sui processi genitoriali osservati variano dunque in base alla posizione ordinale del bambino nella famiglia: il confronto della cura del primo bambino di 12 mesi, rispetto alla cura del secondo bambino di 12 mesi mette in evidenza livelli più alti di investimento congiunto dei genitori con il primo bambino. Questi risultati confermano quelli rilevati da precedenti ricerche (Belsky, Gilstrap, Rovine, 1984). Un'ipotesi è che l'esperienza con il primo figlio abbia abbassato il livello di ansia, di preoccupazione e di permissività nei confronti del secondo figlio. La differenza non sembra invece riferibile alle dimensioni dell'armonia della coppia piuttosto che della dissonanza. La differenza è riferita alla quantità e intensità dell'investimento congiunto, non alla qualità della coordinazione genitoriale.

La ricerca scientifica conferma ciò che viene rilevato dall'esperienza comune: i genitori non trattano i figli tutti nello stesso modo: cooperano maggiormente quando si occupano del primo figlio con più direttive, maggiormente controllate e strutturate. Altre ricerche mettono in evidenza come i genitori diano maggiore importanza alla disciplina, al controllo e ad attività strutturate con i primi figli (Baydar, Geek, Brocks-Gunn, 1997; Volling, Elins 1998): i genitori rispondono alle diverse esigenze di sviluppo dei figli con un maggiore controllo sui primi figli, adeguandosi alle esigenze del loro sviluppo fisico e cognitivo.

Bibliografia

- Ainsworth MS, Blehar, MC, Waters, E, Wall S (1978) Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation (vol. XVIII). Potomac. Erlbaum, Lawrence, MD
- Ammaniti M, Candelori C, Pola M, Tambelli R (1995) Maternità e gravidanza: Studio delle rappresentazioni materne. Cortina, Milano

- Andersson L, Sundering-Poroma I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Låström M (2003). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *American Journal of Obstetrician Gynecology* 189 1:148-154
- Austin MP, Leader LR, Reilly N (2005a) Prenatal stress, the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, and fetal and infant neuro behavior. *Early Human Development* 81:917-926
- Austin MP, Hazdi-Pavlovic D, Saint K, Parker G (2005b) Antenatal screening for the prediction of postnatal depression: validation of a psychosocial Pregnancy Risk Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 112 4:310-317
- Austin MP, Tully L, Parker G. (2007) Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *Journal of Affective. Disorders* 101:169-174
- Baldoni F, Ceccarelli L (2010) La depressione perinatale paterna. Una rassegna della ricerca clinica ed empirica. *Infanzia e Adolescenza* 9:79-92
- Baydar N, Geek A, Brocks-Gunn J (1997) A longitudinal study of the effects of the birth of a siblings during the first 6 years of live. *Journal of Marriage and the Family* 59:939-956
- Belsky J, Gilstrap B, Rovine M (1984) The Pennsylvania infant and family development project: stability and change in mother-infant and father-infant interaction in a family setting at one, free and nine month. *Child Development* 55:692-705
- Belsky J, Spanier GB, Rovine M (1983) Stability and change in marriage across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and the Family* 45:567-577
- Belsky J (1984) The determinants of parenting: a process model. *Child Development* 55:83-96
- Belsky J (1987) Early human experience: A family perspective. *Development Psychology* 17:3-23
- Belsky J, Rosenberg K, Crnic K (1995) Maternal personality, material quality, social support and infant temperament: Their significance for mother-infant attachment in human families. In: Pryce C, Martin R, Skuse D (a cura di) *Motherhood in human and nonhuman primates: Prosocial determinants*. Plenum Press, New York, pp 115-124
- Beck CT (2001) Predictors of postnatal depression: an update. *Nursery Research* 50:275-285
- Benedek T (1958) Parenthood as a development phase: a contribution to the libido theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 7:389-417
- Benedek T (1970) Parenthood during the life cycle. In: Anthony EJ, Benedek T (a cura di), *Parenthood: Its psychology and psychopathology*. Little Brown & Co., Boston
- Bibring GL (1959) Some considerations of the psychological process in pregnancy. *The Psychoanalytic Study of the Child* 16:113-121
- Binda W (1997) *Diventare famiglia*. Angeli, Milano, 1997
- Bion WR (1962) *Learning from experience*. Heinemann, London. Tr.it. *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma, 1972
- Block JH, Block J (1980) The role of ego control and ego resiliency in the organization of behavior In Collins WA (a cura di) *Minnesota Symposium on Child Psychology*, 13. Earlbaub, Hillsdale, pp 39-109
- Brazelton TB (2001) Il modello dei punti salienti. In Brazelton TB, Greenspan SI. *I Bisogni irrinunciabili dei bambini*. Cortina, Milano
- Brazelton TB, Greenspan S (2001) *I bisogni irrinunciabili dei bambini: ciò che un bambino deve avere per crescere e imparare*. Cortina, Milano, 2001
- Breen D (1975) *The born of the first child*. Tavistock, London
- Buitelaar JK, Huizink AC, Mulder EJ, de Medina PG, Visser GH (2003) Prenatal stress and cognitive Development and temperament in infants. *Neurobiology of Aging* 24:53-60
- Bydlowski M (1997) *Il debito di vita. Itinerario psicoanalitico della maternità*. Quattroventi, Urbino
- Bydlowski M (2004) *Sognare un figlio. L'esperienza interiore della maternità*. Pendragon, Bologna
- Candelori C, Mancone A (2001) *Genitorialità: situazioni a rischio e psicopatologiche*. Cortina, Milano
- Capodieci S, Ferraro I, Dell'alba B, Ruolo G, Baldo M, Canu B (1990) *Gravidanza, maternità, paternità e vita sessuale di coppia*. *Rivista di sessuologia* 14:331-346
- Chase-Landsale PL, Owen MT (1987) *Maternal employment in a family context Effects on infant*

- mother and infant-father attachments. *Child Development* 58:1505-1512
- Collins NL, Dunkel-Schetter C, Lobel M, Scrimshaw SC (1993) Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal Pers Soc Psychol* 65:1243-1258
- Cowan CP, Cowan PA (1988) Who does what when partner become parents: implications for men, woman and marriage. *Marriage and Family review* 12:105-131
- Cowan CP, Cowan PA (1992) *Dall'alcova al nido. La crisi della coppia alla nascita di un figlio.* Cortina, Milano
- Cowan CP, Cowan PA, Shulz PA, Hemming G (1994) Preschool family factors in children's adaptation to kinder-garden. In: Parke R, Kellam S (a cura di), *Exploring family relationships with other social contexts: Advances in family research*, 4. Earlbaum, Hillsdale
- Crittenden PM (1997) *Pericolo, sviluppo e adattamento.* Masson, Milano
- Crouter A, Belsky J, Spanier GB (1983) The family context of child development. In G. Whitehurst (a cura di). *Annals of child development*, 1, Greenwich, JAI
- Crouter AC, Perry-Jenkins M, Huston TL, McHale SM (1987) Processes underlying father involvement in dual-earner and single-earner families. *Developmental Psychology* 23:431-440
- Davis EP, Glynn LM, Schetter CD, Hobel C, Chicz-Demet A, Sandman CA (2007) Prenatal exposure to maternal depression and cortisol influences infant temperament 46:737-746
- Davis EP, Sandman CA (2010) The timing of prenatal exposure to maternal cortisol and psychosocial stress is associated with human infant cognitive development. *Child Development* 81:131-48
- Dayan J, Creveuil C, Herlicoviez M, Herbel C, Baranger E, Savoye C, Thouin A (2002) Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *American Journal of Epidemiology* 155:293-301
- Dazzan P (2012) Fattori biologici di rischio per la psicosi post-partum. Seminario "Depressione e psicosi post-partum: fattori di rischio". Facoltà di medicina e chirurgia, Università degli Studi di Brescia, 26 marzo 2012 (in stampa)
- De Luccie MF (1995) Mothers as gatekeepers: A model of maternal mediators of father involvement. *Journal of Genetic Psychology* 152:225-238
- De Renoche I, Della Giustina L (1989) *Ambivalenze e conflittualità nel divenire madre. Bambino incompiuto - IPSSER.* Anno 6:73-80
- DeCoursey WM, Haskell V, McHale JP (2005) Concordance of Coparents' Meta-Emotion-Strategies and Toddler emotion expression. Relazione presentata alla Society of Research in Child Development, Atlanta, GA
- DeJonghe ES, Bogart GA, Levendosky AA (2005) Infant exposure to domestic violence predicts heightened sensitivity to adult verbal conflict. *Infant Mental Health Journal* 26:268-281
- Deutsch H (1945) *Psicologia della donna.* Vol. I (1945) Vol. II (1946), Boringhieri, Torino, 1971
- Dickstein S, Parke RD (1988) Social referencing in infancy: A glance at fathers and marriage. *Child Development* 59:507-511
- Di Pietro JA, Costigan KA, Gurewitsch ED (2003). Fetal response to induced maternal stress. *Early Human Development* 74:125-138
- Dunkel-Schetter C (1998) Maternal stress and preterm delivery. *Prenatal and Neonatal medicine: the International Journal of basic and clinical research and practice* 3:39-42
- Edwards B, Galletly C, Semmler-Booth T, Dekker G (2008) Does antenatal screening for psychosocial risk factors predict postnatal depression? A follow-up study of 154 women in Adelaide, South Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 42:51-55
- Elsenbruch S, Benson S, Rucke M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt MK, Klapp BF, Arck PC (2007) Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Human Reproduction* 22:869-877
- Entwisle D, Doering S (1981) *The first Birth: a turning point.* Johns Hopkins University Press, Baltimore
- Erel O, Burman B (1995) Interrelatedness of marital relations and parent-child relations: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin* 118:108-132
- Erikson HE (1999) *I cicli della vita. Continuità e mutamenti,* Armando, Roma

- Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J (2001) Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal* 3123:257-260
- Faisal-Cury A, Rossi Menezes P (2007) Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. University Hospital, Section of Epidemiology, University of São Paulo, São Paulo, Brazil
- Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Yando R (2003). Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger effects on the fetus and the neonate. *Depression and Anxiety* 17:140-151
- Fleming AS, Ruble DN, Flett GL, Van Wagner V (1990) Adjustment in first time mothers: changes in mood and mood content during the early post partum month. *Developmental Psychology* 26:137-143
- Grant KA, McMahon C, Austin MP (2008). Maternal anxiety during the transition to parenthood: A prospective study. *Journal of Affective Disorders* 108:101-111
- Greespan S (2001) Mappa e questionario della crescita evolutivo-funzionale. In: Brazelton TB, Greespan S (a cura di) *I bisogni irrinunciabili dei bambini: ciò che un bambino deve avere per crescere e imparare*. Cortina, Milano, 2001
- Hart R, McMahon CA (2006) Mood state and psychological adjustment to pregnancy. *Arch Women Ment Health* 9:329-337
- Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V, ALSPAC study team (2004) The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders* 80:65-73
- Hirshberg LM (1990) When infant look to their parents: Twelve month-olds response to conflicting parental emotional signals. *Child Development* 61:1187-1191
- Hoffman, S, Hatch, MC (2000) Depressive symptomatology during pregnancy: Evidence for an association with decreased fetal growth in pregnancies of lower social class women. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health American Psychology Association* 19:535-543
- Huizink AC, Robles de Medina PG, Mulder EJH, Visser GHA, Buitelaar JK (2003) Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 44:810-818
- Huizink AC, Mulder EJ, Buitelaar JK (2004) Prenatal stress and risk for psychopathology: specific effects or induction of general susceptibility? *Psychological Bulletin* 130:115-142
- Imbasciati A, Cena L (2007) *Psicosomatica della gravidanza e del parto*. In: Imbasciati A, Dabrassi F, Cena L (a cura di) *Psicologia Clinica Perinatale*. Piccin, Padova
- Imbasciati A, Cena L (2010) *I bambini e i loro caregiver*. Borla, Roma
- 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*. *Espress*, Torino
- Imbasciati A, Margiotta M (2005) *Compendio di psicologia per gli operatori socio-sanitari*. Piccin, Padova
- Imbasciati A, Margiotta M (2008), *Psicologia Clinica per gli operatori della salute*, Piccin, Padova
- Iori V (2006) La nascita: tra scienze umane e scienze mediche. In: La Sala GB, Iori V, Monti F, Fagandini F (a cura di) *La "normale" complessità del venire al mondo*. Guerini, Milano
- Johanson R, Chapman G, Murray D, Jahnsen I, Cox J (2000) The North Staffordshire maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology* 21:93-97
- Kreppner K (1988) Changes in parent-child relationships with the birth of second child. *Marriage & Family Review* 12:157-181
- Kreppner K, Paulsen S, Schuetze Y (1982) Infant and Family development: from triads to tetrads. *Human Development* 25:373-391
- Lamb ME (1975) Fathers: forgotten contributors of child development. *Human Development* 18:245-266
- Laplante DP, Barr RG et al (2004) Stress during pregnancy affects general intellectual and language functioning in human toddlers. *Pediatr Res* 56:400-410

- Lee AM, Lam SK et al (2007) Prevalence, Course, and Risk Factors for Antenatal Anxiety and Depression. *Obstetrics & Gynecology* 110:1102-1112
- Levey L, Ragan K et al (2004) Psychiatric disorders during pregnancy. *Neurology Clinic* 22:863-893
- Lewis JM (1989) *The birth of the family: an empirical inquiry*. Brunner-Mazel, Philadelphia
- Lewis JM, Beavers WR, Gosset JT, Phillips VA (1976) *No Single Thread*. Psychological Health in Family Systems. Brunner/Mazel, New York
- Lindgreen K (2001) Relationship among maternal-fetal attachment, prenatal depression and health practices in pregnancy. *Research in Nursing and Health* 24:203-217
- Lou HC, Hansen D et al (1994) Prenatal stressors of human life affect fetal brain development. *Developmental Medicine and Child Neurology* 36:826-832
- Mastella M (2004) *Nascita del figlio e dinamica della coppia: una prospettiva psicoanalitica*. In: Arfelli Galli A, Galli G (a cura di) *Interpretazione e nascita. La nascita dei genitori-la nascita del figlio*. Istituzioni Editoriali e Poligrafici Internazionali, Pisa
- Matthey S (2004) Detection and treatment of postnatal depression (perinatal depression or anxiety). *Current Opinion in Psychiatry* 17:21-29
- McHale JP (1995) Co-parenting and triadic interactions during infancy: The roles of marital distress and child gender. *Developmental Psychology* 31:985-996
- McHale JP (2010) *La sfida della cogenitorialità*. Cortina, Milano
- McHale J, Kuersten-Hogan R, Lauretti A (2000) Evaluating coparenting and family-level dynamics during infancy and early childhood: The Coparenting and Family Rating System. In: Kerig P, Lindahl K (a cura di), *Family Observational Coding Systems: Resources for Systemic Research*. Erlbaum, NJ
- McHale JP, Lauretti A, Talbot J, Pouquette C (2002). Retrospect and prospect in the psychological study of coparenting and family group process. In: McHale J, Grolnick W (a cura di) *Retrospect and prospect in the psychological study of families*. Erlbaum, NJ
- McHale JP, Kazali C et al (2004) The transition to coparenthood: parents' prebirth expectations and early coparental adjustment at three month post-partum. *Developmental and Psychopathology* 16:711-733
- McHale JP, Kuersten-Hogan R, Rao N (2004) Growing points for coparenting theory and research. *Journal of adult Development* 11:221-234
- McHale JP, Rotman T (2007) Expectant parents outlooks on coparenting and later coparenting solidarity. *Infant Behavior Development* 30:63-81
- Mennes M, Stiers P, Lagae L, Van den Bergh B (2006). Long-term cognitive sequelae of antenatal maternal anxiety: involvement of the orbitofrontal cortex. *Neurosci Biobehav Rev* 30:1078-1086
- Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, Ericksen J, Ellwood D, Buist A (2008) Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal of Affective Disorders* 108:147-157
- Minuchin S (1974) *Famiglia e terapia della famiglia*. Astrolabio, Roma, 1977
- Misri S, Kostaras X, Fox D, Kostaras D (2000) The impact of partner support in the treatment of post-partum depression. *Canadian Journal of Psychiatry* 45:554-558
- Missioner S (2005) *La consultazione terapeutica perinatale*. Cortina, Milano
- Monti F, Agostini F (2006) *La Depressione post-partum*. Carocci, Roma
- Murray-Cooper (1999) *Depressione del post-partum e sviluppo del bambino*. CIC Edizioni Internazionali, Roma
- Nicol-Harper R, Harvey AG, Stein A (2007). Interactions between mothers and infants: impact of maternal anxiety. *Infant Behavioral Development* 30:161-167
- O'Hara MW, Swain AM (1996) Rates and risks of postpartum depression: a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 8:37-54
- O'Connor TG, Heron J, Golding J et al (2002). Maternal antenatal anxiety and children's behavioral/emotional problems at age 4 years. *British Journal of Psychiatry* 180:502-508
- O'Connor TG, Heron J, Golding J, Glover V, ALSPAC Study Team (2003). Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis.

- J Child Psychol Psychiatry 44:1025-1036
- Pariante C (2012) La depressione post-partum: un problema per entrambi i generi? Seminario "Depressione e psicosi post-partum: fattori di rischio". Facoltà di medicina e chirurgia, Università degli Studi di Brescia, 26 marzo 2012 (in stampa)
- Pines D (1972) Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality. *British Journal of Medical Psychology* 45:333-343
- Pines D (1977) On becoming a parent. *The Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines* 15:2
- Pines D (1982) The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion. *International Journal of Psychoanalysis* 63:311-319
- Reck C, Struben K et al (2008) Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatr Scandinavian* 118:459-468
- Reck C, Zimmer K, Gawlik D (2010) The impact of pre-partum anxiety on the course of child-birth. Poster 12th World Congress World Association for Infant Mental Health (WAIMH) "Infancy in Times of Transition", Leipzig, Germany, 29th June-3rd July
- Riva Crugnola C, Baioni E (2002) La comunicazione emotiva del bambino. *Età evolutiva*, 72:118-128
- Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE (2004) Antenatal risk factors for post-partum Rodriguez A, Bohlin G. Are maternal smoking and stress during pregnancy related to ADHD symptoms in children? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 46:246-254
- Rodriguez A, Bohlin G (2005) Are maternal smoking and stress during pregnancy related to ADHD symptoms in children? *Journal of Child Psychology Psychiatry* 46:246-254
- Ross L, Gilbert Evans S, Sellers E, Romach M (2003). Measurement issues in postpartum depression part I: anxiety as a feature of postpartum depression. *Arch Women Mental Health* 6:51-57
- Ruiz RJ, Avant KC (2005) Effects of Maternal Prenatal Stress on Infant Outcome. *Advances in Nursing Science* 28:345-355
- Scabini E (1995) *Psicologia sociale della famiglia*. Boringhieri, Torino
- Scabini E, Cigoli V (1991) L'identità organizzativa della famiglia. In: Donati P, Scabini E (a cura di) *Identità adulte e relazioni familiari*. Studi interdisciplinari sulla famiglia, Vita e Pensiero, Milano
- Sifneos P (1973) The prevalence of Alexithymic characteristic in psychosomatic patients. *Psychotherapy Psychosomatics* 22:255-262
- Simonelli A, Fava-Vizzello G, Bighin M, De Palo F, Petech E (2007) La transizione alla triade fra assunzione della genitorialità e riorganizzazione della coppia. *Età evolutiva* 86:92-99
- Stern DN (1985) Il mondo interpersonale del bambino. Boringhieri, Torino, 1987
- Stern DN (1995) La costellazione materna. Boringhieri, Torino
- Stern DN, Bruschiweiler-Stern N (1998) *Nascita di una madre*. Mondadori, Milano
- Stoleru S (1995) Le couple et le projet d'enfant. L'étape initiale du passage à la parentalité. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* 43:164-170
- Talbot J, Elliston D, Thompson J, Scull C, Lieberman R, McHale J (2006) Do early coparenting dynamics benefit from coherent states of mind with respect to attachment? *Infant Mental Health Journal* 27:43
- Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA (1997) *I disturbi della regolazione affettiva*. Tr. it. Fioriti, Roma, 2000
- van Den Bergh BRH, Mulder JH, Mennes M, Glover V (2005) Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 29:237-258
- Vegetti Finzi S (1990) *Il bambino della notte*. Mondadori, Milano
- Volling BL, Elins JL (1998) Family relationships and children's emotional adjustment as correlates of maternal and paternal differential treatment: a replication with toddler and preschool siblings. *Child Development* 69:1640-1656
- Warren SL, Gunnar MR et al (2003) Maternal panic disorder: infant temperament, neurophysiology, and parenting behaviors. *Journal American Academy Child Adolescent Psychology* 42:814-825

- Werner EA, Myers MM et al (2007) Prenatal predictors of infant temperament. *Dev Psychobiol* 49:474-484
- Winnicott DW (1987) *I bambini e le loro madri*. Cortina, Milano
- Zaslow MJ, Pederesen FA, Suwalsky JT, Rabinovich BA (1986) Fathering during the infancy period. Implications of the mother's employment role. *Infant Mental Health Journal* 7:225-234
- Zaslow MJ, Pederesen FA, Suwalsky JT, Rabinovich BA (1989) Maternal employment and parent-infant interaction at one year. *Early Childhood Research Quarterly* 4:459-478
- Zeanah PD, Zeanah CH, Stewart L (1990) Parent's Constructions of Their Infant Personalities before and after the Birth: A Descriptive Study. *Child Psychiatry and Human Development* 20:191-206

L'intervento in Psicologia Clinica Perinatale. Integrazione con i percorsi di cura in ostetricia, neonatologia, pediatria, neuropsichiatria infantile

4

L. Cena, A. Imbasciati

4.1 Le disfunzioni precoci nella relazione genitore-bambino

I genitori e la famiglia, soprattutto nei primi anni di vita del figlio, svolgono una funzione fondamentale di matrice del suo sviluppo neuromentale affettivo-cognitivo e sociale (Imbasciati, 2006a). Quando qualcosa nella relazione primaria genitore-bambino non funziona ottimamente, per la struttura psichica del genitore, per avvenimenti traumatici, problemi riferibili all'ambiente esterno, disagi psicosociali o conflittualità familiari (depressione post partum, psicosi puerperali), anomalie sopraggiunte durante la gravidanza o il parto (gestosi o altre patologie, nascita prematura, gemellare, patologie del bambino) oppure a seguito di maltrattamenti, abusi, abbandoni subiti da parte del proprio genitore, tutte le situazioni a rischio nell'ambito della genitorialità in cui le funzioni di cura e protezione dei figli sono disturbate e influenzano la qualità della relazione genitore-bambino (Candelori, Mancone, 2001a) – i sintomi di malessere nei neonati e nei bambini piccoli si manifestano psicosomaticamente attraverso i canali della comunicazione corporea. Nel neonato la sofferenza si esprime attraverso il corpo, con sintomi fisici, così come tutta la comunicazione bambino-caregiver avviene attraverso i canali di una comunicazione corporea. Crescendo, il bimbo potrà disporre di mezzi più elaborati per esprimere il suo stato di sofferenza psicologica, attraverso i disturbi del comportamento. Molteplici e complessi si presentano i quadri clinici con cui si esprime la psicopatologia infantile nel corso dello sviluppo del bambino, dall'infanzia fino alla adolescenza: importanti manuali di psicopatologia dell'infanzia (Ammaniti, 2001a) evidenziano in particolare i disturbi della regolazione fisica ed emotiva (Speranza, 2001a), dell'alimentazione

L. Cena (✉)

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

(Lucarelli, 2001), del sonno (Lucarelli, Vismara, 2001), delle emozioni (Fabrizi, 2001), i disturbi post traumatici da stress, nonché gli effetti di abusi (Ammaniti, 2001b), i deficit dell'attenzione/iperattività e disturbi della condotta (Speranza, 2001b), i disturbi multisistemici dello sviluppo (Muratori, Cosenza, Parrini, 2001), dell'identità di genere (Coates, Cook, 2001).

Ammaniti segnala la diversità dei differenti sistemi di classificazione diagnostica, con una tassonomia psicopatologica, operata attraverso un Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, il DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), sia con la Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici comportamentali, ICD 10 (World Health Organization, 1992), sia ancora e poi con il PDM, Manuale Diagnostico Psicodinamico (2006). Il PDM si discosta in modo significativo dal DSM-IV e dall'ICD in quanto fornisce un nuovo approccio alla diagnosi: per il DSM-IV e l'ICD la classificazione diagnostica è identificata con modalità categoriali, mentre nel PDM assume un senso dinamico e dimensionale. Questo diverso orientamento sposta la considerazione a una prospettiva più ampia sulla singolarità dell'individuo, con un'attenzione non solo alla psicopatologia, ma anche alle risorse del soggetto. La salute mentale viene descritta nel PDM, secondo quanto prospettato nel modello biopsicosociale (Engel, 1977), come qualcosa di più dell'assenza di sintomi psicopatologici, come presenza e adeguatezza di tutte le funzioni del soggetto, cognitive, affettivo emotive e comportamentali e da una condizione di benessere nell'ambito del contesto in cui vive l'individuo. La definizione dei disturbi psichici nell'infanzia è dunque controversa. Alcuni quesiti che vengono sollevati (Ammaniti, 2001c) sono in primo luogo che la psicopatologia infantile, rilevabile in un funzionamento o comportamento anomalo del bimbo non può essere inquadrata come un disturbo individuale, al pari di quelle dell'adulto, ma vada considerata essenzialmente all'interno dell'ambiente relazionale entro cui il minore sta vivendo; in secondo luogo, sarebbe aleatorio rilevare la psicopatologia infantile nei primi anni di vita, quando il bimbo non sa ancora parlare ed esprimere i suoi disagi; infine, è dubbio circoscrivere come patologiche le manifestazioni della prima infanzia, periodo in cui avvengono repentini cambiamenti nel funzionamento individuale e dell'ambiente relazionale del bimbo. In sostanza, non sarebbe possibile dirimere se i problemi che insorgono nella prima infanzia siano dei segnali di quadri psicopatologici che si manifesteranno più in là nello sviluppo.

Per quanto riguarda la diagnosi in età infantile (Ammaniti, 2001d), il sistema di classificazione attualmente più in uso è la Classificazione Diagnostica 0-3, del National Center for Clinical Infant Program (Zero-to-Three, 1994) di Washington, che consente di prendere in considerazione la qualità della relazione genitore-bambino: il disturbo del bimbo viene collocato entro il contesto relazionale genitore-bambino. In questa Classificazione l'aspetto relazionale genitore-bambino viene considerato in un apposito asse e viene presa in considerazione una valutazione del bambino che implica la valutazione della qualità della relazione coi genitori e con l'ambiente. Ciò che invece sembra ignorato da tutti questi sistemi di classificazione diagnostica (DSM-IV, ICD 10, Classificazione Diagnostica 0-3) è la clinica psicosomatica, prospettiva notevole per lo studio di certe manifestazioni infantili (Candelori, Mancone, 2001b).

Un approccio alla clinica psicosomatica nell'infanzia implica connotazioni ancora più complessificate, sia per l'overlapping di discipline diverse che si occupano degli ambiti corporei e psichici del bambino, sia anche per la presenza di quelle dinamiche proprie dei processi di cambiamento che caratterizzano l'età evolutiva. Le complessità sono rilevanti per la valutazione diagnostica. La difficoltà di un'elaborazione nosografica dei disturbi psicosomatici è del resto desumibile dalla loro diversa collocazione a seconda dei sistemi di classificazione. La classificazione nosografica utilizzata dalla psichiatria (DSM-IV) indica per esempio "somatizzazione", invece di disturbo psicosomatico: nella prima infanzia una "somatizzazione" si manifesta infatti sotto forma di disturbi ricorrenti che possono rientrare nella normalità, mentre i criteri per una valutazione di psicopatologia (disturbo o "malattia"), così come invece è identificata per gli adulti, è quanto mai inadeguata.

In tutta la prima infanzia la manifestazione del disagio avviene prevalentemente attraverso espressioni somatiche che pertanto andrebbero considerate come normale mezzo di comunicazione anziché come disturbo. Molte di queste manifestazioni sono specifiche: si tratta di canali mediante i quali il bambino richiama attenzione (affetto), comunicando un disagio di natura emotiva che non è ancora in grado di elaborare e di esprimere altrimenti. Secondo la terminologia pediatrica in uso, i disturbi sono classificati a seconda dell'impatto sulla funzione interessata: sonno, alimentazione, escrezione, respirazione, motricità. La nosografia in uso codifica i sintomi attraverso raggruppamenti in sindromi identificate principalmente attraverso criteri medici. La prospettiva psicosomatica attuale integra del resto i sintomi anche per gli adulti in un equilibrio mentale e relazionale (Kreisler, 1981). Coliche dei primi mesi, dermatiti, eczemi, dolori addominali sono alcuni dei più frequenti messaggi che il corpo del neonato e del bimbo molto piccolo comunica a chi si prende cura di lui. Quello psicosomatico è un malessere che egli sperimenta realmente sul proprio corpo, quale unica via attraverso la quale si esprimono quei disagi di cui egli non è e non può essere consapevole.

Anche le sindromi psicosomatiche riscontrabili nell'adulto (Baldoni, 2010) riflettono analoghe possibilità di esprimere il disturbo psichico a livello somatico: questi adulti infatti hanno spesso scarse capacità strutturali di elaborare ed esprimere le proprie emozioni, presentando un'insufficienza dei "processi di mentalizzazione", mancanza di una capacità fantasmatica, mentre si mantiene intatta la capacità di funzionamento cognitivo, orientato agli aspetti concreti del mondo esterno. Si tratta del cosiddetto "pensiero operatorio" (Marty, de M'uzan, 1963): i vissuti conflittuali non possono acquisire consapevolezza; è quest'individuo l'alessitimico che non riesce né a "sentire" né tantomeno a comunicare i propri stati emotivi (Imbasciati, Margiotta 2008b, capitolo 8).

Dagli studi sviluppati dall'Infant Research il costrutto dell'alessitimia è stato del resto integrato con quello della Regolazione Affettiva (Taylor et al., 2000), verso un unico modello che possa chiarire l'influenza delle emozioni sulle funzioni corporee, così come si registra nell'ambito delle interazioni genitore-bambino. Il bambino quanto più è piccolo tanto più è "psicosomatico": la mente prende origine dal corpo e il corpo del bambino, in età prelinguistica, rappresenta il mezzo per comunicare ai genitori o ad altri caregiver significativi la propria condizione. Nella prima infanzia il soma e la mente si trovano in uno stato di indifferenziazione: la mente scaturisce

dal corpo (Solano, 2001), lo sviluppo della mente (Imbasciati, 2006a) avviene attraverso un processo graduale a partire dal corpo (Imbasciati, 2008a). Corpo e mente sono considerati come un continuum funzionale in cui si svolge il processo di differenziazione delle funzioni mentali. Il disturbo psicosomatico documenta nell'adulto un difettoso funzionamento della mente rispetto alla sua differenziazione dal corpo, mentre il bambino esprime col corpo il disagio. Problemi nella funzione di regolazione del genitore nelle "interazioni emozionali" possono avere una costante ricaduta nella formazione della capacità del bimbo di rappresentazione mentale delle esperienze che attraversa. Se i disturbi della regolazione emozionale genitore-bambino sono oltre una certa misura, questo bimbo può essere considerato a rischio di sindromi psicosomatiche nell'età adulta.

Nella letteratura pediatrica i sintomi somatici non interpretabili hanno ricevuto scarsa considerazione, cosicché il problema di una diagnosi di disturbo da "somatizzazione", come potrebbe essere possibile per l'età adulta (DSM-IV), prima della fase adolescenziale è molto controversa (Cerutti, Guidetti, 2007). Le indicazioni circa l'epidemiologia dei disturbi somatoformi nella prima infanzia, così come quelle per le modalità di trattamento, sono poche: lo studio della psicopatologia nell'infanzia dovrebbe tenere in considerazione molteplici costrutti (*multiple construct*) tra di loro diversi a secondo delle Scuole, attraverso osservazioni cliniche in più contesti (*multiple context*) condotte da vertici differenti, da più informatori (*multiple informants*), e con metodi diversi (*multiple method*) (Presaghi, Cerutti, 2007).

I sintomi alla consultazione pediatrica, nella prima infanzia, possono presentarsi con determinate caratteristiche a seconda dell'età del bambino e dello sviluppo dei vari organi corporei, dove interessano soprattutto le funzioni digestive (coliche dei primi mesi, vomito o inappetenza, mal di pancia), respiratorie (asma) o la pelle (dermatiti, eczemi): più che il tipo di sintomo, il particolare evento familiare che può averlo preceduto (nascita di un fratellino, un lutto in famiglia o l'ingresso a scuola), collegato al particolare contesto delle relazioni familiari in cui esso si è manifestato, permetterà di comprendere il significato del disturbo e i particolari bisogni espressi in tal modo. La sofferenza deve essere letta e decodificata in relazione ai suoi contesti di appartenenza, in primo luogo quello relazionale familiare. L'osservazione del bambino nel contesto di sviluppo (Cammarella, Lucarelli, Vismara, 2001), effettuata con le figure affettive di riferimento (Imbasciati, Cena, 2010), è la metodologia privilegiata, che ci fornisce dati diretti sull'espressione dei disturbi del bimbo e che, integrata con altre rilevazioni riportate dai genitori e dagli adulti che si prendono cura di lui, consente di delineare un prospetto valutativo della psicopatologia infantile.

Disturbi psicosomatici si possono manifestare in tre periodi significativi della prima infanzia: in una fase primaria già alla nascita, o poco dopo, nel primo trimestre; dal secondo semestre all'età di quindici-diciotto mesi, periodo costitutivo dell'attaccamento; e nella fase ultima della prima infanzia, dalla metà del secondo anno alla metà del terzo. Ogni fase può presentare disturbi ricorrenti: la colica cosiddetta idiopatica si manifesta in genere verso il dodicesimo-quindicesimo giorno, quando il lattante stabilisce le prime relazioni; l'insonnia può comparire precocemente, nel primo trimestre di vita, ma anche più tardi, nel secondo e terzo anno; disturbi alimentari possono presentarsi nel secondo semestre, con il passaggio allo svezzamento; il

singhiozzo spastico è disturbo prevalente nel secondo e terzo anno.

Negli attuali sviluppi della psicosomatica francese il corpo del neonato viene considerato come equivalente a una scena psichica (Golse, 2008): l'attenzione al corpo del bebè è un elemento fondamentale all'interno delle consultazioni terapeutiche perinatali. Non può esistere una psicoanalisi della prima infanzia senza un'implicita valutazione della situazione psicofisica del corpo: l'esame del funzionamento corporeo occupa una posizione centrale in ogni terapia perinatale, così come il neonato non può essere concepito al di fuori delle sue relazioni (Golse, 2008). La clinica del bebè non può essere pertanto descrittiva e centrata solo sul bimbo: sono gli aspetti interattivi che consentono al clinico di percepire, controtransferalmente, i fenomeni psichici in termini di affetti, emozioni, stati, strutture verso cui possono essere rivolte le strategie terapeutiche.

Anche da un altro vertice di lettura, quello della terapia sistemica, gli studi di Minuchin (Kowallis, 1995) mettono in evidenza il grado di influenza delle modalità relazionali dei genitori sulla patologia psicosomatica del bambino.

Gli atteggiamenti iperprotettivi dei genitori, piuttosto che favorire un possibile miglioramento del disturbo, aprono la strada a circoli viziosi, che incrementano le probabilità di cronicizzazione della patologia. Le modalità interpersonali dei genitori, inoltre, giocano un ruolo importante nella percezione dell'autostima del bambino malato, nel rapporto con i fratelli e nella relazione fra i coniugi.

In letteratura sono stati soprattutto gli studi di Kreisler (Kreisler, 1981; Kreisler et al., 1974), a partire da quelli di Spitz (1946) e di Winnicott (1958), che hanno messo in evidenza come le psicopatologie del lattante vadano affrontate secondo una prospettiva psicosomatica in chiave relazionale. La multipla causalità relazionale è tanto più evidente quanto più un bimbo è lattante, durante il primo anno di vita: non facile è però individuare nella rete relazionale i punti focali che hanno agito disturbando il bimbo. Qui il compito del pediatra, alle cui cure è portato il bimbo in prima istanza, necessita di una competenza non facile da acquisire, nonché di pazienza e disponibilità di tempo non certo favoriti dall'attuale assetto dei servizi sanitari. Auspicabile sarebbe un lavoro in equipe integrata (pediatra, neonatologo, psicologi clinici esperti in perinatalità, neuropsichiatri infantili, assistenti sociali) entro il quale i genitori potessero trovare accoglienza adeguata e diventare terapeuti integrati nell'equipe. Nella maggioranza dei casi, quanto più i bimbi sono piccoli, tanto più i genitori /caregiver devono essere il fulcro su cui mirare l'azione terapeutica. Problematrice di regolazione dei ritmi del sonno, alimentazione, infezioni, disturbi intestinali, dermatologici ed altri, quando non sono riscontrabili evidenze di disfunzioni organiche, possono essere considerati espressioni somatiche di disturbi psichici relazionali: fuorviante è pertanto considerare "paziente" il piccolo e concentrare le cure su di lui; occorre curare l'insieme relazionale in cui egli si trova, genitori in primo luogo.

Kreisler (1985) individua nell'eziopatogenesi dei disturbi dell'età infantile due tipologie di fattori ambientali: il sovraccarico delle eccitazioni e l'insufficienza o carenza delle stimolazioni; entrambi questi ordini di fattori hanno un fulcro nel tipo delle cure genitoriali. Non facile è però, nell'uno e nell'altro caso, individuare più precisi momenti patogeni.

Nei primi mesi di vita l'assetto psicosomatico è mantenuto attraverso il funzionamento interattivo con i genitori. In un ambiente familiare patogeno i genitori, spesso a loro volta vittime di rifiuto o frustrazione da parte dei propri genitori, tendono a riprodurre le stesse modalità relazionali nei riguardi del loro bambino, con una ripetizione transgenerazionale. Sentimenti genitoriali ambigui, fra il bisogno di inglobare il bambino e la tendenza all'abbandono, possono condurre a interazioni dominate da un'alternanza disorganizzante tra vuoto relazionale ed eccitamento disordinato (Kreiser, 1992). Tra i disturbi comportamentali più frequenti nel primo semestre di vita viene osservata una povertà di comunicazione e un evitamento dello sguardo, indici semiologici, secondo Kreiser, dell'insufficienza primaria dell'attaccamento (Kreiser, 1992). Nel secondo semestre e nel secondo anno le sintomatologie psicosomatiche più frequenti possono implicare la compromissione di molti settori dello sviluppo, come l'espressione psicomotoria e il linguaggio; anche l'acquisizione dello schema corporeo può presentare anomalie e difetti. Alla fine del secondo anno, se le patologie relazionali permangono, il quadro clinico può diventare ancora più alterato, in una disorganizzazione strutturale. Eventi traumatici e comunque situazioni conflittuali possono condurre a una disorganizzazione psicosomatica: l'importanza dell'evento traumatico non dipende tanto dalle sue caratteristiche intrinseche quanto soprattutto dalla risonanza relazionale multipla che viene elaborata nel bimbo. È comunque evidente l'importanza della qualità della primaria relazione genitore-bambino nella determinazione dello stato di salute del neonato: il caregiver può non funzionare adeguatamente e non proteggere il bimbo, o non fornirgli un sostegno adeguato esponendolo a stimolazioni eccessive, oppure non solleccarlo adeguatamente, oppure ancora esponendolo a una discontinuità sfavorevole a un armonico sviluppo (Kreiser, 1992; Kreiser e Cramer 1981). Le osservazioni sulle prime interazioni madre-neonato hanno evidenziato che sin dall'inizio la madre mette in gioco con il suo bimbo i conflitti e le angosce che avevano fondato la sua relazione primaria. Cramer e Stern (1988) attraverso l'uso di videoregistrazioni nel primo anno di vita hanno evidenziato come l'effetto patogeno di vissuti rimossi possano essere agiti dalla madre nell'interazione precoce con il bimbo.

Gaddini denomina le malattie psicosomatiche della prima infanzia "sindromi psicofisiche" (1981): quella più precoce secondo l'autore risulta essere il mericismo, che compare intorno alle otto settimane di vita; la dermatite atopica interviene intorno al sesto mese di vita, l'asma bronchiale dopo il primo anno di vita; la balbuzie è una sindrome psicofisica che si può manifestare nel secondo anno di vita, qualora non si sia instaurata l'asma (Gaddini, 1982). L'autore considera l'esordio precoce come un segno di maggiore gravità in quanto si assiste nell'interazione primaria a una precocità del processo di separazione, che di per sé può essere traumatico: lo sviluppo della mente è un processo graduale nella direzione dal corpo alla mente, una sorta di emergenza dal corpo, che coincide con la graduale acquisizione mentale del Sé corporeo e tale processo di emergenza non può prescindere dalla funzionalità unita del bambino con la sua mamma (Gaddini, 1982).

Un'adeguata relazione genitore-bambino è pertanto indispensabile per il conseguimento di un sano sviluppo, nel raggiungimento di un valido equilibrio psicosomatico. Anche Winnicott (1965) individua nell'ambiente un fattore fondamentale af-

finché il processo maturativo possa procedere regolarmente. Attraverso la descrizione dei fenomeni transizionali l'autore valorizza l'importanza della madre nella regolazione del processo di crescita (Winnicott, 1958; 1971) e come la non presenza di fenomeni transizionali possa essere un segnale di un eventuale processo di disequilibrio psicosomatico. Il bambino nasce con una capacità di autoregolazione comportamentale, ma questa può essere sviluppata solo attraverso la rilevanza della figura materna, quale insostituibile regolatore dei comportamenti e delle diverse funzioni fisiologiche del bambino (Taylor, 1987): emblematiche sono a tale proposito le ricerche sperimentali di Hofer (1984). Oltre ai comportamenti di reciproca regolazione osservabili nella relazione madre-bambino, ci sono anche altri processi nascosti, per cui la madre "svolge la funzione di regolatore biologico e comportamentale per il bambino" (Hofer, 1983a,b).

La relazione genitore-bambino costituisce un sistema di regolazione che dipende dalla capacità del bambino di emettere segnali congrui con i suoi bisogni e questa capacità dipende dalla sensibilità e dall'attenzione della madre a questi segnali e nell'insegnare al bimbo a usarli, rispondendo a sua volta ai congrui segnali della madre, in modo da creare un codice di comunicazione condiviso. Le difficoltà possono nascere nel bambino, ma sono originate da un difetto della capacità della madre e possono culminare in una disritmia o in una discordanza dei loro scambi regolatori (Grotstein, 1986) che si manifesta come patologia nel corpo, soprattutto se il bimbo è piccolo, e poi nel comportamento e quindi nella mente.

4.2 La mente che nasce dal corpo

L'Infant Research ha studiato per via sperimentale gli scambi comunicativi primari nella relazione madre-bambino a partire dalle prime forme di imitazione e ha individuato nella madre le competenze di regolazione delle emozioni del bimbo, sia come etero-regolazione che come autoregolazione. Una buona regolazione viene identificata come la capacità del bimbo di mantenere la propria organizzazione comportamentale rispetto a stati di tensione e stress emotivo: egli apprende questa funzione nell'ambito delle interazioni primarie con la madre, la quale progressivamente gli insegna a organizzare e regolare i suoi stati (Sander, 1987) in un sistema interattivo: è quella che viene definita intersoggettività primaria (Trevarthen, 1980). Questo sistema di regolazione ha origine a un livello di organizzazione biologico-neurofisiologico-comportamentale e progressivamente evolve nella capacità di formare simboli, pensare e usare il linguaggio (Sander, 1975; Lichtenberg, 1983).

Gli stati comportamentali e fisiologici del bambino sono caratterizzati da periodicità e ritmicità e cambiano con la sollecitazione da parte della madre. Oltre ai macroritmi, che sono implicati nell'allattamento, nel sonno, nell'evacuazione e nel ciclo fondamentale quiete-attività, ci sono dei microritmi implicati nella suzione, nel pianto e in certi comportamenti stereotipati (Emde, Robinson, 1979). Tra madre e bambino si stabilisce una sincronia di fasi, il cui livello dipende dal progressivo reciproco adattamento segnalato dalle interazioni, in cui il comportamento di ciascun indi-

viduo influenza quello dell'altro e ne è a sua volta influenzato. Studi condotti da Brazelton (1973) mettono in evidenza come già a due o tre settimane di vita i bambini rispondono con modelli di attenzione, azione e affettività, qualitativamente diversi.

Stern rileva come il neonato, fin dalla seconda settimana, abbia la capacità di ricercare e regolare gli stimoli in entrata, impegnandosi nell'interazione con la madre, discriminandola e riconoscendola (Stern, 1977; Emde, Robinson, 1979). La sensibilità nel neonato alla stimolazione è molto bassa nelle prime settimane di vita e progressivamente aumenta con la crescita: il neonato risponde a livelli ottimali di stimolazione al di sotto dei quali la stimolazione è ricercata e al di sopra dei quali la stimolazione è evitata (Stern, 1983). Gli studi sulla sintonizzazione affettiva di Stern (1985) secondo cui la madre, a partire dal secondo mese di vita, attraverso imitazioni delle espressioni del proprio bimbo riesce a sintonizzarsi rimandandogli emozioni e affetti in forme diverse, hanno messo in evidenza come per lo sviluppo delle strutture mentali sia importante la creazione di un dialogo non verbale sintonico. Stern (1977) descrive una madre e un bambino che creano cicli periodici di attività sincronica e sintonica, più simili alla relazione tra i partner di una danza che tra antagonisti di una partita di tennis, in una sorta di creazione virtuosa, piuttosto che altrimenti sconnessa. In questa reciproca interazione di regolazione ci possono essere slanci troppo lunghi, o troppo brevi, da parte di entrambi i partecipanti che devono quindi accendersi o spegnersi per produrre gli stati sintonici desiderati. Nelle argomentazioni dell'autore ha rilievo il concetto dell'altro regolatore del Sé (1985): il bambino dipende inizialmente da un altro, come "altro regolatore del suo Sé". Il tipo di esperienza di un "essere con" un altro regola il Sé e forma gradualmente delle RIG (rappresentazioni interne generalizzate) di se stesso in interazione con l'altro. Questo concetto consente di capire le modalità di "essere con", di particolare rilevanza quando si tratti di madri i cui bambini hanno disturbi psicosomatici, e quanto esse possano influire sulle funzioni di regolazione del bimbo nei primi mesi di vita.

Tra il settimo e il nono mese di vita i bambini giungono gradualmente a capire che le esperienze della mente sono condivisibili con gli altri: quando il bambino si accorge che gli altri, pur separati e distinti da lui, possono avere e conservare uno stato mentale simile al suo, è in grado di condividere l'esperienza soggettiva con loro. È quella che viene definita intersoggettività secondaria (Trevarthen, Hubley, 1978).

La capacità di riconoscere le proprie emozioni è un fattore determinante nella trasmissione delle prime modalità relazionali e di attaccamento tra genitore e figlio (Bowlby, 1988): i Modelli Operativi Interni, raffrontabili alle RIG di Stern. Tale capacità appare profondamente influenzata dal tipo di accessibilità emotiva che il genitore ha potuto a sua volta sperimentare nei confronti delle proprie figure di attaccamento nel corso della propria storia infantile.

Le modalità relazionali precoci tra il bambino e i suoi caregiver danno origine a stili individuali di regolazione affettiva che si ritrovano alla base dei successivi pattern di interazione: la modalità di regolazione emotiva che si attiva e si modula durante la relazione tra il bambino e il genitore viene interiorizzata e le esperienze affettive precoci influenzano e differenziano l'organizzazione dei legami di attaccamento, considerati relazioni di tipo emozionale attraverso cui il bimbo impara peculiari

stili di regolazione. Questi vengono considerati strategie adattative e difensive nei confronti della disponibilità emotiva delle figure affettive di riferimento (Main, 1996), che il bambino impara per far fronte alle varie esperienze emotive che gli consentono di conservare il legame con il genitore.

L'attaccamento sicuro nel bimbo è correlato alla sua capacità di regolare il proprio stato emotivo, mentre l'attaccamento insicuro implica disfunzioni nelle capacità regolatorie del bimbo il cui genitore non è disponibile a modulare a sua volta i suoi livelli di attivazione (Cassidy, 1994). Modelli di attaccamento insicuri sono collegati a fallimentari tentativi di regolazione affettiva. La teoria dell'attaccamento ha contribuito notevolmente a mettere in evidenza la caratteristica dei comportamenti non verbali materni negli scambi interattivi e l'importanza della sintonia, nel contatto fisico ed emotivo, nella costruzione dei diversi pattern di attaccamento. La disponibilità emotiva genitoriale a regolare gli stati affettivi del bimbo è fondamentale per il costituirsi del legame di attaccamento: il grado di consapevolezza emotiva materna (Nichols, Gergely, Fonagy, 2001) costituisce la "sensibilità" materna (Ainsworth, 1979; Crittenden, 1979-2004); nei termini di Stern (1985) si tratta di capacità di sintonizzazione che indica quella capacità genitoriale di soddisfare i bisogni emotivi del bimbo con modalità e in tempi adeguati al suo sviluppo: le madri modulano i loro ritmi a quelli di attivazione dei loro bambini e li aiutano a regolare il loro livello di attivazione. La Ainsworth rileva come i pattern di attaccamento sicuri e insicuri che il bimbo manifesta nei confronti del caregiver dipendono dalla sensibilità degli adulti di cui ha potuto fruire nel corso del primo anno di vita.

Le attuali ricerche convergono dunque nel rilevare come lo sviluppo psichico dell'individuo dipenda non tanto da fattori biologici quanto da apprendimenti precoci in epoca fetale e nei primi mesi di vita (Imbasciati, Calorio, 1981; Imbasciati, 2006 b). Le alterazioni biologiche condizionano alcune grosse patologie dello sviluppo psichico, ma non sembrano influire gran che sulla psicopatologia dell'adulto, né tantomeno sulla qualità dello sviluppo psichico entro i limiti della cosiddetta normalità. Tuttavia è proprio tale "qualità", l'efficienza delle funzioni psichiche, che determinano il destino di un uomo e il suo adattamento sociale. La massima attenzione delle ricerche è dunque concentrata su quei fattori, psichici e sociali, che determinano nelle prime epoche di vita, la "costruzione" dell'apparato mentale che caratterizzerà il singolo individuo (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2011). Gli "apprendimenti" precoci, che vengono indicati come le pietre miliari della successiva costruzione, per progressivi apprendimenti, delle varie e progressive funzioni psichiche, dipendono dalla "relazione" che si stabilisce tra il neonato, il feto e la persona (o le persone) che si prendono cura di lui: la madre in primis. Tale relazione è stata studiata dai più recenti sviluppi della ricerca, che vede oggi coniugate fecondamente le osservazioni cliniche della psicoanalisi infantile e le metodologie sperimentali sui primi mesi di vita. Anche l'equilibrio psicosomatico, nella sua ottimalità o in eventuali patologie, dipende dai fattori relazionali della prima infanzia. Di qui l'importanza di simili studi sull'argomento: sono in gioco le condizioni che determinano la "qualità" della salute, fisica e psichica, delle future generazioni. La qualità della "relazione" è fondata sulla qualità e l'efficacia della comunicazione che si stabilisce tra il genitore e il bimbo: questa è mediata quasi totalmente da canali non verbali e la sua elabora-

zione avviene prevalentemente a livello non consapevole; di qui la complessità dei rilievi sperimentali che possano fornire dati utili per un intervento efficace sulla relazione. La Psicologia Clinica Perinatale ha messo in evidenza come per comprendere i meccanismi psichici che più contribuiscono alle patologie psicosomatiche sia necessaria una valutazione attenta che consenta di comprendere la qualità delle interazioni. Oltre a precisare le caratteristiche del bambino e le modalità del suo funzionamento psichico, è indispensabile valutare la personalità della figura chiave della relazione (che di solito è la madre) soprattutto nel suo funzionamento nel ruolo materno. Opportuno è valutare anche la personalità del padre, del contesto familiare e sociale, nonché individuare gli eventi scatenanti gli eventuali disturbi osservati in rapporto all'evoluzione del bambino e alla sua biografia, interpretando le circostanze sfavorevoli nelle dinamiche dell'interazione.

4.3 Sviluppi applicativi della Teoria dell'Attaccamento

Nella succitata prospettiva si collocano i nuovi sviluppi evolucionistici della teoria dell'attaccamento: Patricia Crittenden fondatrice della IASA (International Association for the study of Attachment) con diversi clinici internazionali sta sviluppando interessanti ricerche sulla psicosomatica. Secondo la Crittenden i "disturbi psicosomatici" si presentano come problemi: in cui il corpo sembra sapere ciò che la mente non può dire.

Alle informazioni e alle rappresentazioni "cognitive" e "affettive" del suo Modello Dinamico-Maturativo (capitolo 7) sono state aggiunte in questi ultimi anni dall'autrice informazioni e rappresentazioni "somatiche": la Crittenden tuttavia sostiene che la nostra prima informazione, nella vita, è somatica ed è la più importante per la sopravvivenza. Tante sono le informazioni rappresentate somaticamente, e lo psicoterapeuta deve prenderle in attenta considerazione (Crittenden, 2011). La Crittenden evidenzia come non accada nulla nel comportamento umano o nella mente senza una partecipazione del corpo e fa riferimento alle neuroscienze con le ricerche di Botvinik e Eisenberg (Botvinik et al., 2005; Eisenberg et al., 2003): quando percepiamo dolore, sia a livello fisico che psichico, il cervello registra le medesime rappresentazioni sia nelle aree specifiche della localizzazione percettiva, sia nella corteccia cingolata anteriore, ovvero in un'area che interverrà nell'elaborazione emotiva e nella regolazione somatica. Un intervento orientato alla salute e al benessere psicofisico dell'individuo deve pertanto tenere presente il corpo, oltre che la mente e tutto il comportamento: il comportamento stesso è psicosomatico (Crittenden, 2011).

Tra le numerose ricerche condotte dai clinici della IASA, periodicamente pubblicate sulla rivista internazionale DMM News, alcune ricerche recenti stanno portando evidenze cliniche in relazione alla ricerca sul legame tra lo stress durante l'accudimento precoce infantile e la qualità della relazione con il genitore come predittori degli effetti sulla salute mentale e fisica del bambino. Tali ricerche (Kaplan et al., 2010) evidenziano come lo stress quotidiano, quando è troppo elevato o si protrae per lunghi periodi di tempo, può causare cambiamenti che influenzano lo sviluppo

psicosomatico dell'individuo. La salute del neonato sottoposto a stati di stress elevato è a rischio: quando i genitori manifestano disturbi mentali, dipendenze, comportamenti violenti o comunque modalità di cura imprevedibili per il bimbo, trascuranti o abusanti lo espongono a stati prolungati di stress. Il sistema di regolazione dello stress può restare nel bimbo costantemente regolato a un livello elevato e questa sovraeccitazione può portare all'espressione di disturbi psicosomatici, per esempio asma e disturbi respiratori (Costa-Pinto et al., 2010; Kozyrskyj et al., 2008), spesso con cambiamenti stabili della struttura e della funzione di alcune aree cerebrali (Gunnar et al., 2009). I glucocorticoidi (cortisolo) messi in circolo dall'asse ipotalamo-ipofisiario (HPA) aumentano in risposta agli stressor. Quando lo stress è sotto controllo, prevedibile e per brevi periodi, l'asse HPA promuove l'adattamento e la resilienza. Ma quando le situazioni stressanti sono incontrollabili, non prevedibili e pervasive, la stimolazione può diventare "nociva" e alterare il funzionamento stesso dell'asse HPA.

Di solito il cortisolo è secreto con un ritmo diurno, bassi livelli al risveglio, seguiti da un picco a metà mattina e da un graduale declino verso sera. Nelle madri affette da depressione post partum, i neonati hanno spesso un minore declino nel corso della giornata. In altre parole, presentano un pattern differente, caratterizzato da livelli persistentemente elevati di cortisolo per tutto il pomeriggio. I bambini di madri che al mattino rispondono ai bisogni del loro bimbo in modo adeguato e con una comunicazione, verbale e non verbale, sincrona e contingente, consentiranno una riduzione nel pomeriggio dei livelli di cortisolo nel bimbo (Letourneau et al., 2011); ciò conferma nell'uomo un processo che è noto da tempo nei cuccioli di ratto descritti nelle ricerche di Hofer. Le esperienze dirompenti, di abuso, di trascuratezza o imprevedibili inondano il cervello di cortisolo: l'attivazione cronica dell'asse HPA ha conseguenze dannose per lo sviluppo del bambino ed elevate dosi persistenti di cortisolo mettono in pericolo la crescita neuronale e le connessioni dendritiche. In questo modo lo stress nocivo lascia un'impronta biologica di danno persistente sulla struttura e sulla funzione cerebrale (Shonkoff, 2004). Le due principali regioni del cervello che sono colpite dagli stress nocivi sono l'ippocampo e la corteccia prefrontale. Queste regioni sono in relazione con la memoria e l'autoregolazione e costituiscono le basi dello sviluppo cognitivo e socioemotivo. Nel tempo, gli effetti dello stress nocivo sulla struttura e la funzione cerebrale possono modificare i pattern di comportamento da un'organizzazione contesto-sensibile a modelli di organizzazione rigidi e stereotipati. Questi bambini sono meno capaci di risolvere i problemi in modo autonomo.

La relazione tra esposizione alla depressione materna nei primi due anni di vita e iperattività tra i due e gli otto anni di età evidenzia un esito potenziale di esposizione cronica allo stress nocivo (Letourneau et al., 2006); lo stress nocivo può influenzare la risposta infiammatoria (Gunnar et al., 2009) e gli effetti dello stress nocivo sono particolarmente preoccupanti nella prima infanzia perché il cervello, durante questa fase di rapido sviluppo, è estremamente sensibile all'esperienza. Il futuro sviluppo del cervello infantile dipende dallo sviluppo cerebrale attuale e passato. In questo modo, le modifiche della struttura e della funzione cerebrale determinate dallo stress nocivo producono cambiamenti cumulativi che colpiscono non solo gli aspet-

ti attuali di sviluppo a un dato stadio, ma anche le fasi successive: il cervello si adatta alle circostanze passate e presenti e questo può vincolare gli individui a tali circostanze.

4.4 Modelli di intervento in Psicologia Clinica Perinatale

Nel contesto di un trattamento il genitore si rivolge per un problema manifestato dal bambino, ma raramente lo ritiene legato alla relazione che egli ha strutturato con il figlio: questo crea difficoltà, rispetto alle idee tradizionali di terapia. Una radicata, quasi inconsapevole e creduta ovvia stereotipia della nostra tradizione medica, individua come “paziente”, da curare quindi, colui che patisca, o comunque manifesti, un inconveniente. Malgrado da parecchie decadi si sia dimostrato che tale assunto è fallace, una radicata idea perdura nella nostra popolazione, non solo in psicopatologia (vedi il concetto di “paziente designato” della Scuola Sistemica) ma anche in medicina, per cui si pensa che sia da curare la persona che manifesta un’anomalia. Così i genitori sono convinti che si debba curare il bimbo, e purtroppo molti operatori, anche medici, agiscono in base a tale assunto implicito. Pensare alle relazioni (Sameroff, Emde, 1989), anziché a un paziente-individuo, è più complicato: per dei genitori, inoltre, è angoscioso, in quanto essi si sentono in colpa per non aver costruito una buona relazione; pensano cioè di avere sbagliato nell’illusione che la relazione avrebbe potuto essere costruita dalla volontà e dalla coscienza anziché, come invece accade, dalla loro struttura neuromentale inconsapevole. Pertanto, quando i genitori presentano il bimbo ai sanitari, credono che questi debbano curare il bambino e si sentono sconvolti quando l’operatore presenta loro una prospettiva diversa. Di qui la necessità di una formazione degli operatori che li renda competenti delle difficoltà che si manifestano a tal proposito con i genitori.

In ambito evolutivo, pertanto, ciò che si intende come psicoterapia non significa quasi mai un setting formalizzato al bimbo: psicoterapeutico è ogni intervento di sostegno o di chiarificazione che venga intrapreso nei confronti di una famiglia che si trova a fronteggiare una patologia clinica del bambino, qualunque essa sia (Missonnier, 2005).

Nell’infanzia e durante tutta l’età evolutiva sono diversi gli approcci psicoterapeutici, focali o meno, a breve o a lungo termine, individuali e più spesso familiari. Diversi approcci psicoterapeutici utilizzano un vertice teorico con un diverso modo di leggere il materiale clinico, oppure può essere diversa la modalità su cui verte prevalentemente l’azione terapeutica. In questo ambito ha fatto storia la psicoanalisi infantile. Melanie Klein per prima ha evidenziato l’importanza di una psicoanalisi precoce dimostrando come il gioco del bambino possa essere interpretato (1932). Winnicott (1971, 1977) pone il terapeuta come “oggetto transizionale” nella diade genitore-figlio e con i bambini più grandicelli usa gli scarabocchi, e indica come momenti “sacri” quegli istanti decisivi in cui l’intuizione dell’analista gli consente di cogliere gli aspetti più significativi, facilitatori di un cambiamento.

A partire dalla fine degli anni ‘80 i disturbi della prima infanzia, oggetto di con-

sultazione pediatrica, vengono affrontati con modalità diverse, sia in ambito di ricerca sia di clinica. Si sta sviluppando una nuova prospettiva, orientata alla promozione della salute, che si esprime con l'esigenza di ampliare l'area della consultazione e l'organizzazione di servizi di prevenzione primaria per genitori e bambini al di sotto dei 3 anni mediante l'utilizzo di diversi operatori, in primis la psicologia clinica: con l'obiettivo di fornire un supporto valido nei momenti più critici dello sviluppo. L'intervento rivolto alle patologie della relazione può avere forme diverse: sostegno psicoeducativo, psicoterapia congiunta genitore-bambino, consultazione periodica o psicoterapia con percorsi più lunghi.

Nella consultazione della prima infanzia il focus sulla relazione mira al recupero delle competenze genitoriali e delle potenzialità di sviluppo del bambino. In ambito psicoanalitico si diffondono le terapie congiunte genitore-bambino secondo il modello proposto dalla Fraiberg, con interventi anche domiciliari (Fraiberg, 1999). La Fraiberg ha dato esempio di modalità di intervento in situazioni di rischio relazionale entrando nel contesto familiare, per supportare funzioni genitoriali carenziali o disturbate e per "liberare" la relazione con il bambino dai fantasmi del passato familiare (Fraiberg, Adelson, Shapiro, 1975). Secondo il modello della Fraiberg, nel processo del divenire genitori verrebbero risvegliati antichi conflitti irrisolti dei genitori stessi che vengono messi in atto attraverso "copioni", che ricalcano nel presente reale col bimbo i "fantasmi nella camera dei bambini" che furono vissuti dai genitori in una pericolosa riedizione transgenerazionale. Aspetti transgenerazionali che si tramandano di genitore in figlio attraverso la trasmissione di particolari stili relazionali di attaccamento e specifiche configurazioni fantasmatiche vengono, secondo la Fraiberg, attivate dalla presenza del bambino, che diviene così "oggetto di transfert" degli aspetti infantili non elaborati dai genitori.

Sono gli studi di Bowlby (1988) che ci hanno condotto alla conoscenza dell'esistenza di specifici "Modelli Operativi Interni", implicati e deputati alla costruzione dei primi e significativi legami di attaccamento che intercorrono tra genitori e bambini. Attraverso tali modelli, di padre in figlio si veicola una trasmissione transgenerazionale delle specifiche modalità di attaccamento e, conseguentemente, del possibile disagio o della "salute mentale". Secondo Bowlby, la "microcultura familiare" che si trasmette di generazione in generazione attraverso peculiari stili di attaccamento non è meno importante della stessa eredità genetica nel determinare la salute o la patologia mentale del futuro individuo. Il divenire genitore e l'assumersi la cura del proprio figlio ha il potere di attivare funzioni mentali adeguate al nuovo compito, quali il favorire la crescita del bambino attraverso i legami di attaccamento, ma allo stesso tempo può attivare situazioni emotive che possono portare a difficoltà. Intervenire in questo ambito diventa allora estremamente significativo, proprio perché "la storia dei genitori non diventi il destino dei figli".

I lavori di Seligman (1994) di Lieberman e Pawl (1993) proseguono l'attività della Fraiberg, sottolineando il ruolo centrale della relazione terapeutica come paradigma della relazione che si vuol promuovere tra i genitori e il bambino nell'ottica del cambiamento. La Fraiberg (1980) sottolinea l'aspetto della speranza: il neonato può fornire una forte spinta verso cambiamenti positivi nei suoi genitori (rappresenta le loro speranze e i loro desideri più profondi, sostiene il rinnovamento del Sé, la sua

nascita può essere vissuta come una rinascita psicologica per i genitori, può creare e offrire una speranza riparatrice al genitore che desidera trattare i propri bambini meglio di quanto sia stato trattato lui), ma parimenti può attivare desideri, sentimenti e impulsi “distruittivi” latenti nei genitori. Nella visione della Fraiberg appare necessario che gli aspetti progressivi dello sviluppo del bambino siano sufficientemente investiti da parte dei suoi genitori, anche se ciò purtroppo non sempre accade. Alcune persone funzionano molto bene nelle relazioni lavorative e adulte, ma trovano difficoltà negli aspetti connessi all’essere diventati madre e padre (Furman, 1966). Il diventare genitore implica un’assunzione di ruolo che comporta un intenso lavoro intrapsichico (capitolo 2).

La psicoterapia congiunta genitori-bambino viene sviluppata tenendo in considerazione modelli teorici differenti: in Francia e Svizzera (Lebovici, Soulè, Missonnier, Cramer, Palacio-Espasa) la terapia congiunta madre-bambino viene utilizzata in epoca precoce, nel periodo perinatale, ma anche durante tutta l’infanzia.

Lebovici (1983), indicando come le relazioni affettive contribuiscono alla costruzione della mente del bambino attraverso una interazione fantasmatica costituita dalla comunicazione non verbale, mette in evidenza quali sono le basi per la pratica delle consultazioni genitori-lattanti (Lebovici 1980; 1989; Lebovici et al., 1989).

Palacio-Espasa e Manzano (1982) hanno dato anch’essi contributi alla teorizzazione dell’intervento breve: l’azione terapeutica e il cambiamento si fondano su un’elaborazione fantasmatica attivata nel transfert dei genitori. L’azione terapeutica porta al cambiamento quando può essere esplicitata la relazione latente, di contenuti non consapevoli, conflitti pregressi o attuali con i propri genitori, o lutti irrisolti quali nuclei tematici più frequenti oggetto di interpretazione. Le terapie congiunte genitore-bambino proposte da Cramer e Palacio-Espasa della scuola di Ginevra (1993) mettono in evidenza come l’area delle relazioni disfunzionali può presentarsi attraverso un ripetuto “copione” di relazioni conflittuali, maltrattamenti, abusi, psicopatologie che si trasmettono da una generazione all’altra. Il cambiamento terapeutico avviene a seguito dell’interpretazione, rispetto alla “sequenza interattiva sintomatica”: la conflittualità nei genitori può manifestarsi attraverso un pattern interattivo ripetitivo con il bambino. Il cambiamento terapeutico si attua attraverso il lavoro psichico che il genitore fa con l’analista e il potenziale transfert del bambino verso il terapeuta che passa attraverso il contemporaneo transfert genitoriale (Palacio-Espasa, Cramer, 1989).

Le terapie congiunte genitori-bambino hanno aperto nuove prospettive di intervento e ne hanno ampliato il focus sviluppandosi prevalentemente in questi ultimi anni come consultazioni terapeutiche (Manzano, Palacio-Espasa, Zilkha, 2001). Queste consultazioni si indirizzano in modo più ampio ai vari componenti del nucleo familiare e possono essere effettuate oltre il periodo della prima infanzia attraverso interventi brevi che possono venire reiterati nel tempo. Anche i punti di vista teorici e tecnici che possono sembrare diversi nelle differenti Scuole non sono tuttavia alternativi. Stern, per esempio, mette in evidenza il transfert positivo e l’alleanza terapeutica in una particolare organizzazione psichica caratteristica del periodo perinatale: la costellazione materna. La madre ha necessità di essere sostenuta e valorizzata per riorganizzare la sua identità come madre e il terapeuta si trova a ricopri-

re la funzione di una buona “nonna” (Stern, 1995).

La tecnica adottata dalla scuola inglese, nei trattamenti della Tavistock Clinic nell'Under Fives Counselling Service di tradizione kleiniana e bioniana, comporta interventi più specificatamente psicoanalitici, centrati sulle competenze di ascolto del terapeuta. Nel bambino incarcerato nel sintomo si intravedono fantasmi, paure inespresse: la “pregnanza” del sintomo copre l'assenza di immaginazione. Il processo terapeutico avviene in gruppo attraverso l'attivazione di un processo di *rêverie* collettivo. “L'oggetto gruppale” è contemporaneamente il bimbo, i suoi genitori e i co-terapeuti.

La consultazione terapeutica Tavistock si basa sul concetto bioniano di contenimento e si estende alle relazioni intrafamiliari: la relazione con il terapeuta dovrebbe fornire ai genitori un modello di funzione parentale efficace. Nella consultazione genitore-bambino questo modello implica che, nella “mente” dei genitori, l'esperienza del contenimento favorisca processi di cambiamento. La consultazione diventa un primo riferimento per dare ai genitori in difficoltà un aiuto e creare le basi per un lavoro psicoterapeutico più approfondito.

In ambito italiano altre modalità di intervento a orientamento psicoanalitico sono la “consultazione partecipata” (Vallino, 2004, 2007, 2009), intervento che si ritiene utile come preparazione a una psicoterapia. Questa modalità è un'estensione dell'Infant Observation alla clinica infantile: prevede sedute ripetute nel tempo, in cui i genitori partecipano con l'analista ai giochi del figlio per poi fare riflessioni sul significato comunicativo ed evolutivo del comportamento. Prima ancora di poter capire il bambino, c'è bisogno che il terapeuta recuperi la caduta di pensiero di genitori dominati dall'angoscia, mentre i bambini si aspettano di poter essere rimessi in contatto con i loro genitori.

Modelli per il trattamento dei disturbi relazionali precoci secondo invece un vertice teorico a indirizzo comportamentale sono, ad esempio, quelli proposti da Susanne McDounough (McDounough, 1992): la tecnica maggiormente utilizzata è quella della videoregistrazione che consente al terapeuta di evidenziare ai genitori quegli aspetti dell'interazione che possono attivare processi di cambiamento nel comportamento genitoriale. Questa tecnica è ritenuta una modalità non intrusiva che consente di trattare bambini con disturbi funzionali e problemi organici e genitori che manifestano resistenze. Una prima valutazione clinica del funzionamento familiare viene effettuata a domicilio e i genitori sono invitati a partecipare insieme a tutti gli altri membri della famiglia, compresa la generazione dei nonni. Questi familiari, anche se poi non entreranno nel trattamento successivo, possono comunque sostenere i genitori indirettamente. I genitori vengono coinvolti attivamente nelle osservazioni dei comportamenti durante l'interazione e partecipano alla valutazione dei progressi del trattamento e dei cambiamenti attraverso i filmati realizzati durante le sedute. I processi di cambiamento vengono commentati progressivamente durante la loro evoluzione. Questa tecnica consente un feedback di ciò che accade nella relazione: attraverso domande il terapeuta sollecita processi di riflessione e commenti sui vissuti dei genitori, sottolineando esempi specifici di comportamento positivo e di competenza genitoriale che possano consentire un cambiamento rispetto alle problematiche identificate. Un aspetto positivo della videoregistrazione è documentare i cam-

biamenti che si manifestano progressivamente durante tutto il trattamento. Se si manifestano momenti di impasse, una visione dei filmati dei cambiamenti ottenuti nel passato potrà incoraggiare i genitori a proseguire nella psicoterapia. Al termine del trattamento i filmati vengono consegnati ai genitori, quale documentazione dei cambiamenti durante il corso del trattamento.

Altri approcci teorici al trattamento psicoterapeutico, come quello proposto da Brazelton (Brazelton et al., 1979), si fondano prevalentemente sulla promozione della “capacità di previsione” nel genitore (Kernberg, 1992): si focalizzano sulla qualità dell’interazione tra genitore e bambino intesa come predittiva dello sviluppo successivo del bambino e indicano che quando il genitore diventa consapevole del modo in cui stimola il proprio bambino, diventa anche più cosciente degli effetti prodotti dalle sue azioni sullo sviluppo stesso del bambino. Il comportamento interattivo del genitore riflette la sua adeguatezza a sostenere lo stadio evolutivo attuale del bambino, ma implica anche la possibilità di anticipare imminenti cambiamenti evolutivi. Viene definito “comportamento di previsione” la capacità genitoriale di promuovere e sostenere lo sviluppo del bambino, attraverso capacità intuitive (Papousek, Papousek, 1975) di sintonizzazione affettiva (Stern, 1985) e processi di empatia (Hoffmann, 1994), in modo da capire i segnali e i comportamenti del bambino e di prevederne l’evoluzione favorendone l’organizzazione. Il comportamento di previsione implica una capacità del genitore di attribuire un significato alla comunicazione e al comportamento del bambino e di rispondergli trasformando i segnali in messaggi significativi e riconoscibili per favorire una risposta adeguata nel bambino. Questi interventi terapeutici hanno come obiettivo la promozione di un’interazione primaria di comportamenti adeguati in modo che questi costituiscano una struttura di sostegno, uno scaffolding allo sviluppo del bambino.

4.5 La consultazione terapeutica prenatale: l’anticipazione preventiva come fattore protettivo

L’area di possibile attivazione di cambiamento prima della nascita è quella relativa alla perinatalità psichica dei genitori, in primo luogo costruendo percorsi di prevenzione, protettivi di eventuali patologie che potrebbero evolvere in modo anche grave.

L’intervento dello psicologo clinico perinatale, con una coppia o con il singolo genitore, può avvenire non solo su richiesta dei genitori interessati, ma anche attraverso una segnalazione di opportunità da parte di altre figure professionali (ginecologo, pediatra, ostetrica, puericultrice). Il suo compito, in questo caso più difficile, potrà allora svolgersi attraverso una supervisione con gli operatori che si occupano della nascita, in uno spazio condiviso e in sintonia.

Come abbiamo cercato di evidenziare nei precedenti capitoli (capitoli 2 e 3), il processo mentale della genitorialità è una “costruzione” che si sviluppa evolutivamente nel corso dello sviluppo dell’individuo (Bydlowski, 1989) attraverso l’infanzia, l’adolescenza e l’età adulta: per quanto riguarda la madre, la presenza di conflittualità o di antiche ferite può riflettersi nel livello di tolleranza materna ai cambiamen-

ti psicofisiologici della gestazione, nelle sue interazioni con il feto, nelle anticipazioni del possibile dolore del parto e sarà rispecchiata da eventuali complicanze ostetriche e pediatriche (Bydlowski, Rauolu Duval, 1978). La fragilità della donna durante la gestazione è una potenziale fonte di pericolo, ma contemporaneamente anche di creatività se adeguatamente supportata da un sostegno psicologico, che potrà consentire ristrutturazioni psichiche benefiche (Cramer, Palacio-Espasa, 1993).

La nascita di un bambino veicola un triplice significato: nascita in senso biologico, nascita come psiche del bambino e nascita della rappresentazione della psiche del bambino nella psiche dei genitori (Carel, 1990). La genitorialità implica la costituzione di un involucro psichico con una triplice capacità di contenimento: della propria storia individuale, di quella coniugale e di quella transgenerazionale. Nel bambino un Sé “psicofisiologico” prenatale (Mancia, 1989) potrà svilupparsi entro una continuità biologica verso un “Sé emergente” (Stern, 1989), di neonato, se la nascita avviene entro un “ambiente” sufficientemente buono e contenitivo (Winnicott, 1965). Vi sarebbe una continuità nella linea dello sviluppo dalla prenatalità alla perinatalità facendo riferimento “all’Individuo” del periodo antecedente la nascita (Winnicott, 1966) con la possibilità di una continuità tra la funzione di contenimento interno durante la gestazione, nell’utero materno, a quella di un contenimento dell’ambiente esterno (Golse, 1995). A questi concetti Missonnier aggiunge quello di funzionamento psichico “materno prenatale placentare”, per evidenziare la capacità funzionale di una gestazione psichica di contenimento e di interazione da parte della madre nei confronti del prodotto del concepimento (Missonnier, 2005).

Nella consultazione terapeutica postnatale “il bimbo è presente”, con i genitori e con le loro proto rappresentazioni: nella consultazione terapeutica prenatale il “bimbo è virtuale” (Missonnier, 2005), ma può ugualmente essere investito di una relazione carica di identificazioni proiettive, in cui si sviluppa l’attaccamento. La consultazione terapeutica prenatale può consentire uno spazio e un tempo in cui sia possibile per i genitori rivedere i problemi interiori riattivati durante la gestazione, e così essere poi in grado di ripristinare una realtà con il loro bambino liberandolo dalle identificazioni distorte derivate dalla propria storia generazionale. Come in uno scenario teatrale, il setting della consultazione può consentire ai genitori di esprimere le proprie identificazioni proiettive, mentre il terapeuta come un regista ne assicura il contenimento.

Missonnier fa riferimento a quattro postulati teorici che il terapeuta deve tenere in considerazione nel corso della consultazione prenatale:

1. il bambino occupa un posto intermedio tra lo spazio intrapsichico e quello extrapsichico genitoriale;
2. il feto non va considerato come estensione narcisistica materna fino al termine della gravidanza, perché secondo l’autore il feto è un “bambino virtuale” con cui la madre stabilisce una relazione di narcisismo semmai si può parlare in casi particolari;
3. gli aspetti transgenerazionali della dinamica familiare devono essere considerati valutando la stratificazione di rappresentazioni transgenerazionali presenti in ogni filiazione;
4. la maggiore trasparenza psichica favorita dai processi della gestazione può riattivare conflitti antichi con i propri genitori.

È pertanto indispensabile supportare quei genitori che hanno avuto esperienze traumatiche durante il periodo della gestazione.

La durata temporale della consulenza terapeutica prenatale può variare da un intervento specifico breve di alcuni colloqui in seguito a una crisi genitoriale a una terapia breve, da 3 a 10 sedute, fino a una più lunga terapia psicoanalitica. Il terapeuta opera prevalentemente attivando un contesto di contenimento, attraverso una presenza empatica di condivisione degli affetti. L'intersoggettività verbale e non verbale e l'empatia sono i principali strumenti. Il setting delle consultazioni terapeutiche prenatali è spesso quello istituzionale dei reparti di maternità ospedalieri: pertanto, il contenimento terapeutico fa parte di un "meta-contenimento" istituzionale più vasto.

Il lavoro del terapeuta è orientato a mantenere una continuità che consenta ai genitori, quando verrà il momento della nascita, di poter proseguire nell'elaborazione di vissuti che sono stati già loro "anticipati" e che potranno ora essere messi a confronto con la realtà. Missonnier fa così riferimento a strategie di "anticipazione preventiva" che vengono mobilitate dall'intervento terapeutico: i genitori vengono aiutati a metterle in scena entro un contenitore protettivo. Lo sviluppo di questa funzione di "anticipazione" della genitorialità, a partire dal periodo prenatale, è fondamentale perché consente di attivare preventivamente il cambiamento che avverrà nella transizione dalla genitorialità prenatale alla genitorialità postnatale, aiutando i genitori a fronte di eventuali sopravvenuti problematiche psicosomatiche, ostetriche, pediatriche. Le dinamiche del presente della gestazione e delle esperienze del passato, prossimo o remoto dell'infanzia dei genitori, sono presenti anche durante il parto e nel dolore a esso collegato. La percezione del dolore è notevolmente condizionata dai processi psichici della donna, attivati nel momento e nelle condizioni del parto stesso (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2011, cap. 6). Il supporto di un sostegno perinatale può consentire un cambiamento: il primo richiesto deriva dal confronto tra il bambino immaginario (Lebovici, 1992) e il bambino reale, attraverso una rappresentazione "anticipatrice" del proprio bambino (Perard-Cupa et al., 1992). La ricongiunzione potrà essere semplice se il bambino non presenta anomalie: l'instaurarsi invece di patologie, prenatali e perinatali, o una diagnosi prenatale infausta, rendono questo percorso molto complesso e il cambiamento difficile e doloroso.

Il percorso che conduce alla genitorialità può prendere direzioni diverse e imprevedibili. Se si presenta un handicap o un problema psicofisico alla nascita del bambino, un fattore preventivo di eventuali disturbi psichici che possono insorgere nei genitori a seguito di un infelice evento risiede proprio nella funzione protettiva di una "anticipazione", intesa come capacità di immaginare eventuali fatti imprevisi. Questa capacità può essere già presente nella mente del genitore o può venire sollecitata e supportata da interventi di consulenza o psicoterapeutici.

L'anticipazione preventiva è considerata una funzione importante che ritroviamo comune e trasversale a diversi vertici teorici di riferimento (Brazelton et al., 1979; McHale, 2010).

La "conoscenza anticipatrice", così come viene definita da Stern (Stern, 1977), è quella capacità mentale di affrontare l'imprevisto, che può presentarsi con sorprese nefaste senza per questo che il soggetto ne debba annichilito e può essere accostata alla "capacità negativa" descritta da Bion (1970) di saper stare nell'incertezza, nel dub-

bio. Questa capacità implica riuscire a tollerare la decostruzione del già saputo, per trovarsi di fronte al “non sapere”, fino a che lentamente emergano nuove possibilità di senso, fino ad allora insospettabili. Di fronte a un evento critico come una diagnosi prenatale infausta (a seguito di una malformazione, di un'anomalia genetica, oppure di una nascita pretermine) la capacità genitoriale di anticipazione è un indicatore preventivo nei confronti di eventuali disturbi psichici dei genitori, ad esempio la depressione post-partum, ma rappresenta soprattutto un fattore protettivo per il bambino. La capacità di anticipare implica saper attivare un cambiamento, immaginare un futuro eventualmente diverso da quello progettato e prevedere le proprie reazioni emotive e comportamentali in relazione alle conseguenze che potrebbero eventualmente accadere: è fare ipotesi sulle diverse soluzioni possibili e sulle proprie risposte (Ionescu et al., 1997).

Il concetto di anticipazione è sottinteso anche alla teoria dell'attaccamento di Bowlby (1988) con i modelli operativi interni: il bimbo attraverso i MOI ha dei modelli di relazione di sé con l'altro che gli consentono di anticipare le modalità relazionali con altri individui. Analogamente i MOI agiscono nei genitori.

Così pure il concetto di anticipazione preventiva è stato operazionalizzato attraverso una procedura sperimentale prenatale (Fivaz et al., 2002) negli interventi psicoterapeutici sistemici (Fivaz et al., 1999). Questa procedura consente di indagare le modalità relazionali che i genitori prevedono di adottare con il futuro bambino.

Nello studio della transizione alla genitorialità, Fivaz-Depeursinge ha rivolto l'attenzione alle interazioni triadiche madre-padre-bambino (Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery, 1999). Dal punto di vista teorico, il riferimento è a un approccio intersoggettivo sistemico-familiare secondo cui la triade viene definita come un sistema co-evolutivo non riducibile alla somma dei sistemi diadici che la compongono. In questa prospettiva vengono studiate le interazioni triadiche già a partire dalla gravidanza, che rappresenta il momento di preparazione all'emergere della triade relazionale (Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery, 1992). Le rappresentazioni che si animano nella mente dei genitori tra di loro durante la gravidanza e nella loro relazione con il proprio bambino futuro organizzano le interrelazioni che essi avranno poi con il neonato (Stoleru, 1989; Stoleru et al., 1985; Ammaniti, Stern, 1991).

A tal scopo Fivaz-Depeursinge ha sviluppato una procedura osservativa che consente di valutare la qualità delle interazioni del sistema triadico padre-madre-bambino già in gravidanza, prima che compaia il bambino reale della triade. Tale procedura è denominata il Lausanne Triadic Play (LTP) (Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery, 1999) e prevede una situazione di interazioni con l'utilizzo di una bambola al posto del bambino, con un successivo confronto al quarto mese post partum una volta nato il figlio. Ciò consente di predire i comportamenti che poi i genitori avranno con il loro neonato e di verificarlo dopo la nascita. L'interazione dei genitori tra loro e con il bambino durante la gestazione viene così osservata in laboratorio e poi in diversi altri momenti dopo la nascita. La coppia genitore-bambino e la triade madre-bambino-padre vengono considerate dei sistemi tra loro interdipendenti. Le osservazioni vengono videoregistrate e analizzate con modalità di microanalisi. L'intervento ha spesso luogo all'interno di una rete terapeutica, secondo l'approccio sistemico, in cui spesso vengono coinvolti diversi professionisti (pediatra, infermiere, psi-

cologo, neuropsichiatra). La terapia è multifocale, cioè può orientarsi su molteplici aspetti dell'interazione, dal conflitto all'accordo: il terapeuta entra nel sistema con la modalità ritenuta più pertinente, sia in fase di osservazione e proposta preventiva che in fase di attuazione della situazione terapeutica. L'approccio della Fivaz ha come obiettivo quello di attivare le risorse della famiglia anticipandone le rappresentazioni prima che il bimbo agisca, esercitando in tal modo una funzione preventiva nel promuovere una co-evoluzione (Fivaz et al., 1992) del sistema genitoriale e del sistema bambino.

4.6 Gli organizzatori psichici del cambiamento perinatale genitoriale: funzione simbolica degli esami medici e delle consultazioni ostetrico/ginecologiche

Secondo Missonnier (2005) i controlli medici nel periodo perinatale sono anche “organizzatori psichici” che declinano il cambiamento nel processo di genitorialità. I momenti di consultazione e di confronto con medici, ostetriche e altri operatori della nascita, attraverso le indagini di routine specialistiche che vengono effettuate durante la gravidanza, parto e post partum, sollecitano processi di simbolizzazione che scandiscono il percorso interiore della gestazione, nascita, parto e puerperio, accompagnando l'evoluzione psichica della genitorialità.

I rituali connessi alla nascita esistono da sempre, come una funzione simbolica protettiva nei confronti della donna del nascituro e della famiglia. Questo ruolo nella nostra attuale società viene svolto ed efficacemente rinforzato da tutta la serie di controlli sanitari cui ben volentieri le donne e le coppie si sottopongono: essi svolgono, oltre le loro funzioni sanitarie, anche un ruolo rituale che come tale, inquadrato nel sociale, ha funzioni di “organizzatore psichico” nel processo di genitorialità (Missonnier, 2005). I reparti maternità sono uno spazio rituale di iniziazione, in cui più figure professionali intervengono ed esercitano cooperativamente una funzione preventiva delle angosce attraverso una elaborazione creativa e condivisa della nascita.

Nel periodo prenatale tra gli organizzatori psichici l'ecografia rappresenta un punto di incontro tra professionisti-feto-genitori e operatori, un luogo privilegiato per una “riflessione” pre-natale (Missonnier, 2005): ciò induce nei genitori un confronto con il feto reale e una risonanza con il bambino immaginato, retaggio della storia individuale, coniugale e generazionale. Le valenze emotive dell'immagine ecografica si collocano tra due polarità: confermano il processo di genitorialità e le funzioni di contenimento, oppure conducono a una crisi psichica, grave di identificazioni proiettive patologiche, nei casi di anomalie. In questi ultimi anni l'ecografia consente l'accesso a una consultazione psicoterapeutica che può consentire la metabolizzazione genitoriale delle inquietanti ripercussioni inerenti la rivelazione e fornire un supporto dinamico dell'anticipazione del bambino. Su questi vissuti si potrà elaborare un percorso psicoterapeutico.

L'ecografia può diventare anche uno spazio transizionale, luogo di transizione (Pe-

ruchon, 1997), per l'elaborazione di vissuti relativi alla salute del bambino. Nella donna si attua l'"anticipazione immaginaria" che la conforta come un "organizzatore psichico" contro le angosce spesso inevitabili di eventuali malformazioni del nascituro, le quali di per se stesse possono avere potenzialità strutturanti o distruttive, a seconda dei conflitti della genitorialità (Cramer, Palacio-Espasa, 1993). Alcuni autori fanno riferimento ai significati positivi che possono assumere anche le angosce rispetto al feto, in quanto rappresentano un aspetto del legame di attaccamento materno: la loro mancanza potrebbe significare al contrario un segno negativo di tale attaccamento (Leifer, 1977). In assenza di anomalie fetali questi timori sono interpretati sia come una manifestazione di difficoltà del processo della maternità, sia come una "anticipazione creatrice" che tutela dalla imprevedibilità di eventuali fatti traumatici.

Anche una diagnosi prenatale viene considerata come altro "organizzatore psichico" a funzione protettiva e permette di condurre a un accompagnamento perinatale multidisciplinare integrato e a un servizio di consultazione e di sostegno terapeutico condiviso.

Il confronto con il neonato reale è considerato un "organizzatore psichico". La depressione post partum funziona anch'essa come organizzatore psichico, nei casi meno favorevoli, in cui non si sia riusciti a evitarla: essa rappresenta un momento di ritiro psichico dalla realtà che reclama aiuto, che in tal modo può essere offerto alla donna.

Il dolore del parto può fungere come "organizzatore psichico": comporta un dolore fisico e un dolore psichico. Il timore del dolore comporta la richiesta di analgesia: Missonnier (2005) evidenzia come un parto programmato per convenienza personale e non per obiettivi medici sottintende una vulnerabilità psichica che può costituire fattore di rischio, e che come tale va presa in considerazione. L'autore indica pertanto come sia necessario comprenderne il significato e favorirne una sua eventuale elaborazione.

Le richieste di parto programmato per convenienza personale sottintendono una domanda di aiuto, mascherata, e costituiscono un indicatore prenatale di un disagio che ha necessità di essere elaborato. Il controllo difensivo sotteso non viene spesso percepito, perché avviene una collusione con analoghi vissuti negli operatori della nascita.

L'evento parto ha il significato organizzatore di una separazione tra la donna e il bimbo fino ad allora considerato quasi parte di sé.

La nascita prematura o con patologie del neonato, sono anch'essi "organizzatori psichici" che comportano per il genitore una doppia separazione: quella della nascita e quella dell'allontanamento del neonato in un reparto di patologia intensiva neonatale. Il ricovero del neonato in una UTIN spesso impedisce una simbolizzazione e un'elaborazione della nascita dei genitori come tali. La loro sofferenza può essere molto elevata anche se nascosta. Di fronte al trauma della doppia separazione, quella della nascita a seguito del parto e quella del ricovero del bambino nato pretermine, i genitori non hanno la possibilità psichica di elaborare il lutto per la perdita, come avviene in una nascita a termine in cui si attiva invece un processo di ricomposizione del bambino immaginato nel bambino reale. Il bambino ricoverato è un bambino distante, difficilmente raggiungibile anche a livello sensoriale e questo rende molto più complesso il processo di simbolizzazione della separazione.

4.7 Integrazione tra ricerca e clinica per monitorare il cambiamento

Considerazione particolare va dedicata alla teorizzazione e alla modalità di intervento operata da Stern nel modello teorico della Costellazione materna (1995). Nel periodo perinatale la madre e il padre si trovano in una situazione psichica particolare, un'organizzazione unica della vita psichica genitoriale, che fa del genitore un "paziente" speciale. L'alleanza terapeutica entro cui può trovarsi a lavorare un terapeuta è pertanto diversa. Con la gravidanza e la nascita del figlio cambiano gli interessi, le paure e le preoccupazioni: i pensieri materni sono focalizzati su uno stato affettivo particolare, di innamoramento del bambino e in questo le madri hanno necessità di essere sostenute. La Costellazione materna è un costrutto costituito da quattro tematiche in cui si organizzano le relazioni interpersonali della madre secondo i suoi desideri, paure, ricordi e sentimenti. Questo costrutto può essere sintetizzato nel tema "vita, crescita-sviluppo del bambino", in quello della "relazionalità primaria genitore-bambino", della "matrice di supporto sociale alla genitorialità" e in quello della "riorganizzazione dell'identità del genitore". La Costellazione materna comprende anche una "trilogia" di preoccupazioni specifiche del legame della madre con sua madre, il rapporto della donna con se stessa in quanto madre e il rapporto con il suo bambino. In ognuna di queste aree, che la ricerca ha posto in luce, occorre indagare nella clinica del singolo caso se si vuole porgere aiuto alla donna che ne abbia bisogno.

La relazione della madre con il suo bambino è l'organizzazione psichica più pregnante della Costellazione materna: il transfert che si sviluppa in questa situazione consiste nell'elaborazione del desiderio della donna di essere supportata e aiutata da un'altra figura con funzioni materne. Anche in contesti non terapeutici le madri cercano altre donne, come l'ostetrica, l'infermiera, la puericultrice che condividano la loro esperienza personale fornendo sostegno e incoraggiamento (Winnicott, 1987). Nella situazione terapeutica questa ricerca di aiuto viene rappresentata dalla figura del terapeuta attraverso il transfert che Stern (1985) denomina "transfert della buona nonna": il terapeuta interviene con consigli, visite a casa, orientando la terapia più sugli aspetti positivi che non sulla patologia.

L'approccio terapeutico secondo Stern può essere descritto in base a tre aspetti:

- la scelta del punto di ingresso nel sistema relazionale valutato come pregnante (per esempio le rappresentazioni dei genitori, il comportamento del bambino, l'interazione madre-bambino, il comportamento della madre);
- la scelta del bersaglio che il terapeuta si propone di modificare (per esempio il comportamento della madre oppure le rappresentazioni dei genitori);
- le modalità di trattamento (interpretazione, chiarificazione, rinforzo, educazione, sostegno, consiglio).

Le terapie madre-bambino sono in genere brevi e contano dalle 3 alle 12 sedute, di solito settimanali. Qualora si rendesse necessario un tempo più lungo, si suggerisce una psicoterapia individuale per la madre. Dato che il sistema relazionale che è stato oggetto di intervento può ripresentarsi in forma diversa in diverse fasi dello sviluppo, la terapia può essere ripetuta una o più volte a distanza di tempo.

Stern fa riferimento a due concetti propedeutici alle consultazioni terapeutiche: il “bambino osservato” e il “bambino clinico” (Stern, 1985). Questi due concetti sono da considerarsi trasversali e complementari a tutti gli interventi terapeutici. Con “bambino osservato” l'autore indica l'importanza della ricerca e dei dati conoscitivi derivati dagli studi della psicologia dello sviluppo, attraverso setting di osservazione sperimentale che vanno conosciuti anche dal terapeuta clinico. Con “bambino clinico” richiama le rilevazioni della clinica e i modelli psicopatologici dell'infanzia, con riferimento alla “indagine” e alla “ricostruzione” che il terapeuta deve saper utilizzare per attivare un'adeguata proposta terapeutica. Attraverso questi due concetti Stern propone un'integrazione tra ricerca e clinica per monitorare il cambiamento nell'evoluzione del trattamento: gli sviluppi della ricerca possono dare un contributo per la comprensione degli aspetti clinici. L'autore propone pertanto un modello terapeutico che opera in modo complementare e integrato (Stern, Bruschiweiler, 1989), facendo riferimento al modello conoscitivo (bambino osservato) e a quello di intervento (bambino clinico) in cui sono utilizzate in modo circolare l'osservazione dell'interazione reale e l'indagine clinica retrospettiva. In ogni intervento clinico occorre tenere in considerazione l'ottica delle due prospettive, osservazione reale e clinica, contemporaneamente presenti in ogni interrelazione dinamica. Il bambino osservato consente una comprensione dello sviluppo infantile e delle relazioni attuali; il bambino clinico consente di accedere alla complessità e alla ricchezza del mondo interno intrapsichico e relazionale infantile. Sono due vie di accesso complementari ed entrambe necessarie per i trattamenti in ambito perinatale: l'osservazione del bambino consente di registrare cambiamenti osservabili percettivi, motori, conoscitivi, emotivi, reattivi, utilizzando metodologie sperimentali di videosservazione; attraverso il concetto di “bambino clinico” si intendono le complessità di indagine e di comprensione delle motivazioni del comportamento, delle dinamiche intrapsichiche e interpersonali, delle rappresentazioni e dei significati emotivi dell'esperienza. In tal modo Stern descrive gli interventi precoci in ambito perinatale come nuove modalità di trattamento per una “nuova popolazione clinica” (Stern, 2006), che ha esigenze diverse rapportate al periodo dello sviluppo che sta attraversando il bimbo. Tale modalità va esaminata nella sua realtà e nel suo contesto clinico al di là di valutazioni consuete per altri contesti terapeutici.

4.8 I fattori fondamentali di cambiamento comuni alle diverse vie di accesso all'intervento

Stern mette in evidenza come nella maggior parte degli approcci terapeutici precoci i risultati siano positivi e rileva come in tutte le terapie ci siano fattori comuni che consentono di raggiungere risultati efficaci: si tratta di “fattori non specifici”, non sempre facili da individuare nella singola terapia. Questi fattori vengono definiti più propriamente “fattori fondamentali”, ritenuti i più importanti, e ne vengono sottolineati quattro:

1. il tipo di relazione clinica in cui interviene il terapeuta;
2. le caratteristiche del transfert;
3. l'elaborazione del processo terapeutico nel contesto di sviluppo e
4. gli aspetti clinici positivi.

Il primo fattore riguarda la relazione genitori-bambino-terapeuta. Il terapeuta può intervenire con il singolo individuo come “paziente” oppure considerare “paziente” la relazione e intervenire sul mondo rappresentazionale e sulla sua influenza nell'interazione. Il secondo fattore comune ai diversi approcci terapeutici è costituito dal transfert, che viene tenuto in considerazione con modalità diverse a seconda dei vertici teorici di riferimento: in ambito non psicoanalitico si parla di alleanza terapeutica in relazione a un transfert positivo. Analogamente il controtransfert, strumento fondamentale per il terapeuta, consente al clinico di avvicinarsi alla propria risonanza rispetto ai disturbi della relazione.

Il terzo fattore segnalato da Stern è caratterizzato dal cambiamento dovuto al processo terapeutico nel contesto del bambino, attraverso processi di elaborazione che si sviluppano con modalità “verticali”, cioè progressivamente nel tempo: il parametro di riferimento per il terapeuta è un trattamento breve che può essere reiterato nel tempo, longitudinalmente, durante le diverse fasi dello sviluppo e della crescita del bambino. La maggioranza delle psicoterapie, durante il periodo perinatale, hanno una durata breve: questa modalità molto spesso comporta che l'intervento debba venire ripetuto a cicli periodici, magari dopo un intervallo di alcuni mesi. Nel trattamento con gli adulti è necessaria una “elaborazione” del materiale clinico, perché gli effetti siano più duraturi. In ambito evolutivo invece, e ancor più in ambito perinatale, quanto più il bambino è piccolo tanto più è impossibile poter attivare un processo di elaborazione prolungato nel tempo, a meno che si tratti di un intervento di psicoterapia individuale. Risulta più funzionale all'accompagnamento dei genitori, nel loro processo di evoluzione della genitorialità e di crescita del bambino, rivederli a periodi ciclici, quando devono affrontare nuove tappe dello sviluppo del bambino e possono incontrare difficoltà non ancora esplorate.

Così in ambito perinatale si verifica la possibilità che i genitori si presentino nei primi mesi di vita del bimbo per una consulenza in relazione a una problematica, ad esempio del sonno, e il cambiamento possa verificarsi abbastanza velocemente; dopodiché la famiglia può ritornare dopo il primo anno per un altro problema relazionale. Anche in questo caso potrebbe essere possibile ottenere un cambiamento con alcune settimane di trattamento. I genitori possono ritornare ancora successivamente con altre problematiche, a seconda del periodo di sviluppo che sta attraversando il bambino: il problema può essere sempre lo stesso, ma ripresentarsi con sfaccettature diverse. Se non è possibile subito una risoluzione, spesso è necessario aspettare che si abbia accesso alle diverse aree di sviluppo prima di poter accedere a un'elaborazione che possa essere assimilata, compresa e possa esitare nel cambiamento.

Le psicoterapie in ambito perinatale, intese come “consultazione terapeutica perinatale” (Missonnier, 2005), fanno riferimento più propriamente a consultazioni, più che a procedimenti terapeutici. Ciò sottolinea il fatto che può rendersi necessario reiterare l'intervento secondo le modalità insite ai processi di sviluppo che

caratterizzano il periodo evolutivo in cui viene richiesto.

Brazelton (Brazelton, Als, 1979), indica che nella transizione a ogni nuova fase di sviluppo il bambino e i suoi genitori sono orientati al cambiamento: per questo le psicoterapie in ambito perinatale sono interventi e/o consultazioni terapeutiche a breve termine. Il termine breve può essere riferito al numero ridotto delle sedute terapeutiche (3-10) oppure alla durata nel tempo. Gli interventi ripetuti nel tempo consentono ai bambini e ai loro genitori di accedere a elaborazioni progressive. Talora ciò che in altri termini potrebbe apparire come un cambiamento terapeutico fallito assume invece connotazioni ottimali in un contesto di sviluppo. Quello che in ambito perinatale e della prima infanzia può essere ottenuto con trattamenti ripetuti, nel tempo ha la stessa efficacia di quei trattamenti continui a lungo termine in altre situazioni cliniche. In ambito di consultazione perinatale e di trattamenti della prima infanzia, la caratteristica di un'elaborazione ottenuta verticalmente fa sì che alla fine di ogni fase del trattamento il transfert non venga risolto o ridotto, così che i genitori possano gestire i periodi di interruzione tra le fasi del trattamento. Queste modalità, caratteristiche dei trattamenti nella prima infanzia, non vanno considerate con connotazioni negative o come incomplete, ma come una terapia in cui il trattamento e i cambiamenti avvengono a tappe successive, intese come una necessità insita nella speciale popolazione clinica, che è in fase di sviluppo.

Una modalità per aiutare i genitori nei periodi tra le fasi di trattamento è la non risoluzione del transfert e/o il mantenimento di un transfert positivo. Con queste modalità è possibile al terapeuta accompagnare la famiglia che in genere ritorna per riprendere il trattamento, non con vissuti di fallimento per il precedente intervento, ma per trovare nuove modalità di risoluzione ad aspetti problematici presentati dalle nuove fasi di sviluppo del bimbo.

Il quarto fattore comune alle psicoterapie nella prima infanzia è di porre l'enfasi su ciò che è "sano" rispetto ciò che è patologico nel quadro clinico, in relazione al processo di sviluppo. Il sistema genitore-bambino è proteso al cambiamento dal processo di sviluppo stesso, insito al sistema in evoluzione. Negli adulti la forza dello sviluppo è inferiore, i desideri di benessere, lo stato di disagio e di sofferenza sono i principali motori del cambiamento: nel sistema genitore-bambino questi elementi sono secondari alle spinte di base della crescita, intrinseca allo sviluppo a cui propende l'individuo.

Un'ulteriore motivazione a considerare più gli aspetti positivi che quelli negativi è che, per la rapida progressione dello sviluppo, l'intero sistema genitore-bambino è sottoposto a riorganizzazione in diversi momenti di transizione delle fasi dello sviluppo. Proprio queste riorganizzazioni, che fanno parte dei processi di sviluppo, possono favorire una maggiore apertura al cambiamento insita nel sistema stesso. Il maggior sostenitore di questo concetto è Brazelton (1992): l'autore indica come il sistema di base sia di per sé più aperto al cambiamento, anche per il fatto che periodicamente e in prossimità di fasi che si susseguono e che sono caratteristiche dei processi di sviluppo si presentano nuovamente periodi di maggiore apertura. La modalità relativa ai trattamenti brevi e ripetuti è pertanto considerata la più adatta alle situazioni di sviluppo nella prima infanzia.

4.9 Il Modello Dinamico di Interdipendenza di Stern: un'integrazione tra i diversi interventi perinatali

Un ulteriore concetto proposto da Stern è il Modello Dinamico di Interdipendenza. Negli approcci terapeutici precoci può essere molto complesso identificare chi sia veramente il paziente su cui prevalentemente indirizzarsi al fine di modificare alcune interazioni: quando sono presenti disturbi precoci della relazione, spesso il ruolo del bambino come portatore di disturbo è per i genitori il fulcro che per essi dovrebbe direzionare tutto il trattamento e che, secondo le loro aspettative, li conduce dallo specialista. Tuttavia, secondo Stern, non è così fondamentale che sia notificato chi è il paziente o a chi sia indirizzata principalmente la terapia perché essa si sviluppa comunque se il terapeuta è esperto, all'interno del contesto evidenziato dal modello genitore-bambino. È questo il primo fattore comune a tutti gli approcci terapeutici: i soggetti costituiti dai singoli, la madre, il bambino e il padre sono considerati tutti elementi di un sistema interdipendente e in costante interazione dinamica.

Il cambiamento può implicare modificazioni anche in uno solo degli elementi del sistema, ma tutti gli altri elementi ne vengono coinvolti, per adeguarsi alla modificazione intervenuta nel primo. Non ha molta importanza il punto prescelto per entrare nel sistema con la terapia: una volta innescato un cambiamento, tutto il sistema sarà comunque coinvolto nelle modificazioni. Possono essere possibili molte vie di accesso al cambiamento, determinate dal vertice teorico di riferimento del terapeuta (psicoanalitico, sistemico, comportamentista, teoria dell'attaccamento), ma il cambiamento all'interno del sistema è determinato dalla natura del sistema stesso (Stern, 1992).

Questo implica che approcci anche molto diversi possono avere uguali opportunità di promuovere efficacemente, e con successo, il cambiamento.

L'esperienza soggettiva della terapia e delle sue modalità di cambiamento sono comunque differenti: Stern riporta l'esempio del confronto tra due modalità terapeutiche con punti di entrata molto diversi, in cui i risultati terapeutici si sono manifestati con modalità abbastanza simili. L'approccio psicoanalitico di Ginevra (Palacio-Espasa, Manzano, 1982; Manzano et al., 2001) è rivolto prevalentemente a intervenire nelle rappresentazioni dei genitori, mentre l'approccio della McDonough (1992, 2006) a orientamento comportamentista educativo è rivolto prevalentemente al cambiamento del comportamento genitoriale nell'interazione. Le aspettative relative al primo approccio sono riferite a un cambiamento delle rappresentazioni genitoriali, mentre per l'altro sono prevalentemente rivolte al comportamento nella relazione. Entrambi i trattamenti portano però a cambiamenti sia nelle rappresentazioni genitoriali che nei comportamenti, evidenti dalle interazioni che vengono videoregistrate (Cramer, 1990). La ragione di questi risultati sta secondo Stern nella presenza di un "modello dinamico di interdipendenza", che trasferisce all'interno dell'intero sistema genitore-bambino l'intervento terapeutico applicato in un solo punto.

Il modello a orientamento psicoanalitico, prevalentemente focalizzato sulle rappresentazioni genitoriali, prende in considerazione le proiezioni, le identificazioni, le attribuzioni, le paure, i desideri, i conflitti, le fantasie del mondo rappresentazio-

nale genitoriale, “attivo” nell’interazione col bambino (Stern, 1991). Non tutto il mondo rappresentazionale dell’adulto viene considerato, ma solo gli aspetti più significativi per i problemi clinici della relazione col bambino. Secondo Stern nell’interazione del comportamento genitoriale sono presenti queste “rappresentazioni attive”: è possibile una loro identificazione attraverso l’osservazione clinica (Stern, 1971; Cramer, Stern, 1988; Cramer, 1990). I comportamenti intervengono per mantenere o rinforzare le rappresentazioni attive genitoriali. Il cambiamento del mondo rappresentativo genitoriale diventa evidente perché rilevabile attraverso i comportamenti sensibili che questi rivolge al bambino.

I diversi vertici di riferimento teorico e le rispettive modalità terapeutiche sono comunque orientate al cambiamento, che può essere rivolto prevalentemente a un elemento individuato come “bersaglio” (Stern, 1992): anche se le teorie sono diverse agiscono comunque sullo stesso “sistema funzionale” genitore-bambino. Ciò che diversifica gli approcci terapeutici sono i diversi punti di entrata nel sistema.

4.10 Le diverse “vie d’ingresso” nella consultazione terapeutica secondo la Teoria dell’Attaccamento

Nell’ambito del paradigma teorico dell’attaccamento recenti studi (Oppenheim, Goldsmith, 2010) fanno riferimento a diverse modalità di ingresso alla terapia, intese come opportunità di intervento in cui possono venire utilizzate strategie e modalità differenti, rivolte alle difficoltà relazionali genitore-bambino, che possano attivare esiti positivi nel trattamento. Oppenheim e Goldsmith (2010) individuano una strategia definita come “risoluzione” (Oppenheim et al., 2010): processo di rielaborazione a livello rappresentazionale e comportamentale in cui avviene una riorganizzazione di quei modelli operativi interni che risultano inadeguati alle situazioni relazionali attuali con il bambino, in seguito a un cambiamento delle condizioni esterne, come lutti o traumi.

Le diverse modalità di intervento operate secondo i vertici di riferimento della teoria dell’attaccamento che hanno come obiettivo comune la “risoluzione”, possono agire secondo due livelli: attraverso quello del sistema rappresentazionale genitoriale (Fraiberg, 1980) e quello del sistema comportamentale dei genitori. Sono due vie di accesso differenti, ma che possono condurre a esiti terapeutici simili perché gli aspetti delle rappresentazioni e del comportamento sono interconnessi e i cambiamenti che intervengono a livello di un sistema hanno ricadute sull’altro (Stern, 1995; Sameroff et al., 2004); non è pertanto determinante la via di accesso scelta per l’intervento, se non solo in quei particolari casi in cui determinati fattori di cambiamento positivi risultino invece vincolati a una specifica via di accesso piuttosto che ad un’altra.

Il focus dell’intervento viene comunque rivolto al genitore, considerando che l’adulto si possa rendere maggiormente responsabile, nell’impegno della interazione, a prendere in considerazione aspetti del proprio comportamento nell’ottica di rivedere quelli problematici e inadeguati nei confronti del bambino. Il cambiamento è

prevalentemente vincolato alla comprensione del “significato” del comportamento che il bambino manifesta e della risonanza emotiva che questo sollecita nelle rappresentazioni mentali genitoriali.

Può accadere che a seguito di traumi irrisolti pregressi, di fuorvianti aspettative rivolte al bambino o di percezioni distorte del bambino reale da parte dei genitori, questi ultimi non cercheranno di soddisfare i suoi reali bisogni ma distorceranno la sua immagine, affinché essa assuma particolari caratteristiche e connotazioni e si adegui a una propria immagine mentale (Zeanah, 2010); l'immagine del bambino “riparativo” o idealizzato prenderà il posto di quello reale, inducendo il genitore a una pressione intrusiva cui il bimbo reale si deve conformare. Il genitore non percepirà i reali bisogni, le capacità e le potenzialità del proprio bambino e la non avvenuta risoluzione, a seguito della mancata elaborazione, comporterà un permanere dei disturbi relazionali, con possibili conseguenze nefaste per lo sviluppo del bambino. Pattern di interazioni ripetitive di aspetti patologici del passato del genitore devono poter venire affrontate e “risolte” durante la “consultazione terapeutica”, consentendo al genitore una maggiore capacità di assumere una prospettiva empatica verso quegli aspetti problematici del comportamento del bambino (Lieberman et al., 2003).

Oppenheim e Goldsmith (2010) rilevano come le relazioni di attaccamento, orientate a pattern di tipo sicuro, siano sostenute in particolare da una capacità di “insightfulness” dei genitori, intesa come una capacità intuitiva di “vedere il mondo” dal punto di vista del bambino. Questa capacità materna e genitoriale, di “tenere nella mente il mondo interno del bambino” (Koren Karie, Oppenheim, Goldsmith, 2010) è fondamentale per lo sviluppo emotivo dei bambini stessi, in circostanze normali, mentre un suo incremento è da considerarsi un obiettivo fondamentale quando la situazione è precaria e occorre un trattamento della relazione genitore-bambino (Fonagy et al., 1995; Silverman, Lieberman, 1999; Slade, 1999).

Si può operare una prospettiva di cambiamento a due livelli: favorire nel genitore un implementamento dell'insightfulness con cui egli potrà rappresentare con modalità più attinenti il bambino reale, i suoi bisogni, le sue motivazioni, i suoi desideri, che potrebbero anche cambiare a seconda del contesto, e contemporaneamente apprendere ad attivare uno “scanning” dei propri stati mentali, monitorando costantemente sia le proprie rappresentazioni del figlio, sia le proprie funzioni genitoriali (Slade, 2010). Un cambiamento del comportamento problematico genitoriale può avvenire attraverso una “riformulazione” delle rappresentazioni negative e distorte del bambino e della relazione, liberando i fantasmi dalla stanza del bambino. Si individuano così le modalità di attaccamento sicuro, come fattori protettivi per lo sviluppo stesso (Steele, Steele, 2008).

La capacità nel genitore di insightfulness e di comprensione delle motivazioni implicite del comportamento problematico dei figli è un fattore determinante per il cambiamento e il successo terapeutico (Fonagy et al., 1991; Lieberman, 1997; Zeanah, Benoit, 1995; Koren Karie, Oppenheim, Goldsmith, 2010) e una maggiore capacità genitoriale di insightfulness è correlata a una riduzione dei problemi comportamentali dei figli; al contrario, una mancanza di cambiamenti nelle rappresentazioni distorte che le madri hanno dei loro bambini è associata a un aumento delle difficoltà di comportamento nei bambini stessi (Oppenheim, Koren Karie, 2002). La capacità nel geni-

tore di insightfulness favorisce lo sviluppo di una capacità di parenting adeguata a sostenere lo sviluppo del bambino e di una relazione di attaccamento sicuro (Oppenheim, Koren Karie, Sagi, 2001); la mancanza di insightfulness è un fattore di rischio che riduce i pattern di attaccamento sicuro e il senso di adeguatezza dei bambini (Oppenheim, Koren Karie, 2002). Questi concetti sono usati nella clinica: in situazioni di maltrattamento, di incuria e di traumi, è possibile ottenere un cambiamento nei bambini se si ottiene una tale “risoluzione”.

Nei casi di adozione i bambini possono sperimentare nelle nuove famiglie modalità di vita più positive che consentono loro di poter “revisionare” i modelli insicuri di attaccamento (Steele et al., 2010): il supporto psicologico può sostenere i genitori adottivi nel processo di mantenimento di scambi emotivi positivi, aiutandoli a tollerare l'eventuale evitamento del bimbo, la sua e la propria aggressività, l'oppositività e la provocazione, che sono tra le modalità comportamentali più frequenti nei bimbi che hanno subito maltrattamenti e abbandoni. I bambini traumatizzati in età precoce spesso hanno esperienze di fallimento e per loro risulta molto difficile poter attivare una regolazione emotivo-affettiva nelle interazioni, modalità che costituisce invece le basi per lo sviluppo di un sé stabile e organizzato, così come di un attaccamento sicuro. È necessario facilitare nel bambino la rievocazione di eventi passati positivi condivisi con i nuovi genitori, che possano contribuire a creare un nuovo legame di attaccamento. Il terapeuta può utilizzare le sedute in feedback, con i genitori per mettere in evidenza nuove modalità di comprensione del comportamento dei bambini adottati: attraverso un feedback in cui il terapeuta rivede insieme ai genitori alcune videosservazioni significative del trattamento, è possibile ritornare sui momenti cruciali della nuova relazione di attaccamento e “revisionare” le modalità interattive distorte, cercando percorsi più adeguati ai processi di sviluppo del bimbo.

Nei casi di affido le modalità che sembrano essere più positive e adeguate a un cambiamento nel bambino sono ciò che viene definito come “impegno” del genitore: la percezione della capacità del genitore affidatario di investire nella relazione con il bambino e il “coinvolgimento” emotivo nell'interazione con il figlio costituiscono una base affidabile e sicura per lo sviluppo del bambino stesso. Autori attuali stanno rivalutando le opportunità positive di queste due funzioni, “impegno” e “coinvolgimento”, che avevano costituito una chiave di lettura importante nelle prime teorizzazioni di Bowlby, sviluppate purtroppo invece poco negli studi successivi (Dوزير et al., 2010).

Nelle situazioni di affido può essere di basilare importanza, per questa popolazione di bambini, la percezione nel proprio genitore affidatario di quella che viene definita come “dedizione”, cioè la capacità genitoriale di consolare e di calmare l'angoscia nel bambino, indicativa della qualità dell'attaccamento. La capacità di “dedizione” di un genitore è un aspetto di criticità nella relazione di affido, così come la speranza che il genitore mantenga una relazione costante e duratura.

Il poter disporre di un genitore “impegnato” nella relazione rappresenta una situazione non minacciosa e di maggiore sicurezza: il bambino che non ha avuto un caregiver impegnato è maggiormente vulnerabile alle minacce. Un nuovo genitore non coinvolto potrebbe non sacrificarsi nel giusto modo per proteggere il bambino dal pericolo, esponendolo a esperienze di allarme cronico. Il livello di impegno del

caregiver è così un indice di previsione della durata dell'affido, della stabilità della relazione genitore-affidatario-bambino e degli esiti evolutivi delle cure affidatarie.

Nei casi di malattie croniche del bambino, è stato rilevato come elemento cruciale, per il senso di fiducia o sfiducia da parte dei genitori rispetto a come si rappresentano i problemi con il figlio, il modo in cui viene presentata loro la diagnosi (Oppenheim et al., 2010): la diagnosi di una patologia cronica può costituire una perdita metaforica del bimbo immaginato e desiderato, che verrebbe percepito come andato perduto per sempre, lasciando solo incognite e paure nei genitori per il suo sviluppo futuro. La possibilità di elaborare le emozioni suscitate dalla comunicazione della diagnosi, consente di revisionare le rappresentazioni non equilibrate del bambino e di sé, e di "risolvere" problematicità che potrebbero costituire nel tempo un fattore di ulteriore criticità nella cronicità della patologia stessa del bimbo, elevandone alla potenza gli eventuali effetti negativi e impedendo ai genitori di poter intravedere le acquisizioni evolutive del bimbo come segnali di miglioramento e di speranza per il suo sviluppo.

I bambini fanno affidamento sui caregiver per poter essere protetti dai pericoli e se subiscono traumi, se vengono maltrattati, abusati o abbandonati, viene gravemente compromessa la fiducia nella capacità delle loro figure di attaccamento (Bush, Lieberman, 2010). Le esperienze traumatiche minacciano la relazione di attaccamento. La capacità dei bambini di "recuperare" dopo essere stati sottoposti a relazioni violente è influenzata dalla qualità dei loro legami di attaccamento. Un bambino con relazioni di attaccamento sicure avrà rappresentazioni di sé e dell'altro positive e questo potrà favorire la sua fiducia nella possibilità di cercare e chiedere aiuto. I bambini con attaccamento insicuro sono più vulnerabili al trauma, in quanto privi o con scarse risorse interne emotive per far fronte al pericolo. Una terapia congiunta di intervento precoce consente al terapeuta di scandagliare la mente dei genitori, le loro esperienze traumatiche infantili che influenzano le funzioni genitoriali di accudimento e relazionali e poter così sostenere e potenziare gli aspetti sani dell'interazione.

I programmi di intervento precoce, per modificare il percorso evolutivo di genitori ad alto rischio e dei loro bambini (Powell et al., 2010), hanno l'obiettivo di aiutare i caregiver a rielaborare le proprie rappresentazioni interne, del bambino e del proprio sé, per svolgere una funzione di base sicura per il figlio: le rappresentazioni genitoriali organizzano i comportamenti di accudimento che questi mettono in atto nei confronti del proprio figlio e influenzano la sicurezza dell'attaccamento del bambino (Fonagy et al., 1991). La capacità riflessiva del genitore, favorita dall'intervento, può consentire la consapevolezza di quanto sia difficile, e in fondo doloroso, per un genitore dover dare al proprio figlio quello che nella sua infanzia non ha ricevuto, ma anche che potrà garantire protezione e sicurezza al suo bambino imparando a svolgere una funzione genitoriale attraverso l'aiuto terapeutico. Ovviamente gli interventi sono focalizzati prevalentemente sul genitore perché si ritiene che abbia maggiori capacità di attivare processi di cambiamento nella relazione.

Accanto e parallelamente alla psicoterapia genitore-bambino, altri progetti terapeutici vengono organizzati nel contesto scolastico, nonché in età prescolare, focalizzati a contrastare i modelli operativi interni negativi dei bambini identificati come insicuri nell'attaccamento con il caregiver principale, che tendono a stabilire con

altri adulti e con i pari altrettante relazioni orientate alla sfiducia (Goldsmith, 2010). La psicoterapia con il genitore è focalizzata alle rappresentazioni negative che i genitori hanno del loro bambino e ha come obiettivo di stimolare lo sviluppo di maggiori capacità relazionali verso il figlio, in modo che si possa consentire la ristrutturazione del legame verso un pattern sicuro; il figlio viene inserito in uno specifico programma terapeutico entro cui può sperimentare interazioni positive con altri caregiver, che possano contrastare le rappresentazioni negative che egli ha degli adulti come punitivi e non disponibili.

Un interessante integrazione della teoria dell'attaccamento, entro una modalità di intervento secondo l'approccio psicoanalitico, è proposta dalla Slade (2010) e costituisce un ulteriore progresso tra i recenti contributi che provengono dalla ricerca e dalla clinica (Fonagy, 2000, 2001; Fonagy et al., 1995; Fonagy, Gergely, Jurist, 2002; Fonagy, Target, 1996, 1998; Hesse, Main, 2000; Main, 1996; Main, Hesse, 1992; Main Kaplan, Cassidy, 1985): la possibilità del terapeuta di "tenere nella sua mente" il genitore come paziente adulto considerando contemporaneamente il bambino che un tempo questi è stato, la sua infanzia, il suo coinvolgimento con gli oggetti interni primari. Ciò aiuta il terapeuta a dare un senso alle modalità che il paziente ha di regolare gli affetti e gli consente di "parlare" al paziente in un'area transizionale, in cui sia possibile costruire un senso condiviso alle sue esperienze, trovando modalità idonee a regolare le sue emozioni e permettendo di tradurre in parole i segnali di rabbia, paura, vergogna, senza voce e senza nome.

4.11 Crescita e cambiamento genitoriale con il Modello Dinamico-Maturativo di Patricia Crittenden

Patricia Crittenden (2009) nel testo *Raising parents: Attachment, parenting and child safety* affronta, attraverso il vertice teorico del suo Modello Dinamico Maturativo dell'attaccamento, le modalità di intervento con i genitori, aspetti che sono nucleo centrale del suo intervento nella seconda parte del presente volume. In particolare l'autrice affronta casi di popolazioni cliniche di genitori con disturbi emotivi che assumono comportamenti maltrattanti, abusanti o abbandonici nei confronti dei loro bambini e individua dei gradienti di distorsione delle informazioni su cui si basano questi comportamenti inadeguati, attivati in loro in contesti in cui un tempo il pericolo era presente e dunque indispensabili per la sopravvivenza e la protezione del sé del genitore (Crittenden, 1997), ma che risultano inadeguati nelle interazioni attuali con il proprio bambino.

Segnaliamo le indicazioni dell'autrice sulle prospettive di una crescita della funzione genitoriale in seguito a eventi fondamentali che possono accadere nella vita di un genitore e/o a seguito di interventi di sostegno alla genitorialità, o cambiamenti dovuti a terapie, con lo sviluppo di nuove capacità di lettura della realtà da parte del genitore.

Lo sviluppo infantile e la genitorialità si strutturano in base a esperienze di apprendimento interpersonale e a strategie protettive e di elaborazione mentale delle

informazioni. Esiste una complementarità adattativa tra i comportamenti di cura dei genitori e i comportamenti di attaccamento del bambino: la funzione principale del parenting è quella di garantire al piccolo le condizioni di sicurezza fisica ed emotiva, necessarie alla sua sopravvivenza, attraverso il mantenimento della vicinanza con una figura protettiva. Da parte del bambino l'attaccamento si configura come processo attivo di adattamento che si organizza attraverso la messa a punto di strategie finalizzate al raggiungimento della sicurezza, le cui modalità variano in funzione sia delle caratteristiche ambientali, in primis quelle costituite dagli adulti, dalle quali il bimbo si ingegna a ottenere protezione e sicurezza, sia delle capacità cognitive, affettive e di organizzazione del comportamento che il bambino può raggiungere nelle diverse fasi dello sviluppo.

In queste ultime decadi è stata avviata una progressiva e interessante integrazione tra psicoanalisi infantile, interventi clinico-sperimentali derivati dall'Infant Research, teorie dell'attaccamento e neuroscienze, che ha prodotto una scoperta fondamentale: la maturazione neuropsichica, nel suo aspetto di sviluppo mentale e di strutturazione cerebrale, dipende dal tipo di relazione madre/feto/neonato/bambino e madre/padre/bambino. L'attenzione si è focalizzata sullo scambio emotivo-cognitivo della relazione genitore-bambino, in particolare sulla sua origine, formazione ed evoluzione e sull'importanza fondamentale, per la nascita del pensiero, delle prime relazioni affettive che il neonato stabilisce con la madre, con il padre e con chi svolge la funzione di caregiver: ciò può avvenire sia in senso positivo che patogenetico, a seconda del tipo di relazione. In psicologia clinica perinatale le ricerche sono concordi nell'evidenziare l'importanza della "qualità" della relazione primaria e di tutte le procedure psicologiche che possano diagnosticare le relazioni a rischio e proporre interventi atti a prevenire future anomalie psichiche e comunque a migliorare la maturazione neuropsichica dei bambini.

L'Infant Research ha studiato per via sperimentale gli scambi comunicativi primari nella relazione madre-bambino a partire dalle prime forme di imitazione e di intersoggettività e ha individuato nella madre le competenze di regolazione delle emozioni del bimbo, sia come etero regolazione che, in seguito, come autoregolazione. La regolazione emotiva viene identificata come la capacità del bimbo a mantenere la propria organizzazione comportamentale rispetto a stati di tensione e stress emotivo: egli apprende questa funzione nell'ambito delle interazioni primarie con la madre, la quale progressivamente gli insegna a regolare i suoi stati di tensione emozionale. Gli studi sulla sintonizzazione affettiva di Stern (1985) secondo il quale la madre, a partire dal secondo mese di vita, attraverso imitazioni delle espressioni del proprio bimbo riesce a sintonizzarsi con tali espressioni emotive rimandandogli emozioni e affetti in forme diverse, hanno messo in evidenza come per lo sviluppo delle strutture mentali della vita fetale e neonatale sia importante la sintonizzazione di un dialogo non verbale in primis tra la madre, il caregiver e il bimbo.

La capacità di riconoscere le proprie emozioni è un fattore determinante nella trasmissione delle prime modalità relazionali e di attaccamento tra genitore e figlio (Bowlby, 1988); tale capacità appare profondamente influenzata dal tipo di accessibilità emotiva che il genitore ha potuto a sua volta sperimentare nei confronti delle proprie figure di attaccamento, nel corso della propria storia infantile.

Le modalità relazionali precoci tra il bambino e i suoi caregiver danno origine a stili individuali di regolazione affettiva che si ritrovano alla base dei successivi pattern di interazione; la modalità di regolazione emotiva che si attiva e si modula durante la relazione tra il bambino e il genitore viene interiorizzata e le esperienze affettive precoci influenzano e differenziano l'organizzazione dei legami di attaccamento, considerati relazioni di tipo emozionale, attraverso cui il bimbo impara peculiari stili di regolazione della propria emozione. Questi stili vengono considerati strategie adattative che il bambino utilizza per far fronte alle varie esperienze emotive. La disponibilità emotiva genitoriale a regolare gli stati affettivi del bimbo è fondamentale per il costituirsi del legame di attaccamento; la consapevolezza emotiva materna (Nichols, Gergely, Fonagy, 2001) è collegata alla qualità sicura dell'attaccamento del suo bimbo, l'attaccamento sicuro nel bimbo è correlato alla sua capacità di regolare il proprio stato emotivo, mentre l'attaccamento insicuro implica disfunzioni nelle capacità regolatorie del bimbo il cui genitore non è sufficientemente disponibile a modulare i suoi livelli di attivazione (Cassidy, 1994); tali modelli di attaccamento insicuri sono collegati a fallimentari tentativi di regolazione affettiva.

La teoria dell'attaccamento ha contribuito notevolmente a mettere in evidenza la caratteristica dei comportamenti non verbali materni negli scambi interattivi e l'importanza della sincronia e del contatto fisico ed emotivo nella costruzione dei pattern di attaccamento, consentendo un ampliamento di prospettiva di ricerca in diversi altri ambiti disciplinari.

In tale prospettiva si collocano i nuovi sviluppi evolutivisti della teoria dell'attaccamento che hanno apportato interessanti contributi in questa direzione, con la costruzione di strumenti per la valutazione della relazione genitore-bambino (Crittenden, 1994) e di approfondimento delle modalità di valutazione dell'attaccamento adulto (Crittenden, 1999, 2008) nell'ottica di una maggiore comprensione degli sviluppi relazionali genitoriali attraverso l'influenza della trasmissione transgenerazionale degli stili di attaccamento.

Attraverso processi di assessment per la valutazione della relazione genitore-bambino e della funzione genitoriale, è possibile l'individuazione della qualità delle modalità di accudimento genitoriale che, a seconda delle esperienze genitoriali, potranno essere equilibrate e funzionali ai bisogni fisici ed emotivi dello sviluppo del bambino, oppure al contrario potranno essere più o meno condizionate dai bisogni del genitore stesso e quindi poco orientate al bimbo, che dovrà tuttavia in qualche modo corrispondere ad esse. È possibile effettuare una lettura e un'interpretazione dei dati con il DMM di Patricia Crittenden: sviluppo infantile e genitorialità sono connessi con la strutturazione, in base a strategie di apprendimento interpersonale, di strategie protettive e di elaborazione personale delle informazioni.

La lettura dei bisogni emotivi e affettivi del bimbo e delle capacità genitoriali di comprensione e di soddisfazione di tali bisogni è stata ampliata con la costruzione di strumenti e tecniche di videosservazione come il CARE-Index (Crittenden, 1979-2004), che consentono di rilevare dati empirici indicativi di fattori di rischio e di protezione nello sviluppo, mediante l'individuazione delle dimensioni del costrutto della "responsività sensibile" (Ainsworth, 1979), nel suo corrispettivo di sintonizzazione affettiva (Stern, 1985) attraverso un'integrazione con gli studi della scuola di Fo-

nagy (Fonagy, Target, 2001), che hanno portato decisivi contributi agli sviluppi sugli stili di attaccamento e la trasmissione transgenerazionale di caratteristiche funzionali di base veicolate nelle vicende connesse all'accudimento-attaccamento.

Il riferimento alla "sensibilità" (Ainsworth, 1979) indica quella capacità genitoriale di soddisfare i bisogni non solo fisici, ma anche emotivi del bimbo con modalità e tempi adeguati al suo sviluppo: le madri modulano i loro ritmi a quelli di attivazione dei loro bambini e li aiutano a regolare il loro livello di attivazione. La Ainsworth rileva come i pattern di attaccamento sicuri e insicuri che il bimbo manifesta nei confronti del caregiver dipendono dalla sensibilità che questi ha avuto nei suoi riguardi nel corso del primo anno di vita. I pattern di attaccamento vengono considerati strategie adattative e difensive nei confronti della disponibilità emotiva delle figure affettive di riferimento che consentono al bambino di conservare il legame con il genitore. L'individuazione della "responsività sensibile" del genitore viene indicata come un fattore protettivo per lo sviluppo del bimbo e considerata indicatore importante nei processi di assessment precoce per la valutazione della relazione genitore-bambino.

Nei contesti di consultazione terapeutica vengono utilizzati strumenti per la valutazione dei legami di attaccamento, che vanno differenziati in funzione delle particolari modalità di espressione che essi assumono nel corso dello sviluppo

Mediante l'utilizzo di videosservazioni delle interazioni, attraverso la procedura del CARE-Index (Crittenden, 1979-2004) è possibile l'individuazione di configurazioni interattive precoci genitore-bambino che potranno costituire a un anno di età dei pattern di attaccamento.

Le videosservazioni delle interazioni genitore-bambino post-natali e dei primi mesi di vita del bimbo consentono di poter rilevare i "precursori" dell'attaccamento, attraverso una valutazione della responsività sensibile del genitore e della cooperazione del bambino.

I dati raccolti con il CARE-Index possono essere messi in relazione con i pattern di attaccamento, ricavati più avanti nello sviluppo del bimbo, all'anno di età, con la procedura della Strange Situation (Ainsworth et al., 1978), e la procedura del Preschool Assessment of Attachment PAA di Patricia Crittenden (Crittenden 1988-1994), che consente una più diretta valutazione del legame di attaccamento dai 18 mesi ai 5 anni.

Si può ottenere una maggiore comprensione delle modalità di accudimento e della funzione genitoriale attraverso una correlazione dei dati ricavati dalla somministrazione dei suddetti strumenti con quelli ottenuti dalla rilevazione dell'attaccamento nei genitori, con l'Adult Attachment Interview (George, Kaplan, Main, 1986, 1996; Crittenden, 1999, 2008), attraverso cui è possibile individuare le rappresentazioni mentali dell'attaccamento in soggetti adulti.

Presso la nostra sede, Dipartimento Materno Infantile, Università di Brescia, abbiamo in corso un progetto multidisciplinare osservazionale longitudinale, di prevenzione perinatale, pianificato secondo modalità metodologiche delle nuove prospettive evoluzionistiche della teoria dell'attaccamento e condotto attraverso processi e strumenti di valutazione precoce delle interazioni post-natali genitore-bambino, in relazione alla qualità delle funzioni genitoriali: tale studio si colloca in una prospet-

tiva di screening preventivo generale della coppia genitoriale a partire dal periodo prenatale, in cui con gli strumenti di Patricia Crittenden e una lettura dei dati secondo il DMM cercheremo (capitolo 11) di individuare la popolazione a rischio e conseguentemente offrire un sostegno alla genitorialità ove si renda necessario.

Bibliografia

- Ainsworth MDS (1979) Infant-mother attachment. *American Psychology* 34:932-937
- Ainsworth MSD, Blehar MC, Waters E, Wall S (1978) Patterns of Attachment. Psychological Study of Strange Situation, Lawrence Erlbaum, Hillsdale, New Jersey
- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (4th edn), DSM-IV. Washington, DC
- Ammaniti M (2001a) Manuale di psicopatologia dell'infanzia. Cortina, Milano
- Ammaniti M (2001b) Disturbi post-traumatici da stress e abusi. In: Ammaniti M (a cura di) Manuale di psicopatologia dell'infanzia. Cortina, Milano
- Ammaniti M (2001c) Quesiti e modelli nella psicopatologia infantile. In: Ammaniti M (a cura di) Manuale di psicopatologia dell'infanzia. Cortina, Milano
- Ammaniti M (2001d) La diagnosi in età infantile. In: Ammaniti M (a cura di) Manuale di psicopatologia dell'infanzia. Cortina, Milano
- Ammaniti M, Stern DN (a cura di) (1991) Rappresentazioni e narrazioni, Laterza, Bari
- Baldoni F (2010) La prospettiva psicomatematica. Il Mulino, Bologna
- Bion WR (1970) Attenzione e interpretazione. Trad. it. Armando, Roma, 1973
- Botvinick M, Jha AP et al (2005) Viewing facial expressions of pain engages cortical areas involved in the direct experience of pain. *Neuroimaging* 25:312-319
- Bowlby J (1988) A secure base: parent-child attachment and health human development. Basic Books, New York, NY. Trad. it. Una base sicura. Cortina, Milano, 1989
- Brazelton TB (1973) Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS). Brazelton, Trad. it. Scala per la valutazione del comportamento del neonato. Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1977
- Brazelton TB, Als H (1979) Four early stages in the development of mother-infant interaction. *Psychoanalytic Study Child* 34:349-369
- Brazelton TB, Yogman M, Als H, Tronick E (1979) The infant as a focus in family reciprocity. In: Lewis M, Rosenblum M (a cura di) The child and its family. Plenum Press, New York
- Brazelton TB (1992), Touchpoints: Your child's emotional and behavioural development. Perseus Publishing, Cambridge
- Bush A, Lieberman AF (2010) Attaccamento e trauma. In: Goldsmith DF (a cura di) La teoria dell'attaccamento nel lavoro clinico con i bambini, Borla, Roma
- Bydlowski M (1989) Desiderio di un bambino, desiderio di gravidanza, evoluzione delle pratiche della procreazione. Trad. it. Lebovici S, Weil-Halpern F, Psicopatologia della prima infanzia. Boringhieri, Torino
- Bydlowski M, Raoul-Duval A (1978) Un avatar psychique méconnu: La névrose traumatique postobstétricale. *Perspective Psychiatrique* 68:321-328
- Cammarella A, Lucarelli L, Vismara L (2001) L'osservazione del bambino nel contesto di sviluppo. In: Ammaniti M (a cura di) Manuale di psicopatologia dell'infanzia. Cortina, Milano
- Candelori C, Mancone A (2001a). Genitorialità: situazioni a rischio e psicopatologiche. In: Ammaniti M (a cura di) Manuale di psicopatologia dell'infanzia. Cortina, Milano
- Candelori C, Mancone A (2001b) Disturbi psicosomatici. In: Ammaniti M, Manuale di psicopatologia dell'infanzia. Cortina, Milano
- Carel A (1990) Le traumatisme à la naissance et les dysfonctionnements précoces au sein du groupe famille. In: Carel A et al (a cura di) Le nourrisson et sa famille. Cesura Lyon Edition, 99-112
- Cassidy J (1994) Emotion regulation: influences of attachment relationship. In: Fox N (a cura di)

- The development of emotion regulation. Biological and behavioural consideration. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 59:228-249
- Cerutti R, Guidetti V (2007) *Psicosomatica in età evolutiva*. Il Pensiero Scientifico, Milano
- Classificazione diagnostica (1994) *Classificazione diagnostica 0-3 della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'infanzia*. Masson, Milano, 1997
- Coates S, Cook C (2001) *Disturbi dell'identità di genere*. In: Ammaniti M (a cura di) *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Cortina, Milano
- Costa-Pinto F, Palermo-Neto J (2010) *Neuroimmune interactions in stress*. *Neuroimmunomodulation* 17:196-199
- Cramer B (1990) *Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapy: a preliminary report*. *Infant Mental Health Journal* 11:278-300
- Cramer B, Palacio-Espasa F (1993) *Le psicoterapie madre-bambino*. Trad. It. Masson, Milano, 1995
- Cramer B, Stern DN (1988) *La valutazione dei cambiamenti nella psicoterapia breve madre-bambino*. In: Stern DN (a cura di) *Le interazioni madre-bambino*. Cortina, Milano
- Crittenden PM (1979-2004) *CARE-Index: Coding Manual*. (Unpublished manuscript). Miami, FL
- Crittenden PM (1988-1994) *Preschool Assessment of Attachment Manual*. Unpublished manuscript available from the author
- Crittenden PM (1994) *Nuove prospettive sull'attaccamento*. Guerini e Associati, Milano
- Crittenden PM (1997) *Pericolo, sviluppo e adattamento*. Trad.it. Masson, Milano
- Crittenden PM (1999) *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo all'Adult Attachment Interview*. Cortina, Milano
- Crittenden PM (2008) *Il Modello Dinamico-Maturativo dell'Attaccamento*. Cortina, Milano
- Crittenden PM (2009) *Raising parents: Attachment, parenting and child safety*. Willan Publishing, UK
- Crittenden PM (2011) *Corpo o cervello? Yes!* In: Crittenden PM (a cura di) *DMM News* 11 august 2011, 1-6
- Dozier M, Grasso D, Lindhiem O, Lewis E (2010) *La capacità di impegno del caregiver nelle cure affidatarie*. In: Oppenheim D, Goldsmith DF (a cura di) *La teoria dell'attaccamento nel lavoro clinico con i bambini*, Borla, Roma
- Eisenberger NI, Lieberman MD, Williams KD (2003) *Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion*. *Science* 302:290-292
- Emde RN, Robinson J (1979) *The first two months: recent research in developmental psychobiology and the changing view of the newborn*, in Noshpitz JD, *Basic Handbook of Child Psychiatry*, Vol. I. Basic Books, New York
- Engel GL (1977) *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. *Science* 8:129-136
- Fabrizi A (2001) *Disturbi affettivi*. In Ammaniti M, *Manuale di Psicopatologia dell'Infanzia*. Cortina, Milano
- Fivaz-Depeursinge E, Corboz-Warnery A, Frenck A (1992) *L'approccio sistemico*. In: Fava Viziello G, Stern DN (a cura di) *Dalle cure materne all'interpretazione*. Cortina, Milano
- Fivaz-Depeursinge E, Corboz-Warnery A, Frenck A (1999) *Il triangolo primario: le prime interazioni triadiche tra padre, madre e bambino*. Cortina, Milano, 2000
- Fivaz-Depeursinge E, Corboz-Warnery A, Carneiro C, Wasem V (2002) *Coding manual for the GETCEF (Evaluation grid of the Lausanne Triadic Play)*. Third edition. Manoscritto non pubblicato. Centre d'Etude de la Famille (CEF), Lausanne
- Fonagy P (2000) *Attachment and borderline personality disorder*. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 48:1129-1146
- Fonagy P (2001) *Psicanalisi e teoria dell'attaccamento*, Cortina, Milano
- Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M (2002) *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York; Other Press
- Fonagy P, Steele M, Moran G, Steele M, Higgitt AC (1991) *The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment*. *Infant Mental Health Journal* 13:200-216
- Fonagy P, Steele M et al (1995) *Attachment, the reflective self and borderline states: The predic-*

- tive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. In: Goldberg S, Muir R, Kerr J (a cura di) *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives*. Hillsdale, New York Analytic Press. Trad.it. *Attaccamento, Sé Riflessivo e disturbato borderline*. In: Riva Crugnola C (a cura di) *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*. Cortina, Milano, 1999
- Fonagy P, Target M (1996) Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis* 77:217-233
- Fonagy P, Target M (1998) Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues* 8:87-114
- Fonagy P, Target M (2001) *Attaccamento e funzione riflessiva*. Cortina, Milano
- Fraiberg SH (1980) *Clinical Studies in Infant Mental Health*. Basic Books, New York
- Fraiberg SH (1999) *Il sostegno allo sviluppo*. Cortina, Milano
- Fraiberg SH, Adelson E, Shapiro V (1975) I fantasmi nella stanza dei bambini. Un approccio psicoanalitico ai problemi posti da relazioni disturbate madre-bambino. Trad.it. In: Fraiberg SH (a cura di) *Il sostegno allo sviluppo*. Cortina, Milano, 1999
- Furman E (1966) Parenthood as a Developmental Phase, Paper presented at the first scientific meeting of the Association for Child Psychoanalysis, Topeka, KS
- Gaddini E (1981) Note sul problema mente-corpo. *Rivista di Psicoanalisi* 1:3-29
- Gaddini E (1982) Early defensive fantasies and the psychoanalytical process. *International Journal of Psychoanalysis* 63:385-394
- George C, Kaplan N, Main M (1986) *The Adult Attachment Interview*. Department of Psychology, University of California, Berkeley
- George C, Kaplan N, Main M (1996) *The Adult Attachment Interview*. Department of Psychology, 3 ed., University of California, Berkeley
- Goldsmith D (2010) Come contrastare i modelli operative interni negative dei bambini. In: Oppenheim D, Goldsmith DF (a cura di) *La teoria dell'attaccamento nel lavoro clinico con i bambini*, Borla, Roma
- Golse B (1995) Le bébé, l'hôpital, les équipes soignantes et le "psys". In: Ben Soussan P (a cura di) *Le bébé a l'hôpital*. Syros, Paris
- Golse B (2008) *Essere-Bebé*. Cortina, Milano
- Grotstein JS (1986) The Psychology of Powerlessness: Disorders of Self-Regulation and Interactional regulation as a newer paradigm of psychopathology. *Psychoanal Inq* 6:93-118
- Gunnar M, Herrera A, Hostinar C (2009) Stress and early brain development. Montreal, QC
- Hesse E, Main M (2000) Disorganized infant, child and adult attachment. *Journal of American Psychoanalytic Association* 48:1097-1129
- Hofer MA (1983a) The mother-infant interaction as a regulator of infant physiology and behaviour. In L Rosenblum, H Moltz (a cura di), *Symbiosis in Parent-Offspring Interactions*. Plenum, New York
- Hofer MA (1983b) On the relationship between attachment and separation processes in infancy. In: Plutchik R, Kellermann H (a cura di) *Emotion: theory, research and experience*. Academic Press, New York
- Hofer MA (1984) Relationship as regulators: A psychobiologic perspective on bereavement. *Psychosomatic Medicine* 46:183-197
- Hoffman IZ (1994) Dialectic thinking and therapeutic action in the psychoanalytic process. *Psychoanalytic Quarterly* 63:187-218
- ICD-10-CM (1992) *International Classification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification*. (WHO) World Health Organization
- Imbasciati A (2006a) *Constructing a Mind. A new base for Psychoanalytic theory*. Brunner-Routledge, London
- Imbasciati A (2006b) *Il Sistema Protomentale*. LED, Milano
- Imbasciati A (2008a) *Le cure materne: matrice dello sviluppo del futuro individuo*. *Nascere* XXXV:4-14
- Imbasciati A., Margiotta M (2008b) *Psicologia Clinica, manuale per la formazione degli Operatori della Salute*. Piccin, Padova

- Imbasciati A, Calorio D (1981) *Il Protomentale*. Boringhieri, Torino
- Imbasciati A, Cena L (2008) *Le cure materne in una prospettiva transgenerazionale*. *Nascere* XXXVI:4-15
- Imbasciati A, Cena L (2010) *I bambini e i loro caregiver*. Borla, Roma
- Imbasciati A, Dabrassi F, Cena L (2011) *Psicologia Clinica Perinatale per lo sviluppo dei futuri individui*. *Espress*, Torino
- Ionescu S, Jacqueline MJ, Lhote C (1997) *Les mécanismes de défense, théorie et clinique*. Nathan, Paris
- Kaplan B, Letourneau N, Giesbrecht G, Campbell T, Kooistra L, Pop V (2010) *Effects of maternal stress and mood on infant stress reactivity*. *Alberta Centre for Child, Family, and Community Research*, 434
- Kernberg OF (1992) *Aggression in Personality Disorders and Perversions*. Yale Univ Press, New Haven. Trad. it. *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni*. Cortina, Milano, 1993
- Klein M (1932) *La psicoanalisi dei bambini*. Martinelli, Firenze, 1969
- Koren-Karie N, Oppenheim D, Goldsmith DF (2010) *Tenere nella mente il mondo interno del bambino*. In: Oppenheim D, Goldsmith DF (a cura di) *La teoria dell'attaccamento nel lavoro clinico con i bambini*, Borla, Roma
- Kowallis GH (1995) *Psychosomatic Disorders*. In: Lionells M, Fiscalini J, Mann CH, Stern DN (eds) *Handbook of Interpersonal Psychoanalysis*. The Analytic Press, New York
- Kozyrskyj A, Mai X, McGrath P, HayGlass K, Becker A, MacNeil B (2008) *Continued exposure to maternal distress in early life is associated with an increased risk of childhood asthma*. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 177:142-147
- Kreisler L (1981) *Clinica psicosomatica del bambino*. Cortina, Milano
- Kreisler L (1985) *Conduites alimentaires déviantes du bébé*. A. *L'anorexie mentale*. B. *La rumination ou mérycisme*. C. *Les vomissements psychogènes*. In: Lebovici S, Diatkine R, Soulé M (a cura di) *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. PUF, Quadrige, Paris, 1999
- Kreisler L (1992) *Les origines de la depression essentielle*. *La linee depressive*. *Revue française de psychosomatique* 9:15-33
- Kreisler L, Cramer B (1981) *Les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson*. *Psychiatrie de l'enfant* XXIV:223-263
- Kreisler L, Fain M, Soulé M (1974) *Il bambino e il suo corpo*. Astrolabio, Roma, 1976
- Lebovici S (1980) *L'Expérience du psychanaliste chez l'enfant et chez l'adulte devant le modèle de la névrose infantile et de la névrose de transfert*. *Revue Française de psychoanalyse* 44:5-6
- Lebovici S (1983) *Il neonato, la madre e lo psicoanalista*. *Le interazioni precoci*. Trad. it. Borla, Roma, 1988
- Lebovici S (1989) *I legami intergenerazionali*. *Le interazioni fantasmatiche*. Trad. it. Lebovici S, Weil-Halpern F (a cura di) *Psicopatologia della prima infanzia*. Boringhieri, Torino, 1994
- Lebovici S (1992) *L'homme dans le bébé*. Eshel, Paris
- Lebovici S, Weil-Halpern F (1989), *Psychopathologie du bébé*. PUF, Paris. Trad. it. *Psicopatologia della prima infanzia*. Boringhieri, Torino
- Leifer M (1977) *Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood*. *Genetical Psychology Monography* 95:55-96
- Letourneau N, Watson, B, Duffett-Leger L, Hegadoren K (2011) *Maternal-infant interactions are related to cortisol levels in mothers and infants affected by postpartum depression*
- Letourneau NL, Fedick CB, Willms JD, Dennis CL, Hegadoren K, Stewart MJ (2006) *Longitudinal study of postpartum depression, maternal-child relationships and children's behaviour to 8 years of age*. In: Devore D (a cura di) *Parent-child relations: New research*, 45-63. Nova Science Publishers, New York, NY
- Lichtenberg JD (1983) *La psicoanalisi e l'osservazione del bambino*. Trad. it. Astrolabio, Roma, 1988
- Lieberman AF (1997) *Toddlers' internalization of maternal attribution as a factor in quality of attachment*. In: Atkinson L, Zucker KJ (a cura di) *Attachment and psychopathology*, Guilford Press, New York
- Lieberman AF, Compton NC, Vah Horn P, Ghosh Ippen C (2003) *Losing a parent to death in the*

- early years. Zero to three Press, Washington. Tr. it. Il lutto infantile. Il Mulino, Bologna
- Lieberman AF, Pawl JH (1993) Infant-parent psychotherapy. In: Zeanah CH (ed) Handbook of infant mental health, Guilford, New York, 1993
- Lucarelli L (2001) Disturbi dell'alimentazione. In: Ammaniti M (a cura di) Manuale di psicopatologia dell'infanzia. Cortina, Milano
- Lucarelli L, Vismara L (2001) Disturbi del sonno. In: Ammaniti M (a cura di) Manuale di psicopatologia dell'infanzia. Cortina, Milano
- Mahler M, Pine F, Bergman A (1975) La nascita psicologica del bambino. Tr.it. Boringhieri, Torino
- Main M (1996) Una visione d'insieme sulla teoria dell'attaccamento. Tr.it. In Carli L (a cura di) Dalla diade alla famiglia. Cortina, Milano, 1999
- Main M, Hesse, E (1992) Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati dei genitori. In: Ammaniti M, Stern DN (a cura di) Attaccamento e psicoanalisi. Laterza, Bari
- Main M, Kaplan N, Cassidy J (1985) Security in infancy childhood and adulthood: a move to the level of representation. Tr.it. Riva Crugnola (a cura di) Lo sviluppo affettivo del bambino. Cortina, Milano, 1993
- Mancia M (1989) Vie prénatale et naissance du soi. In: Pasini W et al (a cura di) Le foetus et son entourage. Médecine et hygiène. Genève, 5-18
- Manzano J, Palacio-Espasa F, Zilkha N (2001) Scenari della genitorialità. Cortina, Milano
- Marcelli D, Paget A, Blossier P (1996) les origine du travail de penser entre mère et bébé. In Psychiatrie de l'enfant XXXIX :540
- Marty P, de M'uzan M (1963) La pensée opératoire. Revue Francaise de Psychoanalyse 27:1345-1356
- McDonough SC (1992) L'aiuto all'interazione: una tecnica per il trattamento dei disturbi relazionali precoci. In: Stern DN, Fava Vizziello G (a cura di) Dalle cure materne all'interpretazione. Cortina, Milano
- McDonought SC (2006) Guida all'interazione: promuovere e sostenere la relazione di Caregiving. In: Sameroff AJ, McDonough SC, Rosenblum KL (a cura di) Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino. Il Mulino, Bologna
- McHale JP (2010) La sfida della cogenitorialità. Cortina, Milano
- Missonnier S. (2005) La consultazione terapeutica perinatale. Cortina, Milano
- Muratori F, Cosenza A, Parrini B (2001) Disturbi multisistemici dello sviluppo. In M Ammaniti, Manuale di psicopatologia dell'infanzia. Cortina, Milano
- Nichols K, Gergely G, Fonagy P (2001) Experimental protocols for investigating relationships among mother-infant interaction, affect regulation, physiological markers of stress responsiveness, and attachment. Bulletin of The Menninger Clinic 3:371-379. Guilford Publications, New York, NY
- Oppenheim D, Dolev S et al (2010) La risoluzione genitoriale della diagnosi del bambino e la relazione genitore-figlio. In: Oppenheim D, Goldsmith DF (a cura di) La teoria dell'attaccamento nel lavoro clinico con i bambini, Borla, Roma
- Oppenheim D, Goldsmith DF (2010) La teoria dell'attaccamento nel lavoro clinico con i bambini, Borla, Roma
- Oppenheim D, Koren-Karie N (2002) Mothers' Insightfulness Regarding their Children's Internal Worlds: The capacity underlying secure child-mother relationships. Infant Mental Health Journal 23:593-605
- Oppenheim D, Koren-Karie N, Sagi A (2001) Mothers' empathic understanding of their preschoolers' internal experience: Relations with early attachment. International Journal of Behavioral Development 25:16-26
- Palacio-Espasa F, Manzano J (1982) La consultation thérapeutique des très jeunes enfants et leur mères. Psychiatrie de l'enfant XXI:25
- Palacio-Espasa F, Cramer B (1989) Psychothérapie de la relation mère-enfant. Revue de Médecine Psychosomatique 19:59-70
- Papoušek H, Papoušek N (1975) Cognitive aspects of preverbal social interaction between human infants and adults. In: O'Connor (a cura di) Parent-infant interaction. Elsevier, Amsterdam

- PDM Task Force (2006) *Manuale Diagnostico Psiodinamico*. Trad. it.(a cura di) Del Corno, Lingiardi. Cortina, Milano 2008
- Perard-Cupa D, Valdes L, Abadie I, Pineiro M, Lazartigues A (1992) *Bébé imaginé et interactions précoces*. In *Devenir* 4:47-60
- Perucon M (1997) *Le rituel et son pouvoir de liaison. Perspectives Psychanalitiques*. In: Perucon M, Rites de vie, rites de mort. Puff, Paris
- Powell B, Cooper G, Hoffman K, Marvin R (2010) *Il progetto del circolo sicurezza*. In: Oppenheim D, Goldsmith DF (a cura di) *La teoria dell'attaccamento nel lavoro clinico con i bambini*, Borla, Roma
- Presaghi F, Cerutti R (2007) *Metodologie e strumenti di valutazione nella psicosomatica in età evolutiva*. In: Cerutti R, Guidetti V (a cura di) *Psicosomatica in età evolutiva*. Il Pensiero Scientifico, Milano
- Sameroff AJ, Emde RN (1989) *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*. Trad. it. Boringhieri, Torino, 1991
- Sameroff AJ, McDonough SC, Rosenblum KL (2004) *Treating parent-infant relationship problems*. The Guilford Press, New York. Trad. it, *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino*. Il Mulino, Bologna
- Sander LW (1975) *Infant and caretaking environment*. In Anthony EJ, *Explorations in Child Psychiatry*, Plenum, New York
- Sander LW (1987) *Awareness of inner experience: a system perspective on self-regulatory process in early development*, *Child Abuse and Neglect* 11:339-346
- Seligman S (1994) *Applying Psychoanalysis in an Unconventional Context: Adapting Infant-Parent Psychotherapy to a Changing Population*. In *The Psychoanalytic Study of the Child* 49:481-500
- Shonkoff J (2004) *Science, policy, and the young developing child: Closing the gap between what we know and what we do*. Ounce of Prevention Fund, 1-12
- Silverman R, Lieberman A (1999) *Negative maternal attributions, projective identification and the intergenerational transmission of violent relational patterns*. *Psychoanalytic Dialogues* 9:161-186
- Slade A (1999) *Representation, symbolization and affect regulation in the concomitant treatment of a mother and a child*. *Attachment theory and Child psychotherapy*. *Psychoanalytic Inquiry* 19:797-830
- Slade A (2010) *Madre disorganizzata, bambino disorganizzato*. In: Oppenheim D, Goldsmith DF (a cura di) *La teoria dell'attaccamento nel lavoro clinico con i bambini*, Borla, Roma
- Solano L (2001) *Tra Mente e Corpo: come si costruisce la Salute*. Cortina, Milano
- Speranza AM (2001a) *Disturbi della regolazione*. In: Ammaniti M (a cura di) *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Cortina, Milano
- Speranza AM (2001b) *Disturbi da deficit di attenzione, iperattività e disturbi della condotta*. In: Ammaniti M (a cura di) *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Cortina, Milano
- Spitz R (1946) *Anaclitic depression*. In *The Psychoanalytic Study of the Child* 2:313-342
- Steele H, Steele M (2008) *Ten clinical uses of the Adult Attachment Interview*. In: Steele H, Steele M (a cura di) *Clinical applications of the Adult Attachment Interview*. Guilford Press, New York
- Steele M, Hodges J, Kaniuk J, Steele H, D'Agostino D, Blom I, Hillmann S, Henderson K (2010) *Interventi con I bambini maltrattati e con le loro famiglie adottive*. In: Oppenheim D, Goldsmith DF (a cura di) *La teoria dell'attaccamento nel lavoro clinico con i bambini*, Borla, Roma
- Stern DN (1971) *Una microanalisi dell'interazione madre-bambino*. In: DN Stern (a cura di), *Le interazioni madre-bambino*. Cortina, Milano
- Stern DN (1977) *Le prime relazioni sociali: il bambino e la madre*. Trad. it. Sovera Multimedia, Roma, 1989
- Stern DN (1983) *The early development of schemes of self., of other, and of various experiences of "self with others"*, In: Kaplan S, Lichtenberg J (a cura di), *Rejections on self psychology*. International Universities Press, New York
- Stern DN (1985) *The Interpersonal World of the Infant*, Basic Books, New York. Trad.it. *Il mondo interpersonale del bambino*. Boringhieri, Torino, 1987

- Stern DN (1989) La rappresentazione dei modelli di relazione. In: Sameroff A, Emde RN (a cura di), I disturbi delle relazioni nella prima infanzia. Boringhieri, Torino, 1991
- Stern DN (1991) Maternal representations: a clinical and subjective phenomenological view. *Infant Mental Health Journal* 12:173-185
- Stern DN (1992) Aspetti fondamentali delle terapie genitore-bambino: I fattori comuni nei diversi approcci. In: Fava-Vizzello G, Stern DN (a cura di) Dalle cure materne all'interpretazione. Cortina, Milano
- Stern DN (1995) La costellazione materna. Boringhieri, Torino
- Stern DN (2006) La costellazione materna: approcci terapeutici ai problemi relazionali precoci. In Sameroff AJ, McDonough SC, Rosenblum KL (a cura di), Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino, Il Mulino, Bologna
- Stern-Bruschweiler N, Stern DN (1989) A model for conceptualizing the role of the mother's representational world in various mother-infant therapies. *Infant Mental Health Journal* 10:142-156
- Stoleru S (1989) La genitorializzazione e i suoi disturbi. Trad. it. Lebovici S, Weil-Hallpern F, Psicopatologia della prima infanzia. Boringhieri, Torino
- Stoleru S, Morales M, Grinshpoun MF (1985) De l'enfant fantasmatique de la grossesse à l'interaction mère-nourrisson. In *Psychiatrie de l'enfant* 2:441-484
- Taylor GJ (1987) Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis. International Universities Press, Madison, WI
- Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA (2000) Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness (Paperback edition 1999). Cambridge University Press. In *Disturbi della regolazione affettiva*. Fioriti, Roma
- Trevarthen C, Hubley P (1978) Secondary intersubjectivity: Confidence, confiding and acts of meaning in the first year. In: Lock A (a cura di), Action, gesture, and symbol: The emergence of language (183-227). Cambridge University Press, New York
- Trevarthen C (1980), The foundations of intersubjectivity: Development of interpersonal and cooperative understanding in infancy. In: Olson D (a cura di), The social foundations of language and thought: Essays in honor of JS Bruner. Northon, New York.
- Vallino D (2004) La consultazione con il bambino e i suoi genitori. *Rivista di Psicoanalisi XLVI-II:2*
- Vallino D (2007) La Consultazione partecipata: figlie genitori nella stanza dell'analisi. In: Uno spazio per i genitori. Quaderni di Psicoterapia infantile. Borla, Roma
- Vallino D (2009) Fare psicoanalisi con genitori e bambini. Borla, Roma
- Winnicott DW (1958) Dalla pediatria alla psicoanalisi. Martinelli, Firenze, 1975
- Winnicott DW (1965) Sviluppo affettivo e ambiente. Armando, Roma, 1970
- Winnicott DW (1966) L'inizio dell'individuo. Trad. it. I bambini e le loro madri. Cortina, Milano, 1987
- Winnicott DW (1971) Colloqui terapeutici con il bambino. Trad. It. Armando, Roma, 1974
- Winnicott DW (1977) The Piggie. An Account of the Psychoanalytic Treatment of a Little Girl. Hogarth Press, London and Inst of Psa, Madison
- Winnicott DW (1989) I bambini e le loro madri. Armando, Roma
- Zeanah CH (2010) Come costruire una formulazione della relazione madre-bambino. In: Oppenheim D, Goldsmith DF (a cura di) La teoria dell'attaccamento nel lavoro clinico con i bambini, Borla, Roma
- Zeanah H., Benoit D (1995) Clinical applications of a parent perception interview in infant mental health. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, Infant Psychiatry* 4:539-554

5.1 Idillio e travaglio della gestazione

Nell'immaginario popolare la visione della gestazione è connotata da idilliache immagini di gioia e felicità legate alle fasi dell'attesa, del parto e del puerperio (Cramer, 1999) ma, in realtà, la maternità rappresenta un momento di profondo cambiamento sia per l'uomo che per la donna, dotato di carattere processuale, che richiede ai soggetti coinvolti un impegnativo lavoro di adattamento. Essa rappresenta, infatti, una tra le più delicate fasi evolutive del ciclo di vita e, come tale, è soggetta a una serie di compiti di sviluppo il cui punto d'arrivo è rappresentato dalla costituzione di una nuova identità individuale e di coppia (Lipari, Speranza, 1992; Malagoli Togliatti, Lubrano Lavadera, 2002).

La "transition to parenthood", intesa come una fase critica normativa, soggetta a un insieme di processi psicologici e assestamenti relazionali (Malagoli Togliatti, Angrisani, Barone, 2004) e la maternità, in particolare, implicano una riorganizzazione della personalità che, se da un lato può condurre all'assunzione di un corretto ruolo materno (Righetti, Sette, 2000; Bydlowski, 2004), attivando risorse maturative e promuovendo un lavoro di elaborazione di tematiche personali irrisolte (Brustia Rutto, 1996; Salerno, Di Vita, 2004), dall'altro può venire a costituire un momento di fragilità sul piano psicologico, fino al rischio di scempenso emotivo (Soubieux, Soulé, 2005). Il lento processo elaborativo che dà luogo alla capacità genitoriale parte da lontano, iniziando a delinearsi sin dalla nascita e venendo a configurare un percorso parallelo a quello della strutturazione della mente e della costruzione dell'identità personale.

Per quanto riguarda la donna, tale percorso, strettamente intrecciato all'evoluzione psicosessuale, include lo sviluppo del desiderio fantasmatico di un bambino

P. Brustia (✉)
Professore Ordinario di Psicologia Dinamica
Dipartimento di Psicologia, Università di Torino
piera.brustia@unito.it

(Arcidiacono, 1994), già presente in epoca precoce come frutto della relazione con la madre, che successivamente diventa il risultato di fantasie anche nei confronti del padre. L'integrazione e il superamento in età adulta di tali fantasie e la loro trasformazione nel desiderio di un bambino reale generato con il proprio partner (Deutsch, 1957a,b; Ferraro, Nunziante-Cesaro, 1985; Brustia, Rutto, 1996) sono ritenute presupposto alla costruzione di un'identità femminile adulta e generativa: proprio la gestazione, sollecitando il riaffiorare di tali dinamiche, rappresenta un'importante occasione per una loro rielaborazione in senso evolutivo.

Conoscere gli elementi che concorrono alla strutturazione della psiche ci aiuta a riconoscere nelle esperienze vissute nell'ambiente familiare, sociale e storico, complesse connessioni, coerenze, ambivalenze e collusioni che ci permettono di comprendere il significato della maternità, nella sua dimensione più profonda e soggettiva, ma anche in quella maggiormente condivisa (Brustia Rutto, 1996). Aspetti cognitivi devono potersi articolare con quelli più profondi e inconsci per poter dar luogo a una capacità genitoriale sufficientemente buona. Non rielaborare le tematiche irrisolte del passato rischia di renderle incontrollabili, quindi in grado di scatenare il loro potere distruttivo proprio in un momento di intensa felicità come la nascita di un bambino.

L'arrivo di un figlio costituisce inoltre un momento delicato anche per la coppia, che deve affrontare un consistente mutamento del proprio equilibrio pregresso. I nuovi adattamenti risulteranno di fondamentale importanza per l'evoluzione dei legami familiari futuri (Righetti, Sette, 2000). È fondamentale che la gravidanza si realizzi all'interno di un progetto di coppia condiviso, in quanto la storia del bambino, dal concepimento in poi, sarà intimamente correlata al funzionamento della coppia genitoriale e alla qualità della loro relazione (Ferraro, Nunziante-Cesaro, 1985; Siddiqui, 2000).

È essenziale la capacità di entrambi i partner di condividere un progetto di genitorialità inteso come esito di un percorso di vita che, a partire dal raggiungimento di un equilibrio psico-affettivo individuale e di coppia, possa fare spazio all'ingresso di un nuovo individuo, che dipende dalla coppia e al tempo stesso è altro da essa.

La procreatività rappresenta la realizzazione di un sogno, ma è essenziale che il bambino della fantasia, quello immaginato e desiderato, trovi una conciliazione con il bambino della realtà, che non sempre coincide con il primo. Talvolta, infatti, il progetto genitoriale è alimentato da un eccessivo bisogno di conformità a un modello sociale idealizzato che tiene poco conto delle reali esigenze di cui un bambino in carne ed ossa è portatore. Qualsiasi progetto genitoriale reca in sé elementi di ambivalenza e non può essere considerato scevro da angosce e conflittualità (Ferraro, Nunziante-Cesaro, 1985; Notman, 1990; Ammaniti, Baumgartner, Candelori, Perucchini, Pola, Tambelli, Zampino, 1992; Galen Buckwalter, Simpson, 2002; Dabrassi, Imbasciati, Della Vedova, 2009). L'atteggiamento nei confronti del parto rappresenta un prototipo di tale ambivalenza, con il suo carico di gioia associato alla paura e talvolta alla rabbia. L'importante è che gli aspetti inconsci possano essere integrati nella coscienza affinché se ne possano stemperare le potenzialità distruttive (Brustia Rutto, 1996; Righetti, Sette, 2000; Bydlowski, 2004).

Fondamentale è il ruolo del padre, a cui spetta il compito di sostenere la donna

sin dalle prime fasi gestazionali, al fine di facilitare l'istaurarsi dell'attaccamento prenatale e postnatale (Müller, Ferketich, 1993; Müller, 1996; Della Vedova, 2005, 2007; Condon, Dunn, 1988; Delassus, 1995; Condon and Corkindale, 1998). Ma anche l'accesso alla paternità, come quello alla maternità, implica la rielaborazione della relazione interiorizzata con le proprie figure genitoriali, quella paterna in particolar modo. In questo senso la genitorialità " accomuna e unisce l'uomo e la donna, poiché affonda le sue radici nell'infanzia di entrambi" (Righetti, Sette, 2000, p. 53). Il desiderio generativo del maschio, come quello della donna, si iscrive, infatti, in una storia personale di sviluppo e crescita, per cui può essere determinato da componenti con una forte valenza inconscia (Notman, 1990; Müller, Ferketich, 1993; Brustia Rutto, 1996; Righetti, Sette, 2000).

Al padre spetta, oltre al compito di creare un contesto supportivo per la coppia madre-bambino per facilitare la relazione, quello di costituirsi successivamente come terzo polo della relazione, separando l'unione simbiotica e consentendo al figlio l'accesso alla triangularità. Fondamentale è inoltre che il bambino, che nasce all'interno di una relazione capace di intensa vicinanza emotiva, possa essere riconosciuto come un'individualità separata, così come per la madre poter riemergere dalla necessaria condizione di regressione che è presupposto della preoccupazione materna primaria per costruire una relazione basata sulla reciprocità e sul riconoscimento della separatezza.

Anche nel caso della coppia, come per l'individuo, l'aspetto di inevitabile criticità che connota l'accesso alla genitorialità rappresenta, come accade per tutte le crisi, anche una potente risorsa proprio perché, generando una fase di destabilizzazione, implica una possibilità di riorganizzazione che può preludere a un'evoluzione in senso maturativo. Le coppie, come gli individui, sono infatti in continua trasformazione e proprio la capacità di modificare la relazione in funzione dei nuovi contesti di vita è ciò che consente di mantenerla forte e funzionante. Da qui l'importanza di accogliere con grande attenzione e sensibilità le problematiche portate dalle coppie di neogenitori, accompagnandoli in questa delicata fase del loro percorso di vita affinché possano accedere con serenità alla loro funzione genitoriale interna per poter espletare al meglio il loro ruolo genitoriale.

Fondamentale risulta inoltre, sui vissuti connessi all'accesso alla funzione genitoriale sin dalla gravidanza, la possibilità di accedere a un'adeguata rete di supporto (Della Vedova et al., 2008; Dabrassi, Imbasciati, Della Vedova, 2009). È noto come carenze in questa area possano esporre allo sviluppo di funzioni genitoriali "perturbate" (Teti, Gelfand, 1991; Cardinali, Guidi, 1992; Broom, 1994; Goldstein, Diener, Mangelsdorf, 1996; Kivijarvi, Raiha, Virtanen, Lertola, Piha, 2004, Shin, Park, Kim, 2006; Dabrassi, Imbasciati, 2008).

Per il fatto di non poter più contare sull'esistenza della famiglia allargata che, con la sua presenza, seppure talvolta invadente, offriva tuttavia un contenimento emotivo oltre che un aiuto pratico, la coppia oggi si trova fortemente limitata nel progetto procreativo e la donna, spesso sola nella gestione delle prime difficili fasi dopo la nascita del bambino, è più esposta al rischio di depressione post partum.

5.2 La gemellarità

Finora ci siamo riferiti a situazioni in cui a nascere è un figlio singolo, ma tutti gli aspetti citati per i mononati si amplificano nel caso di nascite gemellari o plurime. Perché occuparsi di gemellarità? Le nascite gemellari stanno subendo un costante incremento: da 6.735 parti plurimi, pari all'1,3% del totale dei parti in Italia nel 2005 (Ministero della Salute, 2008), si è passati a 7.565 nel 2007, pari all'1,5% (Ministero della Salute, 2010), e il fenomeno è in costante aumento. Ciò si verifica anche in relazione alle gravidanze con procreazione medicalmente assistita (PMA), rispetto alle quali i parti plurimi rappresentano una percentuale importante, anch'essa in aumento: se nel 2005, i parti gemellari rappresentavano il 18,4% del totale delle nascite a seguito di PMA (Ministero della Salute, 2008), nel 2007 essi sono passati al 21,7% (Ministero della Salute, 2010).

Essere gemelli significa essere insieme da sempre, sin dal concepimento, con conseguenti aspetti negativi e positivi di una relazione così intensa, unica e profonda che ha origine fin dalla vita intrauterina: se da un lato ciò genera situazioni positive di estrema vicinanza, solidarietà e comprensione reciproca, dall'altro rappresenta una condizione difficile da affrontare sia per i gemelli stessi che per i loro genitori.

Sono tre, in particolare, le fasi caratterizzate da maggiori criticità: la gravidanza, il post partum e l'adolescenza (Tabella 5.1).

Il "Progetto Gemelli" che stiamo realizzando presso l'Ambulatorio Gravidanze Gemellari dell'Ospedale Sant'Anna di Torino, effettua la presa in carico delle future mamme e dei futuri papà sin dalla diagnosi di gravidanza gemellare.

Solitamente la prima reazione all'annuncio della gravidanza gemellare va dalla sorpresa fino allo shock. Accanto alle preoccupazioni di tipo pratico, economiche in primis, si configura sin da subito la difficoltà a creare uno spazio nella mente per due (o più) figli. Sin dalla gestazione i genitori devono dunque essere aiutati a costruirsi una rappresentazione distinta dei due feti, che si concretizza nel poterli chiamare ciascuno con il proprio nome e nel rivolgersi a essi come individui distinti e non come coppia. Nelle prime fasi le coppie in attesa di gemelli o trigemini vengono quindi investite da una molteplicità di timori, a cui si aggiungono quelli per la salute dei bambini, dal momento che ogni gravidanza gemellare viene sottoposta dai medici a visite e monitoraggi frequenti e approfonditi. La vita dei feti, infatti, è a rischio in diversi momenti della gestazione: così può verificarsi la morte intrauterina per entrambi i feti o per uno dei due, con il conseguente proseguimento di una gravidanza resa complessa da vissuti di perdita, separazione e lutto; allo stesso modo può sopravvenire la morte alla nascita, sempre per entrambi i figli o uno di essi, con gli altrettanti vissuti di lutto che comporta un tale evento.

Abbiamo finora esposto gli elementi di problematicità che si accompagnano alle nascite gemellari, ma non deve essere dimenticato che diventare genitori di gemelli o plurigemini è anche un motivo d'orgoglio, spesso espresso, nella nostra esperienza, soprattutto dai padri: il loro ruolo risulta infatti, rispetto a quello dei padri di mononati, caratterizzato da un maggior coinvolgimento diretto nei compiti di accudimento, nonché da una maggiore tendenza delle madri a far loro spazio, rinunciando alla chiusura

Tabella 5.1 Criticità legate alla gemellarità

	Gravidanza	Post partum	Adolescenza
Madre	<ul style="list-style-type: none"> - Sorpresa o shock - Rischi e medicalizzazione - Timore per salute dei feti e per il parto (ansia) - Orgoglio 	<ul style="list-style-type: none"> - Richieste doppie di accudimento: sensi di colpa e di inadeguatezza - Ricerca di aiuto (dipendenza dai propri genitori) - Gestione delle dinamiche gemellari - Fatica fisica e mentale - Ridimensionamento delle ambizioni lavorative e personali - Isolamento e solitudine 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestire lo sviluppo, la crescita e i bisogni dei figli adolescenti - Conflittualità - Nuovo ruolo di madre
Padre	<ul style="list-style-type: none"> - Sorpresa o shock - Rischi e medicalizzazione - Timore per la salute dei feti e della madre - Orgoglio - Preoccupazione per la gestione economica e organizzativa della famiglia 	<ul style="list-style-type: none"> - Investimento più graduale sui bambini - Maggior coinvolgimento nell'accudimento dei figli e nella gestione delle dinamiche gemellari - Sostegno e contenimento della triade madre-bambini - Adattamento a un nuovo ruolo paterno (rappresentazione di sé come figura primaria di attaccamento al pari della madre) - Gestione dei confini familiari e ricerca di aiuto 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestire lo sviluppo, la crescita e i bisogni dei figli adolescenti - Conflittualità - Nuovo ruolo di padre
Gemelli	<ul style="list-style-type: none"> - Rischi legati alla gravidanza gemellare - Prematurità 	<ul style="list-style-type: none"> - Effetti coppia positivi: coesione e crescita contemporanea; solidarietà; collaborazione e protezione reciproca; comprensione immediata ed empatia; piacere di stare insieme - Effetti coppia negativi: chiusura della coppia e tendenza all'isolamento; resistenza e sofferenza alla separazione; criptofasia; marcata conflittualità; "gang" gemellare; differenze eccessive di carattere e ruoli rigidamente complementari; separazione e individuazione dai genitori e dal cogemello 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficoltà di strutturazione dell'identità (processo più complesso: conflitto fra il bisogno di salvaguardare il legame di coppia e quello di affermarsi come persone autonome, uniche e distinte). - Sviluppo fisico (a volte diverso nella coppia) - Socializzazione

relazionale tipica di alcune madri di mononati. Tale coinvolgimento reciproco in genere rilancia anche la dimensione costruttiva dello stare insieme della coppia, promuovendo, dopo l'impegnativo assestamento iniziale, un positivo processo di evoluzione.

Se l'aiuto dei padri non risulta però sufficiente a far fronte alle esigenze espresse dal nuovo nucleo, e non è possibile ricorrere ad aiuti esterni, si rende necessario ricorrere al sostegno dei familiari, con conseguenze spesso difficili da prevedere sul piano degli equilibri interni della coppia, specie se ha già compiuto con una certa difficoltà i passaggi necessari a emanciparsi dalla propria dipendenza dai nuclei d'origine. C'è inoltre il problema della conciliazione casa-lavoro che, quando si è madri di gemelli, assume caratteristiche più problematiche, fino a portare alcune donne a rinunciare al lavoro, scelta dolorosa non solo sul piano economico, ma soprattutto su quello della realizzazione personale e identitaria. La rinuncia incrementa il problema dell'isolamento, che nelle madri di gemelli può essere molto sentito, come dimostra l'importanza che assume per molte di loro l'appartenenza ai gruppi promossi dal nostro "Progetto Gemelli".

Tra gli aspetti più complessi che i genitori si trovano a gestire con i gemelli vi è l'*effetto coppia*. Esso assume caratteri positivi, quali il senso di sicurezza derivante dal fatto che il bimbo ha accanto da sempre un compagno estremamente affine con il quale condividere le difficoltà e le gioie della vita, potendo contare sulla sua comprensione, il suo sostegno, la sua collaborazione costanti. Vi sono tuttavia anche rischi, derivanti in particolar modo dalla tendenza alla chiusura della coppia gemellare, che può sentirsi autosufficiente e quindi essere esposta a un rischio di isolamento dal gruppo dei pari. La maggior complessità del processo di separazione-individuazione può inoltre rendere più problematica la costruzione di un'identità individuale, specie nei monozigoti. I genitori devono pertanto prestare una particolare attenzione a trasmettere ai gemelli l'idea di essere persone distinte, evitando di omologarli. Un altro errore da evitare è che vi sia una suddivisione dei compiti che veda la creazione, da parte di ciascun genitore, di un rapporto stabile ed esclusivo con un singolo gemello.

5.3 Un progetto di assistenza alla genitorialità

Per aiutare le famiglie con gemelli ad affrontare queste difficoltà abbiamo messo a punto il "Progetto Gemelli", che si propone la triplice finalità di conoscere, sostenere e prevenire. La finalità conoscitiva viene perseguita attraverso la costante attività di ricerca svolta nell'ambito delle attività del Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Torino; la prevenzione primaria è attuata attraverso la collaborazione con la Clinica Universitaria Sant'Anna, dove si offrono informazioni sulle attività del Progetto, e vengono effettuati interventi di tipo psicologico nel corso di accompagnamento alla nascita per mamme e papà in attesa di gemelli. Le persone interessate possono inoltre trovare sostegno psicologico e partecipare a momenti di incontro specifici sulle tematiche gemellari presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Torino e presso varie sedi in tutta la Regione Piemonte.

Di tale ricerca presentiamo qui alcuni dati. Dal 2007 al 2011 il Progetto Gemelli ha seguito 723 gestanti per un totale di 1.353 colloqui. Ai corsi di accompagnamento alla nascita hanno invece partecipato 215 futuri genitori di gemelli. A scopo pre-

ventivo vengono attuati i gruppi per genitori e insegnanti, attivi in tutte le province della regione Piemonte e in diversi comuni della provincia di Torino. Gli incontri di gruppo hanno l'obiettivo di illustrare ai partecipanti tutti gli elementi tipici delle dinamiche gemellari e offrire loro un'opportunità di espressione e scambio di esperienze. Gli incontri per gli operatori focalizzano soprattutto il tema dell'inserimento scolastico, spesso gestito in maniera rigida e con scelte non sempre fondate su una reale conoscenza delle tematiche in questione. Noi proponiamo un approccio al problema di tipo personalizzato, in quanto ci sono coppie gemellari che stanno bene insieme anche fino all'università e altre che sarebbe opportuno dividere dal nido in poi.

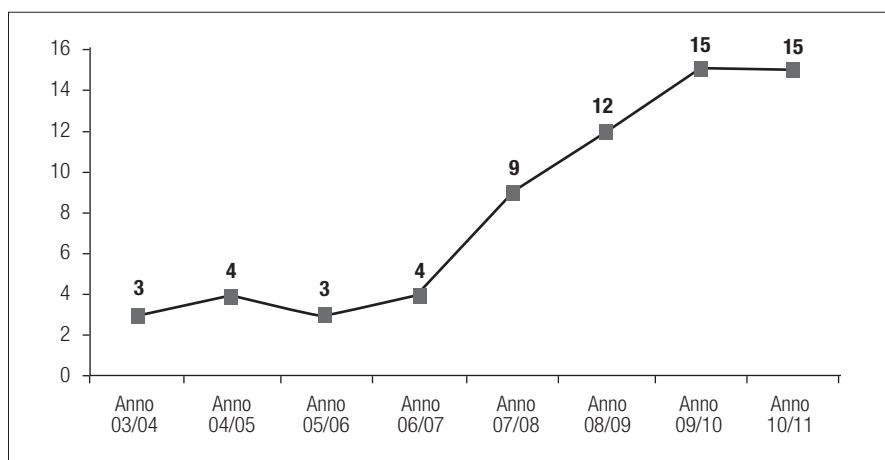


Fig. 5.1 Numero sedi degli incontri di gruppo. Sedi: Alba, Alessandria, Asti, Bra, Biella, Borgomanero, Chivasso, Ciriè, Cuneo, Ivrea, Moncalieri, None, Novara, Pinerolo, Rivoli, Saluzzo, Susa, Torino, Verbania, Vercelli

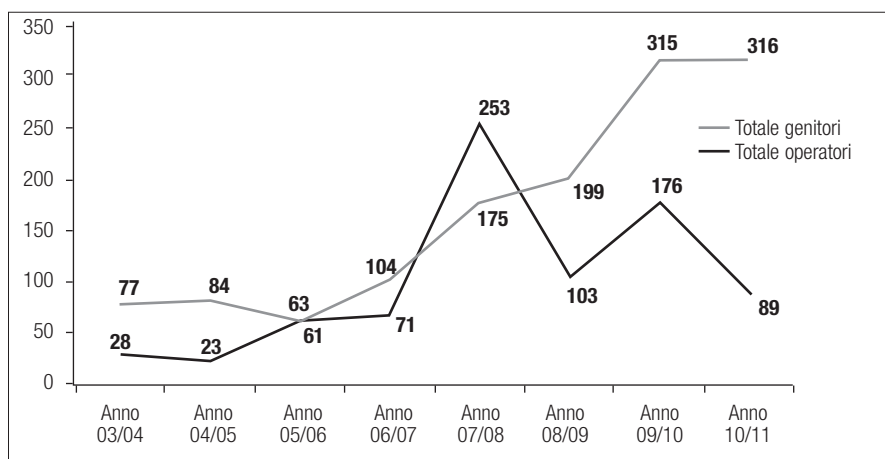


Fig. 5.2 Numero partecipanti agli incontri di gruppo. Totale genitori: 1.331. Totale operatori: 806

L'attività di sostegno si configura attraverso colloqui di consultazione su richiesta per le famiglie e gli operatori scolastici, fino ad un massimo di cinque incontri. Tra i motivi delle richieste spiccano i problemi nella gestione dei bambini, spesso legati proprio a fallimenti nel tentativo di creare rapporti individualizzati con ciascun gemello e di promuovere la costruzione di due identità separate, tema sul quale si incontra ancora una certa disinformazione. Spesso tra i problemi portati ci sono anche difficoltà di coppia, perché l'arrivo dei gemelli mette molto alla prova l'equilibrio coniugale.

Dal 2007 al 2011 è stato erogato il servizio di consulenza nei confronti di 348 famiglie per un totale di 1.053 colloqui (Tabella 5.2).

Tabella 5.2 Finalità degli incontri individuali e di gruppo

Incontri individuali	Incontri di gruppo
- Comprendere le difficoltà nella relazione genitori-figli	- Comprendere la peculiarità della situazione gemellare
- Comprendere come la nascita dei gemelli può avere interferito nel rapporto di coppia	- Informare su vantaggi e rischi, nella crescita, degli "effetti coppia" positivi e negativi
- Comprendere come si è riorganizzato il rapporto fra i coniugi e le famiglie di origine	- Riflettere sulle dinamiche relazionali adeguate a favorire la costruzione di personalità e identità equilibrate
- Comprendere come la nascita dei gemelli ha interferito sulle relazioni sociali	- Aiutare a focalizzare e ottimizzare l'utilizzo di risorse in seno alla famiglia
- Comprendere come la coppia ha riorganizzato la propria relazione con il lavoro	- Discutere e condividere delle esperienze proprie ed altrui

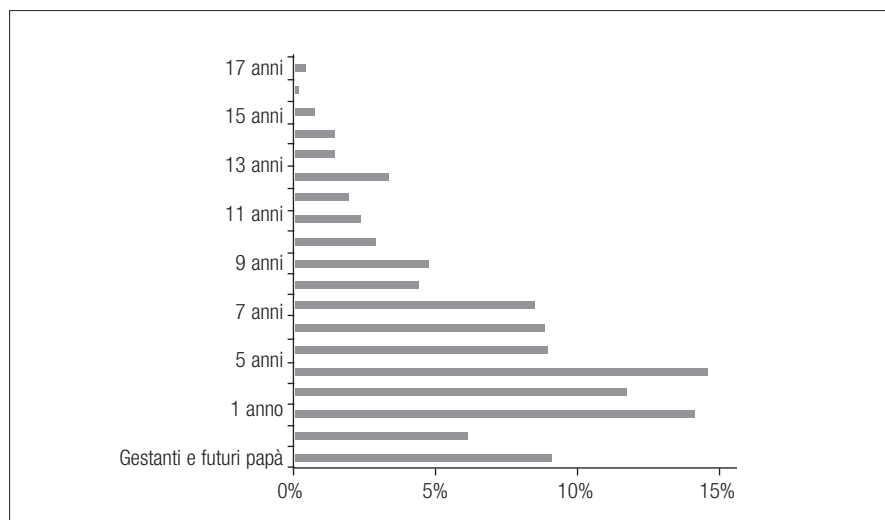


Fig. 5.3 Età dei gemelli i cui genitori partecipano ai gruppi del Progetto Gemelli (da giugno 2007 a giugno 2011)

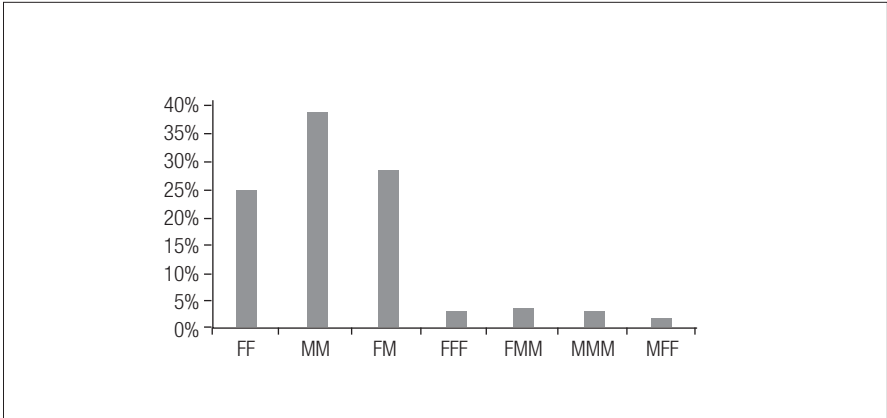


Fig. 5.4 Sesso delle coppie e dei trii i cui genitori hanno partecipato ai gruppi

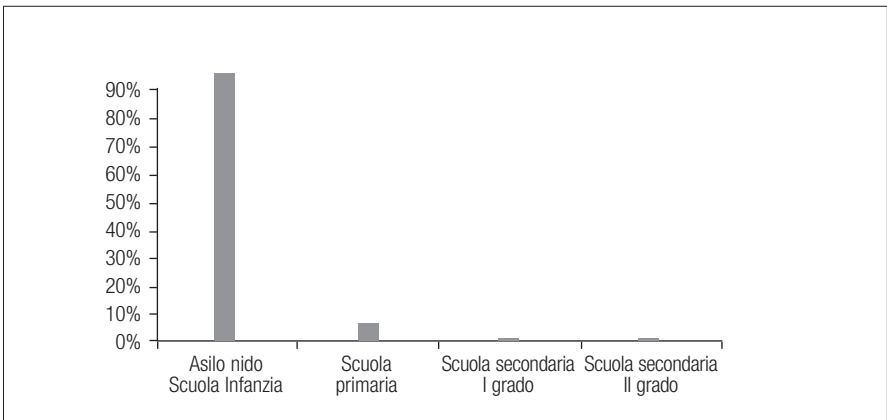


Fig. 5.5 Tipologia di operatori partecipanti ai gruppi

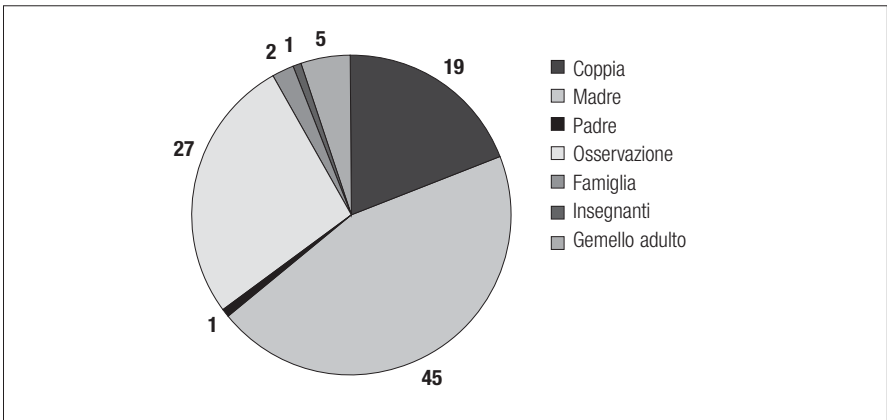


Fig. 5.6 Tipologia di intervento

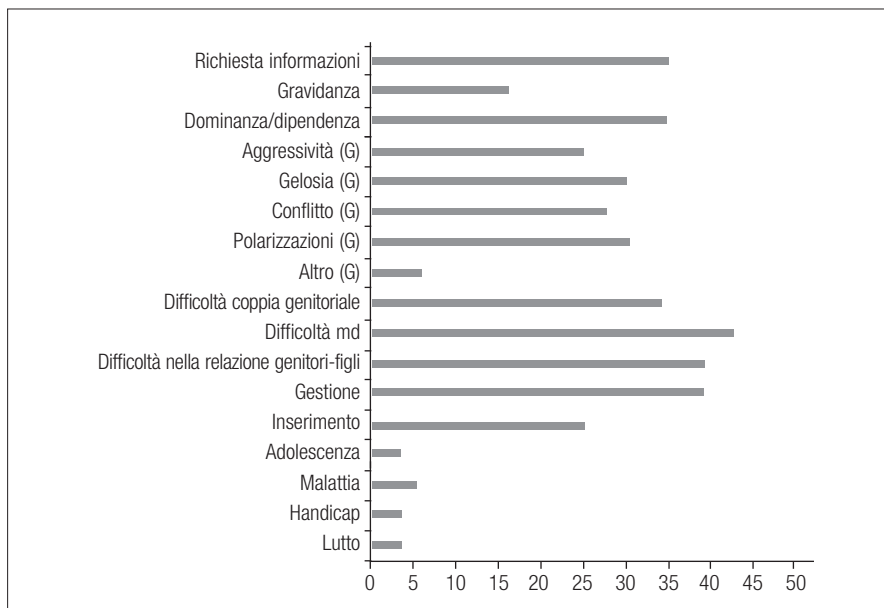


Fig. 5.7 Motivo della richiesta

I grafici nelle Figure 5.3-5.7 illustrano ulteriori dati relativi al servizio di consulenza attuato nell'ambito del Progetto Gemelli.

Come si evince dai dati, la domanda è in continuo aumento; molto ha aiutato la possibilità di svolgere le attività in tutte le province e in molti comuni, rendendo più semplice l'accesso al servizio. Dopo alcune resistenze iniziali che si sono manifestate con la negazione della necessità di un sostegno, poco a poco si è assistito a un costante incremento delle richieste che ci ha permesso di perfezionare il modello e di ampliare l'offerta. Si è rivelato molto importante il coinvolgimento degli operatori e in particolar modo degli insegnanti, molti dei quali non si erano mai posti il problema della complessità della genitorialità e della relazione gemellare. L'affiancamento delle gestanti e dei loro compagni ha consentito di impostare un intervento di cura che, partendo dai primi mesi, ha potuto sostenere il percorso gravidico prima e la relazione genitori-bambini dopo, svolgendo anche un'importante funzione di prevenzione primaria. Questa esperienza ha favorito anche l'apertura di un'altra prospettiva di ricerca e di intervento che è quella rivolta ai prematuri e alle loro famiglie. La presenza costante di uno psicologo del nostro gruppo di lavoro nel reparto di TIN dell'ospedale pediatrico Regina Margherita di Torino, ci consentirà di perfezionare l'intervento in questo ambito, coordinando sempre la ricerca con l'intervento.

Verificata l'utilità e l'opportunità di questi interventi preventivi per la genitorialità riteniamo, in un'ottica di psicologia della salute, che sia molto importante intensificare la collaborazione con le diverse istituzioni che si fanno carico di "prendere in cura" per favorire l'umanizzazione dei servizi socio-sanitari, ma anche educativi.

Bibliografia

- Ammaniti M et al (1992) Representations and narratives during pregnancy. *Infant Mental Health Journal* 13:167-182
- Arcidiacono C (1994) *Identità femminile e psicoanalisi. Da donna a donna: alla ricerca del senso di sé*. Angeli, Milano
- Broom BL (1994) Impact of marital quality and psychological well-being on parental sensitivity. *Nursing Research* 43:138-143
- Brustia P (2011) *Progetto Gemelli*. A.G.A.T., Torino
- Brustia P (2011) *Vivere con i gemelli*. *Espress Edizioni*, Torino
- Brustia Rutto P (1996) *Genitori. Una nascita psicologica*. Boringhieri, Torino
- Bydlowski M (2004) *Sognare un figlio. L'esperienza interiore della maternità*. Pendragon, Bologna
- Cardinali G, Guidi G (1992) La coppia in crisi di gravidanza. Sulla necessità di ripensare l'intervento istituzionale. *Terapia Familiare* 38
- Condon JT, Corkindale CJ (1998) The assessment of parent-to-infant attachment: development of a self-report questionnaire instrument. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 16:57-76
- Condon JT, Dunn DJ (1988) Nature and Determinants of Parent-to-Infant Attachment in the Early Postnatal Period. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 27(3):293-299
- Cramer B (1999) *Cosa diventeranno i nostri bambini?* Cortina, Milano, 2000
- Dabrassi F, Imbasciati A (2008) Il supporto psicoterapeutico alle gestanti e alla madre/neonato. In: Imbasciati A, Pristini C, Dabrassi F, Buizza C (a cura di) *Psicoterapie: orientamenti e scuole. Scienza, misconoscenza e caos nell'artigianato delle psicoterapie*. Centro Scientifico, Torino
- Dabrassi F, Imbasciati A, Della Vedova AM (2009) Il Supporto Sociale in Gravidanza: Validazione italiana e valutazione dello strumento. *Giornale di Psicologia* 3:141-151
- Delassus JM (1995) *Il senso della maternità*. Borla, Roma
- Della Vedova A, Ducceschi B, Pelizzari N, Cesana B, Imbasciati A (2008) Sintomi d'ansia e depressione in gravidanza: rilevazione di un campione di gestanti italiane. *Psychofenia* XI:109-141
- Della Vedova AM (2005) Il costrutto dell'"attaccamento prenatale": una rassegna sulle attuali conoscenze. *Imago* 4:341-359
- Della Vedova AM (2007) L'attaccamento prenatale. In: Imbasciati A, Dabrassi F, Cena L (a cura di) *Psicologia clinica perinatale. Vademecum per tutti gli addetti alla nascita (genitori inclusi)*. Piccin, Padova
- Deutsch H (1957a) *Psicologia della donna. Studio psicoanalitico. Volume 1: L'adolescenza*. Boringhieri, Torino
- Deutsch H (1957b) *Psicologia della donna. Studio psicoanalitico. Volume 2: La donna adulta e madre*. Boringhieri, Torino
- Ferraro F, Nunziante-Cesaro A (1985) Lo spazio cavo e il corpo saturato. La gravidanza come "agire" tra fusione e separazione. Angeli, Milano
- Galen Buckwalter J, Simpson SW (2002) Psychological factors in the etiology and treatment of severe nausea and vomiting in pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 186(5):210-214
- Goldstein LH, Diener ML, Mangelsdorf SC (1996) Maternal characteristics and social support across the transition to motherhood: associations with maternal behavior. *Journal of Family Psychology* 10:60-71
- Kivijarvi M, Raiha H, Virtanen S, Lertola K, Piha J (2004) Maternal sensitivity behavior and infant crying, fussing and contented behavior: the effects of mother's experienced social support. *Scandinavian Journal of Psychology* 45:239-246
- Lipari E, Speranza AM (1992) La gravidanza nella letteratura psicologica e psicoanalitica. In: Ammaniti M (a cura di) *La gravidanza tra fantasia e realtà*. Il Pensiero Scientifico, Roma, pp. 11-34

- Malagoli Togliatti M, Angrisani P, Barone M (2004) *La psicoterapia con la coppia. Il modello integrato dei contratti. Teoria e pratica.* Angeli, Milano
- Malagoli Togliatti M, Lubrano Lavadera A (2002) *Dinamiche relazionali e ciclo di vita della famiglia.* Il Mulino, Bologna
- Ministero della Salute (2008) *Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita-Anno 2005.* Attività Editoriali Ministero della Salute, Roma. Reperibile su <http://www.salute.gov.it/servizio/sezSis.jsp?label=cedap>
- Ministero della Salute (2010) *Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita-Anno 2007.* Attività Editoriali Ministero della Salute, Roma. Reperibile su <http://www.salute.gov.it/servizio/sezSis.jsp?label=cedap>
- Müller ME (1996) Prenatal and postnatal attachment: A modest correlation. *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing*, 25:161-166
- Müller ME, Ferketich S (1993) Factor analysis of the Maternal Fetal Attachment Scale. *Nursing Research* 42:144-147
- Notman MT (1990) *Reproduction and Pregnancy: A Psychodynamic Developmental Perspective.* In: Scotland NL (ed), *Psychiatric aspects of reproductive technology.* American Psychiatric Press, pp. 13-24
- Righetti PL, Sette L (2000) *Non c'è due senza tre. Le emozioni dell'attesa dalla genitorialità alla prenatalità.* Boringhieri, Torino
- Salerno A, Di Vita AM (a cura di) (2004) *Genitorialità a rischio. Ruoli contesti e relazioni.* Angeli, Milano
- Shin H Park YJ, Kim MJ (2006) Predictors of maternal sensitivity during the early postpartum period. *Journal of Advanced Nursing* 55:425-434
- Siddiqui A (2000) Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? *Early Human Development* 59:13-25
- Soubieux M.J, Soule M (2007) *La psichiatria fetale.* Angeli, Milano
- Teti DM, Gelfand DM (1991) Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development* 62:918-929

6.1 Voce del verbo “accogliere”

In anni recenti sempre maggiore interesse è stato rivolto ai contesti educativi, in particolare il nido e le scuole dell’infanzia, nella promozione del benessere dei bambini. Un profondo cambiamento socio-culturale sulle abitudini di vita delle famiglie nel nostro paese e in altri paesi occidentali – si pensi non solo a un sempre maggiore impegno fuori casa da parte delle madri, ma anche a un ritorno di quasi dipendenza da parte della famiglia “nucleare” dalla famiglia di origine e conseguente primario ruolo dei nonni – ha modificato sia l’aspetto simbolico (significati e rappresentazioni da parte delle famiglie dei servizi educativi) che le pratiche dell’educare (cambiamenti propri delle abitudini e delle caratteristiche dei servizi stessi). Se infatti fino a qualche decennio fa, il contesto educativo era spesso vissuto e rappresentato come “luogo altro” dalla famiglia, attualmente si sottolinea la necessità di interazione tra famiglia, scuola e contesto allargato in un sistema di reti di relazioni: si sta progressivamente costruendo un sapere condiviso per cui il bambino non “si lascia” a scuola, ma “si accompagna”. Tale cambiamento culturale trova riscontro anche sul piano legislativo e istituzionale, nella costituzione del Coordinamento Pedagogico, come luogo “centrale” delle pratiche educative, che facilita il funzionamento della rete, promuovendo l’accoglienza delle famiglie (Silvani, 2007). In particolare, si indica la necessità di costruire terreni comuni di significati e relazioni che permettano alla famiglia, agli educatori e alla scuola di sviluppare il benessere del bambino, inteso come valorizzazione e promozione delle competenze proprie del singolo e dell’originalità di ciascuno all’interno del contesto.

P. Corsano (✉)
Professore Associato di Psicologia dello sviluppo
e Psicologia dell’educazione
Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Parma
paola.corsano@unipr.it

Utilizzando pertanto un tipo di approccio che valorizza il sistema di relazioni di cui il bambino è protagonista, un tema fondamentale per analizzare l'incontro tra famiglia e contesto educativo è costituito dall'accoglienza.

Si tratta di una tematica centrale, a livello sia di riflessione teorica sia di progettazione e realizzazione di esperienze concrete, del lavoro degli educatori (Cardarelli, 2008), in questi ultimi anni arricchita dalla necessità sociale di integrare e appunto accogliere anche culture diverse, ma che affonda le sue radici in decenni di riflessione psicologica sulla relazione madre/bambino e madre/educatore, sull'accettazione e l'inserimento della diade nel suo complesso, sulla comunicazione affettiva e simbolica tra i partner, sul contenimento e la rielaborazione dei contenuti emotivi dell'altro. Il primo colloquio tra un genitore che deve inserire il proprio piccolo al nido e l'educatore che lo accoglie si configura spesso come un contesto comunicativo in cui esprimere, da un lato, paure, sensi di colpa, aspettative, e dall'altro disponibilità all'ascolto, contenimento delle emozioni, accettazione delle esperienze altrui. È questo un momento cruciale del processo di costruzione di una relazione tra la scuola (in senso lato) e la famiglia, che può costituire la base per una collaborazione proficua al progetto educativo o l'inizio di una serie di incomprensioni e di svalutazioni reciproche. La sensibilità e la professionalità degli educatori, così come la presenza di un coordinamento pedagogico che supervisioni questi momenti, appaiono aspetti imprescindibili di un progetto di accoglienza reciproca; e in effetti intorno a tematiche relative alla costruzione della relazione e della comunicazione simbolica e affettiva tra famiglia e scuola è stata in gran parte progettata la formazione degli educatori negli ultimi decenni (Fornasa, Vanni, 1992; Cigala, Corsano, 2007).

Molteplici sono gli spunti che, a partire dalla riflessione e dalla pratica psicologica sulle relazioni e sulla comunicazione, hanno orientato la professionalità dell'educatore: l'atteggiamento rogersiano di accettazione incondizionata (Rogers, 1951), che grazie all'assenza di valutazione e di giudizio consente la creazione di un rapporto empatico in cui esprimere in modo reciproco e autentico il proprio modo di essere e di pensare; il contenimento affettivo inteso come accettazione e rielaborazione in forma "buona" di contenuti emotivi negativi (Bion, 1967), che permette di attribuire a sé e ai propri stati affettivi nuovi significati e di condividerli; la "gestione coordinata dei significati" (Pearce, 1994), la quale attraverso la comunicazione favorisce la creazione di sistemi simbolici, contesti o cornici comuni, entro cui i punti di vista degli interlocutori si integrano e vengono reciprocamente accolti. Grazie a tali suggerimenti teorici è stato via via possibile precisare il concetto di accoglienza, dimensione che appare sempre più distintiva della competenza educativa. In un'indagine di tipo qualitativo appena pubblicata sui profili di professionalità dell'educatore (Schenetti, 2011), la capacità di ascolto, l'accoglienza, l'atteggiamento di apertura e disponibilità, variamente declinati anche rispetto a quanto sopra discusso, sono indicati come elementi caratterizzanti lo stile educativo, elemento centrale della competenza e della professionalità dell'educatore.

Recentemente anche Novelli (2008, p. 29) indica propriamente l'accoglienza come "abito distintivo della scuola", il cui ruolo consiste primariamente nel costruire situazioni confortevoli, di benessere, sul piano della pratica, ma soprattutto sul pia-

no delle relazioni e delle emozioni. Si può aggiungere che accogliere può significare non tanto “prendere per assimilare” a valori già presenti, quanto capire da dove viene l’altro per andare verso di lui (Cigala, 2007), valorizzarne l’originalità, le peculiarità, i sentimenti e le emozioni. Una scuola che accoglie permette quindi un sereno “ingresso” da parte delle famiglie, favorisce la costruzione di significati sociali ed affettivi condivisi, consente di creare uno spazio entro cui riconoscere e distinguere l’identità di ciascuno: genitori, bambini ed educatori. L’accoglienza così considerata si esprime attraverso i gesti, i comportamenti, le azioni, le emozioni, ma è soprattutto attraverso il linguaggio, e in particolare la narrazione (Bruner, 1990), che gli individui, soprattutto i bambini, si appropriano dei significati del contesto e conoscono più profondamente l’altro e loro stessi.

Il tema dell’individualità, dell’identità, del riconoscersi ed accettarsi appare dunque cruciale all’interno di un discorso o progetto di accoglienza. Esso riguarda tutti gli interlocutori presenti nella rete di relazioni, ma diventa particolarmente saliente per i bambini che, negli anni di frequenza al nido e alla scuola dell’infanzia, sono particolarmente impegnati nel compito evolutivo della costruzione di un’identità autonoma. L’inserimento nei servizi educativi per l’infanzia può attivare nei piccoli e nei loro genitori processi regressivi di tipo simbiotico, ansia da separazione, come anche una discrepanza tra le esperienze vissute a casa e a scuola, rispetto alle quali si fatica a costruire significati condivisi. Tali processi possono interferire con la spinta all’autonomia del bambino. Per questo una scuola è veramente accogliente solo se aiuta i genitori e i bambini ad affrontare insieme il percorso di separazione/individuazione e di costruzione dell’identità e se, pur nel mantenimento di relazioni affettive soddisfacenti, favorisce l’autonomia di entrambi, la condivisione dei significati, l’integrazione delle esperienze e, di fatto, il reciproco benessere.

6.2 L’identità del bambino tra narrazione, autonomia e connessione

In effetti il tema della costruzione del Sé e dell’identità del bambino, non riducibile alle poche righe richieste dal discorso in questa sede, può essere meglio compreso rispetto a due dimensioni fondamentali del processo: la costruzione dei significati su di sé e sulle proprie esperienze nel contesto di vita, da un lato, e la dialettica tra autonomia e connessione dall’altro (Cigala, Corsano, 2011).

La prima dimensione sottolineata fa riferimento al “raccontare”, alla funzione narrativa del linguaggio, e quindi al suo utilizzo per rivivere le proprie esperienze: eventi, emozioni, pensieri. Secondo Bruner (1986; 1990), grazie al linguaggio e alla struttura narrativa del pensiero, l’individuo, già dalla prima infanzia, tende a dare significato e coerenza agli eventi accadutigli nella vita quotidiana, collocandoli nel contesto affettivo, relazionale e culturale di appartenenza. In questo modo egli organizza le proprie esperienze in un costrutto coerente che costituirà progressivamente il proprio Sé. Diversi sono gli esempi riportati dalla letteratura psicologica di narrazioni che coinvolgono il bambino nella riorganizzazione e rielaborazione simbolica delle proprie esperienze: dai noti “monologhi di Emily”, riportati da Nelson (1989), al filone di studi sulla lettura con-

divisa con l'adulto di libri illustrati (Britto et al., 2002), alla ricca serie di studi condotti dal gruppo di ricerca di Fivush (2007) sul *reminiscing*, il rievocare insieme (con la mamma e il papà, ma potremmo ipotizzare anche con l'educatore) eventi occorsi nell'immediato o più lontano passato. In tutti i casi si sottolinea come l'attività del narrare o narrarsi, in autonomia o in interazione con l'adulto, favorisca schemi di sé più complessi e articolati nonché una maggiore consapevolezza della propria storia.

La seconda dimensione del processo di costruzione del Sé appare in stretta relazione con quanto appena discusso: l'evento o l'esperienza di cui si è protagonisti e che ci riguarda in senso stretto come individui singoli può trarre significato solo all'interno di un contesto relazionale, simbolico e culturale condiviso. La narrazione di sé, quindi, con la conseguente strutturazione del concetto di identità propria, non può prescindere dalla dialettica tra autonomia e connessione.

Secondo la *Self Determination Theory* (Connell, 1990; Deci e Ryan, 2008) la percezione di sé che un individuo sperimenta durante il proprio agire nei contesti sociali è il prodotto, la risultante dell'incontro tra i propri bisogni individuali di base (autonomia/separazione, connessione e competenza) da un lato, e i modelli, o pattern di relazione sociale in cui egli è inserito, dall'altro.

Il bisogno di separazione viene inteso come bisogno di autonomia, di percepirsi come separati dagli altri, di esistere come entità propria e distinta sia in senso fisico (separazione), sia in senso psicologico (separatezza) e con una propria storia. L'individuo soddisfa questo bisogno quando sperimenta se stesso come artefice e regolatore delle proprie azioni e quando sente di essere accolto come tale anche dagli altri.

Il bisogno di relazione si riferisce alla necessità, anche biologica, di sentirsi sicuri e protetti nel contesto sociale, di avvertire di essere parte di un tutto, di sperimentarsi come capaci e degni di essere amati e, a propria volta, di amare. Esso appare soddisfatto quando l'individuo realizza il contatto o la prossimità con gli altri individui, quando le proprie richieste vengono accolte, in sostanza quando egli percepisce un senso di connessione con il mondo esterno.

Il bisogno di competenza (Elliot et al., 2002) si riferisce alla necessità di produrre un effetto sull'ambiente e viene percepito come soddisfatto quando l'individuo sperimenta di possedere e saper esprimere determinate abilità, che gli consentono di apparire agli altri distinto nelle proprie peculiarità e caratteristiche. Appare evidente come l'esperienza di percepirsi competente, di esercitare un effetto sull'ambiente, conduca l'individuo anche a comprendere il proprio senso di autonomia e sentire di essere distinto e separato da coloro con cui è in relazione.

Autonomia, connessione e competenza sono dunque le dimensioni principali del sistema del Sé, poiché i processi attraverso cui tali istanze vengono soddisfatte consentono all'individuo di costruire, percepire e sperimentare le diverse componenti e caratteristiche del proprio modo di essere nelle varie situazioni e relazioni e da queste sentirsi più o meno accolto.

La dialettica tra autonomia e connessione, rispetto a cui acquista significato anche la competenza, appare particolarmente pregnante nei primi anni di vita, durante i quali i compiti evolutivi del piccolo ruotano proprio intorno a tali dimensioni. Gli *Internal Working Models* (IWM) (Bowlby, 1988), alla cui costruzione il piccolo è impegnato, costituiscono un buon esempio di tale intreccio: in quanto schemi

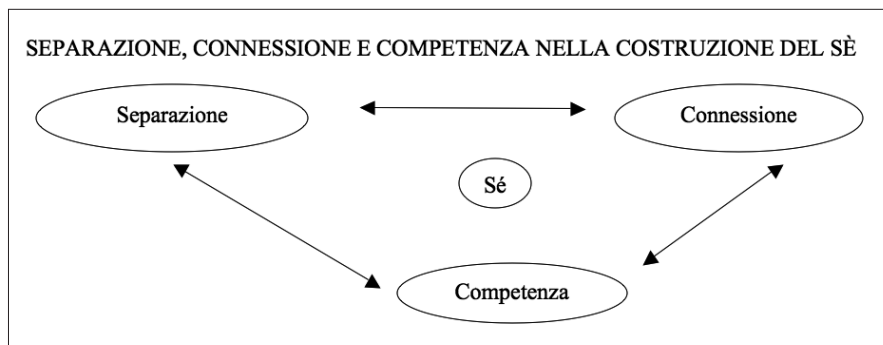


Fig. 6.1 Bisogni di base e costruzione del Sé

relazionali essi sono il prodotto della connessione, ma da essi il bambino ricava una prima idea di sé come individuo separato e della propria competenza (sentirsi capace e degno di amare ed essere amato).

Le caratteristiche dei contesti in cui il piccolo è inserito possono favorire o meno il soddisfacimento dei suoi bisogni di base, e in questo modo concorrono alla costruzione di un Sé più o meno soddisfacente in termini di stabilità, benessere e adattamento. Secondo la *Self Determination Theory*, appaiono determinanti in questo senso alcune dimensioni dell'ambiente relazionale: il grado di "strutturazione", inteso come coerenza e stabilità, presenza di confini precisi; il "sostegno all'autonomia", come possibilità di riconoscimento del bisogno di separazione; il "coinvolgimento", cioè l'attenzione, la partecipazione e la preoccupazione degli altri, che consentono di sentirsi accettati, partecipi di un tutto.

Ci sembra che queste tre diverse dimensioni che qualificano un ambiente relazionale come favorevole alla costruzione di schemi positivi del Sé, possano essere facilmente riassunte proprio nel concetto di "accoglienza": la scuola accoglie quando si presenta come un contesto stabile e coerente, da cui sapere che cosa ci si può aspettare, quando mostra partecipazione, accettazione e preoccupazione per l'altro, e quando lo riconosce e valorizza nella sua originalità e peculiarità. È interessante osservare come ciò abbia valore non solo per il bambino, i cui schemi del Sé si stanno costruendo, ma anche per i genitori e gli educatori, che si incontrano mettendo in gioco le loro identità più o meno forti, ma comunque già formate, che devono ora integrarsi per il benessere reciproco e, quindi, poi, del piccolo.

6.3 La scuola che accoglie le famiglie e le famiglie che accolgono la scuola: una ricerca-azione nei nidi d'infanzia

Per meglio illustrare quanto sopra discusso su un piano teorico, desideriamo ora presentare in particolare un'esperienza di condivisione dei "momenti di vita" nei nidi d'infanzia, così come li abbiamo osservati e letti all'interno del progetto "So-stare nel gruppo al nido", che nasce da una collaborazione tra Parmainfanzia e il Diparti-

mento di Psicologia dell'Università di Parma¹. Il progetto prevedeva un percorso di formazione durante il quale prendere in considerazione alcuni momenti "significativi" della giornata al nido e della relazione complessa tra educatore, genitori, bambino e gruppo di pari. In particolare il percorso che abbiamo costruito prevedeva diverse fasi. Innanzitutto è stata effettuata la videoripresa di situazioni diverse, direttamente all'interno dei contesti, da parte di un osservatore esterno che, nei giorni precedenti, aveva familiarizzato con il gruppo di bambini e di educatori, in modo da rendere la propria presenza non intrusiva; per ciascuno dei tre nidi target veniva osservata una sezione di bambini "piccolissimi", di "grandi" e una sezione "mista". Le videoriprese hanno riguardato alcune situazioni considerate di "transizione" per il gruppo dei bambini: l'accoglienza al mattino; il momento della condivisione della frutta; il gioco libero; la riconsegna dei piccoli al genitore, il pomeriggio. La seconda fase prevedeva la visione e la discussione nel gruppo di ricerca delle osservazioni, con conseguente scelta e montaggio di situazioni da utilizzare come "reattivo" per la fase successiva, cioè gli incontri tra formatori ed educatori. In questa fase, la messa in comune nel gruppo degli educatori del video, con la supervisione di un formatore esperto, aveva l'obiettivo di favorire, negli educatori osservati, sia un distanziamento (vedere dall'esterno le proprie azioni), sia un atteggiamento riflessivo (attenzione ed elaborazione sulle proprie esperienze), sia una risignificazione (rielaborazione e attribuzione di nuovi significati); per gli altri educatori, non oggetto di osservazione, l'obiettivo era quello di favorire la riflessività, cioè il riconoscimento nell'altro delle proprie idee, pratiche educative, emozioni. L'ultima fase, alla fine del percorso, prevedeva la restituzione da parte dei formatori/ricercatori di quanto osservato e costruito insieme agli educatori durante gli incontri.

Tra i diversi momenti indagati e che hanno costituito oggetto di riflessione specifica con gli educatori, intendiamo in particolare focalizzarci sul momento dell'accoglienza (del bambino e della sua mamma) al mattino, che si configura come una separazione, ma anche come un ricongiungimento, e sul momento della "riconsegna" al pomeriggio (del bambino alla sua mamma), che a sua volta si configura ancora sia come ricongiungimento che come separazione: si tratta degli unici due momenti delle normali giornate al nido che prevedono la co-presenza effettiva di famiglia, educatore, bambino, gruppo di pari e, a nostro giudizio, costituiscono un'occasione fondamentale per costruire una co-presenza rappresentata anche nella mente dei bambini. Questi momenti permettono infatti ai protagonisti (bambino, mamma, educatore, alternativamente, e in un sistema di influenze complesse) di "stare in presenza ma anche in assenza di" (Winnicott, 1965 ; Corsano, 1999), di sperimentare la separazione, ma anche la connessione, costruendo un sistema relazionale che tenga conto contemporaneamente di ruoli attivi e non attivi (Cigala, 2007). A partire da questi processi è emersa tutta la complessità dell'intreccio tra le diverse relazioni/interazioni, e come da essa possa declinarsi il significato dell'accogli-

¹ Parmainfanzia è una società per azioni a capitale misto pubblico/privato costituita nel 2003 tra il Comune di Parma e Pro.ges, una ONLUS che si occupa di servizi integrati alla persona sul territorio di Parma. Il progetto nasce da una convenzione stabilita tra il Dipartimento di Psicologia dell'Ateneo di Parma, il Comune di Parma, Parmainfanzia e Pro.ges.

za: è stato sottolineato in particolare quanto il momento dell'arrivo di un bambino, al mattino, sia "destabilizzante" per il sistema precedente di relazioni, non solo tra genitore e bambino, ma anche tra il gruppo di bambini già presenti e l'educatore. Dal punto di viste delle famiglie, è necessaria la capacità di "affidare" il bambino all'educatore che accoglie (cioè superare le resistenze dovute alla paura della separazione e al timore che la relazione con l'educatore possa sostituire quella col genitore); l'educatore, d'altra parte, è anche il perno cruciale nel mediare il "ritrovarsi" quotidiano del gruppo dei bambini. Non è infatti solo con lui che il bambino può costruire una relazione affettivamente significativa, ma tutti gli altri piccoli, già presenti, sono al centro della situazione dell'accoglienza. Gli educatori hanno riconosciuto questo momento come cruciale per il benessere del bambino al nido, in quanto connesso a, e in grado di, suscitare emozioni e stati affettivi diversi: da un lato la calma e la tranquillità delle prime ore del mattino, dall'altro la paura di non rispettare i tempi giusti e la fatica del distacco. Hanno inoltre sottolineato la fragilità dell'equilibrio che si crea in quel momento, indicando la necessità di rispettare i tempi dei bambini e dei genitori, ma anche gli "spazi" fisici che rappresentano un indicatore della relazione. L'educatore può avere un ruolo di "ascolto attivo" e può soprattutto mostrare un atteggiamento di contenimento, non solo centrato sul singolo bambino, ma sul "bambino nel gruppo", riconoscendo nel gruppo di bambini stessi la capacità di accogliere. È stato inoltre osservato quanto sia non tanto la capacità di "fare qualcosa per", quanto la capacità di "saper aspettare", con un ruolo di ascolto e di attesa di ciò che viene osservato e vissuto al momento. Il sapere eserci aspettando permette infatti anche al gruppo di bambini di scegliere il proprio tempo per ascoltare e accogliere l'altro e permette alla famiglia di prendersi il tempo per il distacco e l'affido all'educatore.

Il secondo momento su cui intendiamo soffermarci è quello del ricongiungimento, che rappresenta la fine della giornata al nido e permette non solo al genitore e al bambino di ritrovarsi, ma anche di "svincolarsi" dalle relazioni in cui si è stati coinvolti: ancora una volta dunque si ripropone la dinamica tra connessione e separazione, rispetto a cui si esprime la competenza dei soggetti coinvolti. Per questo, è molto importante la capacità da parte dell'educatore di "accompagnare senza lasciare", dando ai genitori la possibilità di riappropriarsi delle esperienze dei bambini, offrendo qualcosa (un oggetto, un'esperienza, un racconto) che possa essere riconosciuto dal genitore come appartenente al suo bambino e non a un altro, quella particolarità che rende unici. Entra in gioco, a questo punto, l'altra dimensione importante del processo di costruzione dell'identità, quella relativa alla narrazione. Gli eventi vissuti dal piccolo durante la giornata, le emozioni osservate, i pensieri e le parole espressi, se raccontati al genitore, diventano dei piccoli tasselli che si aggiungono alla storia personale, possono essere confrontati con quanto il genitore racconta del proprio bimbo, e possono costituire un oggetto di riflessione comune su di lui. Questo gioco continuo di narrare e condividere permette la ricostruzione dei significati, creando un ponte di congiunzione tra momenti apparentemente molto distanti: la scuola fa parte della famiglia, non ne è al servizio e viceversa, le due entità sono in una rete, non sono giustapposte o sottomesse l'una all'altra. Tutto ciò riconosce e rafforza le identità dei partner della relazione, favorendo un senso di benessere e di accetta-

zione del proprio ruolo che non può che ripercuotersi positivamente sullo “stare bene a scuola” del bambino.

Da quanto è emerso dagli educatori, anche il ricongiungimento pomeridiano appare come un momento cruciale: è stata riconosciuta la faticosa necessità di rispettare i tempi e gli “spazi” del genitore che entra, del bambino che saluta e dell’educatore che questa volta, al contrario di quanto avviene alla mattina, ri-affida alla famiglia, cioè connette, separa e, forse noi potremmo aggiungere, ricompone le relazioni attraverso la narrazione, come un filo che lega insieme ciò che si sta separando con ciò che si sta ricongiungendo, ricostruendo di fatto una rete che accoglie. Un’educatrice riporta la frase: “Tutti pronti, è il mio momento”, indicando il coinvolgimento di “tutti” in questa fase, ma anche la necessità di rendere il momento unico e proprio (“mio”) per il bambino: riteniamo che la sfida per l’educatore sia proprio l’apparente contraddittorietà tra un momento che è “di tutti” (dominio della connessione) e proprio (“mio”) (dominio della separazione e dell’individuazione).

Il ricongiungersi “sano” è possibile solo laddove gli altri momenti di un processo circolare siano permessi, cioè laddove ci sia l’affidarsi della famiglia, che si riconosce nel contesto educativo che accoglie, costruendo relazioni coinvolgenti su tutti i piani: emotivo, relazionale, cognitivo, e riconoscendo il ruolo dell’altro.

In sintesi, riteniamo che queste occasioni di incontro con i genitori, se condotte insieme e rispettando i tempi, le attese e i bisogni di tutti attraverso le conversazioni, la narrazione e il restituire qualcosa da condividere poi a casa, aiutino i bambini e gli educatori a scuola a “tenere dentro” la famiglia nella mente, e i piccoli e i loro genitori, a casa, a “tenere dentro” il nido nella mente; esse permettono loro di non percepire un distacco tra contesti diversi (famiglia-genitore vs scuola-educatore), bensì di stabilire un’integrazione tra i vari Sé sperimentati, favorendo un sano processo di costruzione dell’identità, in primo luogo dei piccoli, impegnati in questo compito evolutivo, ma in secondo luogo di tutti i soggetti coinvolti. Una scuola che accoglie è quindi primariamente una scuola che integra, che connette delle menti attraverso un filo condiviso, e che in questo modo costruisce rappresentazioni e significati comuni di eventi, pratiche educative, idee, emozioni, e infine identità.

D’altra parte, come emerge dall’esperienza formativa illustrata, una scuola che accoglie deve imparare a essere “curiosa”, cioè a cercare di capire osservando: solo fermandosi a guardare più a fondo si può costruire un progetto educativo che tenga conto delle competenze, delle risorse, delle emozioni, dei linguaggi dei bambini e degli adulti in interazione (Cigala e Corsano, 2007). Vogliamo dunque sottolineare con forza il ruolo importante che la metodologia osservativa, declinata nei suoi diversi aspetti, può svolgere nella formazione degli educatori e di tutte le figure impegnate nei processi evolutivi ed educativi dei piccoli. Ma non basta guardare: occorre soffermarsi, “so-stare” a osservare, cioè accompagnare i momenti di osservazione vera e propria con una riflessione consapevole e competente non solo sugli eventi rilevati, ma anche sulle emozioni provate, sui significati colti e sulle rappresentazioni mentali intraviste. Pensiamo, quindi, che questa modalità di “formare fermandosi a osservare” renda la pratica formativa un percorso più individualizzato, vissuto emotivamente e interiorizzato da ciascun educatore, e quindi adatto a essere proposto anche ad altre figure professionali che a vario titolo sono coinvolte nei proces-

si educativi ed evolutivi del bambino.

In conclusione, alla luce del percorso effettuato e di altre esperienze formative, ci sembra che il focalizzarsi in particolare, anche con l'ausilio dell'osservazione diretta, sul momento dell'accoglienza al nido e del ricongiungimento del bambino con i suoi genitori, aiuti gli educatori a vedere meglio la complessità delle relazioni coinvolte, e consenta loro di costruire un ponte con le famiglie, rendendole protagoniste dei processi educativi e favorendo una reciproca rappresentazione più complessa e più partecipata del bambino al nido; d'altra parte tutto ciò permette, al contempo, al bambino e ai suoi genitori, di percepire il nido come uno spazio più facile da "abitare" (Iori, 1996), uno spazio cioè in cui ci si sente accolti e dove, quindi, si sta bene.

Bibliografia

- Bion WR (1967) *Second thoughts. Selected Papers of Psychoanalysis*. Heinemann, London. Trad. it. *Analisi degli schizofrenici*, Armando, Roma, 1979)
- Bowlby J (1988) *A secure base: clinical applications of attachment theory*. Routledge, London. Trad. it. *Una base sicura: applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*, Cortina, Milano, 1989)
- Britto PR, Fuligni A, Brooks-Gunn J (2002) Reading, Rhymes, and Routines: American Parents and their Children. In: Halfon N, McLearn K, Schuster M (a cura di) *The Health and Social Conditions of Young Children in American Families*. Cambridge University Press, New York, pp 117-145
- Bruner JS (1986) *Actual minds, possible worlds*. Harvard University Press, Cambridge. Trad. it. *La mente a più dimensioni*, Laterza, Bari, 1988
- Bruner JS (1990) *Acts of meaning*. Harvard University Press, Cambridge. Trad. it. *La ricerca del significato*, Boringhieri, Torino, 1992
- Cardarello R (2008) Vedi alla voce accoglienza. *Ambientinfanzia* 1:18-21
- Cigala A (2007) Emozioni e relazioni nei servizi educativi. In: Cigala A, Corsano P (a cura di) *Bambini nei contesti educativi: osservare per progettare*, Junior, Azzano San Paolo, pp. 21-33
- Cigala A, Corsano P (2007) (a cura di) *Bambini nei contesti educativi: osservare per progettare*. Junior, Azzano San Paolo
- Cigala A, Corsano P (2011) "Ricomincio da tre...". *Competenza emotiva e costruzione del Sé in età prescolare*. Unicopli, Milano
- Connell JP (1990) *Contest, Self and Action: A Motivational Analysis of Self-System Processes across the Life-Span*. In: Cicchetti D, Beeghley M (a cura di) *The Self in Transition: Infancy to Childhood*, University of Chicago Press, Chicago, pp. 61-97
- Corsano P (1999) *Bambini che amano stare da soli*. McGraw Hill, Milano
- Deci EL, Ryan RM (2008) *Facilitating Optimal Motivation and Psychological Well-Being Across Life's Domains*. *Canadian Psychology* 49:14-23
- Elliot AJ, McGregor HA, Thrash TM (2002) *The Need for Competence*. In: Deci EL, Ryan RM (a cura di) *Handbook of Self-Determination Research*. University of Rochester Press, Rochester, pp 361-387
- Fivush R (2007) *Maternal Reminiscing Style and Children's Developing Understanding of Self and Emotion*. *Clinical Social Work* 35:37-46
- Fornasa W, Vanni A (1992) *Con voce di nido*. Angeli, Milano
- Iori V (1996) *Lo spazio vissuto: luoghi educativi e soggettività*. La Nuova Italia, Firenze
- Nelson C (1989) *Narratives from the Crib*. Harvard University Press, Cambridge
- Novelli A (2008) *L'accoglienza nella scuola dell'infanzia*. *Ambientinfanzia* 1:29
- Pearce W B (1994) *Communication, action, meaning*. Praeger, New York
- Rogers C (1951) *Client centered therapy*. Houghton Mifflin, Boston. Trad. it. *La terapia centrata sul cliente*, La Nuova Italia, Firenze, 1997

- Schenetti M (2011) Profili di professionalità. *Ricerche di Pedagogia e Didattica* 6:1-33
- Silvani SH (2007) Genesi, evoluzione e funzioni del Coordinatore pedagogico nei servizi educativi per la prima infanzia. *Infanzia* 6:10-14
- Winnicott DW (1965) *The maturational processes and the facilitating environment. Studies in the theory of emotional development.* Tavistock Publications, London. Trad. it. *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma, 1970

Parte II

Nuove prospettive evuzionistiche dell'attaccamento

7.1 Come si impara a essere genitori?

Come si impara a essere genitori? In passato c'erano famiglie molto ampie, molto numerose e con molte persone di varia età al loro interno: se si era il primogenito, si imparava a occuparsi dei fratelli nati dopo, se si era nati per ultimi ci si prendeva cura dei nipoti, figli dei fratelli più grandi. Tutto intorno c'era un'atmosfera protettiva: i metodi della famiglia fornivano un supporto e non si chiedeva a nessuno di fare più di quello che fosse possibile fare per l'età. Negli ultimi cinquant'anni questo è cambiato radicalmente. Le famiglie moderne sono molto più piccole, con uno o due figli, tendono a essere isolate e non vivono più in un contesto con molte persone. Per questi nuovi genitori non sono più possibili modalità implicite di apprendimento di come si fa a essere genitori. Molte neo-madri, quando ricevono in braccio il loro primo figlio, fanno per la prima volta in assoluto l'esperienza di tenere in braccio un neonato. In passato questa sarebbe stata un'esperienza estremamente rara. I bambini quando nascono non hanno delle istruzioni allegate. Hanno molte cose da dire comuni a tutti, però se non si è mai stati con un bambino piccolo, non è detto che si sia in grado di interpretarne i segnali, né tanto meno di comunicarli. Questo ha prodotto dei problemi che non abbiamo mai conosciuto in precedenza.

Attualmente ci sono nuovi professionisti che insegnano ai genitori a occuparsi di bambini, quando non riescono a farlo. C'è tutta una nuova disciplina, una nuova economia centrata su come si fa a essere genitori. A parte tutto ciò, nel corso dei quarant'anni in cui ho lavorato in questo campo, ripensandoci, ho notato cambiamenti traumatici. In passato, per me e probabilmente anche in buona misura per un'ampia

P. Crittenden
Family Relations Institute, Miami (USA)
Presidente della International Association
for the Study of Attachment (IASA)
pmcrittenden@gmail.com

parte dei professionisti che si occupano di questi temi, l'approccio ha visto un'enfasi solo sui deficit. Ho lavorato per quasi tutta la mia vita adulta nell'ambito della tutela dei minori. La lista delle cose che i genitori non fanno o non sono in grado di fare è pressoché infinita. L'approccio centrato sui deficit si concentra principalmente su quello che non va in questa gente. C'è poi anche un'enfasi rilevante sulla patologia individuale: cosa non va nella madre, cosa non va nel padre. Il bambino si merita una diagnosi?

Il Modello Dinamico-Maturativo dell'attaccamento e dell'adattamento è un tentativo di riformulare il problema in un modo che possa essere più utile e più funzionale a ridurre la sofferenza di molte persone, considerate come esistenti all'interno di un'organizzazione umana complessa. Naturalmente con diadi madre e bambino e padre e bambino. Bowlby ritiene che osservare e concentrarsi sui bambini sia sufficiente, ma occorre anche situare le relazioni all'interno delle famiglie. Tutte le persone all'interno di una famiglia hanno bisogni, attività, priorità e, intrinsecamente, non c'è nessuno che sia più importante di un altro. Tutte le famiglie sono obbligate a suddividere le risorse, e non ci sono mai abbastanza risorse per dare a tutti ciò di cui hanno bisogno e ciò che ognuno vuole. È quindi indispensabile che i genitori siano in grado di avere una visione complessiva dell'insieme dei componenti con i loro bisogni: i desideri dei loro figli, di loro stessi, ma anche dei loro genitori, dei loro fratelli e dei figli dei loro fratelli, perché anche loro possono essere una presenza reale o simbolica nella famiglia. I genitori devono quindi tenere presente tutto l'assetto della situazione, ed essere in grado di decidere in modo giudizioso come le risorse psichiche vadano meglio suddivise tra i vari membri, per andare incontro ai loro bisogni e ai loro desideri. Le famiglie non esistono in uno stato di isolamento, ma all'interno di comunità che possano sostenerle. Quindi, quando si prende in considerazione come sta il bambino, contemporaneamente si deve osservare come sono i genitori nei confronti del bambino, come sta la famiglia nel suo complesso, che tipo di apporto e supporto può dargli la comunità e anche quali professionisti possano entrare in relazione con questa situazione familiare.

Il Modello Dinamico-Maturativo si occupa di strategie con cui proteggiamo noi stessi, il nostro partner e i nostri figli. Quello che differenzia il Modello Dinamico-Maturativo da altri approcci sull'attaccamento, è l'enfasi sul valore funzionale dei pattern A B C, descritti dalla Ainsworth, che diventano strategie. Ci sono diversi punti importanti: il primo è la funzione complessiva di tutte queste strategie, per la protezione del Sé. L'approccio tradizionale all'attaccamento sosterebbe che la strategia di tipo B è il tipo giusto di attaccamento. B è la strategia giusta da utilizzare quando le condizioni circostanti sono sicure e tutte le comunicazioni della diade sono esplicite e reciproche. Se invece c'è pericolo, e le persone con cui si ha a che fare e che ci dovrebbero proteggere non comunicano niente rispetto alle proprie intenzioni, oppure se queste figure protettive non percepiscono in modo esatto i nostri segnali, allora può essere più adeguata un'altra strategia.

Guardando il Modello Dinamico-Maturativo emergono etichette in cui le persone sembrano riconoscersi in un determinato punto: "secondo me io sono lì", ma altre volte il riconoscimento è duplice "sono un po' così e anche un po' nell'altro modo", si può essere in tutti e due?

La risposta è sì. Durante il dottorato ho infatti osservato situazioni in cui ci si poteva collocare sia in A che in C, talora in modo alternante. Queste sono le strategie funzionali che si possono riconoscere intuitivamente, ma meglio si possono definire con uno strumento funzionale di valutazione. Questo approccio comporta un modello in cui il numero di strategie aumenta man mano che si passa da una fase all'altra della vita, dall'infanzia andando verso l'età adulta. Ritengo che, avendo parlato di questo anche con Bowlby, Mary Ainsworth ritenesse che le strategie che aveva osservato nei bambini di 11 mesi non potessero coprire tutta la complessità e la gamma dei comportamenti umani fino all'età adulta. Le strategie si aggiornano e diventano più complesse, mano a mano che si impara a camminare, parlare o a ragionare in modo astratto. Il funzionamento dei bambini di 11 mesi non può quindi definire l'attaccamento per tutto l'arco della vita. Dall'adolescenza in poi questo modello contempla anche le strategie che servono per scegliere un partner, proteggere se stessi e la propria coppia.

7.2 Le strategie di protezione del Sé

Il Modello Dinamico-Maturativo (Fig. 7.1) è un modello dimensionale che ha in verticale la dimensione di integrazione (in alto la massima integrazione, al punto centrale la non integrazione, e in basso l'integrazione di informazioni trasformate). Sul-

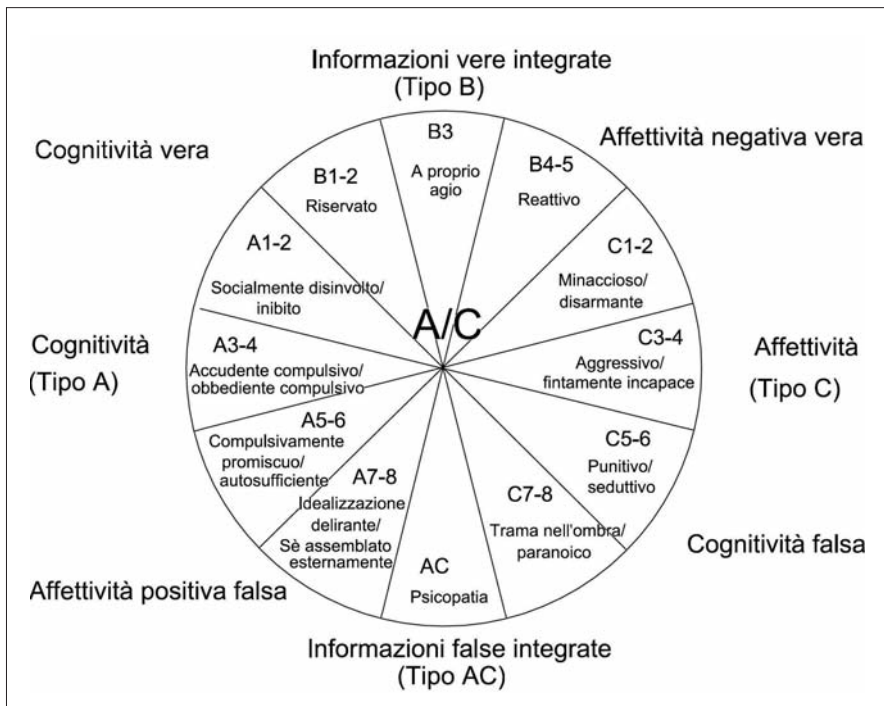


Fig. 7.1 Modello Dinamico-Maturativo delle strategie di protezione del Sé in età adulta

l'asse orizzontale, a sinistra abbiamo le informazioni cognitive. Per informazioni cognitive intendiamo le informazioni sulle sequenze degli eventi, così come sono percepite dalla nostra mente e sui nessi causali che possiamo attribuire a queste sequenze temporali di eventi. Sulla destra abbiamo le informazioni affettive, informazioni legate all'intensità di stimoli sensoriali, a cui il nostro sistema emozionale attribuisce un significato probabilistico in termini di pericolo o sicurezza, rappresentato come emozioni ansiose nelle loro varie declinazioni (rabbia, paura, desiderio di conforto), o come emozioni di benessere. Su queste coordinate abbiamo situato le strategie di protezione del Sé.

Strategie dinamico-maturative per la protezione del Sé

(Patricia M. Crittenden, Ph.D.)

Le descrizioni seguenti sono intese ad accompagnare ed elaborare il modello circolare di strategie di protezione del Sé.

B3: La strategia Tipo B comporta un'integrazione equilibrata di predizioni temporali con lo stato affettivo. I soggetti Tipo B mostrano tutti i tipi di comportamento, ma si assomigliano nell'essere in grado di adattarsi a un'ampia varietà di situazioni in modo protettivo per sé, per i propri figli, senza danno agli altri. Essi comunicano in modo diretto, negoziano i disaccordi, e trovano dei compromessi mutuamente soddisfacenti. Distorcono pochissimo le informazioni cognitive e affettive, specialmente non con se stessi. Infine mostrano una gamma più ampia di variazioni individuali rispetto alle persone che usano altre strategie (che devono limitare il proprio funzionamento per impiegare la propria strategia).

Questa strategia funziona già nella prima infanzia. In età adulta, possono essere differenziati due tipi di strategia B, i B ingenui e i B maturi. I primi hanno semplicemente avuto la buona sorte di crescere in un contesto sicuro e confortevole, i secondi hanno raggiunto la maturità (attorno ai 35 anni), funzionano nei ruoli principali della vita (cioè figlio, coniuge, genitore) ed effettuano un processo continuativo di integrazione psicologica in diverse relazioni, ruoli, contesti. Dove i B ingenui tendono a essere semplicistici, i B maturi trattano le complessità della vita.

BI-2: Individui assegnati a BI-2: sono un po' più inibiti riguardo agli stati affettivi negativi rispetto ai B3, ma sono intrinsecamente equilibrati.

B4-5: Individui assegnati a B4-5: esagerano un po' gli stati affettivi negativi, essendo sentimentali (B4) o irritati (B5), ma sono intrinsecamente equilibrati.

A1-2: La strategia A1-2 usa predizioni cognitive nel contesto di scarsissime mi-

nacce effettive. Le figure di attaccamento sono idealizzate tramite una trascuratezza per le loro qualità negative (A1) oppure il Sé viene un po' denigrato (A2). La maggior parte degli A1-2 sono persone prevedibili, responsabili, tendenti alla freddezza emozionale e all'attenzione ai risultati. Le strategie A si basano tutte sull'inibizione dei sentimenti e sul mettere il pericolo a distanza psicologica dal Sé. Questa strategia inizia a essere usata nella prima infanzia.

A3: Soggetti che usano la strategia A3 (accudimento compulsivo, vedi Bowlby, 1973): si basano su contingenze prevedibili, inibiscono gli stati affettivi negativi e si proteggono proteggendo la propria figura di attaccamento. Nell'infanzia, essi provano a rallegrare o ad occuparsi di figure di attaccamento tristi, ritirate e vulnerabili. In età adulta, spesso trovano lavori in cui soccorrono o si occupano di altri, specialmente di chi appare debole e bisognoso. I precursori di A3 e A4 possono essere osservati nella prima infanzia (usando il metodo DMM per la Strange Situation), ma la strategia funziona in modo completo solo dall'età prescolare in poi.

A4: Soggetti compulsivamente obbedienti (Crittenden, DiLalla, 1988) cercano di evitare il pericolo, inibire lo stato affettivo negativo e proteggersi facendo ciò che le figure di attaccamento vogliono che loro facciano, specialmente se le figure sono colleriche e minacciose. Essi tendono a essere eccessivamente vigili, rapidi ad anticipare e soddisfare i desideri altrui, e generalmente agitati e ansiosi. L'ansia, tuttavia, viene ignorata e minimizzata dal soggetto, e spesso appare in forma di sintomi somatici che sono messi da parte e sminuiti nella loro importanza.

A5: Soggetti che usano una strategia compulsivamente promiscua (Crittenden, 1995) per evitare l'intimità genuina pur mantenendo contatti umani e, in alcuni casi, soddisfacendo i desideri sessuali. Essi mostrano falsi stati affettivi positivi, incluso il desiderio sessuale, a persone poco conosciute, e si proteggono dal rifiuto coinvolgendosi superficialmente con molte persone e non coinvolgendosi a fondo con nessuno. Questa strategia si sviluppa in adolescenza quando precedenti relazioni intime sono state disastrose, e gli estranei sembrano offrire l'unica speranza di vicinanza e soddisfazione sessuale. Può manifestarsi in forma socialmente promiscua (che non coinvolge la sessualità) o, in casi più gravi, come promiscuità sessuale.

A6: Soggetti che usano una strategia compulsivamente autosufficiente (Bowlby, 1980): non credono che gli altri abbiano esigenze prevedibili, si ritengono inadeguati a soddisfarle, o ambedue. Essi inibiscono gli stati affettivi negativi e si proteggono non facendo affidamento altro che su se stessi. Ciò protegge il Sé dagli altri, al prezzo però della perdita di aiuto e conforto. Solitamente que-

sta strategia si sviluppa in adolescenza dopo che gli individui hanno scoperto di non poter regolare il comportamento di figure genitoriali importanti, ma pericolose o non protettive. Essi si ritirano da relazioni intime non appena sono abbastanza grandi da prendersi cura di se stessi. C'è una forma sociale della strategia in cui gli individui funzionano adattivamente in contesti sociali e di lavoro, ma sono distanti quando ci si aspetta intimità, e una forma isolata in cui gli individui non sono in grado di gestire alcuna relazione interpersonale e si ritirano il più possibile dagli altri.

A7: I soggetti idealizzanti in modo delirante (Crittenden, 2000) hanno avuto ripetute esperienze di pericoli gravi che non potevano essere previsti o controllati, mostrano un fragile falso stato affettivo positivo, e si proteggono immaginando che le loro figure di attaccamento impotenti o ostili li proteggano. Questa è una strategia disperata di falsa credenza nella sicurezza quando nessuno sforzo ha probabilità di ridurre il pericolo (confronta la "sindrome dell'ostaggio"). Paradossalmente, l'aspetto è generalmente molto piacevole, dando pochi segni della paura e del trauma che stanno dietro, l'esteriorità è gradevole fino a quando le circostanze producono una rottura nel funzionamento. Questa configurazione si sviluppa solo in età adulta.

A8: Gli individui che usano una strategia A8 (Sé assemblato esternamente, Crittenden, 2000) fanno come gli altri richiedono, hanno pochi sentimenti propri genuini, e provano a proteggersi facendo assoluto affidamento sugli altri, di solito professionisti che sostituiscono le loro figure di attaccamento assenti o pericolose. Sia A7 che A8 sono associate ad abusi e trascuratezze precoci pervasivi e sadici.

C1-2: La strategia C1-2 (minacciosa-disarmante) comporta sia il far conto sui propri sentimenti per guidare il comportamento, e anche l'usare manifestazioni affettive negative un po' esagerate e alternanti per influenzare il comportamento altrui. In particolare, la strategia consiste in scissione, esagerazione e alternanza delle manifestazioni di stati affettivi negativi misti per attrarre l'attenzione e manipolare i sentimenti e le risposte altrui. L'alternanza è tra la presentazione di un Sé forte, collerico e invulnerabile che biasima gli altri per i problemi (C1,3,5,7) e l'apparenza di un Sé pauroso, debole e vulnerabile che attrae gli altri a dare soccorso e supporto (C2,4,6,8). C1-2 è una strategia molto normale, trovata in persone a basso rischio di problemi mentali e con un grande gusto per la vita. Si osserva già nella prima infanzia.

C3-4: La strategia C3-4 (aggressiva-fintamente incompetente) comporta l'alternanza di aggressività e apparente incapacità per far sì che gli altri obbediscano per paura di essere attaccati, o aiutino per paura che l'altro non sia in

grado di occuparsi di se stesso. Gli individui che usano una strategia C3 (aggressiva) enfatizzano la propria rabbia per esigere l'obbedienza delle proprie figure genitoriali. Chi usa la strategia C4 (finta incompetenza) dà segnali di incompetenza e sottomissione. La presentazione collerica suscita obbedienza e senso di colpa in altri, mentre la vulnerabilità suscita soccorso. I precursori di questa strategia possono essere visti nella prima infanzia (usando il metodo DMM per la Strange Situation), ma la strategia funziona in modo completo solo dall'età prescolare in poi.

C5-6: La strategia C5-6 (punitivamente ossessionato dalla vendetta e/o seduttivamente ossessionato dal soccorso) è una forma più estrema di C3-4 che comporta l'attivo inganno per compiere la vendetta o suscitare il soccorso. Gli individui che usano questa strategia distorcono notevolmente le informazioni, in particolare biasimando gli altri per le loro condizioni ed esaltando i propri stati affettivi negativi. Il risultato è una lotta più duratura e meno risolvibile. Chi usa una strategia C5 (punitiva) sono più freddi, distanti, autocontrollati e più ingannevoli di chi usa C3. Essi appaiono invulnerabili e distanziano i punti di vista altrui, al contempo forzando gli altri a prestar loro attenzione, fuorviando gli altri rispetto ai loro sentimenti interni di impotenza e desiderio di conforto. Gli individui che usano la strategia C6 (seduttiva) danno l'impressione di aver bisogno di essere salvati da circostanze pericolose che sono di fatto autoindotte. Gli individui C6 ingannano gli altri rispetto alla loro rabbia. Questa configurazione alternante si vede spesso in coppie bullo-vittima, all'interno di bande, e in coppie violente in cui la metà nascosta della configurazione viene di solito dimenticata o perdonata, finché la presentazione si inverte. Questa strategia si sviluppa durante l'età scolare, ma non funziona in modo completo fino all'adolescenza.

C7-8: C7-8 (tramare nell'ombra-paranoico) è la più estrema delle strategie Tipo C e comprende una disponibilità ad attaccare chiunque combinata con la paura di chiunque. Le strategie Tipo C comprendono tutte una sfiducia nelle conseguenze e un eccessivo affidamento sui propri sentimenti. All'estremo, questa configurazione diventa delirante, con deliri di vendetta infinita su nemici ubiqui (una strategia di trama nell'ombra, C7) o l'inverso, paranoia sui nemici (C8). Queste due strategie non si organizzano prima della prima età adulta.

A/C: Le strategie A/C combinano qualunque configurazione. In pratica, la maggior parte degli A/C consistono in configurazioni più distorte, cioè da A3-4 in su, e da C3-4 in su. Gli individui che usano queste strategie mostrano improvvise transizioni di comportamento (A/C) oppure, nel caso di strategie miscelate, mostrano una mescolanza molto sottile di distorsione e inganno. L'estremo della forma miscelata di AC è la psicopatia.

Tornando alla Figura 7.1, in alto, B3 è la strategia in cui le persone si servono sia delle informazioni su come di solito vanno le sequenze di eventi (quindi su *quando* si può prevedere ci sia sicurezza o pericolo), sia delle informazioni affettive su quali siano i contesti che suscitano sensazioni di benessere o di ansia (quindi su *dove* si può prevedere ci sia sicurezza o pericolo). Questa configurazione permette di integrare informazioni per proteggerci utilizzando la relazione con la nostra figura di attaccamento in termini di una comunicazione aperta, diretta rispetto a come ci sentiamo, senza esagerare né sminuire il nostro stato affettivo, i nostri desideri e i nostri bisogni, nell'aspettativa che la figura di attaccamento prevedibilmente ci presti attenzione e faccia quello che è possibile fare per venire incontro a quello che comunichiamo.

Se ci spostiamo sulla sinistra abbiamo che B1-2, pur mantenendo un equilibrio, è una strategia che tende a enfatizzare le informazioni cognitive lasciando relativamente da parte le informazioni di tipo affettivo.

L'inverso lo vediamo nella strategia B4-5, in cui, tendenzialmente, c'è una maggior reattività emozionale: nella strategia si fa più uso di informazioni affettive. Ci può essere molta tenerezza, desiderio di tenerezza in B4, oppure ci può essere una certa irritazione, manifestazione di fastidio in B5.

Se passiamo poi al versante dove prevalgono le informazioni cognitive abbiamo A1-2. È una strategia formata e appresa in un contesto dove non c'è grande pericolo, e si ha a che fare con figure genitoriali molto prevedibili nelle funzioni protettive che però non sono particolarmente confortanti. Quindi un modo adeguato e funzionale per gestire la relazione con queste figure di attaccamento è concentrarsi sulle loro caratteristiche positive prevedibili, lasciando da parte le informazioni sugli aspetti spiacevoli dell'esperienza, tutto sommato irrilevanti, data la presenza costante e la prevedibilità della funzione protettiva di queste figure.

Così la strategia C1-2, che troviamo sull'altro versante, è una strategia che si struttura quando il comportamento dei genitori, soprattutto dal punto di vista del prestare conforto, è complesso, incostante, non del tutto prevedibile. Quindi diventa funzionale comunicare con i genitori in modo affettivamente intenso: essere da un lato allettanti, dolci, enfatizzando il proprio desiderio di vicinanza e conforto e d'altra parte comunicare in termini collerici le proprie esigenze, le proprie pretese in modo da chiarire quello che si vuole. In realtà in ambito C1 e C2, il passaggio da un versante minaccioso a un versante disarmante è molto fluido e persuasivo.

Tutte le strategie della metà inferiore del modello sono strategie in cui la trasformazione delle informazioni è più estrema. Le strategie A1-2 e C1-2 si basano sull'omissione di alcuni aspetti, e sull'enfaticizzazione di altri. Se andiamo più in basso nel modello, dall'indice 3-4 in poi, cominciamo ad avere trasformazioni più radicali delle informazioni, che servono per gestire situazioni in cui il pericolo è maggiore. Quando le figure di attaccamento sono particolarmente ritirate, depresse o poco disponibili, può essere necessario, per mantenere una prossimità alle figure di attaccamento e non metterle in fuga, non solo inibire le comunicazioni affettive negative (che possono spaventare o intimorire ulteriormente la figura di attaccamento già in difficoltà), ma anche produrre dei segnali affettivi positivi falsi. Quando ci si sente in difficoltà e si ha bisogno della figura di attaccamento, ciò che in circostanze co-

me queste funziona meglio non è mostrare direttamente i propri sentimenti negativi, bensì inibire questi sentimenti negativi e mostrare uno stato affettivo falsamente positivo. Questo può permettere il mantenimento di una quota di vicinanza a un genitore che, altrimenti, tenderebbe a essere ritirato e distante. Ovviamente questa condizione è pericolosa per un bambino dipendente dai genitori. Questa strategia, la A3, è già una strategia complessa che comincia a osservarsi in forma organizzata dall'età prescolare in poi.

Lo stesso vale per la strategia A4, che pure è una strategia di inibizione degli stati affettivi negativi, che si basa però sulla messa in atto di ciò che può far piacere a un genitore rigido, potenzialmente punitivo, se non addirittura violento. Quindi questa strategia è una strategia di "obbedienza compulsiva" in cui per evitare i pericoli legati a un eventuale rifiuto o punitività del genitore, i bambini, successivamente gli adolescenti, e poi gli adulti imparano a fare quello che viene a loro richiesto. Essere quindi molto vigili, molto attenti, previdenti. Quindi prevenire o eseguire, al più presto possibile, la richiesta di una figura importante.

Nel caso in cui queste strategie compulsive falliscano, abbiamo una situazione in cui le persone apprendono che la sequenza abituale degli eventi è del tipo "nonostante si faccia qualunque cosa per far funzionare la relazione di attaccamento, questa fallisce". Quindi, dall'adolescenza in poi, può essere che le persone che hanno avuto esperienze di questo tipo strutturino una strategia A6, di "autosufficienza compulsiva". Nell'aspettativa del disastro, ogniqualvolta ci si rivolga a qualcun altro per gestire protezione e conforto, le persone imparano ad affrontare eventi pericolosi facendo affidamento completamente su se stessi. Rispetto a quanto detto precedentemente, osserviamo qui un primo conflitto rilevante tra l'obiettivo di proteggere se stessi e l'obiettivo di scegliere e proteggere un partner, o anche solo di fare dei figli; è vero che esistono molti nuovi supporti tecnici, però qualche tipo di interazione con un altro essere umano per fare dei figli occorre. La strategia A6 si può osservare in varie forme: vi sono forme in cui c'è comunque una quota di contatti sociali, incluso lo sposarsi e fare dei figli, con il ricorso però, nei momenti di pericolo, all'autosufficienza compulsiva. Quando le esperienze di pericolo nel corso della vita sono molto gravi, la strategia può assumere una forma di isolamento completo e portare a una posizione sociale marginale.

Sullo stesso tipo di esperienza di fallimento sistematico nella ricerca di protezione e conforto da parte di qualcun altro, si può definire il fallimento nelle relazioni passate e idealizzare le relazioni con persone che non si conoscono. Questo significa che la ricerca di protezione e conforto deve avvenire con persone sempre nuove. Una soluzione può essere la strategia A5, "promiscuità compulsiva". Nel momento in cui ci si avvicina a un approfondimento della relazione, con il passare del tempo le persone cominciano ad avvertire il pericolo legato alle precedenti esperienze in relazioni intime. Sempre in base alle informazioni cognitive, la cosa sicura da fare è cambiare relazione, cambiare amicizie, cambiare lavoro o appunto anche nei casi più gravi in cui il pericolo vissuto è stato importante, cambiare frequentemente partner sessuali. Il contatto sessuale può arrivare a diventare, in una strategia A5, l'unica situazione su cui si fa affidamento per avere contatti con un'altra persona.

Andando più in basso nel modello, troviamo A7 e A8, strategie complesse in cui l'e-

laborazione delle informazioni diventa estremamente distorta. Queste sono strategie organizzate solo in età adulta, ed è un'organizzazione, comunque, molto precaria per far fronte a pericoli estremi. A7 è la strategia di "idealizzazione delirante", la sindrome dell'ostaggio, che si sviluppa in seguito a esperienze di pericoli estremi non moderabili. Ci serve qualcuno su cui riporre delle speranze, per cui idealizziamo persone che sono di fatto pericolose, attivamente o per omissione. Per fare questo dobbiamo mettere da parte radicalmente, fino alla negazione, le informazioni affettive, anche quelle più difficili da ignorare, per esempio il dolore fisico. Ovviamente però, quando cerchiamo di agire senza queste informazioni, abbiamo molta difficoltà a rappresentare un'opzione di azione: capita quindi che andiamo a produrre dei contenuti deliranti per costruire una motivazione ad agire in assenza delle informazioni negate.

A8 è un'altra strategia estrema, che tende per lo più a essere iatrogena. Quando allontaniamo, magari ripetutamente, delle persone dalle loro figure di attaccamento, sostituendole con professionisti (per esempio operatori di comunità o famiglie affidatarie professionalizzate), può accadere che le persone costruiscano un Sé a partire dall'apporto di queste figure autorevoli, che hanno sostituito le loro figure di attaccamento familiari. Anche in questa strategia si osserva un radicale accantonamento (fino alla negazione) delle informazioni affettive derivate dal Sé e un affidamento sulle informazioni generate esternamente, quindi si parla di Sé assemblato esternamente.

Ora passiamo alle strategie C coercitive. Sostanzialmente al livello C3-4 abbiamo un aumento dell'intensità delle manifestazioni affettive negative, sempre con l'alternanza dei versanti vulnerabile (paura e desiderio di conforto) e invulnerabile (rabbia). La strategia C5-6 ha un'ulteriore complessità dell'elaborazione delle informazioni con la falsificazione delle informazioni cognitive e con l'aggiunta dell'inganno che viene a far parte della strategia coercitiva. A livello di C7-8, abbiamo la negazione delle informazioni cognitive riguardo al proprio contributo alle sequenze temporali con esito negativo. Questa negazione fa sì che, nell'ambito del proprio funzionamento strategico, la persona si percepisca come assoluta vittima della malvagità altrui: ciò giustifica un'azione aggressiva a tutto campo nei confronti degli altri. Nella strategia C7-8 la possibilità di conforto è sostanzialmente negata, non viene più considerato possibile avere conforto da parte di un'altra persona, ma viene considerato fondamentale proteggersi dagli attacchi che possono arrivare da qualunque parte, specialmente nelle condizioni che appaiono contraddistinte da sicurezza. Quindi, a livello C7-8 i segni espliciti di pericolo vengono considerati con una certa tranquillità, mentre si reagisce con un funzionamento strategico molto potente a quelle che appaiono informazioni indicative di sicurezza. Le persone che utilizzano la strategia C7-8 funzionano sulla base di una paura pervasiva degli attacchi che possono arrivare sostanzialmente da qualsiasi luogo, soprattutto quando le circostanze sembrano sicure. Questo giustifica una strategia paranoica di difesa preventiva, con un attacco indiscriminato verso chiunque, perché chiunque può essere nemico. Questi aspetti estremi di distorsione delle informazioni arrivano poi a essere integrati con informazioni falsificate, negate, deliranti nella strategia che è speculare alla B3, cioè A7-8C7-8 miscelata, detta "psicopatia" in cui niente è come appare, tutte le informazioni sono considerate falsificate e vengono falsificate.

7.3 Le interazioni diadiche madre-bambino con il CARE-Index: esempi clinici

7.3.1 Infanti

Ora presenterò tre videosservazioni di interazioni diadiche di madri con bambini di 3-4 mesi. Le istruzioni che si danno alle madri sono: “Giochi con il suo bambino come farebbe normalmente. Non si preoccupi della telecamera perché noi ci possiamo muovere, possiamo cambiare posizione quindi si concentri pure sul bambino e giochi come farebbe normalmente”. Le interazioni riprese in questo modo durano 3 minuti e questi nastri vengono poi codificati con lo strumento del CARE-Index¹.

Pietro, quattro mesi, è disteso in una seggiolina per lattanti. La madre è di fronte al bambino a una distanza di 25-30 centimetri e si rivolge a lui guardandolo e parlandogli dolcemente con una voce rilassata dal tono caldo, vivace e allegro. L'interazione inizia con un gioco tra la madre e il bambino: la madre prende le mani di Pietro, poi solleva le braccia del bambino portandole verso l'alto e accompagnando i gesti con la voce “ooohh suuu”, come se volesse alzarlo e prenderlo in braccio, ma poi lo ripone delicatamente nella seggiolina, sempre accompagnando i movimenti con la voce... “giùuu”. Il gioco viene ripetuto una seconda volta: quando lo solleva dice “ooohh” e poi nell'accompagnarlo nella seggiolina fa seguire un “aaahh”. Il bambino partecipa, sorride, l'espressione del suo volto è serena e non distoglie mai lo sguardo dalla madre. La madre intanto gli lascia le mani, con un dito gli tocca il mento e lui ride, poi riprende nuovamente le mani, gliele solleva, Pietro sorride, la guarda e spalanca la bocca. La madre, sempre guardandolo gli chiede “ancora, ancora?”, il bambino che le sorride e le risponde “eeehh”. La madre riprende il gioco mentre con la voce accompagna i gesti dicendogli “sììì” e il bambino le risponde con “eeehh”. La mamma coglie questa risposta del bambino e a sua volta gli risponde “ooohh, che parolone!”, poi continua il gioco, sempre con modi molto dolci, lenti e accompagnando i gesti con la voce “ooohhh... dai!” mentre lo solleva e “aaahh” quando lo rimette giù. Il bambino non distoglie lo sguardo dalla madre e la madre continua a guardarlo negli occhi; poi cambia gioco: lascia la mano sinistra del bambino e con il suo indice destro lo tocca di nuovo all'altezza del mento. Pietro sorride e la madre gli dice “ciao, ciao” continuando a toccarlo sul mento. Pietro si porta la mano sinistra all'orecchio, senza distogliere lo sguardo dalla madre che continua a parlargli dolcemente e poi gli prende la mano destra e riprende il gioco precedente “suuu” sollevandogli poi entrambe le mani verso l'alto e “giùuu”. riaccompagnandolo nella seggiolina. Poi gli lascia le mani e gli chiede “va bene?”, lo guarda e poi gli prende i piedini coperti dai calzini tra le mani e li solleva verso l'alto “ooohh” accompagnando i gesti con la voce e poi “giùuu”. Il gioco viene ripetuto per due volte, senza mai distogliere lo sguardo dal bimbo. Continua a tenergli tra le mani i piedini guardandolo e chiedendogli “cosa c'è, cosa c'è?”. Il bimbo sorride e le risponde con “eeehh” la mamma coglie i versetti e a sua volta “ooohh... quante parole!”. Inizia un breve dialogo in cui entrambi si guardano e, vicendevolmente, si scambiano piccoli versetti. La mamma sembra voler ripren-

¹ Il CARE-Index è lo strumento con il quale operatori specializzati (si esige il patentino di attendibilità attestante l'adeguato addestramento) osservano un filmato inferendo e diagnosticando le strategie che ivi si esplicano: in questa sede è riportata la descrizione interpretativa delle sequenze osservate [n.d.c.].

dere ancora il gioco precedente perché gli riprende nuovamente le manine, ma il bimbo stacca la sua mano sinistra dalla mano della mamma e dà un colpetto di tosse. La mamma gli chiede, sempre con voce dolce, “cosa succede? ooohh” e gli lascia la mano senza più riprendere il gioco, continuando a rispondere ai versetti del bambino e a proseguire nell’interazione vocale. Il bambino continua a essere interessato al dialogo con la madre ed entrambi non distolgono mai lo sguardo altrove durante tutto il tempo dell’interazione.

Uno dei costrutti centrali, rispetto all’attaccamento, è il costrutto della “sensibilità” dell’adulto. L’adulto è in grado di raccogliere i segnali del bambino e interpretarli in modo da poter rispondere compatibilmente con lo stato del bambino. L’adulto è sensibilmente responsivo, per utilizzare i termini di Mary Ainsworth. Qui c’è una madre italiana. Quanto è sensibile? Usando una scala da 0 a 10, zero indica una situazione di totale pericolo per il bambino, cinque sarebbe indicativa di una normalità, un valore dieci rappresenterebbe la massima sensibilità possibile per gli esseri umani. Se si è stati genitori, si può pensare ai propri bambini. Dieci è il massimo possibile in un mondo vero, di persone vere. La valutazione di questa interazione è 10. Il fatto che in sede di addestramento si siano date valutazioni molto più basse, può suggerire quanto solitamente tendiamo a immaginare i genitori sensibili come più perfetti di quanto qualunque essere umano possa essere. Nella posizione di formulare un giudizio sulle competenze genitoriali bisogna sempre chiedersi se gli standard che abbiamo in mente siano raggiungibili. In un incontro multidisciplinare in cui si discutevano i requisiti che una famiglia avrebbe dovuto soddisfare per riavere i figli allontanati, uno dei professionisti presenti ha avuto un momento di improvvisa rivelazione, un’intuizione: se fossero stati suoi quei figli, non sarebbe mai stato in grado di fare tutto quello che c’era da fare per riaverli!

Maura è seduta sulla gamba destra della madre, che le tiene di spalle, rivolta in avanti: con la mano destra tiene un gioco e il suo sguardo è rivolto al gioco. La mamma è vestita in modo elegante con appariscenti e grandi orecchini dorati, dietro alla bambina. Entrambe hanno lo sguardo rivolto in avanti, non c’è interazione visiva. I loro corpi sono a contatto, la schiena della bambina si appoggia al petto della madre, davanti a loro sta il piano di un tavolo. Il video inizia con la madre che sistema il vestitino della bimba e cerca di attrarre la sua attenzione chiamandola, ma la bimba continua a guardare il gioco. La madre sorregge con il braccio destro la bambina e con la mano sinistra, dopo averle sistemato il vestitino, prende il braccio sinistro della bambina e glielo tiene fermo. Non riuscendo a ottenere la sua attenzione, con la mano sinistra le lascia il braccio e afferra il gioco, cercando di toglierlo dalla mano della bimba. Si aiuta in questo movimento con la mano destra, afferra energicamente la mano della bambina per liberarla dal gioco. Sia la madre che la bambina guardano il gioco: la mamma ha un’espressione tesa e dice, con un tono apparentemente tranquillo: “che bel gioco, è nuovo? Ora non me lo dai più? Eh...”, mentre la bimba resta muta. Il gioco adesso è conteso da entrambe: nella mano destra della bambina e nella mano sinistra della madre. La madre, non riuscendo a togliere il gioco a Maura, distoglie lo sguardo dalla bambina e lo rivolge verso la videocamera fa un sorriso forzato e dice rivolgendosi alla bambina “non me lo dai più?”. La bimba continua a guardare il suo gioco che tiene fermo nella mano. La madre allora sembra desistere, lascia il gioco per prenderne un altro dal tavolo. Nel frattempo la bimba, quando ha solo lei il gioco, lo muove e ci gioca, interessata. La madre porta il nuovo gioco, un anello con appese delle chiavi in plastica colorata, all’al-

tezza dello sguardo di Maura e le dice "oohh, guarda questo?...quante chiavi!", Maura distoglie lo sguardo dal gioco precedente per rivolgerlo verso il nuovo gioco e la mamma con voce squillante "toh, vuoi questo? è più bello questo. È più bello questo, più colorato. . . ora basta con questo qui" e cerca di prenderle il gioco che la bimba continua a tenere in mano, ma non ci riesce e con tono seccato "questo ora non me lo molli più". La bambina distoglie allora lo sguardo dal gioco con le chiavi e riprende a osservare il gioco che ha in mano restando sempre tranquilla, ferma e in silenzio. La madre riprende il suo gioco con le chiavi e sollecita nuovamente la bimba "dai, guarda qui", ma Maura sembra determinata a guardare il gioco che ha in mano. La madre ha un colpo di singhiozzo poi rivolge lo sguardo verso lo schermo con una risata forzata. Si rivolge nuovamente alla bambina mettendole il gioco con le chiavi all'altezza della bocca a pochi centimetri dal viso e dicendole "guarda". La bambina quando vede avvicinarsi il gioco lo guarda, ma resta silenziosa. La mamma, non riuscendo ad attrarre l'interesse della bambina, scuote il capo, posa il gioco sul tavolo e ne riprende un altro "guarda, questo!". Il nuovo gioco un carillon dalla forma cilindrica con dentro delle palline che suonano appena si inizia a scuoterlo, richiama l'attenzione della bambina. La madre allora soddisfatta con tono squillante "hiii, com'è bello, questo", scuotendo continuamente il gioco per qualche secondo. Ripete più volte il gesto dicendo "com'è bello questo!" Mentre la bambina guarda il nuovo gioco, la madre fulminea le strappa dalla mano il gioco, che la bambina ha sempre tenuto durante tutta l'interazione in modo fermo. Maura, sempre restando muta segue con lo sguardo il gioco che le è stato tolto e che la mamma ripone sul tavolo. La madre cerca di mettere nella mano destra della bambina il nuovo gioco, ma lei lo lascia cadere e la madre commenta "pesante!?", e l'aiuta cercando di rimmetterglielo in mano, poi scuote forzatamente il braccio della bambina per far suonare il gioco. La bambina lo guarda spalancando gli occhi, il volto serio e resta silenziosa. La mamma allora esclama divertita "ahahaha" guardando il gioco e la bambina allora spalanca la bocca, ma non emette suono. Continua a guardare il gioco mentre la madre lo muove e le dice "ma cos'è?". Maura per un attimo con la manina libera si afferra il vestitino e la madre improvvisamente le toglie il gioco di mano e glielo scuote energicamente vicino all'orecchio destro. Maura allora si gira verso il sonaglio mentre la madre continua a scuoterglielo davanti, all'altezza del viso, poi verso l'alto e segue gli spostamenti del gioco, quando questo è troppo vicino al suo viso sbatte le palpebre degli occhi. La madre si rivolge verso la telecamera con un sorriso compiaciuto. Nasconde poi il gioco dietro alla schiena continuando a muoverlo e chiedendo alla bambina "dov'è?"; Maura, con uno sguardo che sembra smarrito, si guarda intorno, restando sempre silenziosa. Allora la madre fa ricomparire il sonaglio e ripete più volte la sequenza. Poi cambia poi gioco: prende un peluche a forma di gatto bianco e, scuotendolo per far sì che faccia rumore, si rivolge a Maura "che bello questo micio, che bello", poi cerca di metterglielo tra le mani "ecco qua, bello, ma com'è? com'è?", avvicinandoglielo sempre di più al viso. La madre sorridendo forzatamente, mentre con la mano destra si sistema i capelli davanti alla telecamera dice "ti piace?", la bimba gira lo sguardo verso il nuovo gioco, sempre silenziosa. Allora la madre cerca di mettere il nuovo gioco nella mano destra della bambina, che lo lascia cadere, "ti piace? vedo, vedo che ti piace". La bambina, non dice nulla, stacca le mani dal gioco e si mette la mano sinistra in bocca, allora la madre come contrariata da questo gesto della bimba le dice con tono deciso: "Basta! Molla, smettilla, molla" e le blocca la mano sinistra, tenendola ferma contro il corpo della bambina. Inizia poi a muovere il gioco velocemente e nervosamente per far rumore e per catturare l'attenzione della bimba che però guarda altrove. Le si rivolge con tono vivace "bello questo, bello" e le mette il peluche a pochi centimetri dal volto: "Che bel micio, hai visto che bel micio" e cerca di rimmetterglielo nella mano destra, ma la bimba lo lascia nuovamente cadere, senza dire nulla. La madre insiste nel rimmetterglielo in mano dicendo con tono sempre più vivace, come se stesse parlando al posto della bambina "anche io c'ho tanti

giochi, ma la mamma non me li dà!". La bambina lascia cadere nuovamente il gioco e la madre sottolinea "lo fai cadere ancora" e poi con un sorriso forzato si rivolge verso la telecamera, allontana allora il peluche e prende una paperella di gomma rossa dal tavolo. Questa sembra catturare lo sguardo di Maura. La mamma tiene la paperella con la mano sinistra e gliela agita davanti al viso mentre la fa suonare, mentre con la mano destra continua a tenere bloccato il braccio della bambina che la guarda, ma che resta sempre muta, così come in tutta l'interazione.

Per questa diade da una scala da 0 a 10 la valutazione può essere circa 3. Vediamo sul volto della madre un falso stato affettivo positivo: quando ella pensa che la stiamo osservando e, invece, un'espressione rabbiosa quando si dimentica che la stiamo riprendendo. La bambina non si sta affatto divertendo, ma non si lamenta neanche. Maura sta inibendo lo stato affettivo che prova in un modo che non sia manifesto. È sempre più ferma e non è coinvolta anche quando la madre continua a creare degli eventi nuovi intorno. Maura sta diventando una bambina di tipo A. Siccome è italiana, è più probabile che la sua strategia diventi una strategia compulsiva (A3-4). La specificità culturale ha una sua influenza nella formazione delle strategie di protezione del Sé. Considerando tutte le osservazioni compiute sull'età in cui si forma l'attaccamento, in Italia è raro trovare strategie A1-2, che sono invece estremamente comuni in paesi come Gran Bretagna o Canada. In Italia troviamo in abbondanza strategie A compulsive, da A3 a A6. Qui abbiamo una bambina di tre mesi il cui comportamento mostra evidenti probabilità di un percorso di sviluppo verso una strategia A compulsiva.

Simonetta è sdraiata in posizione supina sul tappeto con le gambe piegate, i piedini sono appoggiati sul pavimento, fa un grosso sbadiglio. La madre è anche lei seduta sul pavimento con le ginocchia appoggiate a terra, con la mano sinistra si sostiene il corpo, mentre nella mano destra tiene un gioco che muove davanti alla faccia della bambina. La distanza tra i due volti è di circa 50-70 centimetri, la madre guarda la bambina dall'alto. Simonetta dopo pochi secondi inizia a distendere la gamba sinistra, poi il braccio sinistro, allora la madre le mette il gioco nella mano destra e la bimba inizia a muoversi e ad agitare le manine e le gambe in modo non coordinato, guardando la madre, che intanto prende in mano un altro gioco che scuote davanti alla bambina, all'altezza di 10-15 centimetri. La bambina ferma i suoi movimenti al suono del nuovo gioco e lo segue con lo sguardo emettendo un piccolo suono "eh!" poi riprende a muovere le gambe mentre la madre le chiede "ti piace, eh? Toh". La bambina porta il braccio destro, con in mano il primo gioco, verso l'alto e poi lo lascia cadere; la mamma senza dire nulla lo raccoglie e glielo mette prima sulla pancia e poi di nuovo nella mano destra. Poi senza dire nulla prende la bambina e la trascina verso di Sé, sul pavimento prendendola per le spalle, la mette prima in piedi e poi a sedere sulle sue ginocchia con la schiena rivolta contro il suo corpo. Guarda la bambina senza dirle nulla e la bambina gira la testa dalla parte opposta della madre e lascia cadere il gioco. La madre allora prende un altro gioco da terra e sempre senza dire nulla lo schiaccia, perché faccia rumore, davanti al volto di Simonetta che rivolge lo sguardo a terra. La bambina rimane indifferente e la mamma allora lo lascia e prende da terra un sonaglio, poi glielo mette nella mano destra aiutandola a sorreggerlo. La bambina non lo scuote, ciondola con il corpo con movimenti scoordinati. La madre allora la rimette sul pavimento sdraiata nella posizione supina e la bimba lascia cadere il gioco. La madre, sempre senza dire nulla, prende un altro gioco con delle chiavi colorate e glielo muove davanti al viso sussurrando appena "guarda". La bambina si agita, emet-

te qualche lamento, poi gira la testa dalla parte opposta della madre. La madre le rimette il gioco nella mano destra, ma Simonetta inizia ad agitarsi. La madre allora le sussurra con voce molto bassa "che cosa c'è?, cosa c'è?" e la bimba emette un suono poi porta il gioco alla bocca e guarda la madre, che resta silenziosa. Durante tutta l'interazione gli unici suoni vivaci sono quelli emessi dai giocchini che rompono i lunghi silenzi in cui si svolge tutta l'interazione della diade.

La valutazione di questa interazione è a un livello di 3 della nostra scala, ma in modo opposto a quello precedente. La madre precedente era intrusiva e controllante. Questa madre è invece distante, ritirata, non responsiva. A seconda di quanto questa bambina protesterà, ci potrà essere uno sviluppo verso una strategia di tipo A (nel caso le proteste non provochino nessuna risposta da parte della mamma) o di tipo C (se le proteste avranno occasionalmente aumentato la capacità di risposta da parte della madre).

7.3.2 Toddlers

Lo sviluppo fa il suo corso e i lattanti diventano bambini che iniziano a camminare. Prendiamo in considerazione altri CARE-Index Toddlers in questa fascia d'età. A circa metà del secondo anno di vita c'è un cambiamento evolutivo notevole del sistema nervoso: abbiamo cambiamenti funzionali nelle capacità motorie, nel linguaggio, nella regolazione e nell'espressione delle emozioni. Nelle osservazioni fatte prima sul modello abbiamo visto come la strategia C è contraddistinta da una forte intensità di stati affettivi e da uno scarso utilizzo delle informazioni cognitive. Alla fine del secondo anno di vita, i bambini in età prescolare hanno le competenze necessarie per utilizzare strategicamente le informazioni affettive in modo molto più efficace di quanto non fosse possibile prima.

Analizziamo un CARE-Index: pattern B.

La bambina di 12 mesi è in ginocchio su un tappeto, sta giocando con alcune tazzine e pentoline che si trovano davanti a lei a terra. La madre, che è a sua volta in ginocchio sul pavimento, si trova davanti alla bambina a una distanza di 50-60 centimetri; entrambe guardano i giochi. Con la mano sinistra la madre si sorregge il corpo, mentre con la mano destra sistema le tazzine di plastica del gioco che si svolge tra lei e la bambina. La bambina tiene, in entrambe le mani, due cucchiaini di plastica. Il video inizia con un gioco di finzione: la bambina mette il cucchiaino dentro a una tazzina e fa il gesto di mescolare; la madre partecipa al gioco della bambina rivolgendosi a lei, prende un cucchiaino lo porta alla bocca facendo il gesto di assaggiare quello che c'è dentro alla tazzina. La bambina osserva e imita le azioni della mamma: mette il cucchiaino dentro alla tazzina, poi prende il piattino con sopra la tazzina guardando la madre che intanto le dice qualcosa, poi si alza e si gira verso la telecamera, mostrando la tazzina e il piattino che ha in mano con volto sorridente e sereno. Anche la madre ha un volto sorridente e sereno, parla continuamente alla bambina del gioco, le si avvicina, le porge una brocca che ha preso dal pavimento e fa finta di riempire la tazzina che la bimba continua a tenere in mano. La bambina fa il gesto di bere dalla tazzina guardando la madre, che a sua volta fa finta di riempire la sua tazzina e beve. Il gioco continua con altre sequenze in cui la bambina lascia cadere a terra la tazzina e poi la raccoglie, la madre a sua volta fa azioni contigue a quelle della bimba, pren-

de la caraffa e fa finta di riempire nuovamente la tazzina della bambina. Entrambe hanno lo sguardo rivolto al gioco e sembrano divertite. La bambina appena la madre ha concluso il gesto fa finta di bere quello che c'è dentro la tazza e poi si gira verso la telecamera con un volto sorridente e compiaciuto. La madre allora prende in mano un'altra tazzina, chiama la bambina che la guarda ed entrambe, contemporaneamente, fanno il gesto di bere. La bambina sorride mentre la madre continua a parlarle, focalizzando lo sguardo sul gioco che sta facendo la mamma che, dopo aver appoggiato a terra la tazzina che aveva in mano, riprende il cucchiaino con la mano destra e fa nuovamente il gesto di mescolare e assaggiare. La bambina osserva la scena e sorride, distraendosi lascia cadere la tazzina poi va a recuperare, la sistema poi sopra al piattino, a gattoni recupera anche il cucchiaino che si trova poco distante sul pavimento e poi si rivolge verso la telecamera. Ritorna poi verso la madre camminando a carponi e dando le spalle alla telecamera, riprendendo a impegnarsi nuovamente nell'interazione di gioco con lei.

Sempre da 0 a 10, anche questa è una bellissima interazione, da 10. Ci sono bellissime alternanze di turni. La madre rallenta tutto al fine di dare alla bambina il tempo di organizzare il proprio comportamento. E si può anche notare che la bambina sviluppa simpatia per un'altra persona, quando si rivolge verso la telecamera con la tazzina in mano: anche la persona che è dietro la telecamera ha bisogno del caffè... Sul Modello Dinamico-Maturativo potrebbe essere collocata nell'area di B3.

Passiamo ora ad un altro CARE-Index: pattern A.

Una bambina di due anni è seduta sul ginocchio sinistro della madre, che le è alle spalle. La madre ha un ginocchio appoggiato a terra e con il braccio sinistro abbraccia la bambina per sorreggerla meglio. I loro corpi sono a stretto contatto. Entrambe sorreggono un libriccino: la bambina con la mano sinistra e la madre con la mano destra. La bambina indica con l'indice della mano alcune immagini sul libro, mentre la madre le legge la storia. Alla loro destra c'è un porta-infant con un altro bimbo molto più piccolo: la madre si gira per pochi secondi per guardarlo mentre starnutisce, anche la bambina si gira, poi riprendono a guardare il libro. La bambina, dopo aver indicato una figura sul libriccino, porta il dito indice della mano destra, verso la fronte, toccandosi, poi si dà alcuni colpetti con il palmo della mano sul petto e si rivolge verso la telecamera. La madre intanto sorridente, la guarda, le parla e rivolge anche lei lo sguardo verso la telecamera. Vedendo che la bimba è distratta, le dice qualcosa nell'orecchio destro. Intanto si sente sullo sfondo la suoneria di un telefono ed entrambe sembrano agitarsi: la bambina, sempre con lo sguardo verso la telecamera, silenziosamente, con entrambe le manine, prima con una poi con l'altra, fa il gesto di grattarsi il collo ripetutamente, poi si gratta il petto. La madre la osserva parlandole ogni tanto nell'orecchio. La bimba porta il dito indice della mano sinistra verso il naso come per toccarselo poi con il dorso della mano fa il gesto di strofinarselo. Appoggia la mano sulla mano sinistra della madre e con la mano destra gira la pagina del libro che la madre sta sorreggendo con entrambe le mani. Le mostra con la mano destra una figura, la mamma la sollecita mostrandole un'altra figura, continuando a parlarle dolcemente. La bimba rivolge lo sguardo alla telecamera e porta entrambe le mani verso la bocca, con un viso serio. La madre la osserva e le sussurra di nuovo nell'orecchio qualcosa, sorreggendo il libro. Con la mano sinistra prende la manina destra della bimba togliendogliela dalla bocca e gliela tiene ferma all'altezza del pancino, poi appoggia il libro a terra e prende, con la mano destra, un fazzolettino, le pulisce il nasino tenendole la testa ferma con la mano sinistra sulla fronte. La bambina è infastidita e cerca di togliere il fazzoletto, allontanando la mano destra della mamma, con entrambe le mani. Mentre la mamma ripro-

ne il fazzoletto, parlando a bassa voce, la bambina guarda la telecamera e poi porta la mano sinistra dietro l'orecchio sinistro e si gratta. La madre prende un altro libro in mano e la bambina lo guarda e lo tocca dicendo "si". Mentre la bambina rivolge la sua attenzione al libro la madre cerca di nuovo di pulirle il naso, ma la bambina allontana la testa infastidita da questo gesto e rivolge lo sguardo alla telecamera. Entrambe riprendono poi a guardare il libro per pochi secondi: la madre legge a voce bassa e la bambina dice qualche sillaba, iniziano a dialogare. La bambina sorridendo guarda la telecamera e cerca di dire qualcosa. La madre solleva lo sguardo, anche lei, verso la telecamera poi le parla nell'orecchio per due volte. La bambina chiude il libro, ma la madre lo riapre per riproporle di continuare a guardare le figure. La bambina ritorna allora alle immagini del libro poi porta la mano sinistra dietro l'orecchio per pochi istanti e riguarda verso la telecamera. La mamma continua a parlare mentre l'attenzione di entrambe è rivolta al libro aperto davanti a loro.

Questa è una diade A compulsiva: la bambina sta facendo una performance compulsiva per una madre che esige si faccia bella figura di fronte alla telecamera. Ripetutamente la bambina guarda la telecamera e sembra voler dire "vado bene?", "ti piace quello che vedi?" e più volte cerca di proteggersi dalla madre che la infastidisce con piccoli gesti (pulire il naso) e la manda via. Per tutto il tempo queste due persone sorridono, ma nessuna delle due si sta divertendo.

Analizziamo ora un altro CARE-Index: pattern C.

La madre è seduta su un lato del divano girata verso l'altro lato dove c'è una bambina in piedi sul pogggiolo. Stanno dialogando tra di loro poi la bambina fa un salto in avanti sul divano in direzione della madre, si lancia verso di lei cadendo sulle ginocchia vicino a lei. La madre fa un'esclamazione con tono vivace e la bimba le risponde, facendo alcuni saltelli sul divano poi, guardando la telecamera, ritorna nuovamente sul pogggiolo dove si prepara per rilanciarsi nuovamente. Si mette a urlare mentre si butta in avanti sul divano verso la madre che la guarda e sorride, restando ferma. La bambina rimane sdraiata con la schiena appoggiata sul divano e scalcia con le gambine rivolte verso l'alto, mostrando le mutandine, poi ritorna fulminea sul pogggiolo continuando il dialogo con la madre con voce squillante. Si lancia nuovamente sul divano, verso la madre che continua a restare seduta e ferma, in una posizione rigida e statica. La bambina ritorna sul pogggiolo in piedi, poi guarda la madre che intanto si sistema gli occhiali con la mano sinistra, continuando a parlarle, e si rilancia per una quarta volta. Si lascia cadere contro il corpo della madre che nel frattempo protende verso di lei il braccio destro. La prende poi da sotto le ascelle e la trascina verso di sé. La bambina si svincola subito dalla presa materna e si allontana da lei andandosi a sedere un po' più in là sul divano. Intanto sopraggiunge e viene a sedersi vicino a lei un bambino più grande che si mette a imitare ciò che faceva prima la bambina: si mette in piedi sul pogggiolo e fa il gesto di lanciarsi verso la madre. La madre trascina velocemente verso di sé la bambina e l'avvolge con il braccio destro, lasciando maggiore spazio sul divano per consentire al bambino di lanciarsi. Il bimbo allora si protende in avanti e si lancia verso la madre, urtandola. La bambina intanto si svincola dal braccio della madre e segue il fratello per rimettersi anche lei in piedi sul pogggiolo. Quando sono sopra al pogggiolo il bambino si gira dall'altra parte e si lancia verso il pavimento scomparendo dal campo visivo della telecamera; la bambina invece si gira verso la madre e riprende a lanciarsi verso di lei. Quando ricade sul divano resta per un attimo sdraiata supina e alza le gambine verso l'alto, mostrando nuovamente le mutandine, poi si dirige verso la madre che la prende in braccio sorreggendola con la mano destra dietro la schiena e appoggiandosela sulle ginocchia. Intanto si sente un rumore nella stanza ma non si vede cosa stia succedendo:

improvvisamente la bambina batte le mani e la madre la segue facendo delle esclamazioni di soddisfazione. La bambina si svincola nuovamente dalla madre per ritornare sul poggiolo e si lancia verso di lei che si mette a battere le mani. Allora la bambina fa alcuni saltelli sul divano, mostrando di nuovo le mutandine, poi riprende a lanciarsi dal poggiolo verso la madre con un urlo e questa sequenza viene ripetuta ancora per due volte. La madre intanto continua a restare seduta ferma e immobile.

In questa sequenza di interazioni qualcuno potrebbe rilevare che la madre è molto ferma e i bambini sono molto vivaci: sembra che la madre abbia più attenzioni per il figlio maschio, sembra che aspetti che la bambina faccia cose sempre più pericolose, più eclatanti per interagire, e pare non ci sia la dovuta attenzione alla pericolosità del gioco. La discrepanza tra i livelli di attivazione di madre e bambina è un indicatore importante. Questa è una diade in difficoltà. C'è il pericolo fisico che il bambino salti addosso alla madre e alla sorella, o fuori dai divani: la madre non fa nulla di protettivo al riguardo. I bambini urlano sempre di più e saltano in modo sempre più pericoloso, con un'intensità affettiva, alternante manifestazioni di invulnerabilità e vulnerabilità, che individua una strategia di tipo C. La bambina, ripetutamente quando cade, mostra la zona genitale alla madre e al fratello, sempre di più fino a quando, nell'ultima parte del filmato, le sue gambe sono completamente alzate e il perineo è completamente esposto. Quando è in piedi sul poggiolo e sta per lanciarsi ha le mani sull'orlo della gonna, quasi come per alzarla. Alzare la gonna o tirarsi giù i pantaloni corrisponde a mostrare l'addome: è segno di sottomissione. Si pensi ai cani che combattono: quello che sta per perdere, si gira sulla schiena e mostra l'addome, punto del corpo che, come il collo, se attaccato, mette in pericolo la vita. In questo nastro, che contiene moltissime azioni aggressive, entrambi i bambini usano altrettanti segnali di sottomissione. È come se dicessero: "Perdonami mamma devo fare questo per attirare la tua attenzione, so che sono cattivo però non arrabbiarti per questo". Ricordiamo quando nell'interazione il bambino salta dal divano fuori dall'inquadratura: prima di farlo si gira verso la madre a guardarla come a dire "mi stai guardando?, sto per rischiare la vita e se tu non mi guardi non lo faccio". "Il mio saltare è comunicativo, voglio che tu te ne accorga, voglio che tu mi fermi, devo vedere se farai qualcosa per proteggermi". E questa madre applaude. In modo tiepido, non particolarmente intenso, rinforza positivamente il comportamento negativo del bambino. Puoi mettere a rischio la vita di tua sorella, puoi mettere a rischio il tuo collo: tua madre se ne sta lì seduta. Per la bambina, è ancora più pericoloso: essendo più piccola ha bisogno di più protezione. Aggiunge un segnale, che il fratello non usa, che è un segnale sessuale: mostra i genitali. Sono tre i segnali forti di sottomissione: mostrare il collo, mostrare l'addome, mostrare i genitali. Questa bambina non solo li mostra ripetutamente alla madre, ma li mostra per sempre più tempo, in modo sempre più marcato finché finisce con l'agitare le gambe all'aria. Cosa significa? La bambina sta cercando disperatamente di chiarire una gerarchia di dominanza in cui la madre è dominante e protettiva e la bambina è vulnerabile e da proteggere.

I bambini in età prescolare sfidano la gerarchia di dominanza rispetto ai loro genitori, ma non vogliono vincere. Usando questo fortissimo segnale, la bambina dice "non ho intenzione di stare sopra, io devo stare sotto e tu devi stare sopra". Il lin-

guaggio può avere due significati: sia il significato sessuale che il significato protettivo. La bambina non sa niente del sesso. Geneticamente, però, sa tutto su come mostrare sottomissione in modo da far sì che qualcun altro la protegga. È un segnale messo a disposizione dalla Natura, che fa parte del vocabolario degli esseri umani. Questa madre è molto distante, mentre sua figlia ha un forte bisogno di un adulto attento e protettivo. Se da qualche parte c'è un uomo che può raccogliere un segnale di questo tipo, che può accorgersi che questa bambina si sente sola, che ha bisogno di conforto e protezione e se questo uomo è stato sua volta un bambino solitario e bisognoso di protezione, non tollererà che i bambini soffrano per solitudine o per mancanza di protezione: potrà allora accadere qualcosa. Nelle parole di chi mette in atto forme di abuso e comportamenti sessuali inappropriati verso i bambini si trovano delle affermazioni del tipo "mi ha fatto vedere le mutandine", "mi ha invitato". Voglio sottolineare questo aspetto di complessità: la bambina sta dando un segnale genitale che ha un significato riguardante la protezione, comunicando il desiderio che qualcuno la protegga e la conforti e si occupi di lei, niente di quello che sta facendo è sessualmente maturo, non vuole un rapporto sessuale. Però comunica con segnali del repertorio umano che altri possono interpretare in funzione della propria struttura interiore di adulti: può esistere una persona adulta molto sola che non tollera che i bambini si sentano soli e che non vuole a sua volta sentirsi solo. Tutti possono essere d'accordo sul fatto che il bambino non è responsabile di un eventuale abuso, tuttavia voglio farvi notare come anche il bambino può dare il suo contributo. Occorre differenziare la responsabilità dal proprio contributo agli eventi che accadono. Comportamenti come questi possono contribuire a innescare sequenze interattive che a volte esitano in episodi di abusi sessuali. Naturalmente un bambino a questa età non è responsabile del proprio comportamento, ma forse neanche l'adulto abusante ne è completamente responsabile.

Una bambina di 10 anni, una ragazza di 14 a che punto diventano responsabili del proprio comportamento? Se non ne parliamo, come faranno i bambini e le bambine sessualmente abusati a rendersi conto del loro contributo agli eventi in modo da poterli controllare e regolare? Se impediamo ai nostri occhi di vedere e ci impediamo di parlare, diamo anche noi un contributo al perpetuarsi di un processo che può essere pericoloso. Sulla base di alcuni dati di ricerca si può tratteggiare una storia in cui un uomo (un pedofilo) da bambino è stato molto solo, molto maltrattato, deriso per ogni segno di tenerezza che ha mostrato verso la madre a sua volta maltrattata e picchiata. Di solito una persona di questo tipo si muove verso i margini della società, senza praticamente avere modo di riuscire ad avvicinarsi ad altre persone. Gli esseri umani hanno bisogno di essere toccati: a tutte le età abbiamo bisogno di essere visti, toccati, tenuti e accuditi. Quest'uomo non ha avuto niente di tutto ciò, né da bambino, né da adolescente e neanche da adulto. Questo uomo non solo sta male, ma vuole anche impedire che la solitudine rechi danno ad altri bambini. Quest'uomo vede questa bambina attraverso gli occhi della propria solitudine e agisce con il corpo di un maschio adulto. È un fenomeno complesso. L'azione non è in sé ammissibile, e fa danno al bambino, ma è possibile che le intenzioni siano del tutto diverse dai risultati. E questa storia, pur non essendo una scusa, è una possibile spiegazione degli eventi.

7.4 Pericolo e strategia: i modificatori

Quando si continua a utilizzare una strategia appresa in contesti fortemente pericolosi, c'è il rischio che ciò possa portare a forme di mancato adattamento o addirittura di psicopatologia. Per fare un esempio molto semplice: la guerra è un pericolo molto potente e gli uomini sopravvissuti alla guerra, tornati a casa, non sempre riescono a riadattarsi a circostanze di pace; la stessa strategia che li ha aiutati a sopravvivere a pericoli gravi li rende poco adeguati a circostanze di sicurezza. Questa generalità vale per tutte le strategie sviluppate nel corso dell'infanzia per gestire il pericolo. Tutte le strategie sviluppate in circostanze di pericolo, che possono poi portare a un mancato adattamento in circostanze sicure, sono tipicamente contraddistinte da indici alti (da 4 in su) nel Modello Dinamico-Maturativo. Queste strategie sono spesso contraddistinte da un funzionamento intermittente, nel senso che in alcuni momenti la strategia non funziona in modo coerente rispetto alla sua funzione. Questi fallimenti intermittenti della strategia sono chiamati "mancata risoluzione di traumi o lutti".

Parlando metaforicamente, è come un campo cosparso di mine non visibili in superficie: si cammina in questa area, che per lo più funziona strategicamente in modo coerente, però quando si mette un piede sulla mina tutto esplose. Giorno per giorno la persona si comporta in modo strategico, ma quando avverte il pericolo la mente comincia a funzionare in modo non razionale, non strategico. Eventi pericolosi passati non risolti possono quindi innescare momenti di comportamento non strategico. Ciò costituisce una risposta di tipo traumatico agli eventi pericolosi. Ci sono persone che cercano di utilizzare una strategia che non funziona praticamente mai: il fallimento strategico è sistematico. Per lo più, se abbiamo una strategia nota che non funziona per molte volte di seguito, ci diamo da fare per trovare una nuova strategia; ci sono tuttavia persone abbastanza rigide da non riuscire a modificare il proprio comportamento strategico non funzionale, nonostante l'esperienza ripetuta di fallimento.

La forma di modificazione che troviamo più frequentemente, ad esempio nelle AAI, è una strategia che fallisce esitando in una *modificazione di tipo depressivo*. Non parliamo qui di depressione in senso psichiatrico, ma facciamo riferimento a uno stato in cui l'individuo è consapevole del fatto che i propri tentativi strategici non funzioneranno. L'attivazione che motiverebbe a reagire è di livello molto basso: si sta seduti o fermi, disattenti a quanto accade intorno. La bassa attivazione mantiene uno stato inattivo e depresso. Si può ricordare ciò che è successo, ma in modo molto distaccato come se fosse accaduto ad altri, o come se non fosse possibile essere attori della propria storia, come se si fosse stati degli oggetti su cui le azioni altrui hanno inciso senza possibilità di risposta. Non c'è una rappresentazione del Sé come agente.

Un'altra forma di modificazione strategica è l'*intrusione di stati affettivi negativi proibiti*. Questo tipo di manifestazione si osserva solo nelle strategie A compulsive, le uniche strategie che proibiscono la manifestazione di stati affettivi negativi. Nei casi di modificazioni di tipo intrusivo, abbiamo a che fare con dei soggetti che hanno passato tutta la loro infanzia a concentrarsi sull'inibizione e non hanno prati-

camente alcuna pratica della regolazione delle manifestazioni affettive negative. Quindi tutto lo sforzo è sul mantenere l'interruttore delle manifestazioni affettive negative nella posizione "spento". Se succede qualcosa che interrompe l'inibizione, e lo stato affettivo negativo si manifesta, queste persone non hanno nessuna competenza nella regolazione della manifestazione. Una persona molto gentile, molto contenuta, molto appropriata, del cui comportamento tutti sono contenti, improvvisamente esplose in comportamenti estremamente rabbiosi, spaventati o sessualmente inappropriati. Questi comportamenti nei bambini vengono definiti come comportamenti provocatori, mentre in persone più adulte vengono rilevati come comportamenti psicotici: gli usuali descrittori diagnostici per definire le intrusioni di stati affettivi negativi proibiti sono spesso molto pesanti.

Il terzo modificatore che vi propongo rispetto alla condizione inefficace delle strategie è il *disorientamento*. Se il modificatore depressivo descrive una situazione duratura di livello molto basso di attivazione, al contrario il disorientamento è una condizione duratura di attivazione molto alta. Nel disorientamento ogni punto di vista è considerato una plausibile guida all'azione (mentre nella depressione tutti i punti di vista implicano una futilità dell'azione). Si sa che non c'è una sola strategia che garantisca la sicurezza, ma in questo caso non c'è modo di distinguere quale assetto strategico sia protettivo per il Sé ora, per il Sé nel passato oppure vantaggioso per altri, ma dannoso per il Sé. Mentre il soggetto depresso vede tutti tranne se stesso, il soggetto disorientato vede tutti come se fossero se stesso.

7.5 Gli strumenti DMM di valutazione delle strategie di protezione del Sé

Gli strumenti basati sul Modello Dinamico-Maturativo sono:

- il CARE-Index Infants, utilizzato per le interazioni dei lattanti con le loro figure adulte di riferimento. È stato sviluppato sotto la guida di Mary Ainsworth e di Bowlby;
- il CARE-Index Toddlers è la stessa procedura, sottoposta a un'analisi diversa, per bambini in età prescolare;
- la Strange Situation per la prima infanzia consiste nella procedura classica di Mary Ainsworth, mentre il Preschool Assessment of Attachment (PAA), è l'estensione della Strange Situation a bambini più grandi, in età prescolare;
- lo School-age Assessment of Attachment (SAA), per l'età scolare usa disegni per aiutare i bambini a inventare delle storie. Questo strumento utilizza l'analisi del linguaggio parlato e si focalizza sul confronto tra storie inventate ed episodi ricordati;
- la Transition to Adulthood Attachment Interview (TAAI), rivolta a soggetti in età adolescenziale fino alla metà del terzo decennio, a soggetti cioè impegnati nella transizione verso un ruolo adulto. L'intervista è strutturata come la Adult Attachment Interview, ma gli argomenti su cui vertono le domande sono evolutivamente mirati sulle tematiche salienti per gli adolescenti: riguardano i migliori amici, la scelta del partner, la gestione della relazione con il partner;

- la Adult Attachment Interview (AAI): per la versione DMM si utilizza l'intervista creata da George². Originariamente questa intervista era stata applicata a soggetti con reddito medio alto e con circostanze estremamente stabili o poco pericolose, mentre la versione DMM è sensibile a esperienze problematiche di sofferenza ed espande la gamma di funzionamenti strategici possibili (in diversi stati funzionali di efficacia) a quelli più estremi e adatti a condizioni di grave pericolo;
- la Parents Interview, l'intervista ai genitori, da noi sviluppata nella stessa epoca della AAI, nel 1980, quando il terzo volume dell'opera di Bowlby era già stato scritto, ma non ancora pubblicato. Mary Ainsworth che lo aveva letto ne comunicò le idee portanti e questo indusse uno di noi (Crittenden) a costruire la Parents Interview. Questo strumento, su base linguistica, si riferisce alla memoria semantica ed episodica e da questo punto di vista assomiglia alla AAI: si può immaginarla come una AAI che vede coinvolti entrambi i genitori, tutti e due presenti nella stanza, assieme ai loro figli. Appena finito di fare la Strange Situation, si porta un tavolo all'interno della stanza e ci si siede con i genitori dicendo loro: "Adesso parleremo di quello che abbiamo fatto prima". Se la Strange Situation ha comportato che un bambino nella famiglia appaia abbastanza sconvolto con un genitore, a sua volta preoccupato e che gli altri bambini (che possono essere compresenti) siano a loro volta preoccupati, diciamo ai genitori di non preoccuparsi della videocamera (che sta ancora registrando) e di cercare di badare anche ai bambini (che giocano con alcuni giocattoli) mentre si fa l'intervista. Si preannuncia ai genitori che si cercherà di capire come hanno fatto a diventare genitori.

Ci sono i bambini agitati e i genitori preoccupati di dover ascoltare noi e contemporaneamente gestire i bambini, e anche preoccupati per le domande che stanno per ricevere. L'obiettivo di tutto ciò è creare una situazione simile a quelle che a casa a volte può comportare problemi. Tutti sono stressati e il genitore deve fare più di una cosa alla volta. Tutti figurano bene quando sono felici: a noi interessa di più sapere come si comportano le persone sotto stress. Quindi la Parents Interview è uno strumento simile alla AAI mirato a tutta la famiglia e in particolare a come la coppia dei genitori gestisce il compito di trasmettere informazioni sulla famiglia. A rispondere, oltre alla coppia genitoriale, può essere qualunque coppia di persone che collabora per allevare i figli: la madre e la nonna, la madre e il suo fidanzato, due uomini, o chiunque nella vita quotidiana si occupi di allevare i figli. La Parent Interview dà una valutazione dei modelli rappresentativi delle strategie, in modo abbastanza simile alla AAI, in un contesto familiare, soffermandosi su tutti i dettagli di funzionamento individuale; inoltre coglie molto bene le informazioni sul funzionamento della coppia e sulle risposte date ai figli in condizioni di stress. Nei casi valutati per scopi giuridici, ho trovato molto utile applicare sia la AAI che la Parent Interview, specialmente se somministrate da intervistatori diversi.

² George C, Kaplan N, Main M (1985) Adult Attachment Interview. Manoscritto inedito. University of California, Berkeley.

7.6 Livelli di ragionamento genitoriale e di funzionamento familiare

Un medico va a testimoniare in tribunale con una radiografia e dice: “Questa è una frattura e, dal mio punto di vista, non è accidentale e spiego perché...”; un altro esperto medico può, guardando la stessa radiografia, dire se è d’accordo o in disaccordo spiegando le sue motivazioni. Vorremmo arrivare a un livello simile con le informazioni riguardanti l’attaccamento. Oggi molto frequentemente gli esperti sull’attaccamento esprimono la loro opinione senza mostrare le evidenze sulle quali un altro esperto possa formulare il proprio parere. Vogliamo delle evidenze, dei metodi e la validazione di questi metodi. Si vuole avere la possibilità di spiegare dove si è sbagliato e se c’è stato uno sbaglio. Ho quindi deciso di individuare modalità empiriche (Box 7.2) per raccogliere le informazioni relative ai casi, specificando le modalità di interpretazione validata di queste informazioni, in modo tale da poter presentare ai tribunali evidenze basate sui dati empirici.

Box 7.1 Livelli di ragionamento genitoriale

Abdicazione

Livello 0: Il genitore non sa perché fa quel che fa, o è incoerente.

Livello 0,5: Il genitore è deferente verso altri, o fa eco al loro punto di vista.

Ragionamento egoistico

Livello 1: Il genitore prende decisioni sulla base del proprio interesse (stato del Sé).

Livello 1,5: Il genitore cerca di comportarsi come avrebbe voluto che fosse stato il figlio.

Ragionamento conformista

Livello 2: Le decisioni del genitore sono basate su standard normativi.

Livello 2,5: Il genitore modifica gli standard normativi sulla base di alcune caratteristiche del figlio (per esempio età, sesso).

Ragionamento individualistico

Livello 3: Il genitore sceglie il proprio comportamento in risposta ad aspetti unici del figlio.

Livello 3,5: Il ragionamento del genitore include più di un livello, ma non è completamente individualizzato sul bambino, sul Sé e sulle attuali circostanze.

Ragionamento integrativo

Livello 4: Il ragionamento del genitore è basato sull’integrazione di informazioni da livelli più bassi, incluse le caratteristiche uniche del bambino, del Sé, della situazione immediata, l’esperienza complessiva e le conseguenze a lungo termine.

Modificato da: Crittenden P, Lang C, Claussen AH, Partridge MF (2000) Relations among mothers’ procedural, semantic, and episodic internal representational models of parenting. In Crittenden P, Claussen AH (eds) *The organization of attachment relationships: Maturation, culture, and context*. Cambridge University Press, New York, pp. 214-233

Box 7.2 Livelli di funzionamento familiare

1. Indipendente e adeguato

Le famiglie in questa categoria sono in grado di soddisfare i bisogni dei propri figli combinando le proprie abilità, l’aiuto di amici e parenti e servizi che cercano e usano. Queste famiglie, come tutte, affrontano problemi e crisi. È la loro competenza a risolvere ciò che affrontano a renderle adeguate.

Box 7.2 Livelli di funzionamento familiare**2. Vulnerabile alle crisi**

Le famiglie in questa categoria necessitano di aiuto temporaneo (cioè da sei mesi a un anno) per risolvere problemi inusuali; per altri versi la famiglia funziona in modo indipendente e adeguato. Esempi di crisi precipitanti comuni sono: nascita di un bambino handicappato, divorzio, perdita del lavoro, morte di un familiare, entrata a scuola di un bambino handicappato, e abuso sessuale di un figlio a scuola. Dato che ciascuna di queste crisi potrebbe portare a problemi cronici, è la natura della risposta della famiglia, non la natura della crisi, che porta alla classificazione di Vulnerabile.

3. Migliorabile

Le famiglie in questa categoria sono famiglie multiproblematiche che necessitano di vari tipi di formazione riguardo a competenze specifiche, o di terapia riguardo a problemi specifici. Dopo l'intervento, ci si aspetta che la famiglia funzioni in modo indipendente e adeguato. Il periodo di intervento previsto può essere di 1-4 anni e richiede una gestione attiva del caso per organizzare la sequenza di servizi forniti e per integrarli.

4. Sostenibile

Non ci sono servizi riabilitativi che possano mettere queste famiglie in condizioni di funzionare in modo indipendente e adeguato. Con servizi continuativi specifici la famiglia può soddisfare i bisogni fisici, intellettivi, emotivi ed economici fondamentali dei propri figli. I servizi, e la loro gestione, saranno necessari fino a che i figli non saranno cresciuti. Esempi di famiglie sostenibili sono quelle con una madre mentalmente ritardata, depressa, o con un genitore che abusa cronicamente di alcool o droghe.

5. Inadeguato

Non ci sono servizi sufficienti a mettere queste famiglie in condizioni di soddisfare i bisogni fondamentali dei figli, ora o nel futuro. Occorre perseguire la rimozione permanente dei figli.

Modificato da: Crittenden PM (1992) The social ecology of treatment: Case study of a service system for maltreated children. American Journal of Orthopsychiatry 62:22-34

7.7 Casi clinici: Anna e il suo bambino

Descriviamo ora il caso di Anna, utilizzando il protocollo che la International Association for the Study of Attachment (IASA) ha definito per la presentazione delle informazioni sull'attaccamento in sede giudiziaria. In molti casi in cui i tribunali devono prendere decisioni nell'interesse dei bambini, viene presa in considerazione una valutazione dell'attaccamento, ma in alcune aree può non esserci una modalità condivisa di definizione di quali requisiti occorranza per dare un parere informato sull'attaccamento. Il protocollo IASA cerca di definire linee guida per una buona pratica a questo riguardo.

Come parte di questo protocollo c'è il CARE-Index con il bambino che qui analizziamo.

Anna, una giovane mamma con capelli lunghi biondi, pelle chiara, corporatura snella e un paio di occhiali da vista sul naso, è seduta a terra su una copertina di colore verde con il figlioletto Giacomo di 6 mesi, un bimbetto robusto e vivace dalla pelle scura, appoggiato di schiena sulle sue ginocchia. Lo tiene con il braccio sinistro all'altezza della pancia e con una mano tiene un peluche che scuote per farlo suonare; con l'al-

tra mano tiene un altro gioco. Il bimbo è a contatto con il corpo della madre, muove le gambe e le braccia e fa alcune lallazioni, poi prende in mano un gioco e lo porta alla bocca sorridendo, la madre lo guarda, portandosi in avanti con il corpo, e facendo una risata dice, "bello, cos'è?", poi sistema Giacomo a terra seduto davanti a lei. La madre si abbassa con la testa all'altezza del bimbo e piega la testa in avanti sporgendosi verso di lui per guardarlo in viso. Il bimbo sorride e porta la mano destra in bocca, nella mano sinistra tiene un gioco. Guarda la madre che è rivolta verso di lui e le dice "eh, eh, aahh". La mamma gli risponde imitando ed enfatizzando la sua voce con un tono vivace, il bimbo sorride e continua a vocalizzare. La mamma improvvisamente bacia il bambino in fronte e il bambino inizia a ciondolare in avanti e indietro. Anna prende nella mano destra un peluche a forma di mucca e inizia a farlo suonare e Giacomo stacca la mano dalla bocca, porta il corpo in avanti e lo afferra con la mano, dicendo "ehhe, oho". Lo toglie completamente dalle mani della madre, con gesti decisi e con tono di voce più acceso "ah cheche teete" e se lo sistema per terra davanti, poi rivolge lo sguardo verso la telecamera mentre la mamma è sempre seduta dietro di lui con la testa abbassata all'altezza del bambino a circa 10 centimetri e gli chiede: "Cos'è? Cos'è?". Giacomo e Anna guardano entrambi la mucca di peluche, intanto Anna con la mano sinistra prende il bavagliolo e lo porta verso la bocca del bambino dicendo "aeee" e sfregandoglielo sulle labbra, per pulirgli la bocca. Ripete il gesto per alcune volte consecutivamente mentre il bambino continua a guardare il suo gioco. La madre gli mette le mani sotto le ascelle, e in modo piuttosto brusco con uno strattone cerca di portandolo in una posizione eretta, ma Giacomo continua a ciondolare un po'. Madre e bambino sono orientati entrambi sempre sulla mucca di peluche che ha catturato l'attenzione di Giacomo che gioca divertito e pronuncia diversi vocalizzi con tono acceso mentre la mamma gli porge un altro gioco e gli chiede "cos'è?". Nel muovere la manina destra alzandola verso l'alto per staccarla dalla mucca di peluche e prendere il nuovo gioco proposto dalla mamma, Giacomo fa un movimento brusco e repentino con il braccio e con la mano sfiora la guancia sinistra della madre che ha il viso proteso verso di lui. La madre si ritrae velocemente come se fosse stata colpita in modo violento da uno schiaffo ed esclama "ah!" poi porta la mano sinistra verso la guancia, toccandosi come se avvertisse dolore, chiude le palpebre e rivolge il volto verso la telecamera. Dopo alcuni istanti si riprende, si avvicina al bambino e lo bacia sulla fronte, lui intanto sta giocando e lascia cadere il gioco. La madre gli prende il gioco che gli è caduto e glielo porge chiedendogli di nuovo "cos'è?". Il bambino mentre lo prende con la mano dice "ehehe, ahha". La madre intanto con la mano destra si tocca il volto. Giacomo ha lo sguardo rivolto verso la telecamera e riprende a fare qualche lallazione "ahaa". La madre con la mano destra prende un bavagliolo e gli pulisce la bocca, sporgendosi con la testa verso di lui, mentre Giacomo continua a tenere il gioco in mano, sempre rivolto verso la telecamera. Ciondola con il corpo alcune volte, poi si abbassa verso il pavimento come se fosse attratto da una sporgenza in panno cucita sulla copertina e con la mano sinistra la afferra. Anna allora riprende il peluche, che è di fronte a loro, la scuote per farlo suonare e richiama nuovamente l'attenzione del bambino che lo afferra, protendendosi verso il gioco e lasciando la copertina. La madre avvicina ulteriormente il peluche verso il bimbo, lui lo guarda, ma con la mano sinistra, spostando altri giocattoli, si rivolge verso un altro peluche che si trova sul pavimento e lo afferra con la mano sinistra, mentre con la mano destra tiene la mucca. La mamma scuotendo la mucca gli dice qualcosa, poi si ritrae e con la mano destra si copre la bocca per tossire. Il bambino rivolge lo sguardo verso di lei, si guardano. La madre con la mano destra prende di nuovo il bavagliolo e gli pulisce nuovamente la bocca, mentre Giacomo con un gesto della mano destra la allontana come infastidito e lei si ritrae.

Usiamo la nostra cornice di riferimento da 0 a 10. Si possono evidenziare le espressioni della mamma: c'è un momento in cui la mamma ha un'espressione di rabbia nei confronti del bambino, come se questi con il suo gesto inavvertitamente l'a-

vesse aggredita, le avesse fatto molto male, ma subito dopo lo bacia: ha due comportamenti differenti in due fasi molto vicine. Nel comportamento c'è un'alternanza di momenti in cui il bambino cerca la madre e la madre si butta sui giochi, e dei momenti in cui il bambino è sui giochi e la madre lo stimola fisicamente: lo abbraccia, lo bacia, lo tocca, è come se non ci fosse mai una sintonia in quello che stanno facendo; quando il bambino sposta l'attenzione su altri giochi, la madre vuole riportarlo subito sul gioco di prima. Sembra poi che la madre cerchi l'approvazione da parte di chi la sta guardando, si esibisce, guarda la telecamera: la mamma cerca di essere adeguata. Sembra di vedere un'asimmetria nei due comportamenti, come se ci potesse essere una situazione di disagio. L'asimmetria riguarda il timore reciproco: sembra che il bambino, in alcuni momenti sia spaventato, quasi aggredito dalla madre; e anche la madre, viceversa, è come se sentisse ostile il bambino. Quando il bambino sfiora il viso della madre, lei manifesta disagio, come se avesse ricevuto uno schiaffo. Anche il bambino, quando la madre gli si avvicina, a volte sembra ritrarsi e cercare di evitare il contatto con lei.

Analizziamo attentamente la sequenza in cui Giacomo sfiora la guancia della mamma: il bambino alza la mano, tocca la guancia della madre, la madre reagisce come se questo le avesse causato molto dolore, poi lo bacia. La madre ha una reazione tipica del dolore: il contatto tra bambino e la madre può aver causato tutto questo dolore? Il bambino può averle fatto così male? Il bambino potrebbe anche avere unghie affilate come rasoi, ma non solleva la mano abbastanza rapidamente e con sufficiente forza da farle del male. Quindi dobbiamo vedere a che stato affettivo tende il volto della madre durante questa reazione. Può essere che provi rabbia, però se la prova ne sta inibendo la manifestazione. La sua reazione sembra una reazione al dolore fisico. Pensa di esser stata picchiata dal bambino? Di fronte a questa "percossa" si sente ferita, chiude gli occhi, chiude la bocca. Dal nostro punto di vista il bambino non può averle fatto male, ma lei pensa di essere stata picchiata e di aver provato dolore. E quando viene picchiata, chiude gli occhi e chiude la bocca. Quando succede di esser picchiati sulla guancia si chiudono forte gli occhi e la bocca, e poi si bacia la persona che vi ha picchiato? C'è qualcosa nella reazione di questa donna a ciò che ha percepito come aggressione che è necessario capire meglio. Reagisce a un dolore, però il bambino questo non lo può vedere. E pochi secondi dopo lo bacia. Bacia la persona che l'ha attaccata. Non è una reazione ovvia per chi ha subito un'aggressione. E lo fa un'altra volta alla fine del filmato appena prima che la telecamera si spenga. Quindi sappiamo che se succede due volte in 3 minuti, non si tratta di un evento casuale, ma di un evento configurato, che si verifica ripetutamente. Se un comportamento si manifesta una volta può essere interessante, se si manifesta due volte si ha un'ipotesi di lavoro, se si manifesta tre volte si ha un dato valido fino a prova contraria. E qui vediamo il comportamento ricorrere una volta e mezza. Abbiamo una prima accettazione, l'inibizione della protesta per un attacco, poi questo bacio. Questo è un rinforzo positivo nei confronti della persona che "è stata aggressiva". A questo punto possiamo anche metterla nella categoria di vittime volontarie che rinforzano l'aggressore, tenendo tuttavia conto che non c'è stata nessuna aggressione. Non c'era dolore e sicuramente non c'era un'azione aggressiva da parte del bambino. È vero che il bambino alza il braccino rapidamente, ma non sta-

va mirando alla madre e non l'ha toccata con tanta energia da farle male. Quindi non c'è aggressione. Però c'è una risposta di sottomissione come di accettazione, con un bacio, come se ci fosse stata una aggressione. Come giustificiamo un evento così irrazionale che succede due volte in tre minuti? Il bambino e la madre sono in due posizioni diverse: il bambino è in un'interazione non aggressiva, la madre invece subisce due aggressioni e le accetta con forme di sottomissione, tristezza, inibizione e una volta risponde con un bacio. Dato che qui ci sentiamo abbastanza sicuri del fatto che la madre non abbia subito un'aggressione rimaniamo con la domanda: da dove viene questa percezione? In questa interazione non c'è niente che ci possa aiutare a rispondere a questa domanda. Quello che l'interazione ci può dire in modo piuttosto chiaro è che la madre fa delle esperienze e che ha delle reazioni che noi non possiamo vedere. Questo fatto in se stesso renderà la relazione con lei estremamente complessa per il figlio. Il bambino dovrà rispondere sia a quello che tutti e due possono vedere e sentire, sia a ciò che solo la madre può vedere e sentire. Dal mio punto di vista, la madre lo percepisce come un aggressore, ma accetta la sua aggressione e poi lo bacia teneramente. Che effetto avrà questo sulla relazione tra madre e bambino? Penso che dobbiamo andare oltre il CARE-Index per rispondere a queste domande. Questo comportamento che avviene due volte è quello che porta più in basso il punteggio di interazione, perché la madre sta interagendo con una realtà che nessun altro oltre a lei è in grado di vedere.

Che cosa sappiamo di Anna? Anna ha 21 anni, questo è il suo primo figlio, risultato di un incontro abbastanza breve e casuale con un uomo che viene da un altro paese. Anna è nota ai servizi di tutela dei minori fin dall'età di 6 mesi di vita. Era già stata segnalata alla nascita perché la sorella più grande era morta a 9 settimane per una sindrome che deponeva per uno reiterato e violento scuotimento. Quando sua madre era rimasta incinta di lei, era già automaticamente un caso di tutela minori. Nei suoi primi 18 anni ha avuto 29 ospedalizzazioni: molti problemi allergici gravi, molti problemi respiratori, diverse lesioni, tendine d'Achille tagliato. Nel suo racconto, dice di aver lasciato presto la famiglia, ha pochi ricordi, ma quelli che ha sono belli. Il padre se ne andò perché c'era un altro uomo nel letto della madre, questo è quello che le è stato detto all'epoca, perché lei non aveva capito. Ricorda di aver visto un altro uomo anche se non sapeva spiegarsi perché ci fosse. Ha sentito dire che agli uomini non piace trovare altri uomini nel letto con le loro mogli. Ricorda l'uomo successivo che era in casa e ricorda che sua madre a volte se ne andava; questo uomo non poteva andare a trovare i suoi figli perché doveva occuparsi dei figli della madre di Anna, e nessuno sapeva dove la madre fosse. Alla fine anche quest'uomo se ne va. E dopo questo episodio Anna dice che c'erano continuamente persone casuali che andavano e venivano dalla casa tutto il tempo. Così è arrivato Big John, come lo chiama lei. Questo uomo arriva quando lei ha 11 anni, lascia la madre quando Anna ha 14 anni e la sorella più piccola ha subito tre abusi sessuali. Anna va a stare dalla nonna per 4 anni, periodo nel quale non ci sono ospedalizzazioni. Questa è la storia di Anna con una trascuratezza fisica ed emozionale molto importante, dal punto di vista medico, ma anche pratico, al punto che spesso in casa non c'è cibo. La madre va e viene e ci sono uomini che vanno e vengono, e che sono protagonisti di moltissimi episodi di violenza sulla madre di Anna. Il padre di Giacomo, peraltro, è appena uscito di prigione

dopo aver scontato una pena per aver assalito la madre dei suoi due figli. Ha molte accuse di aggressione, ma solo una condanna. Anna dice che questo dato non lo conosceva, e dice comunque che non importa, perché gli uomini fanno sempre così.

La AAI di Anna è molto lunga, circa 1/3 in più delle interviste cliniche che solitamente sono già lunghe. Anna è assente dall'intervista. Lei racconta perfettamente episodi della sua infanzia, riguardanti sua sorella, i suoi amici, i suoi cani; racconta molti episodi, ma in questi episodi lei non è mai al centro. Quando parla della relazione con la madre, il linguaggio è ben strutturato, piatto, senza stati affettivi, di tipo A. Nessuna manifestazione affettiva, senza sentimenti, niente vivacità. Quando invece le viene chiesto di parlare di uomini che si sono soffermati per un certo tempo nella casa della madre, il suo discorso aumenta di velocità, ci sono immagini vivaci, momenti di dialogo riferiti come pronunciati nella realtà. Il discorso è più o meno chiaro, ci sono emozioni più evidenti di altre. Anna è comunque assente anche da questi episodi raccontati in modo più vivace; tuttavia le cure e le attenzioni maggiori nell'arco della sua vita le ha ricevute da questi uomini. Cita, a questo proposito, le grida, gli oggetti lanciati, incluso quello che le ha tagliato il tendine d'Achille. Quindi questi uomini rimanevano quando la madre non c'era, però quando c'era la madre c'erano urla e pericolo ovunque. Le sue storie riguardano tutte situazioni indicibili. Nella AAI il primo ricordo che ha da bambina sono i vicini di casa, seduti sul portico che guardano nel bagno. Dentro il bagno lei, con il giornale, faceva finta di fare la pipì, andando quasi in prigione perché tutti la vedevano. Che genere di ricordo è questo? Quasi tutti i ricordi di Anna che riguardano il pericolo hanno a che fare con circostanze come farsi il bagno, la biancheria intima, aspetti legati in qualche modo a circostanze sessuali; tanti sono i ricordi che hanno a che fare con queste attività "proibite". Alla domanda: "Sei mai stata trascurata?" risponde "Beh, alcuni potrebbero dire così però io non sapevo un altro modo di stare, quindi direi di no." "Sei mai stata maltrattata?" "No." "Sei mai stata sessualmente abusata?" "No." "Sei mai stata lasciata da sola?" "No, gli uomini c'erano, a volte mi è capitato di occuparmi dei miei fratelli più piccoli." Le storie sulla biancheria intima, sui bagni, sui gabinetti possono rappresentare segnali dell'evenienza di abusi sessuali non riconosciuti in età infantile. Ci sono anche degli animali in tutta questa intervista. Animali che sono trascurati, non nutriti, picchiati, maltrattati in moltissimi modi. Anna sta facendo una formazione per lavorare professionalmente con gli animali.

L'ultima domanda della Adult Attachment Interview: "Riguardo alle relazioni con sua madre e suo padre, le persone importanti nella sua vita, c'è qualcos'altro che vuole aggiungere, qualcosa di importante per capire l'adulto che è diventata?" Ecco la risposta di Anna:

"Beh ho passato molto tempo con i miei amici, quindi posso dire di essere diventata dei miei amici. Io, Tony e Charlie abbiamo un sacco in comune, soprattutto quello che riguarda il nostro amore per gli animali. Ho avuto delle persone che si sono rivolte a me e mi hanno detto che una ragazza che conosco ha fatto una formazione per occuparsi dei bambini. Lei mi ha detto che non può più occuparsi degli animali perché se un bambino vuole qualcosa urla, se un bambino prova dolore urla, mentre se un animale prova dolore va in shock e diventa silenzioso e non si può muovere. Lei ha detto che qualcuno è arrivato alla sua porta perché avevano investito un cervo, e questo aveva smesso di muoversi. Lei pensava che sarebbe andato tutto

bene. Ha telefonato al veterinario e l'hanno dovuto abbattere perché ha subito così tanto trauma che non sarebbe sopravvissuto. Lei pensava, visto che non urlava, che non provasse dolore e quindi non era possibile che ci fosse stato un danno così grosso. Lei ha detto che se avesse saputo che il cervo probabilmente provava moltissimo dolore, avrebbe potuto coprirgli gli occhi, avrebbe potuto spostarlo dalla strada in modo molto gentile. Avrebbe dovuto telefonare alla polizia. Lei ha telefonato allo specialista, ma io avrei chiamato la polizia perché era un rischio per il traffico. Con Giacomo so che se lui vuole qualcosa urla, io non penso di fare un cattivo lavoro nell'occuparmi di lui. Forse non sto facendo il lavoro che lui vorrebbe io facessi; ci sono probabilmente delle persone là fuori che potrebbero fare questo lavoro 100 volte meglio di me, ma ci sono probabilmente persone là fuori che potrebbero fare il lavoro 100 volte peggio di me. Mia zia Jemmy mi ha detto che lei pensa che io stia facendo un buon lavoro e ha detto che il motivo per cui pensa che io possa farlo è perché, quando ci occupiamo degli animali, quel lato di me è molto attento. Per via di questo lei pensa che, visto che ho questo lato che si prende cura degli animali, sono stata in grado di trasferire questo a Giacomo. Ma la mia amica, che si è occupata dei bambini, non lo può trasferire agli animali, perché gli animali non possono dire cosa c'è che non va, mentre i bambini quando cominciano a camminare sì, le possono dire se hanno bisogno di andare in bagno, vogliono fare la cacca. L'animale invece sta lì davanti alla porta e spera che tu gli apra oppure se ha bisogno di andare in bagno la fa sul pavimento.. ahahaha. *Fine dell'intervista.*

È un testo molto lungo: spicca questo tema del dolore degli animali che stanno in silenzio, che non possono muoversi, che aspettano che qualcuno copra loro gli occhi. Per una donna che non è mai presente nel racconto della sua vita, è molto pregnante questa ultima risposta alla fine dell'intervista. Alla richiesta di valutare se c'è qualcosa di importante che non è stato detto, lei risponde di voler parlare degli animali che soffrono e hanno un dolore che non possono raccontare. Nelle interazioni del filmato che abbiamo descritto ci sono animali silenziosi che non possono prendersi cura di sé e che baciano l'aggressore. Quello che abbiamo visto è un CARE-Index drammatico. È raro poter vedere un delirio in azione. Non è neanche così frequente avere una descrizione così dettagliata, come quella che Anna ci fornisce. Vediamo questo vuoto di donne, dalla sua vita, donne che scompaiono. Gli uomini rimangono almeno per un po', urlano, picchiano, amano, danno da mangiare.

Cerchiamo ora di capire come è inquadrabile questa famiglia da un punto di vista clinico. Passiamo ad analizzare più in specifico il funzionamento familiare: non è adeguato, non si può lasciare questa ragazza da sola ad allevare suo figlio. Non si può dire neanche che si tratti di una crisi temporanea perché la vita di Anna sembra piuttosto una crisi ininterrotta. Forse la situazione è migliorabile: ci sono problemi multipli che nel corso della vita, con un intervento di diversi anni, potrebbero essere migliorati, risolti. È comunque abbastanza chiaro che Anna è in condizioni di aver bisogno di un sostegno come genitore, per tutto il tempo in cui dovrà allevare il suo bambino. Se non siamo in grado di fornire queste risorse, può essere che Anna non sia in grado di tenere questo bambino. Il grado di rischio che corre dipende quindi in parte dalle risorse che possiamo renderle disponibili. Possiamo anche utilizzare, oltre alla Adult Attachment Interview, la Parent Interview per farci un'idea di come il genitore vede se stesso nel proprio ruolo di genitore. Ci sono ancora delle cose nell'intervista che andrebbero approfondite, ad esempio "faccio questo perché io avrei voluto che facessero questo per me quando ero bambina, non faccio questo perché

questo a me non sarebbe piaciuto”. Si augura il bene per suo figlio, ma non riesce a vederlo con occhi diversi di quelli della sua personale esperienza da bambina. Siamo a livello basso, nella fascia a rischio sotto il 4.

7.8 Gradiente di interventi

Ora passiamo a illustrare cosa potrebbe fare nel caso presentato, in una scala reale di gradiente di interventi (Box 7.3). Gli approcci educativi con i genitori sono adeguati quando i genitori sono in grado di integrare le informazioni; hanno quindi un funzionamento tale da poter utilizzare le nuove informazioni di cui si trovano ad avere bisogno. Una donna che non riesce a vedere che suo figlio non l’ha picchiata non è in grado di integrare informazioni, quindi non è pronta per un approccio educativo. Ritengo che un approccio educativo con una donna in queste condizioni possa essere addirittura dannoso.

Box 7.3 Gradiente di interventi.

Educazione genitoriale

Il genitore può integrare, ma ha bisogno di nuove informazioni.

Counseling a breve termine

Il genitore può integrare e ha delle informazioni, ma necessita di un nuovo punto di vista e di dialogo sul punto di vista.

Intervento genitore-figlio

Il genitore può usare informazioni esplicite per descrivere problemi, compreso il proprio contributo, ma non è in grado di integrare informazioni discrepanti.

Psicoterapia dell’adulto (personale, non sulla genitorialità)

Il comportamento del genitore è generato implicitamente, cioè non consciamente, ed è maladattativo, a volte in modo pericoloso. Il genitore ha bisogno di comprendere i “trigger” impliciti, di verbalizzare, di integrare, e anche dell’esperienza di essere empaticamente compreso prima di poter comprendere empaticamente gli altri (per esempio i propri figli). Il genitore non è ancora pronto per interventi sulla genitorialità.

Modificato da: Crittenden PM (2005) Preventive and therapeutic intervention in high-risk dyads: The contribution of attachment theory and research. IKK-Nachrichten. Deutsches Jugendzentrum, München (la versione inglese è disponibile su www.patcrittenden.com)

Il counseling a breve termine aiuta i genitori capaci di integrare, cioè che sono in possesso di informazioni attendibili, ma che hanno bisogno di un approccio nuovo al problema. Questo approccio non sembra adeguato per questo caso: Anna non ha le informazioni che le sono necessarie, non può neanche esplicitare verbalmente come si è sentita. La sua situazione sembra piuttosto adeguata a un intervento di psicoterapia personale.

La psicoterapia personale per l’adulto non mira solo al tema della genitorialità, ma al complesso della situazione. Anna non è pronta a riflettere perché non è ancora in possesso delle informazioni su cui riflettere. Fino a quando non sarà in grado

di descrivere in modo accurato la sua realtà, momento per momento, non ci sarà materia su cui riflettere. Ritengo che Anna abbia imparato delle regole molto rigide su quello che non si può dire, non si può conoscere: non potendone avere consapevolezza, non si può neanche parlarne al terapeuta. Non parlare di te, non parlare di come ti senti, non parlare del dolore che hai provato. Non possiamo aiutare Anna a essere un buon genitore fino a che non potremo aiutarla a modificare questi aspetti.

7.9 Cluster genitoriali

Infine, gli aspetti funzionali che si riferiscono ai genitori come possibili agenti di rischio per i bambini sono riassunti di seguito in sei “cluster genitoriali” (Box 7.4).

Box 7.4 Cluster genitoriali.

Cluster genitoriali: Rischio e processi psicologici nella tutela dei minori

Distorsioni del comportamento normale di protezione dei figli:

1. Genitori le cui rappresentazioni in competizione troppo spesso rispecchiano bisogni del Sé, minimizzando quindi il riconoscimento dei bisogni dei figli (che quindi proteggono troppo poco o a volte trascurano i propri figli).
2. Genitori che esagerano la probabilità di pericolo per i propri figli contando su contingenze passate (che quindi iper-proteggono e a volte maltrattano fisicamente i propri figli).

Distorsioni che enfatizzano il comportamento di protezione del Sé:

3. Genitori che trasformano il desiderio di conforto in desiderio sessuale e rispondono ai bisogni dei figli con comportamenti sessualizzati (che quindi a volte trattano i figli in modo sessualmente inadeguato).
4. Genitori che non percepiscono i segnali dei figli o non attribuiscono ai segnali il significato della necessità di proteggere i figli (che quindi a volte trascurano fisicamente e psicologicamente i propri figli)

Distorsioni che sostituiscono informazioni deliranti a informazioni esatte:

5. Genitori che ritengono erroneamente che vi siano forze potenti che minacciano sia loro stessi che i loro figli (che quindi a volte danneggiano gravemente o uccidono i propri figli).
6. Genitori che implicitamente credono che i figli minaccino la loro sopravvivenza (che quindi a volte uccidono deliberatamente i propri figli).

Modificato da: Crittenden PM (2008) *Raising Parents: Attachment, parenting, and child safety*. Routledge/Willan, Abingdon

L'elenco riassume una parte del libro *Raising Parents* (Crittenden, 2009) al quale si rimanda per una più dettagliata descrizione dei possibili usi dei criteri qui esposti.

I problemi più lievi sono nel Cluster 1: il genitore ha una rappresentazione di sé, ha una rappresentazione del figlio, però troppo spesso il genitore minimizza la rappresentazione del figlio e quindi non agisce in risposta a essa. Il Cluster 2 è il contrario: il genitore è eccessivamente attento alla possibilità di pericolo, quindi dà regole molto rigide, punisce il bambino per insegnargli come si fa a stare al sicuro, e

per fare ciò può maltrattare fisicamente il figlio. In entrambi i casi, il genitore è concentrato sul fare la miglior cosa per il figlio, però in modi diversi e servendosi di rappresentazioni distorte. Nel Cluster 3 e 4 i genitori si sentono così minacciati personalmente da enfatizzare la rappresentazione del pericolo, a spese del bambino. Abbiamo genitori che hanno avuto pochissimo conforto e quindi trasformano il loro desiderio di conforto in desiderio sessuale, diretto nei confronti del figlio o dei figli. Abbiamo uomini che abusano sessualmente dei figli e delle figlie che, avendo bisogno di conforto, si rivolgono ai bambini. Ma anche le madri possono fare lo stesso: “sposificare” il figlio piccolo trattandolo da più grande, più forte e magari più aggressivo di quello che in realtà non sia. Possiamo chiederci se Anna non rappresenti in questo modo Giacomo, trattandolo come un uomo adulto piuttosto che come un lattante. Può essere possibile che Anna abusi del figlio trattandolo come molto più grande di quello che non è. È probabile che infligga in questo modo danni psicologici ingenti al suo prezioso figlio. Il Cluster 4 non è pertinente ad Anna, ma osservando la definizione del Cluster 5 vediamo che ci sono genitori che percepiscono delle forze potenti che minacciano sia sé stessi, sia i propri figli, e questo comporta una loro propensione a maltrattare i figli. Non c'è un divario troppo grande tra questa descrizione e la situazione della sorella di Anna, morta per i maltrattamenti della madre. Non sono del tutto sicura che almeno in parte Anna funzioni nel Cluster 6, definendo la rappresentazione del figlio come almeno parzialmente minaccioso per la sua sopravvivenza. Questi ultimi due Cluster sono quelli più attivamente deliranti.

Anna può essere descritta nell'ambito del Cluster 3: ha una relazione in cui il bambino viene trattato a un livello gerarchico coniugale. La possibilità di lasciare Giacomo affidato esclusivamente a lei è preoccupante, per la probabilità che si verifichino aspetti di funzionamento più legati ai Cluster 5 e 6.

Sapendo quanto sopra di Anna e Giacomo, quali sono le possibilità di intervento? Abbiamo al proposito raccolto alcune proposte in sede di dibattito tenuto al convegno del 14 febbraio 2011 “Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori” presso l'Università degli Studi di Brescia .

Prima proposta:

“Le considerazioni sulle possibilità di trattamento riguardo ad Anna mi hanno colpito, perché toccano un ambito che riguarda le forme di trattamento che, pur seguendo una prospettiva di tipo psico-dinamico, non sono basate sulle interpretazioni e neanche sull'educazione, bensì sulla qualità mentale della relazione. I trattamenti sulla mentalizzazione seguono questo tipo di opportunità: sono finalizzati a permettere di acquisire capacità mentali in ambiti in cui non ci sono sufficienti capacità di integrazione. Questa potrebbe essere una delle indicazioni per una paziente come Anna che, sicuramente, non può essere aiutata con un intervento psico-educativo, ma neanche con un intervento psicoanalitico classico.”

In effetti possiamo sottolineare come l'interpretazione in effetti non sia qui possibile, perché Anna non ha disponibilità di informazioni da interpretare. C'è bisogno che il suo Sé acquisti un ruolo nella storia della sua vita, prima di poter cominciare a interpretarla. Sicuramente non è molto facile prendere l'immagine del cervo investito, indicarlo e dirle: “Secondo me sei tu!”

Un'altra proposta è:

“Credo che in questa situazione sarebbe estremamente importante fare degli interventi combinati, cioè provare a dare ad Anna una serie di supporti di intervento psicoterapico con gli elementi che sono già stati evidenziati. Accanto a questo credo vadano inseriti, su altri livelli, altre tipologie di supporti, per esempio le comunità madre-bambino. Rispetto alle osservazioni fatte sul CARE-Index, mi è sembrata in qualche modo presente l'immagine di questo cervo in un momento dell'interazione nel video. Anna ha descritto l'immagine del cervo caduto e investito in strada, a me è venuta in mente l'immagine di questa madre nel momento in cui chiudeva gli occhi, piegando il capo come a dimostrarsi caduta, ferita da bambina e, in generale com'è stato sottolineato, per le esperienze che nella sua vita sono state traumatiche. Mi sembra che ci sia una richiesta di cura da parte di altri che deve passare da questo tipo di livello, in forme anche molto concrete.”

Un altro intervento:

“Quello su cui sono d'accordo per questo caso è il fatto che la comunità, come possibile contesto di cura, è una possibilità e anche una certezza. Spero che la certezza garantita dal contesto di comunità sia il fatto che fisicamente questa donna potrebbe essere al sicuro dai pericoli che ha vissuto fino ad adesso, incluso il momento presente. Attualmente questa donna non sta vivendo una vita con poco pericolo, non possiamo aspettarci che metta da parte le sue strategie per affrontare il pericolo e attualmente le sue circostanze di vita sono circostanze pericolose. Primo passo, dal mio punto di vista, è di permettere ad Anna di stare in circostanze sicure, quindi eliminare il pericolo. E poi, senza dover essere prescrittiva rispetto a questo, mi sembra importante possa essere a disposizione una effettiva figura di attaccamento, qualcuno che sia protettivo, qualcuno che copra gli occhi del cervo. La mia attività ha avuto esperienze con le comunità terapeutiche, e dico che a volte questo viene fatto, altre volte questo viene attivamente scoraggiato e impedito. La possibilità di formare una figura di attaccamento degna di fiducia, dipende anche dal luogo specifico in cui andrebbe a trovarsi. Un'altra cosa è che effettivamente questa donna si esprime in modo sempre metaforico, potrebbe essere una scrittrice di racconti, una poetessa, una pittrice. Ci sono dei modi che potremmo proporre per esprimersi, diversi da quelli diretti che utilizziamo nella psicoterapia più ordinaria. Sarebbe possibile permetterle di esprimere i contenuti che vengono distorti, bloccati, distanziati, spostati in forma di un racconto, di una canzone; permettere, quindi, di creare una libreria, una biblioteca di informazioni espresse con altri linguaggi riguardo a ciò che non può dire direttamente”.

Ancora un'altra proposta: “Questa situazione così complessa fa pensare alla necessità di una vasta rete articolata di interventi a fianco agli interventi proposti, quindi la propensione all'affido mamma-bambino a una famiglia affidataria e il lavoro individuale sulla mamma come donna. Tra gli interventi operativi si potrebbe pensare a interventi domiciliari effettuati dal consultorio, in cui gli operatori lavorino sulla relazione madre-bambino praticamente, con un supporto a casa o anche offrire occasioni di confronto con altre mamme, in gruppi di discussione (se non proprio gruppi psicoterapeutici). Quindi l'inserimento in gruppi di supporto per dare spazio di crescita a dei potenziali che di fatto questa mamma ha dimostrato di avere, al di là della sua storia pesante.”

Si spera che questo caso abbia sollecitato idee che possano fermentare nella mente: lo scopo di lavorare specificatamente su un caso è utile per mettere in movimento delle riflessioni. Si spera che le strategie e i cluster genitoriali presentati abbiano offerto schemi che possano dare delle dimensioni alle idee che già avevate.

Quando si è cresciuti in un posto sicuro, diventa abbastanza semplice allevare i figli in un modo che possa promuovere in loro la sicurezza, in un modo che sia adatto a loro. Ma quando il posto in cui si è cresciuti è diverso da dove si allevano i

7 propri figli, occorre proteggerli da pericoli nuovi, di cui noi non abbiamo fatto esperienza e che quindi non possiamo riuscire a vedere. Si va avanti facendo il meglio che si può. Se però non si riesce ad assumere il punto di vista del lattante che cresce in un ambiente diverso da quello dove siamo cresciuti noi, è possibile fare del male ai figli, che si amano così, tanto senza capire mai il perché.

Letture consigliate

Sul DMM di Patricia Crittenden

Libri

- Crittenden PM (2008) *Raising parents: Attachment, parenting, and child safety*. Willan Publishing, Collumpton
- Crittenden PM (2008) *Il modello dinamico-maturativo dell'attaccamento*. Trad. it. Landini A (2008) Cortina, Milano
- Crittenden PM (2002) *Nuevas Implicaciones Clínicas de la Teoría del Apego*.
- Crittenden PM (1999) *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo alla Adult Attachment Interview*. Trad. it. Fava Vizziello G, Landini A. Cortina, Milano
- Crittenden PM (1997) *Pericolo, sviluppo e adattamento*. Trad. it. A Landini. Masson, Milano
- Crittenden PM (1994) *Nuove prospettive sull'attaccamento: Teoria e pratica in famiglie ad alto rischio*. Trad. it. A Landini. Guerini, Milano
- Crittenden PM Claussen, AH (a cura di) (2000) *The organization of attachment relationships: Maturation, culture, and context*. Cambridge University Press, New York
- Crittenden PM, Dallos R (in stampa) *Attachment and family systems therapy*. Open University Press, London
- Crittenden PM, Landini A (2011) *The Adult Attachment Interview: Assessing psychological and interpersonal strategies*. New York: Norton
- Dallos R (2006) *Attachment Narrative Therapy*, McGraw Hill
- Wilkinson S (2008) *Lidelse og lindring: tilknytning og sykdomsspråk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wilkinson S (2003) *Coping and complaining: Attachment and the language of dis-ease*. Brunner-Routledge, London

Articoli pubblicati in *Clinical Child Psychology Psychiatry*

- Crittenden PM (2010) *Preface: Pathways forward*. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 15:299-302
- Crittenden PM, Newman L (2010) *Comparing models of borderline personality disorder: Mothers' experience, self-protective strategies, and dispositional representations*. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 15:433-452
- Kidwell SL, Young ME, Hinkle LD, Ratliff AD, Marcum ME, Martin CN (2010) *Emotional competence and behavior problems among preschoolers: Differences across preschool attachment classifications*. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 15:391-406
- Kwako LE, Noll JG, Putnam FW, Trickett PK (2010) *Childhood sexual abuse and attachment: An intergenerational perspective*. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 15:407-422
- Pocock D (2010) *The DMM-wow! But how to safely handle its potential strength?* *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 15:303-314
- Pleshkova NL, Muhamedrahimov RJ (2010) *Quality of attachment in St. Petersburg (Russian Federation): A sample of family-reared infants*. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 15:355-362
- Shah PE, Fonagy P, Strathearn L (2010) *Exploring the mechanism of intergenerational transmission of attachment: The plot thickens*. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 15:329-346

- Svanberg POG, Mennet L, Spieker SJ (2010) Promoting a secure attachment: A primary prevention practice model. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 15:363-378
- Wilkinson S (2010) Another day older and deeper in therapy: Can the DMM offer a way out? *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 15:423-433

Rassegna sulla valutazione DMM

- Farnfield S, Hautamäki A, Norbeck P, Sahhar N (2010) Dynamic-Maturational Model methods for assessing attachment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 15:313-328

Studi empirici con il CARE-Index

Studi sul rischio

1. Madri adolescenti

- Paquette D, Bigras M, Zoccolillo M, Tremblay R, Labelle MÈ, Azar R (2001) Comparaison de la sensibilité parentale entre des mères adolescentes et des mères adultes peu scolarisées. *Revue de Psychoéducation et d'Orientation*, 30, 283-298

2. Madri tossicodipendenti; bambini esposti alla tossicodipendenza

- Ciotti F, Lambroschi F, Pittino B, Crittenden PM (1998) La valutazione della relazione precoce madre-bambino in una popolazione di madri con una storia di tossicodipendenza attraverso l'uso del CARE-Index. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* 4:53-59

3. Disturbi psichiatrici della madre

- Ayissi L, Hubin-Gayte M (2006) Irritabilité du nouveau-né et depression maternelle du post-partum. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 54(2):125-132
- Cassidy B, Zoccolillo M, Hughes S (1996) Psychopathology in adolescent mothers and its effects on mother-infant interactions: A pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry* 41:379-384
- Hughes S (1993) The relationship between maternal psychiatric disorder and mother-child responsiveness. Dissertation presented to the Faculty of McGill University, Montreal
- Kempainen K, Kumpulainen K, Moilanen I, Ebling H (2006) Recurrent and transient depressive symptoms around delivery and maternal sensitivity. *Nordic Journal of Psychiatry* 60:191-199
- Leadbeater BJ, Bishop SJ, Raver CC (1996) Quality of mother-toddler interaction, maternal depressive symptoms, and behavior problems of adolescent mothers. *Developmental Psychology* 32:280-288
- Leventhal A, Jacobsen T, Miller LJ, Quintana E (2004) Caregiving attitudes and at-risk maternal behavior among mothers with major mental illness. *Psychiatric Services* 55:1431-1433
- Mullick M, Miller LJ, Jacobsen T (2001) Insight into Mental Illness and Child Maltreatment Risk in Mothers with Major Psychiatric Disorders. *Psychiatric Services* 52:488-492

4. Condizioni di handicap

- Crittenden PM, Bonvillian JD (1984) The effect of maternal risk status on maternal sensitivity to infant cues. *American Journal of Orthopsychiatry* 54 :250-262
- Hubin-Gayte M, Ayissi L (2005) Sensibilité et représentations des mères de nouveau-nés irritables. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 53:78-85
- Killen K (2006) Tidlig mor-barn-samspill i norske familier. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 7:694-701
- Rau H, Calvet-Kruppa C (2001) Bindungssicherheit und Verhaltensentwicklung bei Kindern mit Down-Syndrom. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*

5. Bambini maltrattati

- Crittenden PM (1992a) Children's strategies for coping with adverse home environments. *International Journal of Child Abuse and Neglect* 16:329-343
- Crittenden PM (1988) Distorted patterns of relationship in maltreating families: The role of inter-

- nal representational models. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 6:183-199
- Crittenden PM, DiLalla DL (1988) Compulsive compliance: The development of an inhibitory coping strategy in infancy. *Journal of Abnormal Child Psychology* 16:585-599
- Crittenden PM (1987) Non-organic failure-to-thrive: Deprivation or distortion? *Infant Mental Health Journal* 8:56-64
- Crittenden PM (1985) Social networks, quality of child-rearing, and child development. *Child Development* 56:1299-1313
- Crittenden PM (1984) Sibling interaction: Evidence of a generational effect in maltreating families. *International Journal of Child Abuse and Neglect* 8:433-438
- Crittenden PM (1981) Abusing, neglecting, problematic, and adequate dyads: Differentiating by patterns of interaction. *Merrill-Palmer Quarterly* 27:1-18
- Jacobsen T, Miller LJ (1998) Compulsive compliance in a young maltreated child. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37:462-463
- Leadbeater B, Bishop SJ (1994) Predictors of behavior problems in preschool children of inner city Afro-American and Puerto Rican mothers. *Child Development* 65:638-648
- Ward M J, Kessler, DB, Altman, S C (1993) Infant-mother attachment in children with failure to thrive. *Infant Mental Health Journal* 14:208-220

6. Prematurità

- Fuertes M, Faria A, Soares A, Crittenden PM (2009) Developmental and evolutionary assumptions in a study about the impact of premature birth and low-income on mother-infant interaction. *Acta Ethologica* 12:1-11
- Muller-Nix C, Forcada-Guex M, Pierrehumbert B, Jaunin L, Borghini A, Ansermet F (2004) Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early Human Development* 79:145-158

7. Toddler

- Kunster AK, Fegert JM, Ziegenhain U (2010) Assessing parent-child interaction in the preschool years: A pilot study on the psychometric properties of the Toddler CARE-Index. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 15:379-390

8. Istituzionalizzazione

- Pleshkova NL, Muhamedrahimov RJ (2008) Attachment in Family and Orphanage Children *Delectology* 2:37-44
- Muhamedrahimov RJ et al (2004) Institution-based early intervention program. *The Infant Mental Health Journal* 25:488-501

9. Studi sulle popolazioni normali

- Cantero J, Cerezo J (2001) Interacción madre-hijo como predictor de conductas de apego: Evaluación de dos modelos causales. *Infancia y Aprendizaje* 24:113-132
- Hautamäki A (2010) Attachment and parental sensitivity in a low-risk Finnish sample – The avoidant and unresponsive Finns? In: Teoksessa P, Aunio P, Jahnukainen M, Kalland M, Silvonen J (eds) Piaget is dead, Vygotsky is still alive, or? Honorary Book for Professors Airi and Jarkko Hautamäki. *Research in Educational Sciences* 51
- Kempinen K, Kumpulainen K, Moilanen I, Raita-Hasu J, Ebling H (2006) Continuity of maternal sensitivity from infancy to Toddler age. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 24:199-212
- La Sala GB et al (2004) Developmental outcomes of children conceived by intracytoplasmic sperm injection at one and two years of age. *Int J Fertil* 49:113-119
- Patino FL (1993) Mothers' prenatal attachment history, attachment status, and social support satisfaction as predictors of postnatal maternal sensitivity. *Dissertation Abstracts International* 53:37-87
- Paavola L, Kempinen K, Kumpulainen K, Moilane I, Ebling H (2006) Characteristics of mother-infant communicative interaction: Relations to the rating of maternal sensitivity and infant cooperation. *Journal of Early Childhood Research* 4:203-222

- Paavola, L, Kemppinen, K, Kumpulainen, K, Moilanen, I, Ebling, H (2006) Maternal sensitivity, infant cooperation and early linguistic development: Some predictive relations. *European Journal of Developmental Psychology* 3:13-30
- Pleshkova NL (2006) Quality of Attachment in Young Children. In: Sirotkin SF, Melnikova ML (eds) *Attachment and Early Intervention Psychology*, July 3-4. International Research Seminar Materials. NIPC, Ijevsk, pp 40-46
- Sim-Teufel S, Docon A, Dolz, L (2002) Comparaci entre los patrones interaccionales madre-hijo y la calidad del apego a los 15 meses de edad: un análisis isis de validación. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento, AEMCCO* 12:516-520

10. Studi predittivi longitudinali

- Crugnola C R, Albizzati A, Caprin C, Di Filippo L, Sagliaschi S (2004) Modelli di attaccamento, stili di interazione e responsività nello sviluppo della relazione tra madre e bambino: Elementi di adeguatezza e di rischio. *Età Evolutiva* 78:66-76
- Forcada-Guex, Pierrehumbert, B, C, Borghini, A, Moessinger, A, M, Muller-Nix, (2006) Early dyadic pattern of mother-child interaction and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics* 118:107-114
- Howieson N, Crittenden PM, Priddis L (in revisione) Change and continuity: The impact of migration on transgenerational patterns of attachment
Lebensjahres. *Psychologie in Erziehung und Unterricht* 47:118-141
- Ward MJ, Carlson EA (1995) The predictive validity of the Adult Attachment Interview for adolescent mothers. *Child Development* 66:69-79

11. Studi d'intervento

- Cramer, B, Robert-Tissot, C, Stern, D N, Serpa-Rusconi, S (1990) Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapy: A preliminary report. *Infant Mental Health Journal* 11:278-300
- Crittenden PM (1985) Maltreated infants: Vulnerability and resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 26:85-96
- Crittenden PM (1988) Relationships at risk. In: Belsky J, Nezworski T (a cura di) *The clinical implications of attachment*. Erlbaum, Hillsdale, pp 136-174
- Crittenden PM (1987) Non-organic failure-to-thrive: Deprivation or distortion? *Infant Mental Health Journal* 8:56-64
- Crittenden PM (1985) Maltreated infants: Vulnerability and resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 26:85-96
- Crittenden PM (1985) Social networks, quality of child-rearing, and child development. *Child Development* 56:1299-1313
- Jennings, T (2004) A study exploring whether maternal sensitivity can be enhanced by health visitor intervention (guided by clinical psychology consultation), using video feedback. Thesis presented to the faculty of clinical psychology at the University of Teesside in partial fulfilment of the doctorate in psychology
- Linares, L O (in stampa) The effects of an early intervention program on polydrug infants and their families in foster care. In: Silver J (ed) *Serving the needs of young children involved in the child welfare system*. New Jersey
- Linares, LO, Jones, B, Sheiber, FJ Rosenberg, FB (1999) Early intervention for drug-exposed infants in foster care. In: Silver J, Amster Haecker BJ (eds) *Young Children and Foster Care*. Brookes, Baltimore, pp 373-397
- Pacquette, D, Zoccolillo, M, Bigras, M (1999) L'efficacité des interventions en foyers de groupe pour mères en difficulté d'adaptation. *Défi Jeunesse* VI:30-35
- Robert-Tissot, C, Cramer, B, Stern, D, Serpa, S et al (1996) Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: Report on 75 cases. *Infant-Mental-Health-Journal* 17:97-114
- Svanberg, P O, Jennings, T (2002) The Sunderland Infant Program (UK): Reflections on the first year. *The Signal*, 9, 1-5
- Svanberg, P O, Mennet, L, Spieker, S (2010) Promoting a secure attachment: A primary prevention practice model. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 15:363-378

- Pleshkova, N L, Muhamedrahimov, R J (2010) Quality of attachment in St. Petersburg (Russian Federation): A sample of family-reared infants. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 15:355-362
- Shah PE, Fonagy P, Strathearn L (2010) Exploring the mechanism of intergenerational transmission of attachment: The plot thickens. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 15:329-346 (lo studio utilizza anche la AAI)

12. Studi empirici con PAA

- Chisholm K (1998) A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Development* 69:1092-1106
- Chisholm K (2000) Attachment in children adopted from Romanian orphanages: Two case studies. In: Crittenden PM (ed) *The Organization of Attachment Relationships: Maturation, Culture, and Context*. Cambridge University Press, New York, pp 171-189
- 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, Claussen AH, Kozłowska K (2007) Choosing a valid assessment of attachment for clinical use: A comparative study. *Australia New Zealand Journal of Family Therapy* 28:78-87
- DeVito C, Hopkins J (2001) Attachment, parenting, and marital dissatisfaction: Predictors of disruptive behavior in preschoolers. *Development and Psychopathology* 13:215-231
- Fagot BI, Pears KC (1996) Changes in attachment during the third year: Consequences and predictions. *Development and Psychopathology* 8:325-344
- Fisher L, Ames EW, Chisholm K, Savoie L (1997) Problems reported by parents of Romanian orphans adopted to British Columbia. *International Journal of Behavioral Development* 20:67-82
- Gunnar, MR, Morison, SJ, Chisholm K, Schuder M (2001) Salivary cortisol levels in children adopted from Romanian orphanages. *Development Psychopathology* 13:611-628
- Hans SL, Bernstein VJ, Sims, BE (2000) Change and continuity in ambivalent attachment relationships from infancy through adolescence. In: Crittenden PM, Claussen AH (eds) (2000) *The organization of attachment relationships: Maturation, culture, and context*. Cambridge University Press, New York, pp 277-299
- Head T, Williams TM (March, 1995) Children's and their parent's conceptualizations of attachment. Paper presented in the symposium "Quality of attachment in the preschool years," Society for Research in Child Development, Indianapolis, IN
- Heckman, P D (1994) Temperament, attachment, and toddler noncompliance styles: An account of salient identifying features. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. Vol 55(4-B):1688
- Kidwell SL, Young ME, Hinkle D, Ratliff, AD, Marcum, E, Martin CN (2010) Emotional competence and behavior problems among preschoolers: Differences across preschool attachment classifications. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 15:391-406
- Kwako LE, Noll JG, Putnam, F W, Trickett PK (2010) Childhood sexual abuse and attachment: An intergenerational perspective. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 15:407-422
- MacBeth TM, Head T, Clark M (1996) A new measure of children's conceptualizations of their primary attachment relationships. Poster, XIV Biennial Conference of the International Society for Behavioral Development, Quebec City
- Moilanen I, Kunelius A, Tirkkonen T, Crittenden PM (2000) Attachment in Finnish twins. In PM Crittenden, AH Claussen (a cura di), *The Organization of Attachment Relationships: Maturation, Culture, and Context*. Cambridge University Press, New York, pp 125-140
- Moore L, Crawford F, Lester J (under review) 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, June, 1994

- Rauh H, Ziegenhain U, Müller 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, pp 251-276
- Sajaniemi N, Makela J, Saolkorpi T, von Wendt L, Hamalainen T, Hakamies-Blomqvist L (2001). Cognitive performance and attachment patterns at four years of age in extremely low birth weight infants after early intervention. *European Child Adolescent Psychiatry* 10:122-129
- Spieker SJ, Crittenden PM (in stampa). Comparing the validity of two approaches to attachment theory: Disorganization versus danger-informed organization in the preschool years. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*
- 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, pp 190-213
- Teti DM, Gelfand DM (1997) The Preschool Assessment of Attachment: Construct validity in a sample of depressed and non-depressed families. *Development and Psychopathology* 9:517-536
- Teti DM, Gelfand DM, Messinger DS, Isabella R (1995) Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschoolers, and their 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
- Von der Lippe A, Crittenden PM (2000) Quality 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, pp 97-114
- Vondra JI, Chrisman DR, Cohen M, Swearingen L (1997) Change and continuity in attachment across the second year of life. 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
- 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
- Vondra JI, Shaw DS, Swearingen L, Cohen M, Owens EB (2001) Attachment stability and emotional and behavioral regulation from infancy to preschool age. *Development and Psychopathology* 13:13-33
- Vondra JI, Hommerding KD, Shaw DS (1999) Stability and change in infant attachment in a low-income sample. In: Vondra JI, Barnett D (eds), *Atypical patterns of attachment in infancy and early childhood*, *Monographs of the Society for Research in Child Development* 258:119-144. Blackwell, Malden, MA
- Ziegenhain U, Müller B, Rauh H (1996) Frühe Bindungserfahrungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kleinkindern in einer sozialen und kognitiven Anforderungssituation. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 45:95-102

13. Studi empirici con SAA

- Crittenden PM, Kozłowska K, Landini A (2010) Assessing attachment in school-age children. *Child Clinical Psychology and Psychiatry* 14:185-208
- Crittenden PM, Kulbotton G R (2007) Familial contributions to ADHD: An attachment perspective. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 10:1220-1229
- Kozłowska K, Williams LM (2009) Self-protective organization in children with conversion and somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research* 67:223-233
- Kwako LE, Noll JG, Putnam FW, Trickett PK (2010) Childhood sexual abuse and attachment: An intergenerational perspective. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 15:407-422

14. Studi empirici nell'adolescenza con TAAI/AAI

- Black KA, Jaeger E, McCartney K, Crittenden PM (2000) Attachment models, peer interaction behavior, and feelings about the self: Indications of maladjustment in dismissing/preoccupied (Ds/E) adolescents. In: Crittenden PM, Claussen AH (eds) *The organization of attachment relationships: Maturation, culture, and context*. Cambridge University Press, New York, pp 300-324
- Kozłowska K (2010) The bowl of terror: A case study of an adolescent perpetrator of sexual abuse. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy* 31:43-59
- Wilkinson S (2010) Another day older and deeper in therapy: Can the DMM offer a way out? *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 15:423-433

15. Studi empirici con AAI (DMM)

- Crittenden PM, Newman L (2010) Comparing models of borderline personality disorder: Mothers' experience, self-protective strategies, and dispositional representations. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 15:433-452
- Hughes J, Hardy G, Kendrick D (2000) Assessing adult attachment status with clinically-orientated interviews: A brief report. *British Journal of Medical Psychology* 73:279-283
- Ringer F, Crittenden PM (2007) Eating disorders and attachment: The effects of hidden processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review* 15:119-130
- Strathearn L, Fonagy P, Amico JA, Montague PR (2009) Adult attachment predicts mother's brain and peripheral oxytocin response to infant cues. *Neuropsychopharmacology* 34:2655-2666
- Zachrisson HD, Kulbotton G (2006) Attachment in anorexia nervosa: An exploration of associations with eating disorder psychopathology and psychiatric symptoms. *Eating Weight Disorders* 11:163-170

16. In revisione

- Crittenden PM, Heller MB (under review) Chronic PTSD and attachment: A comparison study of self-protective strategies in patients with PTSD, mixed diagnoses, and no diagnosis
- Crittenden PM, Landini A, Pistolesi E (under review) Are parents of child patients 'normal'? Comparing parents of child patients with adult patients and normative parents
- Lambruschi F, Crittenden PM, Landini A, Pistolesi E, Allegri M (under review) Psychotherapist's self-protective AAI strategies and treatment theories

17. Altri studi empirici

- Christopoulos C, Bonvillian JD, Crittenden PM (1988) Maternal language input and child maltreatment. *Infant Mental Health Journal* 9:272-286
- Crittenden PM (1984) Sibling interaction: Evidence of a generational effect in maltreating families. *International Journal of Child Abuse and Neglect* 8:433-438
- Crittenden PM (1983) The effect of mandatory protective daycare on mutual attachment in maltreating mother-infant dyads. *International Journal of Child Abuse and Neglect* 3:297-300
- Crittenden PM, Craig, S (1990) Developmental trends in child homicide. *Journal of Interpersonal Violence* 5:202-216
- Crittenden PM, DiLalla DL (1988) Compulsive compliance: The development of an inhibitory coping strategy in infancy. *Journal of Abnormal Child Psychology* 16:585-599
- Crittenden PM, Lang C, Claussen AH, Partridge MF (2000) Relations among mothers' procedural, semantic, and episodic internal representational models of parenting. In: Crittenden PM, Claussen AH (eds) *The organization of attachment relationships: Maturation, culture, and context*. Cambridge University Press, New York, pp 214-233
- Crittenden PM, Morrison AK (1988) Preventing maltreatment of infants: A hospital screening procedure. *Pediatric Nursing* 14:415-417
- Crittenden PM, Partridge, MF, Claussen AH (1991) Family patterns of relationship in normative and dysfunctional families. *Development and Psychopathology* 3:491-512
- Crittenden PM, Snell, ME (1983) Intervention to improve mother-infant interaction. *Infant Mental Health Journal* 4:23-41
- DiLalla DL, Crittenden PM (1990) Dimensions in maltreated children's behavior: A factor analyt-

ic approach. *Infant Behavior and Development* 13:439-460

Jean-Gilles M, Crittenden PM (1990) Maltreating families: A look at siblings. *Family Relations* 39:323-329

18. Studi empirici in corso

Baldoni F, Facondini E, Landini A, Romeo N. Development of attachment in families with preterm child: A long-term study

Bendiksy O. Understanding adolescents who commit rape: A psychological study of young violent sex offenders

Brasola S, Crittenden PM. Comparing Main Goldwyn and DMM classifications of AAIs of women with and without childhood elective mutism

Crittenden PM, Kulbotten, G Attachment in adults with avoidant personality disorder, mixed psychiatric disorder, and no disorder

Crittenden PM, Robson, K Tooby A. Validation of the School-age Assessment of Attachment (SAA)

Kozłowska, K, Crittenden PM, Landini A Relations among school-aged siblings' pattern of attachment

Lambruschi F, Ciotti F, Crittenden PM, Psychotherapists' attachment and choice of treatment theory

Moraga C. Interactions between Institutionalized Infants and Multiple Caregivers

O'Reilly G. Attachment and self-protective strategies in men convicted of sexual offences

Svanburg PO, The impact of baby's gender and birth order on mother's sensitive responsiveness

Sarfi M. Children of women in Medical Assisted Rehabilitation (MAR): Developmental predictors of later problem functioning

19. Applicazioni teoriche

Baldoni F (2002) Autenticità, emozioni e salute: un sottile filo conduttore. *Quaderni di Psicoanalisi e Psicodramma Analitico* 1:57-78

Baldoni F (2005) Aggressività, comportamento antisociale e attaccamento. In: Crocetti G, Galassi D (eds) *Bulli marionette. Bullismi nella cultura del disagio impossibile*. Pendragon, Bologna, pp 39-67

Baldoni F (2005) Funzione paterna e attaccamento di coppia: l'importanza di una base sicura. In: Bertozzi N, Hamon C (eds): *Padri paternità*. Edizioni Junior, Bergamo, pp 79-102

Baldoni F (2007) Modelli operativi interni e relazioni di attaccamento in preadolescenza. In: Crocetti G, Agosta R (eds) *Preadolescenza. Il bambino caduto dalle fiabe*. Teoria della clinica e prassi psicoterapeutica. Pendragon, Bologna, pp 54-77

Claussen AH, Crittenden PM (1991) Physical and psychological maltreatment: Relations among types of maltreatment. *International Child Abuse and Neglect* 15:5-18

Claussen AH, Crittenden PM (2000) Maternal sensitivity. In PM Crittenden and AH Claussen (a cura di) *The organization of attachment relationships: Maturation, culture, and context*. Cambridge University Press, New York, pp 115-124

Crittenden PM (1988) Distorted patterns of relationship in maltreating families: The role of internal representational models. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 6:183-199

Crittenden PM (1988) Family and dyadic patterns of functioning in maltreating families. In: Browne K, Davies C, Stratton P (eds) *Early prediction and prevention of child abuse*. Wiley, Chichester, pp 161-189

Crittenden PM (1989) Teaching maltreated children in the preschool. *Topics in Early Childhood Education* 9:16-32

Crittenden PM (1990) Internal representational models of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal* 11:259-277

Crittenden PM (1990) The social ecology of treatment: A case study of child maltreatment. In: Deutsch F, Holhm CF (eds) *Proceedings from the National Conference on Child Abuse and Neglect: Policy issues for the 1990s*. Sandlight Publishing, San Diego, pp 37-45

Crittenden PM (1990) Toward a concept of autonomy in adolescents with a handicap. *Children's Health Care* 19:162-168

Crittenden PM (1991) Treatment of child abuse and neglect. *Human Systems* 2:161-179

- 7
- Crittenden PM (1991) Strategies for changing parental behavior. *APSAC Advisor*, Spring, 9
- Crittenden PM (1992) *Child Neglect*. Chicago: National Committee for the Prevention of Child Abuse
- Crittenden PM (1992) Quality of attachment in the preschool years. *Development and Psychopathology* 4:209-241
- Crittenden PM (1992) The social ecology of treatment: Case study of a service system for maltreated children. *American Journal of Orthopsychiatry* 62:22-34
- Crittenden PM (1992) Treatment of anxious attachment in infancy and early childhood. *Development and Psychopathology* 4:575-602
- Crittenden PM (1993) Characteristics of neglectful parents: An information processing approach. *Criminal Justice and Behavior* 20:27-48
- Crittenden PM (1993) New perspectives on child neglect. 1993 Conference Papers: Disability and Child Abuse: Acts of Omission. Ninewells, England: The British Association for the Study of Prevention of Child Abuse and Neglect
- Crittenden PM (1994) Brain, mind, and intimate relationships: An evolutionary perspective on mental health. *Bulletin of the New Zealand Psychological Society* 83:44-50
- Crittenden PM (1994) Peering into the black box: An exploratory treatise on the development of self in young children. In: Cicchetti D, Toth S (eds) *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology*, Vol. 5. The self and its disorders. University of Rochester Press, Rochester, NY, pp 79-148
- Crittenden PM (1995) Attachment and psychopathology. In: Goldberg S, Muir R, Kerr J (eds) *John Bowlby's attachment theory: Historical, clinical, and social significance*. The Analytic Press, New York, pp 367-406
- Crittenden PM (1995) Attachment and risk for psychopathology: The early years. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: Supplemental issue on Developmental Delay and Psychopathology in Young Children* 16:12-16
- Crittenden PM (1996) Entwicklung, Erfahrung und Beziehungsmuster: Psychische Gesundheit aus Bindungstheoretischer Sicht. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 45:147-155
- Crittenden PM (1996) Language and psychopathology: An attachment perspective. In: Cohen NJ, Beitchman JH, Tannock R, Konstantareous M (eds) *Language, learning, and behavior disorders: Emerging perspectives*. Cambridge University Press, New York, pp 119-160
- Crittenden PM (1996) Research on maltreating families: Implications for intervention. In: Briere J, Berliner L, Bulkey J, Jenny C, Reid T (eds) *APSAC Handbook on Child Maltreatment*. Sage, Thousand Oaks, pp 158-174
- Crittenden PM (1997) A dynamic-maturational perspective on anxiety disorders. *Giornale Italiano di Psicopatologia* 3:28-37
- Crittenden PM (1997) The effect of early relationship experiences on relationships in adulthood. In: Duck S (ed) *Handbook of personal relationships* (2nd edn). Wiley, Chichester, pp 99-119
- Crittenden PM (1997) Patterns of attachment and sexuality: Risk of dysfunction versus opportunity for creative integration. In: Atkinson L, Zuckerman KJ (eds) *Attachment and psychopathology*. Guilford Press, New York, pp 47-93
- Crittenden PM (1997) The self and psychopathology (*Sé e rischio per la psicoatologia*). *Complexity and Change (Complessità Cambiamento)* V:29-36
- Crittenden PM (1997) Toward an integrative theory of trauma: A dynamic maturational approach. In: Cicchetti D, Toth S (eds) *The Rochester Symposium on Developmental Psychopathology*, Vol. 10. Risk, Trauma, and Mental Processes. University of Rochester Press, Rochester, NY, pp 34-84
- Crittenden PM (1997) Truth, error, omission, distortion, and deception: The application of attachment theory to the assessment and treatment of psychological disorder. In: Dollinger SMC, DiLalla LF (eds) *Assessment and intervention across the lifespan*. Erlbaum, Hillsdale, pp 35-76
- Crittenden PM (1998) Dangerous behavior and dangerous contexts: A thirty-five year perspective on research on the developmental effects of child physical abuse. In: Trickett P (eds) *Violence to children*. American Psychological Association, Washington, DC, pp 11-38
- Crittenden PM (1998) Evolution, expérience, et relations d'attachement: Une perspective sur le diagnostic de santé mentale et sur le traitement. In: Habinana E, Ethier LS, Tousignant (a cura di),

- Manuel de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Gaetan Morin, Paris, pp 67-96
- Crittenden PM (1999) Child neglect: Causes and contributors. In: Dubowitz H (ed) *Neglected children: Research, practice, and policy*. Sage, Thousand Oaks, pp 47-68
- Crittenden PM (1999) Danger and development: The organization of self protective strategies. In: Von-dra 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, pp 145-171
- CE6 Crittenden PM (1999) Klinische Anwendung der Bindungstheorie bei Kindern mit Risiko für Psychopathologische Auffälligkeiten oder Verhaltensstörungen. In: Suess GJ, Pfeifer WP (eds) *Frühe Hilfen: Die Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung und Therapie (Early help: The application of attachment and early childhood research in education, counseling, and therapy)*. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Crittenden PM (2000) A dynamic-maturational approach to continuity and change in pattern of attachment. In: Crittenden PM, Claussen AH (eds) *The organization of attachment relationships: Maturation, culture, and context*. Cambridge University Press, New York, pp 343-357
- Crittenden PM (2000) A dynamic-maturational exploration of the meaning of security and adaptation: Empirical, cultural, and theoretical considerations. In: Crittenden PM, Claussen AH (eds) *The organization of attachment relationships: Maturation, culture, and context*. Cambridge University Press, New York, pp 358-384
- Crittenden PM (2000) Introduction. In: Crittenden PM, Claussen AH (eds) *The organization of attachment relationships: Maturation, culture, and context*. Cambridge University Press, New York, pp 1-12
- Crittenden PM (2000) A dynamic-maturational model of the function, development, and organization of human relationships. In: Mills RSL, Duck S (eds) *Developmental psychology of personal relationships*. Wiley, Chichester, pp 199-218
- Crittenden PM (2001) Organization, alternative organizations, and disorganization: Competing perspectives on the development of endangered children. *Contemporary Psychology* 46:593-596
- Crittenden PM (2002) Attachment theory, information processing, and psychiatric disorder. *World Journal of Psychiatry* 1:72-75
- Crittenden PM (2002) If I knew then what I know now: Integrity and fragmentation in the treatment of child abuse and neglect. In: Browne K, Hanks H, Stratton P, Hamilton C (eds) *Prediction and prevention of child abuse: A handbook*. John Wiley and Sons, London, pp 111-126
- Crittenden PM (2002) Transformaciones en las relaciones de apego en la adolescencia: Adaptación frente a necesidad de psicoterapia (Transformation in attachment relationship in adolescence: Adaptation versus need for psychotherapy). *Revista de Psicoterapia* 12:33-62 (English version is on www.patcrittenden.com)
- Crittenden PM (2005) The origins of physical punishment: An ethological/attachment perspective on the use of punishment by human parents. In: Donnelly M, Strauss MA (eds) *Corporal Punishment of Children in Theoretical Perspective*. Yale University Press, New Haven, pp 73-90
- Crittenden PM (2005) Preventive and therapeutic intervention in high-risk dyads: The contribution of attachment theory and research. *IKK-Nachrichten* (English is on www.patcrittenden.com)
- Crittenden PM (2005) Teoria dell'attaccamento, psicopatologia e psicoterapia: l'approccio dinamico maturativo (The theory of attachment, psychopathology and psychotherapy: The dynamic-maturational approach). *Psicoterapia* 30:171-182 (English on www.patcrittenden.com)
- Crittenden PM (2006) A dynamic-maturational model of attachment. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy* 27:105-115
- Crittenden PM (2006) Why do inadequate parents do what they do? In: Maysless O (ed) *Parenting representations: Theory, research, and clinical implications*. Cambridge University Press, Cambridge, pp 388-433
- Crittenden PM (2006) A dynamic-maturational model of attachment. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy* 27:105-115
- Crittenden PM (2009) Moulding Clay: The process of construction of the self and its relation to psychotherapy. *New Therapist* 61:22-31
- Crittenden PM, Ainsworth MDS (1989) Child maltreatment and attachment theory. In: Cicchetti D, Carlson V (eds) *Handbook of child maltreatment*. Cambridge University Press, New York, pp

- 432-463
- Crittenden PM Claussen AH (1993) Severity of maltreatment: Assessment and policy implications. In: Hobbes CJ, Wynne JM (eds) *Bailliere's Clinical Paediatrics: International practice and research*. Bailliere Tindall, London, pp 87-100
- Crittenden PM, Claussen AH (2000) Adaptation to varied environments. In: Crittenden PM, Claussen AH (eds) *The organization of attachment relationships: Maturation, culture, and context*. Cambridge University Press, New York, pp 234-250
- Crittenden PM Claussen AH (2002) Developmental psychopathology perspectives on substance abuse and relationship violence. In: Wekerle C, Wall AM (eds) *The violence and addiction equation: Theoretical and clinical issues in substance abuse and relationship violence*. Brunner-Mazel, Philadelphia, pp 44-63
- Crittenden PM, Claussen AH, Sugarman DB (1994) Physical and psychological maltreatment in middle childhood and adolescence. *Development and Psychopathology* 6:145-164
- Crittenden PM Dallos, R (2009) All in the family. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 14:387-407
- Crittenden PM, Farnfield, S (2007) Fostering families: An integrative approach involving the biological and foster family systems. In: Lee RE, Whiting JB (eds) *Handbook of Relational Therapy for Foster Children and their Families*. Child Welfare League of America, Washington, DC, pp 227-250
- Crittenden PM, Landini A, Claussen AH (2001) A dynamic-maturational approach to treatment of maltreated children. In: Hughes J, Conley JC, La Greca A (eds) *Handbook of Psychological Services for Children and Adolescents*. Oxford University Press, New York, pp 373-398
- Crittenden PM, Landini A (1999) Sei interviste campione annotate. In: Crittenden PM (ed) *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo alla Adult Attachment Interview*. Cortina, Milano
- Dallos R, Denford S (2006) Family Attachment Narratives and Eating Disorders, *Psychotherapy Section Review (BPS)* 41:4-16
- Farnfield S (1998) Attachment and the care of looked after children in their middle years. *Exchanging Visions: Papers On Best Practice In Europe For Children separated From Their Birth Parents*. BAAF, 78-85
- Facondini E, Baldoni F, Landini A, Trombini E (2006) Attaccamento e vissuto emotivo in famiglie con neonati pretermine. In: Cicognani E, Palestini L (a cura di): *Promuovere benessere con persone, gruppi, comunità*. Atti VII Congresso Nazionale di Psicologia della Salute (Cesena 28-30 Settembre 2006). Il Ponte Vecchio, Cesena, pp 281-282
- Grey B (2005) Attachment Theory – A Family Court Practitioner's Tool? *Representing Children* Vol. 18:1-2
- Guarald GP, Ruggerini C, Landini A (1999) Aspetti psichiatriche delle malattie neurologiche e internistiche dell'età pediatrica. In: *Trattato Italiano di Psichiatria*, seconda ed. Masson, Milano
- Heller MB (2002) An accident waiting to happen. *Bulletin of the British Psychoanalytic Society* 38:76-80
- Heller MB (2010) 'It was an accident waiting to happen!' An investigation into the dynamic relationship between early-life traumas and chronic post traumatic stress disorder in adulthood. In: Heller ME, Pollet S (eds) *The work of psychoanalysts in the public health sector*. Routledge/Taylor Francis Group, New York, pp 140-155
- Heller MB (2010) Attachment and its relationship to mind, brain, trauma and the therapeutic endeavour. In: Woolfe R, Strawbridge S, Douglas B, Dryden W (eds) *Handbook of Counselling Psychology*, 3rd edition. Sage, London, pp 653-670
- Kozłowska K Hanney L (2002) The network perspective: An integration of Attachment and Family and Systems Theories. *Family Process* 41:285-312
- Kozłowska K (2007) Intergenerational processes, attachment and unexplained medical symptoms. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy* 28:88-99
- Kozłowska K (2007) The developmental origins of conversion disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 12:487-510
- Kozłowska K (in press) Attachment relationships shape pain-signaling behavior. *The Journal of Pain*

- Landini D (2009) Patricia Crittenden's Dynamic Maturational Model of Attachment (DMM). *Attachment* 206-213
- Landini A, Lambruschi F (2004) L'osservazione clinica del bambino e della relazione d'attaccamento bambino-genitore. In: Lambruschi F (a cura di) *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva*. Boringhieri, Torino
- Landini A (2000) La storia di Lorenzo. In: Mariotti M, Frison R (a cura di) *Relazioni terapeutiche e in adolescenti multiproblematici. L'esperienza de La Rotonda*. Angeli, Milano
- Purnell C (2010) Childhood trauma and adult attachment, *Healthcare Counselling and Psychotherapy Journal* 10:1-7
- Robson K, Savage A (2001) Assessing Adult Attachment: Interview Course with Patricia Crittenden. *Child Abuse Review* 10:440-447
- Szajnberg, Crittenden PM (1997) The transference refracted through the lens of attachment. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis* 25:409-438

20. Review Raising Parents

- Boswell G (2009) *British Journal of Community Justice* 7:73
- Bridge G (2009) *British Journal of Social Work* 39:192-193
- Lougher M (2009) *Criminal Behaviour and Mental Health* 19:347-348
- Peile L (2009) *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 14:633-634
- Petrie S (2010) *Criminology and Criminal Justice* 10:103-104
- Renk K (2010) *Infant Mental Health Journal* 31:118-120
- Skellern C (2010) Raising Parents: Attachment, Parenting and Child Safety. *Journal of Paediatrics and Child Health* 46:70
- Stewart RB (2009) Raising parents: attachment, parenting and child safety. *Choice* 46:1796

8.1 La trasmissione dell'attaccamento

A partire dagli anni cinquanta la teoria dell'attaccamento e il lavoro svolto da John Bowlby sulla deprivazione materna e sulle esperienze di separazione e di perdita hanno rivoluzionato gli studi in psicologia dell'età evolutiva, evidenziando l'importanza che la ricerca di sicurezza e la protezione dai pericoli svolgono nelle relazioni umane fin dalla nascita. Verso la fine degli anni sessanta ci si rese conto che questi concetti si prestavano, più di altri di matrice psicoanalitica, a essere "operazionalizzati", cioè trasformati in modelli e strumenti utilizzabili sul piano della ricerca e del trattamento (Holmes, 1993; Cassidy, Shaver, 2008). La ricercatrice che ha maggiormente contribuito a questa evoluzione metodologica è stata senza dubbio Mary Salter Ainsworth, che oggi viene considerata, assieme a Bowlby, la coautrice della teoria dell'attaccamento. A lei si deve l'ideazione della *Strange Situation* (SS) (Ainsworth, Wittig, 1969), una procedura standardizzata per la valutazione degli stili di attaccamento nei bambini da 10 a 18 mesi di vita. Utilizzando questa metodologia furono identificati dalla Ainsworth (Ainsworth, Bell, Stayton 1971; Ainsworth et al., 1978) tre pattern di attaccamento infantile, ciascuno suddiviso in diversi sottotipi. Nell'attaccamento *sicuro* (tipo B) i bambini sono angosciati (ma non eccessivamente) quando sono separati dalla figura di attaccamento e al momento del ricongiungimento si avvicinano al genitore, richiedono e ricevono conforto e entro poco ritornano a giocare tranquilli. Nell'attaccamento *insicuro evitante* (tipo A) mostrano pochi segni di angoscia per la separazione e ignorano la madre al momento della riunione, in quanto hanno imparato a inibire i comportamenti di attaccamento come difesa di fronte

F. Baldoni (✉)

Laboratorio sulla Valutazione dell'Attaccamento,
Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Bologna
franco.baldoni@unibo.it

al distacco e al rifiuto materno. Nell'attaccamento insicuro *ambivalente/resistente* (tipo C) sono eccessivamente preoccupati e allarmati dalla separazione e non riescono a trovare conforto alla riunione con la figura di attaccamento. Alternando in modo ambivalente stati di rabbia ad altri in cui si stringono alla madre, si ribellano piangendo, urlando e scalciano a ogni tentativo di conforto. In questa situazione il gioco e l'esplorazione dell'ambiente sono inibiti.

Successivamente Mary Main e Judith Solomon (1986) hanno individuato un quarto pattern denominato *disorganizzato/disorientato* (tipo D), in cui i bambini mostrano una gamma diversificata di comportamenti confusi e disorientati sia in presenza che in assenza della madre (sono rallentati o rimangono immobili, come paralizzati, hanno movimenti stereotipati con posture anomale, utilizzano giocattoli e oggetti dell'ambiente in modo inadeguato). È una condizione frequentemente associata a disturbi psichici del bambino o del genitore.

Dalla prima metà degli anni ottanta, con lo sviluppo di metodi per la valutazione dell'attaccamento negli adulti, la ricerca è entrata in una nuova fase in cui l'attenzione è rivolta allo studio dell'attaccamento in tutto il ciclo vitale. Il primo strumento elaborato a questo fine è stata l'*Adult Attachment Interview* (AAI), un'intervista semistrutturata sul rapporto della persona con le proprie figure di attaccamento a partire dall'infanzia ideata nel 1984 da Carol George, Nancy Kaplan e Mary Main a Berkeley, Università di California (1984-1996). L'AAI, che si è presto imposta come la tecnica più utilizzata per la valutazione dei modelli di attaccamento nell'adulto, era stata elaborata inizialmente per confrontare lo stile relazionale dei genitori con quello dei rispettivi figli, nel tentativo di verificare la possibilità di una "trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento". Secondo questa ipotesi, avanzata originariamente da Mary Main (1985; Main, Kaplan, Cassidy, 1985) partendo dalle idee di Bowlby, esisterebbe una relazione tra lo stile di attaccamento della madre e quello del bambino, in quanto le loro modalità relazionali tenderebbero a riprodurre quelle che hanno caratterizzato il legame che la madre ha avuto con i propri genitori.

Nella Strange Situation, infatti, era stato notato un legame tra atteggiamento materno e pattern di attaccamento del figlio: le madri dei bambini sicuri (B) si dimostravano generalmente pronte e disponibili a fornire conforto ai segnali del bambino; le madri di quelli insicuri distanzianti (A) sembravano controllanti, intrusive, distanti e poco sensibili alle richieste di attenzione del loro piccolo; quelle dei bambini insicuri preoccupati (C) si mostravano scostanti e imprevedibili nel proprio atteggiamento di cura (a volte erano ansiose e iperprotettive, scoraggiando l'autonomia del proprio bambino, altre volte assenti o insensibili). Le madri dei bambini disorganizzati (D), infine, sembravano rispondere alle richieste del figlio con comportamenti incongrui e contraddittori, mostrando più frequentemente segni di disturbi psicologici (in particolare di traumi o lutti irrisolti) e, in alcuni casi, risultando maltrattanti o abusanti nei confronti del loro bambino.

Mary Main (1985; 2008; Main, Kaplan, Cassidy, 1985) ha evidenziato che un adulto sicuro, le cui esperienze di attaccamento durante l'infanzia sono risultate protettive permettendo lo sviluppo di un senso di fiducia e di una condizione psicologica di "base sicura", è in grado di comprendere i segnali del figlio rispondendo in maniera adeguata e sensibile ai suoi bisogni. Un adulto con un attaccamento insicuro,

invece, le cui esperienze di attaccamento non hanno permesso di introiettare sotto forma di modelli operativi interni una fiducia nelle possibilità di essere protetto dai pericoli, tenderà a reagire in modo difensivo, ignorando o alterando (amplificandoli o fraintendendoli), i comportamenti di attaccamento del bambino, in quanto destabilizzanti rispetto alla propria organizzazione mentale e alle proprie aspettative.

Il primo sistema di codifica proposto per la valutazione dell'attaccamento nell'adulto tramite l'AAI è stato messo a punto dalla stessa Mary Main assieme a Ruth Goldwyn all'inizio degli anni ottanta (Main, Goldwyn, 1984, 1991) e successivamente perfezionato con il contributo di Erik Hesse (Main, Goldwyn, Hesse, 2003-2008), per quanto il manuale relativo, mai pubblicato, sia riservato esclusivamente a coloro che seguono uno specifico training formativo. Questo sistema considera quattro categorie di attaccamento adulto (Main 2008; Hesse 2008). I soggetti con attaccamento *sicuro-autonomo* (o libero) (*Free/Autonomous*, F) manifestano un facile accesso ai ricordi dell'infanzia e raccontano in modo coerente ed equilibrato le esperienze di attaccamento (positive e negative) considerandole importanti per lo sviluppo della propria personalità. Quelli con attaccamento *insicuro distanziante* (*Dismissing*, Ds) forniscono resoconti brevi e incompleti dell'infanzia, tendono a idealizzare i genitori e le esperienze passate (anche quando sono state problematiche) e a minimizzare l'importanza dell'attaccamento nella propria vita. Gli adulti con attaccamento *insicuro preoccupato* (*Entangled*, E) tendono a enfatizzare l'importanza negativa delle proprie esperienze di attaccamento, manifestano una scarsa capacità di sintesi e si perdono in narrazioni caotiche e contraddittorie rivelandosi eccessivamente coinvolto in conflitti e difficoltà legati al passato. I soggetti con attaccamento *irrisolto* (*Unresolved*, U) sono stati esposti a eventi traumatici o esperienze di perdita che sembrano disorganizzare il sistema di attaccamento, per cui i resoconti del proprio passato, nei punti legati a tali vicende, risultano gravemente confusi o contraddittori. Recentemente è stata identificata da Hesse una quinta categoria denominata *non classificabile* (*Cannot Classify*, CC) (Hesse, 1996, 2008), caratterizzata da strategie del discorso contraddittorie (ad esempio un genitore viene idealizzato e nello stesso tempo biasimato con rabbia).

L'AAI codificata secondo questi criteri manifesta buone caratteristiche in termini di attendibilità e validità (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, 1993; van IJzendoorn, 1995; van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, 2010). Una valutazione di oltre 10.000 interviste somministrate a soggetti clinici e non clinici negli ultimi 25 anni ha evidenziato che, utilizzando i criteri di Main, Goldwyn e Hesse, la popolazione non clinica delle madri nord americane manifesta nel 58% un attaccamento sicuro-autonomo (F), nel 23% distanziante (Ds), nel 19% preoccupato (E) e nel 18% evidenze di un lutto o un altro trauma irrisolto (U), mentre nei soggetti clinici prevalgono i pattern di attaccamento distanziante e preoccupato (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, 2009).

In un progetto di ricerca longitudinale noto come *Berkeley Longitudinal Study* (Main, Hesse, Kaplan, 2005; Main, Goldwyn, 2008), Main e i suoi collaboratori hanno indagato la possibilità di una trasmissione dell'attaccamento studiando dal 1982 al 2008 un campione di 189 famiglie californiane della Bay Area, di ceto medio-alto e a basso rischio psicosociale, somministrando ai genitori l'AAI e ai loro figli a 1 anno la SS, a 6 anni il *Separation Anxiety Test* (SAT) e a 19 anni l'AAI. In questo stu-

dio, quando i soggetti sono suddivisi in due categorie (sicuri e insicuri), è stata rilevata una concordanza del 75% tra attaccamento sicuro materno e attaccamento sicuro infantile all'età di un anno. Utilizzando una categorizzazione a quattro vie (A/Ds; B/F; C/E; D/U) la corrispondenza scende al 46%. La correlazione tra l'attaccamento del figlio e quello materno rimane elevata anche nelle età successive (a 6 anni al SAT e a 19 anni all'AAI), mentre quella con il padre non è risultata significativa.

Stimolati dalle ricerche della Main, tra la fine degli anni '80 e la fine degli anni '90, numerosi studi hanno confrontato l'attaccamento dei genitori e dei figli utilizzando la Strange Situation e l'AAI. Eichberg (1989) ha analizzato 65 diadi madre-bambino di classe media, facendo codificare le AAI dalla stessa Mary Ainsworth e riscontrando correlazioni significative del 48% tra le varie classificazioni, percentuali simili a quelle dello studio della Bay Area. Successivamente Ainsworth e Eichberg (1991) hanno focalizzato l'attenzione sul pattern Irrisolto (U): 45 bambini di madri classificate come U all'AAI sono stati sottoposti assieme alle loro madri alla SS, rilevando una classificazione disorganizzata (D) in circa 2 casi su 3. Questa relazione tra soggetti "ad alto rischio" è stata confermata dagli studi di Bus e van IJzendoorn (1992) e Ward e Carlson (1995).

Mentre nelle ricerche sopra citate l'AAI è stata somministrata alle madri successivamente alla Strange Situation, in altri studi è stata somministrata prima (solitamente durante la gravidanza), cercando di prevedere quali sarebbero stati i risultati delle SS a un anno di vita del bambino (Fonagy, Steele, Steele, 1991; Benoit e Parker, 1994; Ammaniti, Speranza, Candelori, 1996). Questi studi hanno confermato una discreta predittività dell'attaccamento materno su quello del figlio, con una variabilità del 60%-85%.

Le ricerche sulla trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento sono state valutate in una famosa metanalisi della letteratura svolta nel 1995 dal ricercatore olandese Marinus van IJzendoorn, che ha considerato 14 studi controllati (18 campioni totali) nei quali sono state confrontate le AAI dei genitori con le SS dei rispettivi figli, per un totale di 854 coppie genitore-bambino. Suddividendo gli stili di attaccamento in due categorie (sicuro e insicuro) furono rilevati un effect size combinato di 1,06 e una corrispondenza del 75% ($k = 0,49$) tra attaccamento genitoriale e quello dei figli. Suddividendo lo stile di attaccamento in tre categorie (A/Ds, B/F, C/E), la corrispondenza è risultata del 70% ($k = 0,46$) (tra madri sicure e figli sicuri 82%, tra madri distanzianti e figli evitanti 64%, tra madri preoccupate e figli resistenti/ambivalenti 35%). Nel confronto tra quattro categorie di attaccamento (A/Ds, B/F, C/E, D/U) la corrispondenza si è ridotta ulteriormente al 63% ($k = 0,42$) (Tabella 8.1). In una seconda metanalisi De Wolff e van IJzendoorn (1997) hanno focalizzato l'attenzione sulle popolazioni cliniche, riscontrando una buona concordanza tra i pattern irrisolti/disorganizzati (U) o non classificabili (CC) alla AAI con i pattern disorganizzati (D) alla SS osservando, però, che tali configurazioni risultano problematiche per la natura sfuggente e instabile dei fenomeni di disorganizzazione e di mancata risoluzione, che rende difficile la loro identificazione anche per un codificatore esperto.

Questi dati riguardano soprattutto il legame con l'attaccamento materno, mentre quello con l'attaccamento paterno (valutato su 546 famiglie) sembra più limitato (40-

Tabella 8.1 Corrispondenza tra attaccamento materno e infantile

Strange Situation (bambino 10-18 mesi)	Adult Attachment Interview (Madre)
B: sicuro	F (<i>free</i>): libero-autonomo
A: evitante	Ds (<i>dismissing</i>): distanziante
C: resistente-ambivalente	E (<i>entangled</i>): preoccupato-coinvolto
D: disorganizzato-disorientato	U (<i>unresolved</i>): irrisolto

Corrispondenza: 63-75%.

50%, effect size combinato $r = 0,13$, $p < 0,001$) (van IJzendoorn, De Wolff, 1997), nonostante aumenti quando il padre manifesta disturbi psicopatologici o problemi di comportamento (Baldoni, 2010a, 2010b; Baldoni, Ceccarelli, 2010). I padri che hanno sofferto di ansia e depressione, ad esempio, tendono a favorire lo sviluppo di un attaccamento insicuro nel figlio (valutato alla nascita, a 1, 4 e 8 mesi di vita) (Ferketich, Mercer, 1995), mentre quelli che presentano problemi comportamentali come l'abuso di alcol o di droghe favoriscono la depressione e una minore sensibilità nella madre e sono correlati allo sviluppo di una relazione di attaccamento insicura tra madre e figlio (Das-Eiden, Leonard, 1996).

È legittimo ipotizzare che un padre sicuro non interferisca con la trasmissione dell'attaccamento tra madre e figlio, ma anzi la favorisca. Un padre senza particolari problemi psicologici o comportamentali, infatti, fornendo una base sicura adeguata alla compagna e ai figli (anche nel caso di una loro sofferenza emotiva o fisica), sarà in grado di svolgere un'azione protettiva verso la propria famiglia e di promuovere il benessere e la crescita. Ricerche svolte da Zimmermann e Grossmann (1997) hanno evidenziato che in adolescenza la manifestazione di stili di coping più attivi e meno evitanti e la capacità di esplorazione sono correlati significativamente con la qualità dell'attaccamento paterno durante l'infanzia, con la sensibilità dimostrata dal padre durante il gioco quando il figlio aveva 2-3 anni e con la rappresentazione dell'attaccamento paterno valutata a 8 anni. Da un altro studio (Grossmann, 1997) è emerso che la sensibilità manifestata dal padre nel gioco con il proprio figlio a 2 anni è significativamente correlata a uno stile di un attaccamento sicuro-autonomo nel figlio valutato tramite la AAI all'età di 16 anni. Da questi studi emerge un'influenza significativa e durevole, fin dalla prima infanzia, della qualità del rapporto con il padre sullo sviluppo nel figlio di uno stile di attaccamento sicuro e di valide capacità di esplorazione, di autonomia e di adattamento.

Al contrario, un padre insicuro, ansioso, depresso, poco mentalizzante o che manifesta problemi comportamentali significativi (rifiuto del ruolo genitoriale, scarso coinvolgimento nella vita familiare, ostilità, comportamenti violenti, alcolismo o altre forme di dipendenza patologica) non sarà in grado di svolgere adeguatamente il proprio ruolo protettivo divenendo, nelle situazioni più gravi, una minaccia per la famiglia. In questi casi potranno presentarsi difficoltà che si riverteranno sulla relazione madre-bambino favorendo la manifestazione di disturbi emotivi nella madre e problemi psicologici e cognitivi nel figlio, il quale tenderà ad adattarsi a quella spe-

cifica situazione sviluppando uno stile di attaccamento insicuro (Whiffen, Johnson 1998; Baldoni, 2010a, 2010b; Baldoni, Ceccarelli, 2010).

Nell'ultimo decennio, nonostante l'interesse per la trasmissione dell'attaccamento si sia attenuato, alcune ricerche hanno iniziato a considerare questo aspetto nell'ambito delle diverse culture e nelle popolazioni cliniche. Uno studio (Pederson, 2001, cit. in Hesse, 2008) ha valutato un campione di madri canadesi rilevando percentuali di corrispondenza tra le diverse sottoclassificazioni tra il 40 e il 50%, confermando quelle delle ricerche sui campioni anglosassoni che li hanno preceduti. Più recentemente Behrens, Hesse e Main (2007) hanno valutato 39 famiglie giapponesi confrontando i dati della AAI con quelli della procedura di riunione a sei anni di Main e Cassidy (1988) e riscontrando una corrispondenza tra le diverse sottoclassificazioni del 49%.

Riguardo agli studi sulle popolazioni ad alto rischio psicosociale e su quelle cliniche, sono state condotte ricerche che hanno evidenziato un legame tra comunicazioni contraddittorie della madre all'AAI e qualità dell'attaccamento infantile (Goldberg et al., 2003; Grienenger, Kelly, Slade, 2005; Lyons-Ruth et al., 2005). Il gruppo di ricerca di van IJzendoorn (Madigan et al., 2006), però, ha svolto una metanalisi su cinque studi riguardanti popolazioni cliniche senza riscontrare risultati univoci, a causa dell'elevata varianza dei dati conseguente al diverso livello di esperienza dei codificatori AAI. A rendere più difficile l'interpretazione di questi risultati contribuisce il fatto che nel modello di codifica dell'attaccamento adulto di Main, Goldwyn e Hesse, utilizzato nella quasi totalità degli studi, i genitori che presentano disturbi del comportamento o problemi psicopatologici vengono per la maggior parte classificati come irrisolti (U) o come non classificabili (CC) e i bambini ad alto rischio come disorganizzati (D). Questi pattern sembrano essere utilizzati come categorie "cestino" nelle quali vengono inseriti tutti i soggetti a rischio di psicopatologia, anche se con caratteristiche molto differenti tra loro (Crittenden, 2010).

Il comportamento insensibile della madre, comunque, sembra influenzare l'associazione tra stato mentale materno e attaccamento del figlio soprattutto nelle popolazioni a elevato rischio psicosociale (Lyons-Ruth et al., 2005; Madigan, Moran, Pederson 2006; Bailey et al., 2007). La sensibilità del genitore, infatti, non sembra il fattore principale nella trasmissione dell'attaccamento tra genitori e figli, in quanto spiega solo una piccola parte di queste associazioni (Berlin, Zeanah, Lieberman, 2008). In particolare van IJzendoorn, basandosi sui dati della propria metanalisi, ha identificato un "gap della trasmissione" (van IJzendoorn, 1995) che potrebbe essere in relazione con la qualità delle funzioni riflessive (capacità di mentalizzazione) e con le capacità di *insightfulness* (capacità di vedere le cose dal punto di vista del bambino). La funzione riflessiva del genitore, evidenziabile tramite la AAI, risulta infatti correlata al suo stato mentale rispetto all'attaccamento, ai comportamenti di cura nei confronti del bambino e all'attaccamento del figlio (Slade et al., 2005). La stessa relazione è stata evidenziata per l'*insightfulness* (Koren-Karie et al., 2002). I bambini stessi, infine, non sembrano ugualmente predisposti a essere influenzati dai comportamenti di accudimento e dai modelli operativi interni dei genitori. Uno studio, ad esempio, ha rilevato che la mancata risoluzione di un lutto o di un trauma nella madre predice la disorganizzazione dell'attaccamento nel figlio solo in presenza di un particolare polimorfismo genetico (l'allele 7R del gene per il recettore D4 della

dopamina, DRD4) (van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, 2006). Il gap della trasmissione dell'attaccamento, quindi, potrebbe consistere nel fatto che alcuni bambini sono meno sensibili di altri alle esperienze di attaccamento nell'infanzia e agli stati mentali dei propri genitori (Berlin, Zeanah, Lieberman, 2008).

8.2 Una prospettiva dinamico-maturativa

Patricia Crittenden, allieva di Mary Ainsworth, è stata tra i primi studiosi che hanno approfondito lo studio dell'attaccamento in differenti contesti etnici, socio-culturali e di pericolo, in particolare nelle famiglie ad elevato rischio psicosociale, come quelle al cui interno si verificano episodi di maltrattamento e di abuso, oppure in cui sono presenti pazienti psichiatrici (Crittenden, 1994, 1997). Partendo da queste esperienze la Crittenden ha elaborato il *Modello Dinamico-Maturativo* (*Dynamic-Maturational Model*, DMM) (Crittenden, Ainsworth, 2000, 2006; 2008a, 2008b), all'interno del quale vengono proposti nuovi protocolli della SS e dell'AAI basati su un sistema di codifica e classificazione dell'attaccamento derivato da quello della Ainsworth, ma modificato e ampliato rispetto a quello di Main, Goldwyn e Hesse.

In particolare la metodologia della SS, sviluppata originariamente per bambini di 10-18 mesi, è stata resa valida fino a tutta l'età prescolare (la procedura, in questo caso, assume il nome di *Preschool Assessment of Attachment*, PAA) (Crittenden, 1988-2004). Al posto del pattern D (disorganizzato), che non viene considerato nel DMM, viene proposto un pattern denominato *evitante/ambivalente* (A/C), caratterizzato dalla manifestazione in modo alternato di comportamenti tipici di entrambe le configurazioni evitanti (A) e ambivalenti/resistenti (C) e spesso associato a problemi comportamentali o psicologici del bambino o del genitore e a condizioni familiari di trascuratezza, maltrattamento o abuso (Crittenden, 2003).

Il sistema di classificazione del DMM relativo all'attaccamento in età adulta basato sulla AAI (Crittenden, 1999, 2008; Crittenden, Landini, 2011) deriva da quello proposto da Mary Ainsworth per l'infanzia e utilizza le stesse sigle (A, B, C), pur presentando numerose integrazioni ed espansioni, in particolare la possibilità di pattern di attaccamento distanzianti o preoccupati ad alto indice (A3-8 e C3-8) che si sviluppano in contesti in cui l'individuo è esposto a condizioni significative di pericolo psicologico o fisico.

Secondo questo modello, i soggetti *equilibrati* (tipo B) esprimono in modo diretto e autentico le loro emozioni e rivelano con chiarezza le proprie intenzioni integrando in modo flessibile l'affettività con la cognitività. Questo atteggiamento risulta il più efficace nei confronti di situazioni di minaccia lieve che non deriva dalle proprie figure di attaccamento. Diversamente, i soggetti insicuri *distanzianti* (tipo A) inibiscono o falsificano le proprie reazioni affettive e distorcono la cognitività (idealizzando o esonerando le figure di attaccamento dalle loro responsabilità) per concentrarsi su un pensiero razionale che permetta di controllare meglio gli eventi. Le persone insicure *preoccupate* (tipo C), al contrario, esagerano o esprimono in modo scisso e alternato la loro affettività (esprimendo solo rabbia o solo vulnerabilità) e falsificano la

cognitività (arrivando a non riconoscere le contraddizioni o a mentire) al fine di costringere l'altro a prestare loro attenzione e ad assumere il proprio punto di vista.

Mentre le configurazioni di attaccamento equilibrate (B) e quelle insicure a basso indice (A1-2 e C1-2) sono più comuni nei soggetti che hanno vissuto la propria infanzia in condizioni relativamente sicure, quelle insicure ad alto indice (A3-8 e C3-8) si riscontrano in coloro che sono cresciuti in situazioni di pericolo costante, nelle quali si sono rivelate utili a minimizzare le minacce e favorire l'adattamento. Nel DMM vengono inoltre individuati dei *pattern misti*: il distanziante/preoccupato (A/C in cui entrambe le strategie possono manifestarsi secondo i diversi contesti) e quello in cui le informazioni affettive e cognitive sono falsamente integrate (AC). Tra questi ultimi pattern, la combinazione più pericolosa socialmente è quella di psicopatia (A7-8 e C7-8), in cui il soggetto manifesta capacità integrative apparentemente simili a una persona equilibrata, ma con obiettivi nascosti e malevoli.

Il DMM, infine, considera una serie di *modificatori* del pattern di attaccamento che descrivono lo stato globale di adattamento della strategia di attaccamento al contesto attuale, come la Depressione (Dp), il Disorientamento (Do), l'Intrusione di affetti negativi proibiti (Intrusion of Negative Affects, INA¹), la presenza di Traumi o Lutti non elaborati (U/tr e U/l) e la Riorganizzazione (R).

Il Modello Dinamico-Maturativo offre una visione innovativa dei processi di attaccamento e basa le sue formulazioni su dati raccolti con strumenti valutativi specifici per ogni fascia di età (Farnfield et al., 2010). Pur presentandosi come un'alternativa rispetto ad altri modelli accreditati sull'attaccamento, tiene conto del contributo della psicoanalisi, della psicologia evolutiva, della psicologia cognitiva, delle neuroscienze e delle teorie evoluzionistiche e sistemiche. Per questo si è rivelato compatibile con vari paradigmi e può risultare utile a studiosi e clinici di formazione diversa (Baldoni 2010c).

Le ricerche sulla trasmissione dell'attaccamento basate sulla prospettiva dinamico-maturativa, però, sono ancora poche e per lo più condotte su popolazioni anglosassoni o scandinave.

La finlandese Airi Hautamäki e i suoi collaboratori (Hautamäki et al., 2010a, 2010b), hanno valutato 32 famiglie, somministrando alle madri durante il terzo mese di gravidanza e alle nonne materne del futuro bambino l'AAI. A tre anni i figli sono stati sottoposti al *Preschool Assessment of Attachment* (PAA), una procedura, come abbiamo detto, simile alla Strange Situation, ma adattata alla valutazione di bambini in età prescolare. Le codifiche dei dati, basate sui criteri del DMM, hanno evidenziato una concordanza dell'attaccamento tra nonna, madre e bambino del 47%, confermando una trasmissione tri-generazionale relativamente stabile nel tempo. In particolare l'attaccamento materno è risultato predittivo di quello del figlio nel 58% dei casi, mentre quello della nonna nel 72% dei casi. Nella triade nonna/madre/figlio i dati hanno evidenziato la tendenza a una trasmissione di tipo continuo nell'attaccamento sicuro (B/B/B, 22% dei casi) e in quello distanziante (A/A/A, 19% dei casi), mentre in un ulteriore 22% dei casi si assiste a un'alternanza tra attaccamenti insicuri (A/C/A oppure C/A/C). Questo dato significativo, confermato da altri studi (Crittenden, Par-

¹ Nelle codifiche delle AAI questo acronimo viene scritto in minuscolo.

tridge, Claussen, 1991; Shah, Fonagy, Strathearn, 2010), è in linea con quanto sostenuto del DMM: lo sviluppo dell'attaccamento è legato alla maturazione individuale e segue un processo dinamico di adattamento all'ambiente. Mentre un ambiente familiare sicuro, con genitori sensibili e responsivi, favorisce la trasmissione di un attaccamento sicuro tra madre e figlio (e questo dato è confermato da studi basati sia sul modello di Main, Goldwyn e Hesse che sul DMM), nel caso di famiglie problematiche e di genitori insicuri ad alto indice (A3-8, C3-8), a maggiore rischio di disturbi psicologici e comportamentali, il bambino può in molti casi adattarsi sviluppando uno stile di attaccamento insicuro complementare (Crittenden, 2008a, 2008b). Un genitore collerico, lamentoso e controllante (Tipo C), ad esempio, può risultare un pericolo per il proprio figlio, il quale cercherà di proteggersi adottando strategie compulsive distanzianti di tipo accudente (A3) o compiacente (A4). In modo simile una madre distanziante ad alto indice (A), costantemente depressa e inibita, può risultare poco autorevole e incapace di regolare l'espressione della rabbia del figlio, incoraggiandolo a sviluppare strategie opposte di tipo coercitivo (C) basate sulla manifestazione enfatizzata degli stati affettivi. Questa inversione tra strategie insicure può manifestarsi, meno frequentemente, anche nel caso di genitori insicuri a basso indice (A 1-2, C 1-2). Se una madre di tipo C 1-2 è poco coinvolta e tende a ignorare, in modo imprevedibile, le espressioni moderate di affetti negativi del proprio bambino (rabbia, paura, vulnerabilità), il figlio, invece di sviluppare una strategia coercitiva (C), può scoprire che queste manifestazioni affettive allontanano il genitore e imparare a inibire la loro espressione tramite una strategia distanziante di tipo A 1-2.

Il DMM, rispetto ad altri modelli, si rivela particolarmente efficace nel cogliere questi aspetti complessi della trasmissione dell'attaccamento. Prachi Shah, Peter Fonagy e Lane Strathearn (2010) hanno condotto uno studio longitudinale valutando un gruppo di 47 madri primipare tramite AAI somministrata al terzo trimestre di gravidanza (codificata secondo i criteri DMM) assieme ai loro figli tramite Strange Situation all'età di 14 mesi (codificata utilizzando sia i criteri del DMM che quelli del modello ABC+D di Main e Solomon). Seguendo i criteri del DMM i risultati hanno confermato la relativa continuità dell'attaccamento tra madri e figli sicuri (73,4% nel caso di un confronto sicuri/insicuri) e l'inversione dell'attaccamento tra configurazioni insicure (7 delle 10 madri di tipo A avevano figli di tipo C e tutte le 4 madri di tipo C avevano figli di tipo A, $p = 0,035$). L'associazione tra attaccamento infantile valutato con il DMM e quello valutato con il modello ABC+D è risultata significativa, ma modesta ($p = 0,005$, $k = 0,348$). Il metodo ABC+D ha individuato un maggior numero di bambini come sicuri (67%) rispetto al DMM (41%). Nessuna relazione significativa è stata evidenziata tra attaccamento materno valutato con il DMM e quello infantile valutato con il modello ABC+D.

Lane Strathearn e colleghi (2009) hanno sottoposto lo stesso campione di madri dello studio precedente a Risonanza Magnetica Funzionale (fMRI) dimostrando che quelle sicure (B, secondo i criteri del DMM) manifestano un maggiore attivazione dei circuiti cerebrali di ricompensa quando guardano le immagini dei volti felici o tristi dei loro figli. In particolare, le madri distanzianti (tipo A) tendono a reagire con un comportamento poco responsivo soprattutto di fronte alle espressioni affettive negative del figlio (tristezza, rabbia, paura, vulnerabilità). Le esperienze infantili di at-

taccamento della madre, quindi, sembrano influenzare lo sviluppo dei circuiti cerebrali di ricompensa e di affiliazione promuovendo, una volta divenuta genitore, le risposte nei confronti delle espressioni facciali del bambino. Queste differenze nell'attivazione neurale possono favorire comportamenti genitoriali più o meno adeguati, puntuali e sensibili. Quando l'atteggiamento della madre è incongruente o poco responsivo, il bambino può adattarsi alla situazione sviluppando strategie di autoprotezione opposte e complementari a quelle del genitore. Questo può spiegare il particolare fenomeno dell'inversione dell'attaccamento tra madri e figli insicuri.

L'influenza precoce della sensibilità genitoriale sull'attaccamento e sullo sviluppo psicofisico del figlio è stata documentata recentemente da una serie di ricerche (Baldoni 2010d; Baldoni et al., 2009, 2010, 2011) svolte su un campione italiano di 110 famiglie, 55 con bambini nati a termine e 55 con bambini nati pretermine, valutate da 3 a 12 mesi di età corretta (cioè tenendo conto del diverso sviluppo del neonato) utilizzando il CARE-Index (Crittenden, 1979-2007), una procedura sviluppata nella prospettiva del DMM che permette di valutare i precursori dell'attaccamento e la sensibilità diadica genitoriale attraverso la registrazione audiovisiva dell'interazione spontanea tra adulto e bambino. I dati emersi hanno dimostrato che, a tre mesi di età corretta del neonato, il 70% delle interazioni madre-bambino pretermine e il 75% di quelle padre-bambino pretermine rientrano nella "fascia di intervento" suggerita dal CARE-Index, una condizione che rende necessario un aiuto psicologico e, a volte, farmacologico. Il dato più sorprendente è che, indipendentemente dalla nascita pretermine del figlio, la presenza di precursori di attaccamento insicuro, di una minore sensibilità diadica, di alti livelli di ansia e depressione, di elevato stress percepito e di un minore adattamento di coppia è risultata, in entrambi i genitori, significativamente correlata a un minore sviluppo psicomotorio del bambino valutato a sei mesi attraverso le scale Bayley ($p = 0,007$).

Nel loro complesso, quindi, le ricerche su genitori e figli, comprese quelle svolte nella prospettiva del DMM, sembrano confermare l'ipotesi di una trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento: l'attaccamento dei figli sembra influenzato da quello di entrambi i genitori, ma l'interpretazione dei dati è ancora poco chiara e alcuni problemi rimangono irrisolti. I risultati della maggior parte delle ricerche svolte nel passato provengono da campioni di famiglie europee o nordamericane di classe media e a basso rischio psicosociale. Nelle famiglie ad alto rischio i cui membri manifestano disturbi comportamentali o psichiatrici e in quelle che vivono in condizioni di grave pericolo (guerra, povertà, carestia, regimi dittatoriali, emigrazione clandestina) i dati relativi alla trasmissione dell'attaccamento non sono così lineari. In condizioni di pericolo, infatti, sembra manifestarsi una maggiore discontinuità (oppure un'inversione) dell'attaccamento tra genitori e figli e una maggiore influenza da parte dell'ambiente.

Nel corso della vita, inoltre, la possibilità di nuove relazioni di attaccamento (come quella di coppia o quella psicoterapeutica) e le esperienze evolutive significative (iniziare a lavorare, uscire di casa, diventare genitori, esperienze di malattia o di perdita) offrono l'opportunità di modificare i propri modelli operativi interni costruiti su esperienze negative passate (Buhrmester, Furman, 1986; Ricks, 1985; Sroufe, Fleeson, 1986; Baldoni, 2010c). Questo può favorire una riorganizzazione dei propri schemi originali di attaccamento verso configurazioni più adeguate all'età e al

nuovo contesto familiare e sociale (Crittenden, 2008a, 2008b). Si verifica in questi casi una rielaborazione della propria esperienza passata che può modificare le modalità di trasmissione dell'attaccamento.

Bibliografia

- Ainsworth MDS, Bell SM, Stayton DJ (1971) Individual differences in Strange situation behavior of one years old. In Schaffer HR (a cura di) *The origins of human social relations*. New York: Academic Press. [Trad. it. *Differenze individuali nel comportamento dei bambini di un anno nella Strange Situation*. In: Ainsworth MDS *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità*. Raffaello Cortina, Milano, 2006, pp. 237-250]
- Ainsworth MDS, Blehar M, Waters E, Wall S (1978) *Patterns of attachment: a psychological study of the Strange Situation*. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ
- Ainsworth MDS, Eichberg C (1991) Effects of infant-mother attachment of mother's unresolved loss of an attachment figure, or other traumatic experience. In: Parkes CM, Stevenson-Hinde J, Marris P (a cura di) *Attachment across the life-cycle*. Routledge, London
- Ainsworth MDS, Wittig BA (1969) Attachment and exploratory behaviour of one-year olds in a Strange Situation. In: Foss BM (a cura di) *Determinants of infant behavior*. Methuen, London, vol. 4, pp. 129-173 [Trad. it. *Comportamento di attaccamento ed esplorazione in bambini di un anno nella Strange Situation*. In: Ainsworth MDS *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità*. Raffaello Cortina, Milano, 2006, pp. 141-172]
- Ammaniti M, Speranza AM, Candelori C (1996) Stabilità dell'attaccamento infantile e trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 63: 313-332
- Bailey HN, Moran G, Pederson DR, Bento S (2007) Understanding the transmission of attachment using variable- and relationship-centred approaches. *Development and Psychopathology*, 19:313-343
- Baldoni F (2010a) Attachment, danger and role of the father in family life span. *Transilvanian Journal of Psychology (Erdélyi Pszichológiai Szemle, EPSZ)*, 4:375-402
- Baldoni F (2010b) Attaccamento familiare, pericolo e adattamento. In: Cena L, Imbasciati A, Baldoni F (a cura di) (2010) *La relazione genitore-bambino. Dalla psicoanalisi infantile alle nuove prospettive evoluzionistiche dell'attaccamento*. Springer Verlag, Milano, pp. 90-107
- Baldoni F (2010c) *La prospettiva psicosomatica*. Il Mulino, Bologna
- Baldoni F (2010d) Attachment relationships and psychosomatic development of the child in families with a preterm baby. A study in DMM perspective. 2nd Biennial Conference of the International Association for the Study of Attachment (IASA) (St. John's College, Cambridge, UK, August 29-31 2010), pp. 1-15 (disponibile online www.iasa-dmm.org).
- Baldoni F, Ceccarelli L (2010) La depressione perinatale paterna. Una rassegna della ricerca clinica ed empirica. *Infanzia e Adolescenza*, 9 (2):79-92
- Baldoni F, Facondini E, Minghetti M, Romeo N, Landini A, Crittenden PM (2009), Family attachment and psychosomatic development in preterm-born children. *Panminerva Medica*, 51 (suppl. 1 to N.3):7
- Baldoni F, Facondini E, Romeo N, Landini A, Crittenden PM (2010) Precursori dell'attaccamento e adattamento di coppia nella famiglia con bambino nato pretermine: uno studio italiano. In: Cena L, Imbasciati A. Baldoni F (a cura di) *La relazione genitore-bambino. Dalla psicoanalisi infantile alle nuove prospettive evoluzionistiche dell'attaccamento*. Springer Verlag, Milano, pp. 194-200
- Baldoni F, Facondini E, Romeo N, Minghetti M, Cena L, Landini A, Crittenden PM (2011) Attachment forerunners, dyadic sensitivity and development of the child in families with a preterm born baby. 6th European AEPEA Congress on Psychopathology in Childhood and Adolescence (Bologna 5-7 Maggio 2011), pp. 422-430
- Bakermans-Kranenburg MB, van IJzendoorn MH (2009) The first 10,000 Adult Attachment Inter-

- views: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development*, 11:3, 223-263
- Behrens KY, Hesse E, Main M (2007) Mothers' attachment status as determined by the Adult Attachment Interview predicts their 6-years-olds' reunion responses: A study conducted in Japan. *Developmental Psychology*, 43:1553-1567
- Benoit D, Parker KCH (1994) Stability and transmission of attachment across three generation. *Child Development*, 65:1444-1456
- Berlin LJ., Zeanah CH, Lieberman AF (2008) Programmi di prevenzione e intervento per sostenere la sicurezza dell'attaccamento in infanzia. In: Cassidy J, Shaver PR (a cura di) (2008) *Handbook of attachment theory research and clinical applications* (second edition). Guilford Press, New York. [Trad. It. *Manuale dell'attaccamento: Teoria ricerca e applicazione clinica*. Giovanni Fioriti, Roma, 2010, pp. 858-876]
- Buhrmester D, Furman W (1986) The changing functions of friends in childhood: A neo-Sullivan perspective. In: Derlega VJ, Winstead BA (a cura di), *Friendships and social interaction* (pp. 41-62), Springer, New York
- Bus AG, van IJzendoorn MH (1992) Patterns of attachment in frequently and infrequently reading mother-child dyads. *Journal of Genetic Psychology*, 153:395-403
- Cassidy J, Shaver PR (a cura di) (2008) *Handbook of attachment theory research and clinical applications* (second edition). Guilford Press, New York. Trad. It. *Manuale dell'attaccamento: Teoria ricerca e applicazione clinica*. Giovanni Fioriti, Roma, 2010
- Crittenden PM (1979-2007) CARE-Index: Coding Manual. Manoscritto non pubblicato, Miami, FL
- Crittenden PM (1988-2004) *Preschool Assessment of Attachment (PAA) Manual*. Manoscritto non pubblicato, Miami, FL
- Crittenden PM (1994) *Nuove prospettive sull'attaccamento. Teoria e pratica in famiglie ad alto rischio*. Guerini Studio, Milano.
- Crittenden PM (1997) *Pericolo, sviluppo e attaccamento*. Masson, Milano
- Crittenden PM (1999) *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo all'Adult Attachment Interview*. Raffaello Cortina, Milano
- Crittenden PM (2000) A Dynamic-Maturational Approach to continuity and change in pattern of attachment. In: Crittenden PM, Claussen AH (a cura di) *The Organization of attachment relationships. Maturation, culture and context*. Cambridge University Press, Cambridge, pp. 343-357
- Crittenden PM (2003) *A guide to expansions and modifications of the Ainsworth Infant Strange Situation*. Manoscritto non pubblicato, Miami, FL
- Crittenden PM (2006) A Dynamic-Maturational model of attachment. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 27:105-115
- Crittenden PM (2008a) *Il Modello Dinamico-Maturativo dell'attaccamento*. Libreria Cortina, Milano
- Crittenden PM (2008b) *Raising parents: attachment, parenting and child safety*. William Publishing, Portland, OR
- Crittenden PM (2010) Preface: pathways forward (Prefazione a un numero speciale sul DMM). *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(3):299-301
- Crittenden, PM, Ainsworth MDS (1989) Child maltreatment and attachment theory. In D. Cicchetti and V. Carlson (a cura di), *Handbook of child maltreatment*. Cambridge University Press, New York, pp. 432-463.
- Crittenden PM, Landini A (2011) *Assessing Adult Attachment: A Dynamic-Maturational Method of Discourse Analysis*. Norton, New York
- Crittenden PM, Partridge MF, Claussen AH (1991) Family patterns of relationship in normative and dysfunctional families. *Development and Psychopathology*, 3:491-512
- Das-Eiden R, Leonard KE (1996) Paternal alcohol use and the mother infant relationship. *Development and Psychopathology*, 8:307-323
- De Wolff MS, van IJzendoorn MH (1997) Sensitivity and attachment: a metanalysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68:571-591
- Eichberg CG (1989) *Quality of infant-parent attachment: Related to mother's representation of her own relationship history and childcare attitudes*. *Dissertation Abstracts International*, 50(1), 343B

- Farnfield S, Hautamäki A, Nørbech P, Sahhar N (2010) DMM assessment of attachment and adaptation: procedures, validity and utility. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(3):313-328
- Ferketich SL, Mercer LT (1995) Paternal-infant attachment of experienced and inexperienced fathers during infancy. *Nursing Research*, 44, 1:31-37
- Fonagy P, Steele J, Steele M (1991) Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one-year of age. *Child Development*, 62:891-905
- George C, Kaplan N, Main M (1984-1996) Adult Attachment Interview. Manoscritto non pubblicato, University of California, Berkeley
- Goldberg S, Benoit D, Blokland K, Madigan S (2003) Atypical maternal behaviour, maternal representations, and infant disorganized attachment. *Development and psychopathology*, 15:239-257
- Grienenberger J, Kelly K, Slade A (2005) Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behaviour in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment and Human Development*. 7:299-311
- Grossmann K (1997) Infant-father attachment relationship: Sensitive challenges during play with toddler is the pivotal feature. Abstract Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Washington, DC
- Hautamäki A, Hautamäki L, Neuvonen L, Maliniemi-Piispanen S (2010a) Transmission of attachment across three generations. *European Journal of Developmental Psychology*, 7:618-634.
- Hautamäki A, Hautamäki L, Neuvonen L, Maliniemi-Piispanen S (2010b) Transmission of attachment across three generations: Continuity and reversal. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(3):347-354
- Hesse E (1996) Discourse, memory, and the Adult Attachment Interview. A note with emphasis on the emerging Cannot Classify category. *Infant Mental Health Journal*, 17:4-11.
- Hesse E (2008) Adult Attachment Interview: protocollo, metodologia di analisi e studi empirici. In Cassidy J, Shaver PR (a cura di) *Handbook of attachment theory research and clinical applications* (second edition). Guilford Press, New York. [Trad. It. *Manuale dell'attaccamento: Teoria ricerca e applicazione clinica*. Giovanni Fioriti, Roma, 2010, pp. 637-690].
- Holmes J (1993) John Bowlby and the attachment theory. Routledge, London. [Trad. it. *La teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina, Milano, 1994]
- Koren-Karie N, Oppenheim D, Dolev S, Sher E, Etzion-Carasso A (2002) Mothers' insightfulness regarding their infants' internal experience. Relations with maternal sensitivity and infant attachment. *Developmental Psychology*, 38:534-542
- Lyons-Ruth K, Yellin C, Melnick S, Atwood G (2005) Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile-helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Development and Psychopathology*, 17:1-23
- Madigan S, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Moran G, Pederson DR, Benoit D (2006) Unresolved states of mind, anomalous parental behaviour, and disorganized attachment: A review and meta-analysis of a transmission gap. *Attachment and Human Development*, 8:89-111
- Madigan S, Moran G, Pederson DR (2006) Unresolved states of mind, disorganized attachment relationships, and disrupted mother-infant interactions of adolescent mothers and their infants. *Developmental Psychology*, 42:293-304
- Main M (1985) An Adult attachment classification system: its relation to infant-parent attachment. Paper presentato al Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Toronto, Canada
- Main M (2008) L'attaccamento. Dal comportamento alla rappresentazione. Raffaello Cortina, Milano
- Main M, Kaplan N, Cassidy J (1985) Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50:66-104
- Main M, Cassidy J (1988) Categories of response to reunion with the parent at age six: Predicted from infant attachment classification and stable over a one month period. *Developmental Psychology*, 24:415-426

- Main M, Goldwyn R (1984) Adult attachment scoring and classification system. Manoscritto non pubblicato, University of California, Berkeley
- Main M, Goldwyn R (1991) Adult attachment classification system. Manoscritto non pubblicato, University of California, Berkeley
- Main M, Goldwyn R (2008) Parental state of mind and infant attachment in the Bay Area sample. Materiale non pubblicato, University of California, Berkeley
- Main M, Goldwyn R, Hesse E (2003-2008) The Adult Attachment Interview: scoring and classification system. Manoscritto non pubblicato, University of California, Berkeley
- Main M, Hesse E, Kaplan N (2005) Predictability of attachment behavior and representational process at 1, 6, and 19 years of age: the Berkeley Longitudinal Study. In: Grossman KE, Grossman K, Waters E (a cura di) Attachment to infancy to adulthood. The major longitudinal studies. Guilford Press, New York, pp. 245-304 [Trad. it: Predicibilità del comportamento di attaccamento e dei processi rappresentazionali alle età di uno, sei e diciannove anni. In: Main M L'attaccamento. Dal comportamento alla rappresentazione. Raffaello Cortina, Milano, 2008, pp. 329-384]
- Main M, Solomon J (1986) Discovery of a new insecure-disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behaviour. In: Brazelton TB, Yogman M (a cura di) Affective development in infancy. Albex Press, Norwood, NJ
- Ricks MH (1985) The social transmission of parental behaviour: Attachment across generation. Monographs of the Society for Research. Child Development, 50:211-227
- Shah PE, Fonagy P, Strathearn L (2010) Is attachment transmitted across generations? The plot thickens. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 15(3):329-345
- Slade A, Grienenberger J, Bernbach E, Levy D, Locker A (2005) Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: a preliminary study. Attachment and Human Development, 7:283-298
- Sroufe LA, Fleeson J (1986) Attachment and the construction of relationships. In: Hartup WW, Rubin Z (a cura di) Relationships and development. Laurence Erlbaum, Hillsdale, NJ, pp. 51-71
- Strathearn L, Fonagy P, Amico JA, Montague PR (2009) Adult attachment predicts mother's brain and oxytocin response to infant cues. Neuropsychopharmacology, 34:2655-2666
- van IJzendoorn MH (1995) Adult attachment representations, parental responsiveness and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the adult attachment interview. Psychological Bulletin. Vol. 117:387-403
- van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ (2006) DRD4 7-repeat polymorphism moderates the association between maternal unresolved loss or trauma and infant disorganization. Attachment and Human Development, 8:291-307
- van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ (2010) Invariance of adult attachment across gender, age, culture, and socioeconomic status? Journal of Social and Personal Relationships, 27:200-208
- van IJzendoorn MH, De Wolff MS (1997) In search of the absent father – Meta-analyses of infant-father attachment. Child Development, 68 (4):604-609
- Ward MJ, Carlson EA (1995) Associations among adult attachment representations, maternal sensitivity, and infant-mother attachment in a sample of adolescent mothers. Child Development, 66:69-79
- Whiffen V, Johnson S (1998) An attachment theory framework for the treatment of childbearing depression. Clinical Psychology: Science and Practice, 5(4):478-493
- Zimmermann P, Grossmann KE (1997) Attachment and adaptation in adolescence. In: Koops W, Hoeksma JB, van den Boom DC (a cura di) Development of interaction and attachment: traditional and non-traditional approaches. North-Holland, Amsterdam, pp.281-282

9.1 Introduzione

Le ricerche sulla trasmissione dell'attaccamento tra genitori e figli sono state svolte quasi totalmente confrontando i risultati delle Strange Situation (Ainsworth, Wittig, 1969; Ainsworth, Bell, Stayton, 1971) con quelli della Adult Attachment Interview somministrate e codificate secondo il protocollo (George, Kaplan, Main, 1984-1996) e i criteri (Main, Goldwyn, 1984, 1991; Main, Goldwyn, Hesse 2003-2008) formulati originariamente da Mary Main e collaboratori. Solo recentemente sono stati svolti studi in questo campo tenendo conto degli strumenti e dei criteri sviluppati all'interno del Modello Dinamico-Maturativo (*Dynamic-Maturational Model*, DMM) (vedi capitolo 8).

Questo studio vuole indagare le relazioni esistenti tra i pattern di attaccamento materni durante la gravidanza e quelli dei propri bambini a 12 mesi di età, somministrando, per la prima volta in un campione italiano, l'AAI e la SS codificate secondo il DMM. Abbiamo ipotizzato che le madri con stile di attaccamento sicuro, più sensibili e protettive nei confronti dei loro bambini, favoriscano nel figlio lo sviluppo di pattern di attaccamento sicuro. Al contrario le madri insicure, ansiose, controllanti e meno sensibili, dovrebbero promuovere nel figlio lo sviluppo di un pattern insicuro.

9.2 Campione

È stato studiato un campione iniziale di 40 coppie madre-bambino reclutate presso le cliniche di Ostetricia e Ginecologia degli ospedali Bufalini di Cesena (20 madri)

F. Baldoni (✉)

Laboratorio sulla Valutazione dell'Attaccamento

Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Bologna

franco.baldoni@unibo.it

9 e Santa Maria Nuova di Reggio Emilia (20 madri). Le madri sono state selezionate esclusivamente sulla base della disponibilità a partecipare alla ricerca. Sono state successivamente escluse dallo studio le donne che manifestavano patologie mediche o disturbi psichiatrici (4 casi), nonché le gravidanze a rischio e le nascite pretermine (6 casi). Il campione finale è risultato di 30 madri, tutte di nazionalità italiana, di età compresa tra i 19 e i 40 anni (media: 31,3 anni, d.s. 5,07). Per 24 di loro si trattava del primo figlio (80%), mentre 6 madri (20%) avevano già avuto esperienza di una gravidanza, che in nessun caso era risultata problematica. Il campione dei bambini è risultato di 17 femmine (57%) e 13 maschi (43%), tutti nati a termine (età gestazionale maggiore di 40 settimane). Nessuno di questi è risultato affetto da patologie mediche significative.

9.3 Materiale e metodi

Dopo avere spiegato le modalità e gli obiettivi dello studio e raccolto il consenso informato, a tutte madri al sesto mese di gravidanza è stata somministrata la Adult Attachment Interview (AAI). Successivamente, quando i neonati hanno raggiunto i 12 mesi di età, le madri e i loro bambini sono stati sottoposti alla Strange Situation (SS).

Le AAI e le SS sono state somministrate all'interno di locali idonei presso le strutture ospedaliere di Cesena e Reggio Emilia. Entrambe le procedure sono state somministrate e codificate, in condizioni di doppio cieco, secondo i criteri del Modello Dinamico-Maturativo (Crittenden, 2000, 2008) da 2 operatori attendibili formati in corsi specifici. I risultati sono stati sottoposti ad elaborazione statistica utilizzando strumenti non parametrici (test del Chi quadro e test esatto di Fisher) ed elaborati attraverso il programma SPSS for Windows®.

L'impossibilità da parte di 4 madri di sottoporsi alla Strange Situation nel periodo stabilito (per motivi di lavoro o di distanza) ha prodotto un'ulteriore riduzione del campione sperimentale. I risultati della elaborazione statistica si riferiscono, quindi, alle 26 coppie madre-bambino che hanno completato la procedura.

9.3.1 Adult Attachment Interview

L'*Adult Attachment Interview* (AAI) (George, Kaplan, Main, 1984-1996) è un'intervista semistrutturata composta da una serie di domande aperte che riguardano il rapporto della persona con le sue figure d'attaccamento a partire dall'infanzia. Lo scopo non è quello di ottenere una storia dettagliata, ma piuttosto di identificare la configurazione del pensiero relativa alle relazioni di attaccamento. L'intervista, la cui durata può variare dai 45 ai 90 minuti, è molto simile a un colloquio clinico, ma presenta caratteristiche superiori in termini di validità e attendibilità (Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn, 1993; van Ijzendoorn, 1995). In particolare l'AAI non sembra influenzata da variabili quali sesso, lingua, cultura e Paese di origine. Gli

adolescenti, i giovani adulti e coloro che vivono in condizioni di povertà ed emarginazione, però, tendono a presentarsi più frequentemente come distanzianti (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, 2009; van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, 2010). L'AAI è stata definita dai suoi ideatori "un tentativo di sorprendere l'inconscio", in quanto mette il soggetto di fronte a richieste impreviste e al rischio di contraddizioni. Questo induce una quantità progressiva di stress in modo da attivare il sistema d'attaccamento e favorire la manifestazione di comportamenti legati agli schemi interiorizzati nei modelli operativi interni. L'intero colloquio viene audiodisregistrato e successivamente trascritto in modo preciso, segnalando con accuratezza anche aspetti non verbali come silenzi, pause, balbettii e incertezze nell'eloquio. La valutazione, infatti, non tiene presente solo gli elementi di contenuto del dialogo, come la narrazione di eventi ed esperienze, ma anche l'espressione non verbale e la forma linguistica utilizzata attraverso lo studio del discorso e dei sistemi di memoria associati.

Il protocollo delle AAI e i criteri per la codifica utilizzati in questa ricerca sono quelli del DMM (Crittenden, 1999; Crittenden, Landini, 2011). In particolare, rispetto al protocollo originale di George, Kaplan e Main, l'intervista è stata modificata e ampliata con domande riguardanti lo sviluppo e le situazioni di pericolo dopo la prima infanzia al fine di identificare le strategie messe in atto dal soggetto nel corso della vita.

9.3.2 Strange Situation

La *Strange Situation* (SS) (Ainsworth, Wittig, 1969; Ainsworth, Bell, Stayton, 1971) è la metodologia più diffusa per la valutazione degli stili di attaccamento dai 10 ai 18 mesi di vita e la sua validità è stata dimostrata in numerosi studi (Ainsworth et al., 1978; Pederson, Moran, 1995; Vaughn, Waters, 1990).

Si tratta di una procedura standardizzata videoregistrata, suddivisa in 8 episodi di circa 3 minuti ciascuno, in cui un bambino e la propria figura di attaccamento (solitamente la madre, ma anche il padre o un'altra persona che rappresenti una figura di attaccamento) vengono introdotti in una stanza ed esposti a momenti di separazione e riunione alla presenza di un estraneo (di sesso femminile). Lo scopo è attivare e intensificare i comportamenti di attaccamento del bambino nei confronti del genitore, sottoponendolo a una situazione di stress moderato, ma crescente nel tempo.

In questo studio la procedura è stata codificata seguendo i criteri del DMM (Crittenden, 2003, 2008). Secondo questo modello i bambini vengono classificati come sicuri (B), quando mostrano angoscia al momento della separazione dalla madre, ma riescono a trovare conforto dalla riunione; insicuri *evitanti* (A) quando mostrano pochi segni di angoscia per la separazione e ignorano la madre al momento della riunione; insicuri *ambivalenti* (C) quando sono fortemente angosciati dalla separazione e non si tranquillizzano nemmeno al ritorno della madre; *evitanti/ambivalenti* (A/C) quando manifestano in modo alternato comportamenti tipici di entrambe le configurazioni A e C.

9.4 Risultati

9.4.1 Stile di attaccamento delle madri

Sulla base delle Adult Attachment Interview somministrate al 6° mese di gravidanza e codificate seguendo i criteri del DMM (Tabella 9.1), 6 madri su 26 (23,1%) sono state classificate come equilibrate (B), 4 (15,4%) sono risultate distanzianti (A) e 11 (42,3%) preoccupate (C). Delle 4 madri distanzianti, 2 sono risultate a basso indice (A1-2) e 2 ad alto indice (A+). Delle 11 madri preoccupate, 6 sono risultate a basso indice (C1-2) e 5 ad alto indice (C+). In 3 madri (11,5%) è stato riscontrato un pattern misto distanziante/preoccupato (A/C) e in 2 madri (7,7%) la classificazione è caratterizzata dal modificatore in corso di riorganizzazione (R), che identifica quei soggetti che stanno riorganizzando la propria configurazione di attaccamento in seguito ad eventi maturativi significativi (ad esempio l'esperienza della maternità).

Tabella 9.1 Risultati delle *Adult Attachment Interview* (AAI) codificate secondo il DMM

AAI madri	N	Percentuale		
B	6	23,1 %	23,1 %	23,1 %
A1-2	2	7,7 %	15,4 %	76,9 %
A+	2	7,7 %		
C1-2	6	23,1 %	42,3 %	
C+	5	19,2 %		
A/C	2	7,7 %	7,7 %	
R	3	11,5 %	11,5 %	
Totale	26	100%	100%	100%

9.4.2 Stile di attaccamento dei bambini

Sulla base delle Strange Situation effettuate a 12 mesi di età e codificate secondo i criteri DMM (Tabella 9.2), 9 bambini su 26 (34,6%) sono stati classificati con attaccamento sicuro (B) e 17 (65,4%) con attaccamento insicuro. I bambini con at-

Tabella 9.2 Risultati delle *Strange Situation* (SS) codificate secondo il DMM

SS figli	N	Percentuale	
B	9	34,6 %	34,6 %
A	6	23,1 %	65,4 %
C	10	38,5 %	
A/C	1	3,8 %	
Totale	26	100%	100%

taccamento insicuro sono risultati in 6 casi evitanti (A), in 10 casi ambivalenti (C) e in 1 caso è stato evidenziato un pattern misto evitante/ambivalente (A/C).

9.4.3 Confronti tra Adult Attachment Interview e Strange Situation

In un primo tempo il campione è stato suddiviso in due sottogruppi sulla base della caratteristica sicura o insicura dell'attaccamento. I soggetti considerati sicuri (B) sono le madri e i figli che hanno evidenziato una configurazione B rispettivamente all'AAI e alla SS. I soggetti insicuri sono tutti i soggetti nei quali alle AAI o alle SS è stata riscontrata una configurazione differente da quella sicura (A o C o pattern misti A/C). Sulla base di questa distinzione, a 4 delle 6 madri risultate sicure all'AAI corrisponde un figlio sicuro alla SS (66,7%) e alle restanti 2 (33,3%) un figlio insicuro. Delle 20 madri insicure, 15 hanno a propria volta un figlio insicuro, mentre solo in 5 casi un figlio sicuro (Fig. 9. 1). Queste differenze sono risultate significative al test non parametrico del Chi quadro ($p < 0,05$).

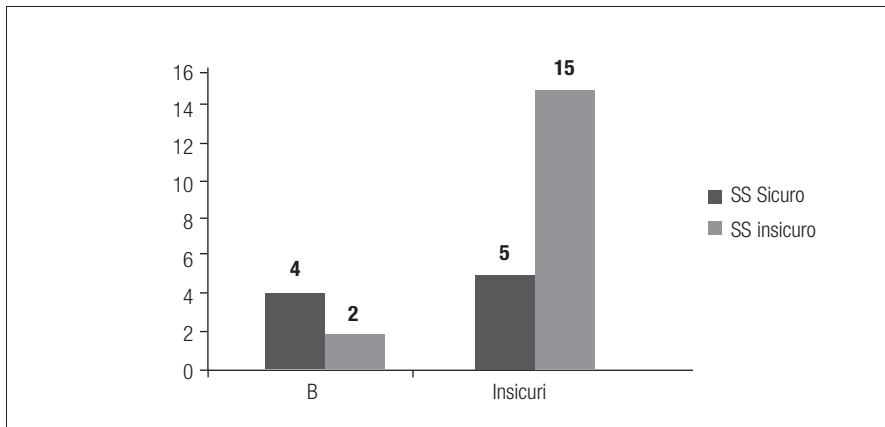


Fig. 9.1 Confronti tra sottogruppi sicuri (B) e insicuri (A, C, A/C) ($p < 0,05$)

Suddividendo le classificazioni delle madri alla AAI nelle due categorie sicure (B) e insicure (A, C, A/C) e le configurazioni dei bambini alla SS in quattro categorie (A, B, C e A/C), i dati, come nel caso dei confronti successivi, non raggiungono i limiti della significatività, forse per l'esiguità del campione o per la maggiore numerosità delle variabili prese in esame (Fig. 9.2).

Nel loro complesso, comunque, oltre a confermare la propensione delle madri sicure ad avere un figlio sicuro, evidenziano una tendenza per quanto riguarda i dati relativi alle diverse configurazioni insicure. In particolare, a tutti i bambini classificati come ambivalenti (10 casi) corrisponde una madre insicura (100%). La corrispondenza è minore nei bambini evitanti (4 su 6, 66,7%), mentre nel caso dell'unico bambino con pattern misto A/C, ovviamente, non è possibile trarre inferenze.

Suddividendo sia le configurazioni delle madri che quelle dei figli in quattro ca-

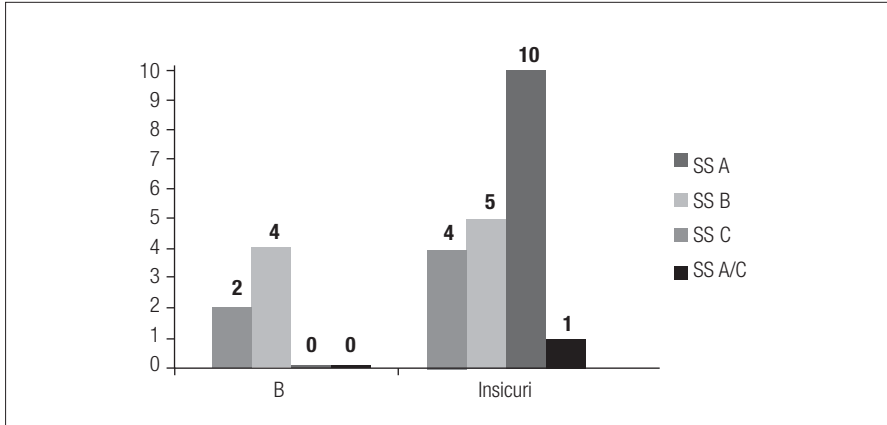


Fig. 9.2 Confronti tra AAI in 2 categorie (B *versus* insicuri) e SS in 4 categorie (A, B, C e A/C)

tegorie (A, B, C e A/C) otteniamo dati più complessi (Fig. 9.3).

Può essere evidenziata la stessa tendenza generale, con una concordanza tra madri sicure e bambini sicuri (4 madri su 6, 66,7%) e tra madri preoccupate (C) e bambini ambivalenti (C) (7 madri su 11, 64%). Delle 4 madri distanzianti (A), 3 (75%) hanno bambini preoccupati (C) e nessuna ha un figlio distanziante. Dei 6 bambini distanzianti, 2 hanno una madre sicura (33,3%), 2 una madre preoccupata (33,3%) e 2 una madre con pattern misto o in corso di riorganizzazione (33,3%).

Si è proceduto inoltre al confronto tra madri a basso rischio psicopatologico, come quelle equilibrate (B) e quelle insicure a basso indice (A1-2, C1-2), e madri ad alto rischio (A+, C+, A/C). Secondo il Modello Dinamico-Maturativo, le configurazioni ad alto indice sono tipiche dei soggetti maggiormente esposti durante l'infanzia a condizioni di pericolo e che di conseguenza manifestano più frequentemente disturbi psicologici e i segni della mancata risoluzione di traumi e lutti.

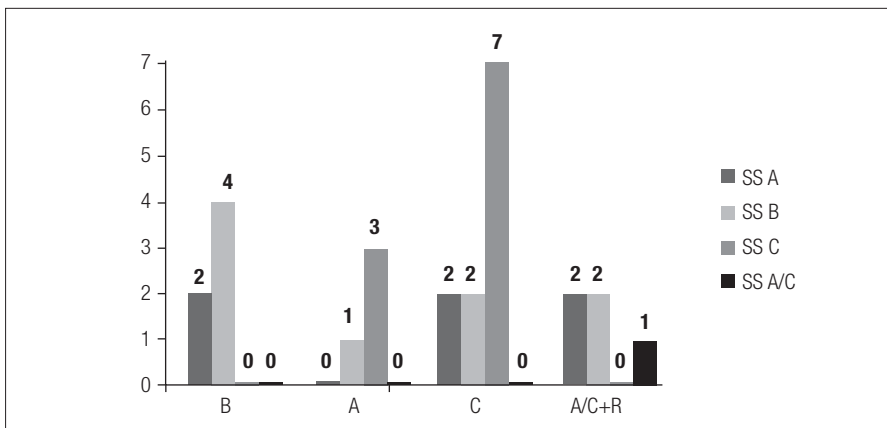


Fig. 9.3 Confronto tra sottogruppi suddivisi in quattro categorie (B, A, C, A/C)

Utilizzando questa suddivisione (B, A1-2, C1-2 versus A+, C+, A/C) per le madri e confrontandola con la sicurezza o l'insicurezza dei figli (B versus A, C, A/C) è emerso che a 6 dei 9 bambini sicuri corrisponde una madre a basso rischio psicopatologico (667%), mentre a 9 di 17 bambini classificati come insicuri corrisponde una madre ad alto rischio (529%) (Fig. 9.4).

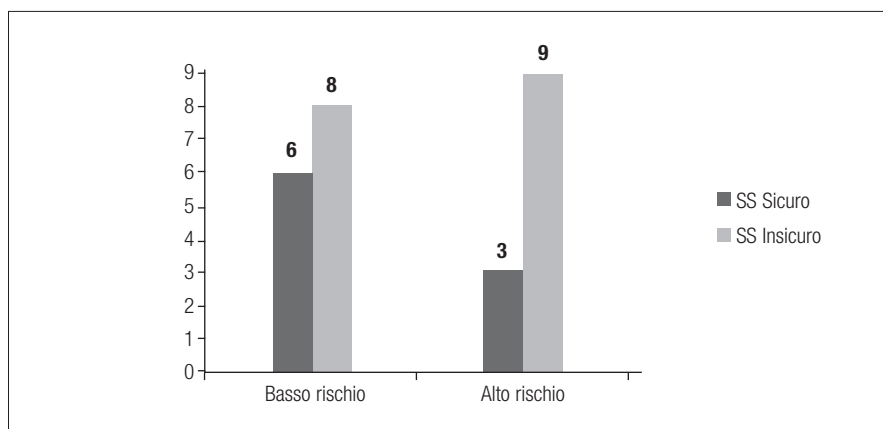


Fig. 9.4 Confronto tra categorie ad alto e basso rischio psicopatologico

Si è infine proceduto al confronto tra i risultati delle SS suddivise in quattro categorie (B, A, C, e A/C) e quelli delle AAI suddivise in 7 categorie: tre a basso rischio (B, A1-2, C1-2), tre ad alto rischio (A+, C+, A/C) e una in corso di riorganizzazione (R) (Fig. 9.5).

Oltre la già citata concordanza tra madri sicure e figli sicuri (66,7%), è stata evidenziata quella tra madri preoccupate (C), sia a basso che ad alto indice, con i bambini ambivalenti (rispettivamente 3 su 6, 50%, e 4 su 5, 80%). Riguardo al pattern

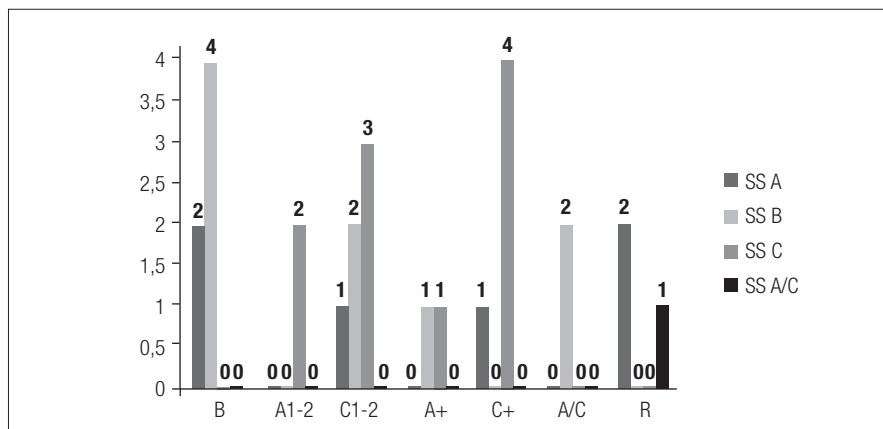


Fig. 9.5 Confronto tra AAI (7 categorie) e SS (4 categorie)

9

distanziante (A), entrambi i figli delle due madri a basso indice manifestano una configurazione ambivalente (100%), così come uno dei due figli delle madri con configurazione ad alto indice (50%). Le 3 madri la cui AAI è caratterizzata da Riorganizzazione (R) hanno 2 bambini evitanti (66,6%) e un bambino a pattern misto (33,3%).

9.5 Discussione

I risultati di questo studio sulla trasmissione dell'attaccamento, il primo svolto su un campione italiano seguendo i criteri classificatori del DMM, hanno confermato i dati prodotti da ricerche precedenti condotte secondo altri modelli teorici (vedi capitolo 8): le madri con stile di attaccamento sicuro hanno maggiore probabilità di avere un figlio, mentre quelle insicure tendono ad avere un figlio con attaccamento insicuro. La possibilità di una trasmissione intergenerazionale sembra quindi confermata anche sul nostro campione in cui l'attaccamento materno valutato a sei mesi di gestazione è risultato predittivo dello stile di attaccamento del bambino a un anno.

La relazione tra attaccamento genitoriale e infantile è comunque un problema ancora da approfondire. Sarebbe errato pensare a categorie di attaccamento che si tramandano di generazione in generazione. Anche se gli studi hanno evidenziato una modesta relazione significativa tra sicurezza materna e infantile (nel nostro caso con $p < 0,05$), un'ampia parte della popolazione manifesta stili di attaccamento differenti da quelli dei propri genitori.

Le indagini condotte su popolazioni appartenenti a diversi contesti psicosociali, etnici e culturali, in particolare quelle su soggetti che vivono in condizioni ambientali molto pericolose (famiglie maltrattanti, genitori con problemi comportamentali o psichiatrici, basso livello economico, paesi del terzo mondo, conflitti sociopolitici, povertà, ecc.), hanno evidenziato che il contesto ambientale, in queste situazioni, influisce sulla trasmissione dell'attaccamento favorendo lo sviluppo di schemi e di comportamenti adattivi specifici per quella particolare condizione. Si può quindi ipotizzare che un soggetto cresciuto in condizioni di costante pericolo possa sviluppare modelli operativi interni di attaccamento meno dipendenti da quelli dei genitori e maggiormente influenzati dall'ambiente extrafamiliare. La natura e le caratteristiche di questi processi adattivi dovrebbero essere approfonditi da ulteriori ricerche.

Un altro aspetto da chiarire riguarda le modalità con cui uno specifico pattern di attaccamento insicuro materno può influenzare sull'attaccamento di un figlio. Se consideriamo il confronto tra diverse configurazioni di attaccamento insicuro, le relazioni tra madre e figlio non sono sempre lineari. Ad esempio, a una madre insicura distanziante (A) può non corrispondere un figlio evitante (A), ma uno preoccupato-ambivalente (C) (75% dei casi nel nostro campione), oppure a una madre preoccupata (C) non un figlio preoccupato-ambivalente (C), ma uno evitante (A) (18% dei casi nel nostro campione). Questa "inversione della trasmissione dell'at-

taccamento” è stata riscontrata anche in altri studi (Hautamäki et al., 2010a, 2010b; Shah, Fonagy, Strathearn, 2010) ed è coerente con la visione del DMM (vedi capitolo 8 e 10). Nel nostro campione, inoltre, 2 madri sicure (B) su 6 (33,3%) hanno un figlio evitante (A) e le madri con configurazioni preoccupate a basso indice (C1-2) manifestano una relativa tendenza ad avere figli sicuri (B) (2 casi su 6, 33,3 %). Seguendo il DMM (Crittenden, 2008; Crittenden, Landini, 2011), i soggetti insicuri a basso indice manifestano valide capacità di adattamento e flessibilità e non rientrano nelle popolazioni a rischio di disturbi comportamentali o psicopatologici, per cui possono essere ottimi genitori favorendo lo sviluppo di una configurazione sicura nei loro figli. Questi risultati fanno pensare che la tradizionale differenziazione tra soggetti sicuri e insicuri, tipica di molte ricerche sull'attaccamento, possa risultare inadeguata.

Anche il ruolo di lutti o traumi irrisolti nella madre è ancora da chiarire, in particolare in che misura influenzino un eventuale attaccamento insicuro del figlio. Nella prospettiva delineata dalla scuola di Mary Main i soggetti che alla AAI evidenziano traumi o lutti irrisolti vengono categorizzati come irrisolti (*unresolved*, U) e sono messi in relazione con l'espressione di un attaccamento disorganizzato (D) nel figlio. Nella prospettiva del DMM, che non riconosce la specificità della categoria disorganizzato, i traumi o i lutti irrisolti possono essere riscontrati come “modificatori” sia nei soggetti sicuri che in quelli insicuri, interferendo con l'espressione della specifica configurazione di attaccamento.

Pur confermando la validità di una valutazione dell'attaccamento basata sul Modello Dinamico-Maturativo il nostro studio presenta alcuni limiti importanti:

- 1) da un punto di vista statistico, le due variabili prese in esame (le diverse categorie di attaccamento rilevate tramite la AAI e la SS) sono di tipo qualitativo e hanno richiesto per l'analisi statistica l'utilizzo di test non parametrici, che rappresentano un approccio adeguato, ma meno potente di quello parametrico;
- 2) l'esiguità del campione e l'elevato drop-out hanno limitato l'elaborazione statistica, per cui molti dati sono risultati non significativi o al limite della significatività. Aumentando il numero dei soggetti, anche i livelli di significatività potrebbero aumentare;
- 3) per studiare la problematica della trasmissione dell'attaccamento, considerare solo la relazione tra madre e bambino è troppo limitativo. Le ricerche più recenti sull'attaccamento familiare all'interno di una visione triadica madre-padre-bambino hanno dimostrato che il ruolo del padre è altrettanto importante (Baldoni, 2010a, 2010b) e che la presenza di un padre con problemi psicologici o comportamentali (ansia, depressione, alterazioni del comportamento di malattia, aggressività patologica, alcolismo e altri disturbi di dipendenza) può interferire con la relazione madre-bambino e influenzare lo sviluppo di un attaccamento insicuro nel figlio (Baldoni, Ceccarelli, 2010).

I risultati delle ricerche sulla trasmissione dell'attaccamento tra genitori e figli necessitano, quindi, di ulteriori approfondimenti che considerino anche altri fattori fino ad ora sottovalutati, quali il ruolo del padre, il temperamento del bambino, il contesto familiare e socio culturale e le specifiche condizioni ambientali di pericolo.

Bibliografia

- Ainsworth MSD, Bell SM, Stayton DJ (1971) Individual differences in Strange situation behavior of one years old. In Schaffer HR (a cura di) *The origins of human social relations*. New York: Academic Press. [Trad. it. Differenze individuali nel comportamento dei bambini di un anno nella Strange Situation. In: Ainsworth MDS *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità*. Raffaello Cortina, Milano, 2006, pp. 237-250]
- Ainsworth MDS, Blehar M, Waters E, Wall S (1978) *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ
- Ainsworth MDS, Wittig BA (1969) Attachment and exploratory behaviour of one-year olds in a Strange Situation. In: Foss BM (a cura di) *Determinants of infant behavior*. Methuen, London, vol. 4, pp. 129-173 [Trad. it. Comportamento di attaccamento ed esplorazione in bambini di un anno nella Strange Situation. In: Ainsworth MDS *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità*. Raffaello Cortina, Milano, 2006, pp. 141-172]
- Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH (1993) A psychometric study of the Adult Attachment Interview: Reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology*, 29:870-879
- Baldoni F (2010a) Attachment, danger and role of the father in family life span. *Transilvanian Journal of Psychology (Erdélyi Pszichológiai Szemle, EPSZ)*, 4:375-402
- Baldoni F (2010b) Attaccamento familiare, pericolo e adattamento. In: Cena L, Imbasciati A, Baldoni F (a cura di) (2010) *La relazione genitore-bambino. Dalla psicoanalisi infantile alle nuove prospettive evoluzionistiche dell'attaccamento*. Springer Verlag, Milano, pp. 90-107
- Baldoni F, Ceccarelli L (2010) La depressione perinatale paterna. Una rassegna della ricerca clinica ed empirica. *Infanzia e Adolescenza*, 9 (2):79-92
- Bakermans-Kranenburg MB, van IJzendoorn MH (2009) The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development*, 11:3, 223-263
- Crittenden PM (1999) Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo all'Adult Attachment Interview. Raffaello Cortina, Milano
- Crittenden PM (2000) A Dynamic-Maturational Approach to continuity and change in pattern of attachment. In: Crittenden PM, Claussen AH (a cura di) *The Organization of attachment relationships. Maturation, culture and context*. Cambridge University Press, Cambridge, pp. 343-357
- Crittenden PM (2003) A guide to expansions and modifications of the Ainsworth Infant Strange Situation. Manoscritto non pubblicato, Miami, FL
- Crittenden PM (2008) *Il Modello Dinamico-Maturativo dell'attaccamento*. Libreria Cortina, Milano
- Crittenden PM, Landini A (2011) *Assessing Adult Attachment: A Dynamic-Maturational Method of Discourse Analysis*. Norton, New York
- George C, Kaplan N, Main M (1984-1996) Adult Attachment Interview. Manoscritto non pubblicato, University of California, Berkeley
- Hautamäki A, Hautamäki L, Neuvonen L, Maliniemi-Piispanen S (2010a) Transmission of attachment across three generations. *European Journal of Developmental Psychology*, 7:618-634.
- Hautamäki A, Hautamäki L, Neuvonen L, Maliniemi-Piispanen S (2010b) Transmission of attachment across three generations: Continuity and reversal. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(3):347-354
- Main M, Goldwyn R (1984) Adult attachment scoring and classification system. Manoscritto non pubblicato, University of California, Berkeley
- Main M, Goldwyn R (1991) Adult attachment classification system. Manoscritto non pubblicato, University of California, Berkeley
- Main M, Goldwyn R, Hesse E (2003-2008) *The Adult Attachment Interview: scoring and classification system*. Manoscritto non pubblicato, University of California, Berkeley, CA
- Pederson D R, Moran G (1995) A categorical description of infant-mother relationships in the home and its relation to Q-sort measures of infant-mother interaction. In: Waters E, Vaughn BE, Posada G, Kondo-Ikemura K (a cura di) *Caregiving, cultural, and cognitive perspectives on secure-*

- base behaviour and working models: New growing points of attachment theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60 (2-3, Serial No. 244): 111-132
- Shah PE, Fonagy P, Strathearn L (2010) Is attachment transmitted across generations? The plot thickens. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(3):329-345
- van IJzendoorn MH (1995) Adult attachment representations, parental responsiveness and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the adult attachment interview. *Psychological Bulletin*. Vol. 117:387-403
- van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ (2010) Invariance of adult attachment across gender, age, culture, and socioeconomic status? *Journal of Social and Personal Relationships*, 27:200-208
- Vaughn BE, Waters E (1990) Attachment behaviour at home and in the laboratory: Q-sort observations and Strange Situation classifications of one-year-olds. *Child Development*, 61: 1965-1973

10.1 La psicoterapia dinamica contemporanea

La tecnica e la pratica terapeutica di orientamento psicoanalitico sono notevolmente mutate negli ultimi decenni, in particolare per il minore consenso relativo ai concetti di pulsione e di energie psichiche in favore di un maggiore interesse suscitato dalla dimensione relazionale dell'esperienza terapeutica, dalle dinamiche emozionali (in termini di transfert e controtransfert), dai processi di mentalizzazione e dalla comunicazione non verbale.

Gli psicoanalisti contemporanei non tendono più a riferirsi a un unico indirizzo teorico, ma accettano contaminazioni e influenze dalle altre scienze della mente. A partire dai primi orientamenti (Psicologia dell'Io, teoria delle Relazioni Oggettuali, Psicologia del Sé), infatti, i modelli psicoanalitici si sono sviluppati verso direzioni sempre più complesse. Un contributo importante in questo senso è venuto in anni recenti dalla *Infant Research* (ad esempio dal lavoro di Daniel Stern) e dagli studi sulla mentalizzazione svolti dalla scuola inglese guidata da Peter Fonagy. Gli psicoterapeuti di matrice psicoanalitica oggi utilizzano nel proprio lavoro anche concetti teorici e tecniche ispirate alla Teoria Generale dei Sistemi e alla Cibernetica (che hanno fornito modelli efficaci per gli interventi sui gruppi e sulla famiglia, introdotto i concetti di causalità circolare, di feedback e di relazione terapeutica come sistema), al Cognitivismo (al quale si deve l'approfondimento di importanti funzioni mentali, come i sistemi di memoria), alle Neuroscienze (che contribuiscono alla descrizione funzionale delle aree sottostanti i processi mentali) e, soprattutto, alla Teoria dell'Attaccamento (che ha spostato l'attenzione sulla protezione dal pericolo come motivazione centrale del comportamento).

F. Baldoni (✉)

Laboratorio sulla Valutazione dell'Attaccamento,
Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Bologna
franco.baldoni@unibo.it

10.2 Attaccamento e psicoterapia dinamica

La teoria dell'attaccamento, pur essendo considerata dallo stesso Bowlby una variante della teoria delle relazioni oggettuali, ha tardato a fornire modelli concettuali e tecniche utili alla psicoterapia dinamica. Fino a pochi anni fa molti psicoanalisti continuavano a ritenere questa prospettiva come "antipsicoanalitica" e a pensare erroneamente che non fosse possibile organizzare un'interpretazione basata sull'attaccamento. Questo ritardo può essere spiegato dalla resistenza della psicoanalisi degli anni '60-'70 ad accettare una teoria che valorizzasse l'importanza dell'ambiente esterno rispetto a quello delle fantasie inconsce e minimizzasse il ruolo della pulsione sessuale come motivatore fondamentale del comportamento in favore della necessità di proteggersi dai pericoli. John Bowlby, inoltre, pur essendo uno psicoanalista formato nell'ambiente Kleiniano (il suo psicoanalista era stata Joan Riviere e la stessa Klein si era occupata della sua supervisione), era più interessato alla ricerca e alla speculazione teorica piuttosto che all'attività clinica (Holmes, 1993; Attili, 2007), per la quale non aveva una particolare inclinazione (lui stesso era consapevole di alcune inibizioni nella relazione con i propri pazienti). In ogni caso, solo dopo la pubblicazione del suo ultimo libro *Una base sicura* (Bowlby, 1988) la ricerca sull'applicazione terapeutica della terapia dell'attaccamento ha cominciato a svilupparsi seriamente.

In questo lavoro, per la prima volta, Bowlby espone il proprio pensiero clinico fornendo cinque indicazioni fondamentali per una *psicoterapia basata sulla teoria dell'attaccamento* (Tabella 10.1).

- *Fornire al paziente una base sicura* che gli permetta di esplorare gli aspetti infelici e angosciosi della propria vita.
- *Assistere il paziente nelle sue esplorazioni aiutandolo a riconoscere le modalità attuali di entrare in relazione con gli altri e di sviluppare relazioni intime*, in particolare quando si tratta di situazioni per lui negative.
- *Aiutare a riconoscere le modalità di relazione con il terapeuta* e l'influenza che i propri modelli operativi interni di sé e dei genitori hanno sul modo di percepir-

Tabella 10.1 I consigli di Bowlby per una psicoterapia basata sulla teoria dell'attaccamento

1. Fornire al paziente una base sicura.
2. Aiutare a riconoscere le modalità attuali di entrare in relazione con gli altri e di sviluppare relazioni intime.
3. Aiutare a riconoscere le modalità di relazione con il terapeuta e l'influenza che i propri modelli operativi interni hanno sul modo di percepirla.
4. Aiutare a riconoscere come la propria infanzia e adolescenza influenzano il modo di percepire e reagire al mondo (favorendo la comprensione e la riconciliazione verso le figure di attaccamento).
5. Aiutare a riconoscere come le proprie rappresentazioni di sé e degli altri, derivate da eventi dolorosi del passato o da messaggi distorti dei genitori, possano essere o non essere appropriate per il presente e futuro.

la (quello che la psicoanalisi chiama transfert).

- Incoraggiare a esaminare come gli *eventi relativi alla propria infanzia e adolescenza*, in particolare nella relazione con i genitori, influenzino oggi il modo di percepire e reagire al mondo. Questo processo è spesso doloroso e il paziente deve sentirsi legittimato a esprimere le emozioni negative, anche se angosciose o colpevolizzanti. Con il tempo la terapia può favorire la comprensione e la riconciliazione verso le figure di attaccamento.
- Rendere il paziente capace di *riconoscere come le proprie rappresentazioni di sé e degli altri* derivate da eventi dolorosi del passato o da messaggi distorti dei genitori (che spesso vengono male interpretate come “fantasie”) *possono essere o non essere appropriate per il suo presente e futuro*.

L'importanza dei consigli forniti da Bowlby è evidente. Il legame terapeutico, se efficace, si configura come una vera e propria *relazione di attaccamento*, in quanto presenta le principali caratteristiche di questa (Weiss, 1982, 1991): il bisogno di vicinanza (il paziente sente il bisogno di mantenere il contatto con il proprio terapeuta), la protesta per la separazione (basti pensare alle reazioni di alcuni pazienti ai momenti di sospensione della terapia) e l'effetto *base sicura* (Ainsworth, 1967; Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1979, 1988), cioè la particolare atmosfera di sicurezza e di fiducia che permette, una volta instaurata, di esprimere anche le emozioni negative o vergognose e di affrontare argomenti angosciosi, colpevolizzanti o spaventosi con la fiducia di essere protetto dal proprio terapeuta in caso di una sofferenza eccessiva.

Nella visione dell'attaccamento, inoltre, *i sintomi vengono interpretati come comportamenti difensivi* (comportamenti di attaccamento, strategie evitanti e ambivalenti) che si attivano di fronte alle situazioni di stress o di pericolo sulla base delle esperienze dolorose del passato e dei messaggi distorti dei genitori. Gli stessi comportamenti che nell'infanzia hanno protetto, però, potrebbero risultare inadeguati nella vita presente o futura.

Fondamentale è il concetto di *modelli operativi interni* (*Internal Working Models*, IWM), che si riferisce agli schemi mentali relativi all'attaccamento, cioè alle rappresentazioni interne di se stessi, delle proprie figure d'attaccamento e dell'ambiente, come pure delle relazioni che li legano (Bowlby, 1973). Questi modelli di relazione si sviluppano a partire dai primi anni di vita e vengono utilizzati per rapportarsi con l'esterno. In questo modo le esperienze passate, particolarmente quelle relative ai pericoli, possono essere conservate nel tempo generando aspettative che vengono utilizzate come guida influenzando i comportamenti futuri. Bowlby riteneva che i pattern di attaccamento si differenziassero in quanto i loro modelli operativi interni erano caratterizzati da funzioni cognitive specifiche, in particolare dall'uso differente dei sistemi di memoria (come quella procedurale, quella semantica, quella per immagini o quella episodica) (Bowlby, 1980). I modelli operativi interni sono alla base del transfert e influenzano la relazione terapeutica. Il concetto richiama quello psicoanalitico di mondo interno (fondamentale nella teoria delle relazioni oggettuali) e permette di comprendere in una nuova prospettiva fenomeni di rilevanza clinica per la psicoanalisi come i meccanismi di difesa, la coazione a ripetere, l'angoscia di separazione e le esperienze di perdita (Baldoni, 2010a).

La teoria dell'attaccamento si è rivelata un paradigma utile per lo sviluppo di nuove tecniche psicoterapeutiche individuali (Endres, Hauser, 2001; Holmes, 2001; Wallin, 2007; Jurist, Slade, Bergner, 2008; Slade, 2008; Milch, Sahhar, 2010), di gruppo, familiari (Doane, Diamond, 1994; Byng-Hall, 1995, 1999; Fearon et al., 2006; Johnson, 2008), per il trattamento dei bambini e l'assistenza alla genitorialità (avvalendosi anche di metodiche di videofeedback e parent training) (Cicchetti et al., 1999; Cassibba, van IJzendoorn, 2005; Juffer, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, 2007; Berlin, Zeanah, Lieberman, 2008; Slade, 2010).

Nell'ultimo decennio, inoltre, gli studi sulla mentalizzazione, sviluppati integrando ricerche sull'attaccamento con altre di matrice psicoanalitica, cognitivista e neuroscientifica, sono risultati particolarmente utili per la comprensione del processo clinico e per la tecnica psicoterapeutica dinamica.

Il termine *mentalizzazione* (Fonagy et al., 2002; Allen, Fonagy, 2006; Fonagy, Gergely, Target, 2008) si riferisce al "processo mentale attraverso cui un individuo interpreta, implicitamente ed esplicitamente, le azioni proprie e degli altri come aventi un significato sulla base di stati mentali intenzionali come i desideri, i bisogni, i sentimenti, le credenze e le motivazioni personali" (Bateman, Fonagy, 2004, pp. XV-XVI). Con *funzione riflessiva* (Fonagy et al., 1991; Fonagy, Target, 2001) si indica la "operazionalizzazione" a scopo di ricerca del concetto di mentalizzazione. Dal punto di vista clinico, comunque, i due termini possono essere considerati sinonimi (Baldoni, 2010a).

Le capacità di mentalizzazione sono alla base dell'empatia e permettono di andare al di là dell'atteggiamento esteriore per arrivare a cogliere lo stato psicologico che ha motivato un determinato modo di agire. Le attribuzioni relative agli stati mentali di sé e degli altri conseguenti all'esercizio della mentalizzazione vengono incorporate sotto forma di modelli operativi interni e questo processo è profondamente legato alla qualità delle relazioni d'attaccamento (Fonagy, 2001; Fonagy, Target, 2001).

Il concetto di mentalizzazione risulta particolarmente utile per lo psicoterapeuta di orientamento psicodinamico. L'elaborazione del controtransfert, infatti, è in funzione delle capacità di mentalizzazione del terapeuta ed è fondamentale che egli faccia percepire al paziente che sta riflettendo su di lui considerandolo in termini di stati mentali. Nei malati più gravi questo atteggiamento mentalizzante è più importante dell'interpretazione. Il concetto di mentalizzazione ha delineato nuove prospettive nella terapia dei pazienti che manifestano disturbi di strutturazione del sé, scarso controllo delle emozioni e degli impulsi e difficoltà empatiche (disturbi di personalità, comportamenti antisociali e violenti, dipendenze da sostanze o da condotte patologiche, soggetti alessitimici o con falso sé, pazienti con disturbi del comportamento di malattia quali ipocondria, disturbi di somatizzazione e sindromi mediche funzionali) (Baldoni, 2010a).

Recentemente sono stati proposti specifici protocolli terapeutici integrati che favoriscono la mentalizzazione utilizzando come paradigma la teoria dell'attaccamento e combinando tecniche psicoanalitiche, cognitivo-comportamentali e sistemiche con un'eventuale farmacoterapia (Jurist, Slade, Bergner, 2008; Slade, 2008), quali il *Brief Attachment-Base Intervention* (BABI) (Holmes, 2001), la *Mentalization Based Therapy* (MBT) (Bateman, Fonagy, 1999, 2004, 2008; Allen, Fonagy, 2006; Al-

len, Fonagy, Bateman, 2008) e la *Short-term Mentalization And Relational Therapy* (SMART) o *Mentalization-Based Family Therapy* (MBFT) (Fearon et al., 2006).

10.3 La psicoterapia dinamica basata sul Modello Dinamico-Maturativo

Il *Modello Dinamico-Maturativo* dell'attaccamento (*Dynamic-Maturational Model*, DMM), sviluppato grazie al contributo di Patricia Crittenden (Crittenden, Ainsworth, 1989; Crittenden, 2000, 2006, 2008a,b), tiene in considerazione il contributo della psicoanalisi, della psicologia evolutiva, della psicologia cognitiva, delle neuroscienze e delle teorie evolucionistiche e sistemiche e offre una visione dello sviluppo dell'individuo e delle sue capacità di adattamento che costituisce una guida preziosa per l'organizzazione di un intervento psicoterapeutico.

I punti centrali del DMM sono i seguenti:

- ripercorrendo la strada tracciata originariamente da Bowlby e dalla Ainsworth i comportamenti umani sono interpretati in una prospettiva evolucionistica (cioè in termini di selezione naturale e di adattamento all'ambiente) e vengono inseriti all'interno del ciclo vitale dell'individuo e della sua famiglia.
- Per ogni fascia di età vengono utilizzati strumenti di valutazione dell'attaccamento specifici (Farnfield et al., 2010) come il *Child-Adult Relationship Experimental Index* (CARE-Index, nelle versioni Infant, 0-15 mesi e Toddler, 16-72 mesi) (Crittenden 1979-2007), la *Strange Situation* (SS) (Crittenden, 2003), il *Preschool Assessment of Attachment* (PAA) (Crittenden 1988-2004), lo *School-age Assessment of Attachment* (SAA) (Crittenden, 1997-2007; Crittenden, Landini, 1999-2005) la *Transition to Adulthood Attachment Interview* (TAAI) (Crittenden, 2005) e la *Adult Attachment Interview* (AAI) (Crittenden, 1999; Crittenden, Landini, 2011).
- Si pone maggiore enfasi sulla necessità di *proteggersi dal pericolo*, quindi sull'influenza di questo per l'evoluzione dei processi di attaccamento, piuttosto che sulla ricerca di una base sicura, cioè di quel clima di sicurezza all'interno della relazione con la propria figura di attaccamento che favorisce l'esplorazione (anche se questi due aspetti possono essere considerati i lati di una stessa medaglia).
- Le persone si differenziano sulla base delle loro capacità di elaborare le *informazioni cognitive* (logico-razionali, basate su contingenze temporali e valutazioni di causa ed effetto) e le *informazioni affettive* (o emozionali, basate sull'intensità della stimolazione). Sulla base di queste differenze possono essere individuate le configurazioni di attaccamento: i pattern A (distanzianti) privilegiano le informazioni cognitive e inibiscono o falsificano quelle affettive, quelli C (preoccupati) si fanno guidare dalle informazioni affettive e falsificano quelle cognitive, quelli B (equilibrati) integrano la cognitività con l'affettività senza alterarle.
- Il DMM, basandosi sull'analisi delle diverse modalità di elaborazione delle informazioni, del diverso utilizzo dei sistemi di memoria e delle strategie di

comportamento nei confronti del pericolo, propone un nuovo *sistema di classificazione dell'attaccamento* che deriva da quello sviluppato da Mary Ainsworth (Ainsworth et al., 1978; Ainsworth, 2006), ma presenta numerose integrazioni ed espansioni, in particolare la possibilità di stili di *attaccamento distanziante o preoccupato ad alto indice* (A3-8 e C3-8) che si sviluppano in contesti in cui l'individuo è esposto a condizioni significative di pericolo psicologico o fisico. Vengono inoltre individuati dei pattern misti, uno *distanziante/preoccupato* (A/C), in cui le due strategie si alternano, e uno in cui le informazioni affettive e cognitive sono falsamente integrate (AC). Nel DMM tutte le configurazioni di Ainsworth e Main sono comunque mantenute (tranne le categorie disorganizzate, che in questo approccio non vengono contemplate). Si considera però la possibilità che l'espressione del pattern di attaccamento sia alterata dalla presenza di *modificatori*, che sono un indice dello stato globale di adattamento della strategia di attaccamento al contesto attuale (vedi capitolo 8).

- I diversi pattern di attaccamento (e le strategie comportamentali che li caratterizzano) rappresentano un tentativo di adattamento all'ambiente, si sviluppano in determinate condizioni relazionali e ambientali e vanno valutati nel loro contesto attuale sulle base della loro efficacia a proteggersi dai pericoli.
- I pattern di attaccamento nel corso della vita possono evolvere, in quanto possono subire delle modificazioni (*riorganizzazioni*), sia in funzione dello sviluppo che in seguito a eventi esistenziali importanti (come una malattia, un trauma o un lutto, una relazione sentimentale di coppia, la genitorialità o una psicoterapia).

Un vantaggio del DMM è che considera tre livelli distinti del funzionamento umano, ognuno dei quali può essere oggetto specifico di trattamenti anche diversi (Crittenden, 2008a): le distorsioni di pensieri e affetti, che possono comportare inadeguatezze del comportamento, gli aspetti relazionali (in particolare quelli familiari) e le strategie utilizzate per proteggersi dal pericolo. Le stesse tecniche di valutazione del DMM poi, in quanto esperienze relazionali, oltre a fornire informazioni fondamentali sulla configurazione di attaccamento del paziente possono costituire una prima occasione di trattamento e di sviluppo di un'alleanza terapeutica. Le innovazioni introdotte dalla teoria dell'attaccamento e dal DMM risultano quindi straordinariamente utili e compatibili con una psicoterapia di tipo psicoanalitico, per cui oggi si può parlare di una "Psicoterapia Dinamica basata sul DMM" (*DMM based Dynamic Psychotherapy* o DMM-DP) (Baldoni, 2011a).

Nella Tabella 10.2 sono esposte le principali differenze tra la psicoterapia psicoanalitica contemporanea, quella che si ispira alla teoria dell'attaccamento adottando la classificazione della scuola di Mary Main (per il bambino: Evitante, A, Sicuro, B, Resistente/ambivalente, C, Disorganizzato/disorientato, D; per l'adulto: Distanziante, Ds, Sicuro, F, Preoccupato, E, Irrisolto rispetto a traumi o lutti, U) e quella basata sul DMM (per il bambino e per l'adulto: Distanziante, A, Equilibrato, B, Preoccupato, C).

Vediamo ora con maggiore dettaglio in che modo il DMM può risultare una guida preziosa per il trattamento psicoanalitico.

1) In primo luogo il DMM *analizza i problemi clinici in termini di strategie di at-*

Tabella 10.2 Confronto tra modelli in psicoterapia dinamica

	Psicoanalisi contemporanea	Attaccamento A/Ds-B/F-C/E-D/U	Attaccamento DMM
Concetti chiave	Relazione, inconscio, transfert, controtransfert, conflitti, resistenze (minore importanza delle pulsioni)	Relazione di attaccamento, base sicura, modelli operativi interni, mentalizzazione	Pericolo, adattamento, cognitività, affettività, sistemi di memoria, pattern, strategie di autoprotezione
Motivazioni	Soddisfare i bisogni, limitare la sofferenza	Ricerca di sicurezza	Protezione dal pericolo
Modelli	Conflitto, simbolo, struttura di personalità	Attaccamento sicuro e insicuro. Pattern: A-B-C+D/Ds-F-E-U	Pattern: A-B-C, a basso e alto indice, pattern misti, modificatori
Difese	Nevrotiche o primitive	Comportamenti di attaccamento, esclusione difensiva, ambivalenza	Strategie di protezione dal pericolo
Patologia	Psiconevrosi, perversione, disturbi di personalità, psicosi	Attaccamento disfunzionale, perdita, trauma	Adattamento disfunzionale Modificatori (UTr, UI, Dp, DO, ina)
Valutazione	Colloquio, test proiettivi, manuali: PDM, OPD	Colloquio, SS, AAI, questionari	Colloquio, CARE-Index, SS, PAA, SAA, TAAI, AAI
Tecnica	Analisi di: libere associazioni, sogni, atti mancati, resistenze e transfert Elaborazione del controtransfert Focalizzazione sul non verbale e sul setting Atteggiamento empatico Interpretazione (minore importanza nei pazienti gravi)	Promuovere una base sicura Favorire l'esplorazione Identificare i modelli operativi interni Analisi del comportamento di fronte al pericolo Atteggiamento mentalizzante Valutazione del non conscio	Teorie differenti (psicoanalisi, sistemica, cognitivismo, comportamentismo, neuroscienze) Tecniche differenti (libere associazioni, interpretazioni, riformulazioni, domande, CBT) Studio delle strategie difensive in base al contesto familiare e al pericolo Terapia personalizzata in funzione di età, pattern e strategie di autoprotezione

PDM, Manuale Diagnostico Psicodinamico; *OPD*, Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata; *CBT*, Cognitive-Behavioral Therapy; *CARE-Index*, Child-Adult Relationship Experimental Index; *SS*, Strange Situation; *PAI*, Preschool Assessment of Attachment; *SAA*, School-age Assessment of Attachment; *TAAI*, Transition to Adulthood Attachment Interview; *AAI*, Adult Attachment Interview.

taccamento e di rapporto con l'ambiente. Considerando il pattern del paziente, quali sono le sue modalità di rapportarsi con gli altri (in particolare con il clinico)? Cosa lo fa sentire sicuro e cosa lo rende insicuro (attivando le sue strategie di protezione)? Quali pericoli ha vissuto in passato e quali sono le situazioni attuali in cui si pone in pericolo? Bisogna considerare che l'espressione dei comportamenti di attaccamento del paziente potrebbe essere alterata dalla presenza di "modificatori", come la *Depressione* (Dp), il *Disorientamento* (Do), l'*Intrusione di affetti negativi proibiti* (*Intrusion of Negative Affects*, INA), la presenza di *Traumi o Lutti irrisolti* (U/tr e U/l) e la *Riorganizzazione* (R). In particolare il DMM si rivela prezioso per il riconoscimento e il trattamento dei disturbi psicologici conseguenti a *traumi e lutti irrisolti* (malattie o morte di genitori o di fratelli, separazioni, divorzi, abbandoni, maltrattamenti e abusi sessuali o fisici). Queste condizioni traumatiche possono comportare intense reazioni preoccupate di angoscia e allarme, oppure essere distanziate attraverso l'inibizione degli affetti penosi che li accompagnano (rabbia, paura, vulnerabilità), fino a essere bloccate nei casi in cui il paziente non riesce neppure a pensare alla propria esperienza. Nei casi di traumi o lutti preoccupati sono utili strategie terapeutiche mentalizzanti volte a regolare il controllo e la regolazione delle emozioni (Baldoni, 2010a). Quando la reazione è distanziante i trattamenti cognitivo-comportamentali dovrebbero essere evitati e la cura dovrebbe essere focalizzata sull'espressione degli affetti negativi inibiti (Purnell, 2010).

Come indicato da Bowlby (1988), i pattern e i comportamenti del paziente non possono essere considerati di per sé sani o patologici, ma adeguati o inadeguati rispetto allo specifico contesto a cui sono applicati. Molti comportamenti che oggi vengono considerati patologici, in passato, nell'ambiente in cui si sono sviluppati, hanno svolto una funzione protettiva, anche se possono risultare inadeguati al contesto attuale. In questo senso, è necessario studiare il passato del paziente per comprendere il suo presente e predirne il comportamento futuro. Secondo il DMM, infatti, ogni stile di attaccamento può essere considerato la risposta a uno specifico tipo di pericolo e nelle diverse situazioni può comportare aspetti adattativi e non adattativi. I pattern insicuri (e i comportamenti sintomatici che frequentemente li caratterizzano), ad esempio, possono risultare utili nel proteggere l'individuo in ambienti ad alto rischio e scarsamente affidabili. La psicopatologia, in questa prospettiva, è il risultato dell'inadeguatezza delle condotte protettive del soggetto rispetto alle condizioni in cui vengono manifestate. Lo stesso Bowlby, per evitare che un determinato pattern fosse connotato negativamente, aveva suggerito alla Aisworth di utilizzare, per la classificazione dell'attaccamento infantile alla Strange Situation, solo lettere (A, B, C) che non evocassero una discriminazione di valore (patologico-non patologico). Questa focalizzazione sulla funzione adattiva delle strategie di attaccamento si rivela di notevole importanza clinica, in quanto permette di spiegare lo sviluppo e il mantenimento di disturbi psicopatologici, evitando di assumere nei confronti dei pazienti posizioni moralistiche o socialmente discriminanti (Baldoni, 2010a).

- 2) Il DMM presta *attenzione sia allo stile di attaccamento del paziente che a quello del terapeuta*, e considera le diverse interazioni tra i due pattern. Analizzando

la *configurazione di attaccamento del paziente*, il terapeuta può considerare la specifica capacità di elaborare le informazioni cognitive e affettive, e sulla base di questi elementi scegliere le modalità relazionali e gli interventi più appropriati (comprese le interpretazioni). Un paziente distanziante (A), ad esempio, dovrà essere rispettato nella propria necessità di ricevere informazioni chiare e organizzare il pensiero in modo relativamente razionale, ma anche essere aiutato nell'espressione delle emozioni, particolarmente quelle negative. Diversamente un paziente preoccupato (C) richiederà maggiore attenzione a non colludere con i suoi stati mentali e un atteggiamento più fermo e costante di contenimento psicologico volto a migliorare la regolazione delle emozioni e dei loro correlati somatici (Meyer et al., 2001; Purnell, 2010; Baldoni, 2010a). Lo stile relazionale del terapeuta, quindi, potrà organizzarsi in modo relativamente "complementare" a quello del paziente evitando, soprattutto all'inizio, di esporlo troppo precocemente a condizioni per lui eccessivamente ansiogene o confusive.

Gli *stili di attaccamento dei clinici*, però, in particolare degli psicoterapeuti, tendono a differenziarsi da quelli della popolazione generale, configurandosi più frequentemente come stili insicuri caratterizzati, in particolare, da traumi o lutti non risolti (come malattie o morte di un familiare) che possono essere alla base della loro motivazione a scegliere una professione di aiuto (Dozier, Cue, Barnett, 1994; Wilkinson, 2003; Lambruschi, 2008; Dinger et al., 2009; Holmes, 2009). Queste caratteristiche influenzano inevitabilmente la relazione clinica (Baldoni 2008a; Baldoni, 2010a). In particolare è emerso come un terapeuta con attaccamento sicuro (B) sia maggiormente in grado di modificare il proprio atteggiamento in funzione delle caratteristiche e dei bisogni del paziente, mentre i terapeuti insicuri distanzianti (A) o preoccupati (C) risultino relativamente adeguati solo nel trattamento di pazienti con stili di attaccamento opposto, in quanto si verifica una parziale compensazione delle rispettive capacità di trattare le informazioni cognitive e affettive (Fig. 10.1).

Quando uno *psicoterapeuta distanziante (A)*, infatti, si incontra con un paziente

Clinico	Paziente	Risultati
A (distanziante)	A	Approccio rigidamente tecnico-cognitivo Aree inesplorate ed evitate Distanziamento emozioni negative Affettività falsa
C (preoccupato)	C	Enfasi emotiva Eccesso di aspettative Prolungarsi delle consultazioni Conflitti relazionali
A	C } A }	Parziale compensazione Difficoltà di comprensione Interruzione terapia
B (sicuro/equilibrato)	A, B, C	Mentalizzazione Integrazione affettiva e cognitiva Strategie adattate al paziente

Fig. 10.1 Influenza dei modelli operativi interni sulla relazione clinica

con le stesse caratteristiche, i loro stili di attaccamento, con ogni probabilità, coluderanno e la relazione tenderà a essere caratterizzata da: interventi più direttivi e spostati sugli aspetti razionali (approccio rigidamente tecnico, prescrizioni cognitivo-comportamentali, spiegazioni intellettuali dei disturbi, focalizzazione sulla dimensione somatica); evitamento di aree problematiche che rimarranno poco esplorate (difficoltà relazionali, depressione, fantasie di morte o suicidarie, traumi o lutti non risolti); distanziamento sistematico delle emozioni negative con la tendenza da parte di entrambi a falsificare gli affetti pericolosi per il Sé (ad esempio sorridere o scherzare quando si affrontano argomenti dolorosi o spaventosi) (Baldoni, 2008a, 2010; Romano, Janzen, Fitzpatrick, 2009).

Anche quando uno *psicoterapeuta preoccupato* (C) si relaziona con un paziente con lo stesso pattern di attaccamento si potrà manifestare una collusione tra i due atteggiamenti, con la tendenza da parte di entrambi a enfatizzare le emozioni e ad alimentare aspettative di cura eccessive e irrealistiche. In questi casi sarà difficoltoso mantenere la relazione all'interno di limiti corretti e si manifesterà la propensione a prolungare le consultazioni oltre l'orario stabilito. All'inizio della terapia, paziente e clinico potranno anche avere l'impressione di trovarsi sulla stessa lunghezza d'onda (come se fossero amici), ma con il tempo tenderanno a manifestarsi intense nevrosi di transfert (conseguenti alla delusione delle reciproche aspettative relative ai propri modelli operativi interni), con reazioni polemiche, provocazioni, conflitti relazionali ed eventuale interruzione della terapia.

Quando uno psicoterapeuta insicuro si incontra con un paziente con *caratteristiche opposte*, invece, potrà verificarsi, come si è detto, una parziale compensazione. Gli studi hanno dimostrato, infatti, che questa condizione è spesso correlata a una relazione terapeutica soddisfacente, soprattutto se lo psicoterapeuta è distanziante, ma potranno manifestarsi anche agiti controtransferiali, mancanze e incomprensioni riguardanti le aree trascurate o problematiche dei reciproci stili di attaccamento (come l'affettività per i soggetti distanziati e la cognitività per quelli preoccupati), con il risultato di una difficoltà di comprensione reciproca e di condivisione dei risultati (Mohr, Gelso, Hill, 2005). Una delle conseguenze potrà essere la scarsa compliance terapeutica o, anche in questo caso, l'interruzione improvvisa della cura.

Le ricerche hanno dimostrato che un *atteggiamento terapeutico complementare* allo stile di attaccamento del paziente (cioè che si adatta alle caratteristiche di quest'ultimo), risulta particolarmente importante all'inizio della terapia ed è positivo solo se assume il significato di una gratificazione iniziale e consapevole dei bisogni transferiali del paziente favorendo una valida alleanza terapeutica (*Working Alliance*, WA) (Daly, Mallinckrodt, 2009). Con il tempo, però, può diventare una modalità relazionale collusiva che porta all'evitamento delle aree problematiche interferendo con il processo terapeutico (Mohr, Gelso, Hill 2005; Baldoni 2008a; 2010a).

Uno *psicoterapeuta sicuro/equilibrato* (B), comunque, integrando mentalizzazione, informazioni cognitive, affettività e competenza comunicativa con una valida capacità di analisi dei problemi, affronterà la relazione terapeutica in modo più consapevole e collaborerà con il paziente adattandosi al meglio al suo stile

di attaccamento e alle sue specifiche caratteristiche e necessità (Dozier, Cue, Barnett, 1994; Shorey, Snyder, 2005; Romano, Fitzpatrick, Janzen, 2008).

Nel caso in cui un *paziente con attaccamento sicuro* si rivolga a un clinico con attaccamento insicuro distanziante o preoccupato, comunque, cercherà di favorire il compito dell'altro, compensandone i limiti e valorizzandone le competenze. Le metanalisi della letteratura di ricerca, infatti, hanno evidenziato che la sicurezza del paziente è correlata allo sviluppo di una valida alleanza terapeutica (Diener, Hilsenroth, Weinberger, 2009; Diener Monroe, 2011). Quando la relazione terapeutica, però, non risulterà soddisfacente, il paziente non avrà difficoltà a rivolgersi a un altro psicoterapeuta.

- 3) I *metodi per la valutazione dell'attaccamento* nelle diverse fasce di età sviluppati dal DMM (Farnfield et al., 2010) comportano di per sé aspetti terapeutici. Per quanto riguarda l'intervento terapeutico su un bambino e sulla sua famiglia risulta particolarmente utile il CARE-Index, basato sulla videoregistrazione della relazione spontanea tra bambino e genitore. Questa procedura può essere utilizzata come tecnica di *video-feedback* nelle terapie di famiglie ad alto rischio (bambini con patologie fisiche o somatiche o nati pretermine, madri adolescenti, genitori tossicodipendenti o con disturbi psichiatrici, famiglie abusanti, adozioni problematiche) (Blows, 2009; Crittenden, 2008a, 2008b, 2010; Karlsen, 2010; Kurtz, Jungmann, 2010; Pillhofer, Ziegenhain, 2010; Svanberg, Mennet, Spieker, 2010). Oltre al CARE-Index, possono essere utilizzati allo stesso fine anche altre tecniche non specifiche del DMM, come il Lausanne Trilogue Play (LTP), una tecnica videoregistrata di valutazione della relazione madre-padre-bambino in una prospettiva triadica (Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery, 1999), il *Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting* (VIPP) e la sua variante (VIPP-R) associata a riflessione sulle rappresentazioni relative all'attaccamento (Cassibba, van IJzendoorn, 2005; Juffer, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, 2007; Berlin, Zeanah, Lieberman, 2008).

La visione dei filmati, accompagnata dai commenti, suggerimenti e incoraggiamenti del terapeuta, promuove le capacità riflessive e la sensibilità dei genitori, aiutandoli ad assumere atteggiamenti più adeguati nei confronti del bambino e del proprio partner. Questo promuove il benessere mentale e relazionale della coppia, favorisce lo sviluppo di legami di attaccamento più efficaci e, in una prospettiva transgenerazionale, comporta effetti positivi e duraturi sullo sviluppo del figlio.

- 4) Sono possibili *interventi di Parent Training* basati sul DMM (*DMM based Parent Training*, DMM-PT), che integrano interventi psicodinamici con altri di tipo psicoeducativo (compreso l'eventuale utilizzo di tecniche di *video-feedback*). Un numero sempre maggiore di genitori si rivolge allo psicologo per essere aiutati a capire i propri figli. In molti casi si sentono angosciati e arrabbiati perché tormentati dai loro comportamenti coercitivi e capricciosi, oppure colpevoli perché hanno fallito nei propri tentativi di educarli. I loro figli spesso hanno comportamenti problematici in famiglia o a scuola. Molti di questi bambini rischiano di ricevere una diagnosi psichiatrica e di essere sottoposti a una terapia psicofarmacologica. Aiutare questi genitori a dare un significato non patologico al proprio comportamento e a quello dei figli è fondamentale. Una condotta disturbata o distur-

bante può rappresentare un tentativo di adattamento in un ambiente dove i genitori (e gli altri adulti, come i nonni o gli insegnanti) sono incostanti, contraddittori e imprevedibili nell'esercitare la propria funzione (a volte sono assenti, altre volte iperprotettivi). Far capire ai genitori che sono loro i principali "terapeuti" dei propri figli rinforza l'autostima, li responsabilizza e permette di ridurre la tendenza a delegare ad altri le proprie funzioni. È spesso possibile aiutarli a riconoscere l'importanza di una maggiore coerenza educativa, di non litigare davanti ai figli e di non promettere cose che poi non si mantengono (come premi e punizioni). Spesso questo richiede interventi che valorizzino la vita di coppia (e ne rinforzino l'alleanza) e un aiuto ad affrontare i conflitti relazionali (anche con le proprie famiglie di origine). Un bambino che vive il proprio genitore come presente e sensibile, ma allo stesso tempo chiaro nel proprio ruolo e fermo e autorevole nelle richieste educative, si sente sicuro e incoraggiato nell'affrontare le sfide della vita.

- 5) Riguardo all'*utilizzo clinico dell'Adult Attachment Interview (AAI)* la sua somministrazione e codifica secondo il DMM la rende uno strumento prezioso per la psicoterapia dinamica dell'adulto (Heller, 2008; Kozłowska, 2010a, 2010b; Sahhar, 2010, 2011; Wilkinson, 2010; Baldoni, 2010b, 2011a, 2011b, in corso di stampa). È probabilmente la prima volta che si affrontano in modo sistematico e in un unico colloquio argomenti così importanti come la vita familiare, la relazione con i genitori, le esperienze pericolose, i traumi e i lutti. Il soggetto è messo nelle condizioni di raccontarsi, di esprimere emozioni, di riflettere sul proprio passato e sulle sue relazioni con il presente, sui propri stati mentali, sulle espressioni dei propri modelli operativi interni, sul proprio comportamento e sulle eventuali incongruenze e discrepanze (che possono essere colte attraverso le proprie capacità metacognitive e di insight). Questo risulta terapeuticamente utile in quanto favorisce la consapevolezza e i processi di mentalizzazione. In secondo luogo, al pari di un colloquio clinico, l'AAI è una procedura focalizzata sulla relazione umana e questo offre l'occasione al terapeuta e al paziente di riportare la propria esperienza passata al "qui e ora" della relazione clinica.

Oltre agli aspetti terapeutici intrinseci della procedura della AAI che abbiamo descritto (essere in relazione, raccontarsi, riconoscimento delle discrepanze, comunicare le emozioni, ascolto empatico da parte dell'intervistatore), la restituzione della codifica della AAI può offrire un'occasione preziosa per ridefinire i problemi del paziente e motivarlo a intraprendere un percorso terapeutico (Tabella 10.3). Come si è detto, l'AAI permette al terapeuta di riconoscere la configurazione di attaccamento del paziente e le strategie utilizzate per proteggersi dal pericolo. Questo guida nella scelta degli atteggiamenti clinici e delle parole più efficaci per essere compresi senza risultare traumatici per il paziente. Tutto questo ha evidenti implicazioni terapeutiche.

Un *setting di assessment clinico* che si avvale della AAI può essere organizzato in questo modo: 1) un primo colloquio clinico, alla fine del quale si propone al paziente di sottoporsi alla AAI; 2) un secondo incontro in cui si somministra l'AAI; 3) un terzo incontro di restituzione ed eventuale indicazione di trattamento. Un setting simile può essere utilizzato anche nella prospettiva di un trattamento di

Tabella 10.3 Implicazioni cliniche dell'*Adult Attachment Interview* (AAI)]**Intrinseche alla procedura**

- Metacognizioni, insight, riconoscimento delle proprie contraddizioni e discrepanze di pensiero (monitoraggio metacognitivo)
- Fattori specifici (raccontarsi, essere in relazione, comunicare le emozioni, ascolto empatico)

Specifiche

- Restituzione sulla codifica
- Indicazioni per il trattamento

Esempio di assessment clinico

1. Colloquio clinico
2. Somministrazione AAI
3. Colloquio di restituzione ed eventuale indicazione di trattamento

coppia o di un intervento su genitori. In questo caso si proporranno quattro incontri, due dei quali riservati alla somministrazione individuale della AAI a ciascun membro della coppia.

- 6) Per quanto riguarda la *tecnica terapeutica* da utilizzarsi in trattamenti dinamici a breve o a lungo termine, il DMM si rivela una guida preziosa nella formulazione di *interventi di natura verbale* (domande, osservazioni, riformulazioni, interpretazioni, *self-disclosure*). In particolare sono possibili *interpretazioni* che aiutino il paziente a riconoscere il significato adattivo e difensivo dei propri comportamenti, in particolare quelli che si attivano nelle situazioni di pericolo sia passate (in particolare nella famiglia durante l'infanzia e l'adolescenza) che nella vita presente (compresa la relazione terapeutica). L'interpretazione deve essere accompagnata da una validazione empatica delle risposte emotive del paziente (rabbia, paura, sensi di impotenza e vulnerabilità), che ricondotte al loro contesto possono essere meglio comprese facendolo sentire meno malato e colpevole. Questi interventi si rivelano particolarmente importanti per i pazienti che manifestano una mancata elaborazione di traumi o di lutti o che in passato hanno subito deprivazioni e maltrattamenti (Baldoni, 2008b, 2010b, 2011b, in corso di stampa). Nel trattamento dei pazienti più gravi, però, in linea con i dati della letteratura psicodinamica più recente (Baldoni, 2010a), viene posta una minore enfasi sull'interpretazione, a favore di altri strumenti di cura quali l'*elaborazione del controtransfert* e l'*analisi delle dinamiche relazionali*, prestando molta attenzione ai *processi di mentalizzazione*, alla *costanza del setting* (che agisce da contenitore emotivo e che, se violato, può turbare il paziente) e al *comportamento non verbale*. Questi interventi, per risultare efficaci, richiedono spontaneità e autenticità, in quanto sono basati sulle proprie capacità procedurali (cioè sono comportamenti conseguenti al recupero di informazioni prevalentemente inconsce dalla memoria procedurale). Assumere un'espressione del volto e un atteggiamento corporeo in sintonia con gli stati mentali dell'altro, anche quando sono masche-

rati o falsificati dal suo comportamento (ad esempio sorride quando parla di un argomento doloroso o spaventoso), svolge una funzione fondamentale sul piano terapeutico. Lo stesso vale quando si esprime con un gesto (un movimento della mano, un contatto corporeo, uno sguardo) la comprensione di uno stato mentale dell'altro, anche quando non è stato comunicato in modo esplicito sul piano verbale (ad esempio di fronte a un silenzio) o nel rispettare i turni nella comunicazione (verbale e non verbale) lasciando spazio anche all'altro. Questi elementi non verbali, fondamentali per la tecnica terapeutica dinamica contemporanea, sono basati sulla mentalizzazione implicita e ricordano l'intesa tra i musicisti durante l'improvvisazione (come ad esempio nel jazz) (Baldoni, 2011a).

- 7) Il DMM offre una chiave di lettura che *inserisce le persone all'interno dei propri sistemi*, in particolare della famiglia. I problemi vengono sempre affrontati studiando le funzioni difensive del comportamento nei diversi contesti di pericolo e tenendo conto delle relazioni familiari, sia quelle passate che quelle presenti, comprese quelle con la famiglia di origine, con il partner e gli eventuali figli.
- 8) Al fine di una cura adeguata, il DMM considera la possibilità di un'*integrazione tra diversi trattamenti*, contemplando interventi psicoanalitici (libere associazioni, interpretazione, lavoro sulla relazione, valorizzazione del controtransfert, dell'empatia, della comunicazione non verbale e della costanza del setting), cognitivisti (identificazione dei pensieri e degli atteggiamenti problematici, ristrutturazione cognitiva), cognitivo-comportamentali (prescrizioni, tecniche di desensibilizzazione, interventi psicoeducativi) e sistemici (domande circolari, strategiche o riflessive, trattamenti familiari e di gruppo). Di conseguenza lo psicoterapeuta tende ad assumere un ruolo più attivo rispetto a quello della psicoanalisi classica. Le diverse tecniche possono essere utilizzate dallo stesso terapeuta o da terapeuti differenti all'interno di un protocollo di trattamento integrato. Il fine è quello di offrire una *cura personalizzata in funzione delle caratteristiche del paziente*: la sua età, la sua storia passata e presente, il suo pattern di attaccamento, le strategie difensive, la presenza di eventuali modificatori, cosa lo fa sentire insicuro, le attuali condizioni di pericolo, le capacità di adattamento, il contesto relazionale familiare e socioculturale (lavoro, condizioni economiche, livello di istruzione, appartenenza a specifici gruppi etnici, eventuale emarginazione).
- 9) La *formazione dello psicoterapeuta* è fondamentale. In primo luogo bisogna acquisire una valida formazione riguardo al DMM. La modalità più comune è quella di frequentare corsi sugli strumenti per la valutazione dell'attaccamento caratteristici di questo modello, all'interno dei quali, gradualmente, si è introdotti alla prospettiva dinamico-maturativa. Nonostante i corsi sul CARE-Index, sul PAA e sul SAA attraggano maggiormente gli psicoterapeuti dell'età evolutiva e invece quelli sulla AAI i terapeuti che lavorano con gli adulti, una buona conoscenza del modello richiede una competenza di base su tutti questi strumenti.

Non meno importante, come sostenuto da sempre dalla psicoanalisi, è lavorare su di sé come paziente e avere consapevolezza delle proprie caratteristiche psicologiche, in particolare del proprio stile di attaccamento e delle proprie esperienze personali di trauma o di lutto (specialmente quelle meno elaborate e ancora fonte di sofferenza). Se clinico e paziente hanno vissuto esperienze simili

non risolte, infatti, si attiveranno in entrambi strategie difensive distanzianti (interventi direttivi, enfasi sugli aspetti tecnici o cognitivi, evitamento di quelli emotivi) o preoccupate (argomentazioni confuse, ostilità, falsa incompetenza) che influenzeranno negativamente il processo di valutazione diagnostica e il trattamento. È quindi necessario che il clinico riconosca ed elabori psicologicamente le proprie difficoltà, anche se tale capacità può essere sviluppata in modo approfondito solo attraverso un'esperienza psicoterapeutica che permetta di riflettere su di sé come paziente (Baldoni, 2010a; 2011a).

- 10) Infine, utilizzare la prospettiva del DMM implica una regolare attività di *follow-up* e la conduzione di studi empirici randomizzati e controllati (*Randomized Controlled Trials*, RCT) che confermino l'efficacia del trattamento secondo una prospettiva *evidence-based*. Nonostante gli psicoanalisti abbiano per anni manifestato una certa riluttanza a sottoporre il proprio lavoro clinico a ricerche di validazione, anche per problemi di ordine metodologico legati alla complessità del trattamento (Gunderson, Gabbard, 1999; Gabbard, 2010), negli ultimi anni, sotto la spinta dei lavori pubblicati sull'efficacia delle terapie cognitivo-comportamentali (*Cognitive-Behavioral Therapy*, CBT), sono stati organizzati studi longitudinali randomizzati e controllati su ampi campioni di pazienti sottoposti a tecniche psicoterapeutiche differenti, comprese quelle dinamiche. Sono state svolte ricerche sull'*efficacy* (per dimostrare che un trattamento specifico agisce su un disturbo specifico escludendo l'influenza di altri fattori) e sull'*effectiveness* (per valutare l'*outcome* dei metodi psicoterapeutici così come vengono utilizzati nella realtà dei contesti clinici). Le metanalisi di questi studi hanno evidenziato che mentre varie tecniche psicoterapeutiche brevi (come i trattamenti cognitivo-comportamentali e le psicoterapie dinamiche brevi) si rivelano adeguate per una riduzione rapida dei sintomi di diversi disturbi mentali (fobie, attacchi di panico, depressione, disturbi post-traumatici da stress, disturbi di personalità, dipendenze patologiche, disturbi di somatizzazione, sindromi mediche funzionali) (Anderson, Lambert, 1995; Leichsenring, Rabung, Leibing, 2004; Abbass et al., 2006, 2008), i cambiamenti più profondi della personalità e il minor numero di ricadute sono correlati alla durata della terapia (indipendentemente dalla tecnica) (Bateman, Fonagy, 1999, 2004, 2008; Svartberg, Stiles, Seltzer, 2004; Leichsenring e Rabung 2008; Gabbard, 2010; Shedler, 2010).

Si può legittimamente supporre che i terapeuti con maggiori capacità empatiche e relazionali, che sviluppano con i propri pazienti un'alleanza di lavoro solida e duratura, siano maggiormente in grado di condurre terapie a lungo termine e risultino, quindi, i più efficaci indipendentemente dalla loro formazione teorica. Come abbiamo visto, queste capacità sono in stretta relazione con la loro personalità e i loro stili di attaccamento e dipendono da una buona qualità di formazione. L'efficacia nel tempo e la profondità dei cambiamenti prodotti dalla psicoterapia dinamica a lungo termine risultano, comunque, superiori a quella della CBT e delle psicoterapie cognitive (Svartberg, Stiles, Seltzer, 2004; Shedler, 2010). Questo trattamento, quindi, deve essere considerato l'opzione di prima scelta nei pazienti più difficili, con diverse comorbidità e quadri clinici particolarmente complicati (Leichsenring, Rabung, 2008; Gabbard, 2010).

Bibliografia

- Abbass A, Hancock JT, Henderson J et al (2006) Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD004687
- Abbass A, Sheldon A, Gyra J et al (2008) Intensive short-term dynamic psychotherapy for DSM-IV personality disorders: a randomized controlled trial. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 196:211-216
- Anderson EM, Lambert MJ (1995) Short-term dynamically oriented psychotherapy: a review and meta-analysis. *Clinical Psychological Review*, 15:503-514
- Ainsworth MDS (1967) *Infancy in Uganda: infant care and the growth of attachment*. Johns Hopkins University Press, Baltimora
- Ainsworth MDS (2006) *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità. Scritti scelti*. Raffaello Cortina, Milano
- Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S (1978) *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Erlbaum, Hillsdale, NJ
- Allen JA, Fonagy P (a cura di) (2006) *Mentalization-Based Treatment*. John Wiley & Sons, Chichester. [Trad. it. *La mentalizzazione. Psicopatologia e trattamento*. Il Mulino, Bologna, 2008]
- Allen JG, Fonagy P, Bateman AW (2008) *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Publishing, Washington-London [Trad. it. *La mentalizzazione nella pratica clinica*. Raffaello Cortina, Milano, 2010]
- Attili G (2007) *Attaccamento e costruzione evoluzionistica della mente*. Raffaello Cortina, Milano
- Baldoni F (2008a) L'influenza dell'attaccamento sulla relazione clinica: collaborazione, collusione e fallimento riflessivo. *Maieutica*, 27-30 (Giugno 2007-Giugno 2008):57-72.
- Baldoni F (2008b) Alle origini del trauma: confusione delle lingue e fallimento della funzione riflessiva. In: Crocetti G, Zari A (a cura di) *Gli dei della notte sulle sorgenti della vita. Il trauma precoce dalla coppia madre al bambino*. Pendragon, Bologna, pp. 137-159
- Baldoni F (2010a) *La prospettiva psicosomatica*. Il Mulino, Bologna
- Baldoni F (2010b) *Scempenso psicosomatico e funzione adattiva della disperazione*. In: Crocetti G, Vianello C, Pallaro G (a cura di) *Il benessere bambino*. Borla, Roma, pp. 54-79
- Baldoni F (2011a) *DMM e psicoterapia dinamica*. I Convegno Nazionale International Association for the Study of Attachment (IASA) (Bertinoro, 18 Giugno 2011)
- Baldoni F (2011b) *The adaptive value of desperation in a case of psychosomatic breakdown following child sexual abuse*. *DMM News*, 11(June):4-5
- Baldoni F (in corso di stampa) *La funzione adattiva della disperazione nel fallimento delle strategie di attaccamento: una prospettiva Dinamico-Maturativa*. In: Caretti V, Craparo G, Schimmenti A (a cura di) *Trauma. Teoria, clinica, ricerca*. Astrolabio, Roma
- Bateman A, Fonagy P (1999) *The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial*. *American Journal of Psychiatry*, 156:1563-1569
- Bateman A, Fonagy P (2004) *Psychotherapy of borderline personality disorder: mentalization based treatment*. Oxford University Press, Oxford. [Trad. it. *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline*. Raffaello Cortina, Milano, 2006]
- Bateman A, Fonagy P (2006) *Mentalization-based Treatment for Borderline Personality Disorder: a practical guide*. Oxford University Press, Oxford. [Trad. it. *Guida pratica al trattamento basato sulla mentalizzazione. Per il disturbo borderline di personalità*. Raffaello Cortina, Milano, 2010]
- Bateman A, Fonagy P (2008) *8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual*. *American Journal of Psychiatry*, 165:631-638
- Berlin LJ., Zeanah CH, Lieberman AF (2008) *Programmi di prevenzione e intervento per sostenere la sicurezza dell'attaccamento in infanzia*. In: Cassidy J, Shaver PR (a cura di) (2008) *Handbook of attachment theory research and clinical applications* (second edition). Guilford Press, New York. [Trad. It. *Manuale dell'attaccamento: Teoria ricerca e applicazione clinica*. Giovanni Fioriti, Roma, 2010, pp. 858-876]

- Blows M (2009) Attachment in action. Using the DMM to foster a family. *DMM News*, 7(September):4
- Bowlby J (1973) Attachment and loss, vol. II: Separation: Anxiety and anger. Hogarth Press, London. [Trad. it. Attaccamento e perdita, vol. 2: La separazione dalla madre, Boringhieri, Torino, 1975]
- Bowlby J (1979) The making and breaking of affectional bonds. Tavistock, London. [Trad. it. Costruzione e rottura dei legami affettivi, Milano, Cortina, 1982]
- Bowlby J (1980) Attachment and loss, vol. III: Loss: Sadness and depression. Hogarth Press, London [Trad. it. Attaccamento e perdita, vol. III: La perdita della madre. Boringhieri, Torino, 1983].
- Bowlby J (1988) A secure base. Clinical applications of attachment theory. Routledge, London. [Trad. it. Una base sicura, Milano, Raffaello Cortina, 1989]
- Byng-Hall J (1995) Rewriting family scripts: Improvisation and systems change., Guilford Press, New York. [Trad. it. Le trame della famiglia. Attaccamento sicuro e cambiamento sistemico. Raffaello Cortina, Milano 1997].
- Byng-Hall J (1999) Terapia Familiare e di coppia. In: Cassidy J, Shaver PR (ed) (1999) Handbook of attachment: theory, research and clinical applications. Guilford Press, New York. [Trad. it. Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche. Giovanni Fioriti, Roma, 2002, 707-731].
- Cassibba R, van IJzendoorn MH (a cura di) (2005) L'intervento clinico basato sull'attaccamento. Il Mulino, Bologna.
- Cassidy J, Shaver PR (a cura di) (2008) Handbook of attachment theory research and clinical applications (second edition). Guilford Press, New York. [Trad. It. Manuale dell'attaccamento: Teoria ricerca e applicazione clinica. Giovanni Fioriti, Roma, 2010]
- Cicchetti D, Toth SL, Rogosch FA (1999) The efficacy of toddler-parent psychotherapy to increase attachment security in offspring of depressed mothers. *Attachment and Human Development*, 1:34-66
- Crittenden PM (1979-2007) CARE-Index: Coding Manual. Manoscritto non pubblicato, Miami, FL
- Crittenden PM (1988-2004) Preschool Assessment of Attachment (PAA) Manual. Manoscritto non pubblicato, Miami, FL
- Crittenden PM (1997-2007) School-age Assessment of Attachment (SAA). Manoscritto non pubblicato, Miami, FL
- Crittenden PM (1999) Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo all'Adult Attachment Interview. Raffaello Cortina, Milano.
- Crittenden PM (2000) A Dynamic-Maturational Approach to continuity and change in pattern of attachment. In: Crittenden PM, Claussen AH (a cura di) The Organization of attachment relationships. Maturation, culture and context. Cambridge University Press, Cambridge, pp. 343-357
- Crittenden PM (2003) A guide to expansions and modifications of the Ainsworth Infant Strange Situation. Manoscritto non pubblicato, Miami, FL
- Crittenden PM (2005) Transition to Adulthood Attachment Interview (TAAI). Manoscritto non pubblicato, Miami, FL
- Crittenden PM (2006) A Dynamic-Maturational model of attachment. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 27:105-115
- Crittenden PM (2008a) Il Modello Dinamico-Maturativo dell'attaccamento. Libreria Cortina, Milano.
- Crittenden PM (2008b) Raising Parents: Attachment, Parenting and Child Safety. William Publishing, Portland, OR
- Crittenden PM (2010) Germany cares: the use of the CARE-Index as a national program evaluation tool. *DMM News*, 10 (June):2
- Crittenden, PM, Ainsworth MDS (1989) Child maltreatment and attachment theory. In D. Cicchetti and V. Carlson (a cura di), Handbook of child maltreatment. Cambridge University Press, New York, pp. 432-463.
- Crittenden PM, Landini A (1999-2005) Administering the school-age assessment of attachment. Manoscritto non pubblicato, Miami, FL
- Crittenden PM, Landini A (2011) Assessing Adult Attachment: A Dynamic-Maturational Method

- of Discourse Analysis. Norton, New York.
- Daly KD, Mallinckrodt B (2009) Experienced therapists' approach to psychotherapy for adults with attachment avoidance or attachment anxiety. *Journal of Counseling Psychology*, 56(4):549-563
- Diener MJ, Hilsenroth MJ, Weinberger J (2009) A primer on metaanalysis of correlation coefficients: the relationship between patient report therapeutic alliance and adult attachment style as an illustration. *Psychotherapy Research*, 19(4-5):519-526
- Diener MJ, Monroe JM (2011) The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy. A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 48(3):237-248
- Dinger, U., Strack, M., Sachsse, T. e Schauenburg, H. (2009) Therapist's attachment, patient's interpersonal problems and alliance development over time in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46, 3:277-290.
- Doane JA, Diamond D (1994) Affetti e attaccamento nella famiglia: trattamento familiare dei più gravi disturbi psichiatrici. Raffaello Cortina, Milano, 1995
- Dozier M, Cue KL, Barnett L (1994) Clinicians as caregivers: Role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62:793-800
- Endres, M, Hauser, S (a cura di) (2001) La teoria dell'attaccamento in psicoterapia. Zephyro, Milano, 2006
- Farnfield S, Hautamäki A, Nørbech P, Sahhar N (2010) DMM assessment of attachment and adaptation: procedures, validity and utility. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(3):313-328
- Fearon P, Target M, Sargent J, Williams LL, McGregor J, Bleiberg E, Fonagy P (2006) SMART: una terapia familiare integrativa per bambini e adolescenti. [Trad. it. in Allen, Fonagy (2006), pp. 245-275].
- Fivaz-Depeursinge E, Corboz-Warnery A (1999) Il triangolo primario. Raffaello Cortina, Milano, 2000
- Fonagy P (2001) Attachment theory and psychoanalysis. Other Press, New York [Trad. it. Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento, Raffaello Cortina, Milano, 2002].
- Fonagy, P, Gergely G, Jurist EL, Target M (2002) Affect regulation, mentalization, and the development of the self. Other Press, New York. [Trad. it. Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé. Raffaello Cortina, Milano, 2005]
- Fonagy P, Gergely G, Target M (2008) Costrutti psicoanalitici, teoria dell'attaccamento e ricerca. In: Cassidy J, Shaver PR (a cura di) (2008) Handbook of attachment theory research and clinical applications (second edition). Guilford Press, New York. [Trad. It. Manuale dell'attaccamento: Teoria ricerca e applicazione clinica. Giovanni Fioriti, Roma, 2010, pp. 902-931]
- Fonagy P, Steele H, Moran GS, Steele M, Higgitt A (1991) The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13:200-217
- Fonagy P, Target M (2001) Attaccamento e funzione riflessiva. Raffaello Cortina, Milano
- Gabbard, GO (2010) Long term psychodynamic psychotherapy. Second edition. American Psychiatric Publishing, Washington. [Trad. It. Introduzione alla psicoterapia psicodinamica (seconda edizione). Raffaello Cortina, Milano, 2011]
- Gunderson JC, Gabbard GO (1999) Making the case for psychoanalytic therapies in the current psychiatric environment. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 47:679-704
- Heller MB (2008) I feel as if I am in a terrible nightmare that I can't wake up from. *DMM News*, 5(November):7
- Holmes J (1993) John Bowlby and the attachment theory. Routledge, London. [Trad. it. La teoria dell'attaccamento, Raffaello Cortina, Milano, 1994]
- Holmes J (2001) The search for the secure base. Attachment theory and psychotherapy. Brunner-Routledge, London. [Trad. it Psicoterapia per una base sicura, trad. it Milano, Raffaello Cortina, 2003]
- Holmes J (2009) Commentary on Dinger et al.: Therapist's attachment, patient's interpersonal problems and alliance development over time in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46, 3:291-294.
- Johnson SM (2008) Terapia della coppia e della famiglia. Una prospettiva basata sull'attaccamento. In: Cassidy J, Shaver PR (a cura di) (2008) Handbook of attachment theory research and clinical

- cal applications (second edition). Guilford Press, New York. [Trad. It. Manuale dell'attaccamento: Teoria ricerca e applicazione clinica. Giovanni Fioriti editore, Roma, 2010, pp. 932-953]
- Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH (ed) (2007) Promoting positive parenting: an attachment-based intervention. Erlbaum, Mahwah, NJ
- Jurist EL, Slade A, Bergner S (a cura di) (2008) Mind to mind. Infant research, neuroscience, and psychoanalysis. Other Press, New York, NY. [Trad. it. Da mente a mente: infant research, neuroscienze e psicoanalisi. Raffaello Cortina, Milano, 2010]
- Karlsen S (2010) Attachment in action. Keeping Kris at home. DMM News, 8(February):4
- Kozłowska K (2010a) The bowl of terror: A case study of an adolescent perpetrator of sexual abuse. The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 31, 43-59.
- Kozłowska, K. (2010b), Family-of-origin issues and the generation of childhood illness. The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 31, 73-91.
- Kurtz V, Jungmann T (2010) How can we support socially disadvantaged young mothers? DMM News, 10 (June):5
- Lambruschi F (2008) Minds that heal: characteristics of therapists that promote successful therapy. DMM News, 6(December):10-11.
- Leichsenring F, Rabung S, Leibing E (2004) The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. A meta-analysis. Arch. Gen. Psychiatry, 61:1208-1216
- Leichsenring F, Rabung S (2008) Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. A meta-analysis. JAMA, 300:1551-1565
- Meyer B, Pilkonis PA, Proietti JM, Heape CL, Egan M (2001) Attachment styles and personality disorders as predictors of symptom course. Journal of Personality Disorders, 15(5): 371-389
- Milch W, Sahhar N (2010) Zur Bedeutung der Bildungstheorie für die Psychotherapie (Sul significato della teoria dell'attaccamento per la psicoterapia). Psychotherapie 15, Vol. 15, N° 1, CIP-Medien, München.
- Mohr JJ, Gelso CJ, Hill CE (2005) Client and counselor trainee attachment as predictors of session evaluation and countertransference behavior in first counseling session. Journal of Counseling Psychology, 52(3): 298-209
- Pillhofer M, Ziegenhain U (2010) A good start to life. DMM News, 10 (June):4
- Purnell C (2010) Childhood trauma and adult attachment. Healthcare Counselling and Psychotherapy Journal, 10 (2).
- Romano V, Fitzpatrick M, Janzen J (2008) The secure-base hypothesis: Global attachment, attachment to counselor, and session exploration in psychotherapy. Journal of Counseling Psychology, 55 (4):495-504
- Romano V, Janzen J, Fitzpatrick M (2009) Volunteer client attachment moderates the relationship between trainee therapist attachment and therapist interventions. Psychotherapy Research, 19(6):666-676
- Sahhar N (2010) Attachment in action. After the war: psychoanalytically oriented treatment can profit from DMM derived information. DMM News, 10(June):3
- Sahhar N (2011) Alexithymia: lacking words for feelings or hiding dangerous information? DMM News, 11(June):3-4
- Shedler J (2010) The efficacy of psychodynamic psychotherapy. American Psychologist, 65(2):98-109
- Shorey HS, Snyder CR (2005) The role of adult attachment styles in psychopathology and psychotherapy outcomes. Review of General Psychology, 10 (1):1-20.
- Slade A (2008) Le implicazioni della teoria e della ricerca sull'attaccamento per la psicoterapia dell'adulto. Prospettive cliniche e di ricerca. In: Cassidy J, Shaver PR (a cura di) (2008) Handbook of attachment theory research and clinical applications (second edition). Guilford Press, New York. Trad. It. Manuale dell'attaccamento: Teoria ricerca e applicazione clinica. Giovanni Fioriti editore, Roma, 2010, pp. 877-899]
- Slade A (2010) Relazione genitoriale e funzione riflessiva. Astrolabio, Roma
- Svanberg PO, Mennet L, Spieker S (2010) Promoting a secure attachment: a primary prevention practice model. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 15(3):363-378
- Svartberg M, Stiles TC, Seltzer MH (2004) Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-

- term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161:810-816
- Wallin DJ (2007) *Attachment in psychotherapy*. Guilford Press, New York. [Trad. it. *Psicoterapia e teoria dell'attaccamento*. Il Mulino, Bologna, 2009].
- Weiss RS (1982) Attachment in adult life. In: Parkes CM, Stevenson Hinde J (ed): *The place of attachment in human behaviour*. Routledge, London].
- Weiss RS (1991) Il legame di attaccamento nell'infanzia e nell'età adulta. In: Parkes CM, Stevenson Hinde J, Marris P (a cura di): *L'attaccamento nel ciclo di vita*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1995, pp. 63-74
- Wilkinson SR (2003) *Coping and complaining. Attachment and the language of dis-ease*. Brunner/Routledge, Hove-New York.
- Wilkinson SR (2010) Another day older and deeper in therapy: can the Dynamic-Maturational Model offer a way out? *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(3):423-432

Psicoanalisi e prospettive evolucionistiche 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

- 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 inconscie strutturate 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 strutturate 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 psichico-fisico 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), esplicitativa delle modalità di costruzione della mente. Punto di integrazione tra la teoria psicoanalitica 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 schizoparanoide 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 complementarità 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 (cognitivistica, sistemica, dinamica).

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 prenatale³. 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 post-natale 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.

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 accettato 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 sviluppo 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, Gorsuch, 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 soggetto che 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-

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 Infant⁴ 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 acquisce 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 fornite 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 multicomponentiale 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.

11.6 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 Crittenden⁵ 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'interdisciplinarietà 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 transitività⁶ 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 cure 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 Psychotherapy. 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 occorre 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 scientifica 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 Representational 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, Tirkkonen 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'attachement pour adultes. In *Psychiatrie de l'Enfant* 1:161-206
- Plaff DW (2006) *Brain Arousal and Information Theory. Neural and Genetic Mechanism*. Harvard 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*

- 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, Gorsuch 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, Beeghly M (eds) *The Self in Transition: Infancy to Childhood*. University of Chicago Press, Chicago
- Stern DN (1994) One way to build a clinically relevant baby. *Infant Mental Health Journal* 15:36-54
- Stern DN (1998) The process of therapeutic change involving implicit knowledge: some implications of the developmental observations for adult psychotherapy. In *Infant Mental Health Journal* 19:300-308
- Stern DN (2011) *Le 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

12.1 Introduzione

Questo lavoro si pone l'obiettivo di avviare una riflessione su quanto in psicopatologia è stato denominato "Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività" (ADHD), proponendone una lettura e un approccio di tipo *cognitivo-evolutivo* (Lambruschi, 2004). Una prospettiva, diciamo, integrativa, che nulla toglie e nulla nega all'ottica cognitivo-comportamentale classica, ma anzi cerca di integrarvi la dimensione evolutiva, con particolare riferimento al *Modello Dinamico-Maturativo* di Patricia Crittenden (1997, 1999, 2008) e inserisce il bagaglio concettuale e tecnico cognitivo-comportamentale entro una cornice che cerca di osservare i sintomi nel loro valore funzionale all'interno della qualità dei legami d'attaccamento che il bambino è stato in grado di strutturare con le figure significative del proprio ambiente.

In ambito clinico, è sempre più frequente la richiesta di consultazione su problematiche di tipo esternalizzante e in particolare inerenti l'irrequietezza, l'impulsività, la distraibilità e la disattenzione. Ciò nonostante l'ADHD ha faticato a venire riconosciuto come un disturbo con un'identità clinica propria e specifica. Il problema diagnostico del Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività, in effetti, è tutt'oggi un problema aperto: tale quadro si può intendere più come Disordine (*Disorder*) che come Malattia (*Disease*), cioè un cluster di sintomi che si presenta senza una patogenesi chiaramente conosciuta e un definito corso di sviluppo, un insieme di sintomi che differisce considerevolmente da un bambino all'altro e che spesso si trova in comorbidità con una varietà di altri quadri.

Frequentemente incontriamo comorbidità con disturbi da esternalizzazione (Dis-

F. Lambruschi (✉)
Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva,
UONPIA Azienda USL di Cesena
Centro Terapia Cognitiva, Forlì
furio.lambruschi@alice.it

turbo Oppositivo Provocatorio, 50-60%, Disturbo della Condotta, 30-40%), da internalizzazione (Disturbi d'Ansia, 20-30%, Disturbi dell'Umore, 30-40%); disturbi dell'apprendimento scolastico e molti altri quadri ancora. Anche studi recenti evidenziano come siano rare le diagnosi di ADHD (solo il 7,6% dei maschi e il 21,7% delle femmine) senza una qualche comorbidità (tipicamente il DOP nei maschi e un disturbo d'ansia nelle femmine) (Ghanizadeh, Mohammadi, Moini, 2008).

Un quadro clinico che inoltre si dovrebbe cercare di diagnosticare facendo ben attenzione al famoso criterio E del DSM-IV: vale a dire: "i sintomi non si manifestano durante il decorso di un altro disturbo [...] e non sembrano attribuibili a un altro disturbo mentale". Ad esempio, alcuni bambini diagnosticabili come *Disturbo Reattivo dell'Attaccamento nell'infanzia*, potrebbero incontrare la diagnosi di ADHD; così come *può accadere per una percentuale molto elevata di bambini con Disturbo post-traumatico da stress* (con difficoltà di addormentamento, irritabilità, difficoltà a concentrarsi, ipervigilanza, esagerate risposte motorie d'allarme) per il quale il DSM non ha dei chiari criteri di distinzione tra l'adulto e il bambino; intense reazioni di lutto, moderata o severa depressione, ecc. Tutti questi quadri, come sappiamo, possono mimare in modo dettagliato un profilo ADHD.

12.2 Le caratteristiche cliniche del bambino con ADHD

Come è noto, le manifestazioni sintomatologiche dell'ADHD si articolano su due fronti principali: l'irrequietezza motoria e la disattenzione. Le manifestazioni comportamentali inerenti la disattenzione si ritrovano soprattutto in bambini che non riescono, rispetto ai pari, a rimanere attenti o a lavorare su uno stesso compito per un periodo di tempo sufficientemente prolungato, non riescono a seguire le istruzioni fornite, sono disorganizzati, facilmente distraibili. Gli aspetti legati all'iperattività e impulsività sono facilmente riscontrabili nel tono della voce, nell'irrequietezza motoria, nel non saper aspettare il proprio turno.

In fase di consultazione risulta molto importante indagare la storia di sviluppo del bambino: infatti, bambini con ADHD possono spesso presentare una storia di sviluppo caratterizzata da disturbi della regolazione, ritmo sonno/veglia irregolare nel primo anno di vita, eccessiva irrequietezza al momento del risveglio, agitazione che diviene sempre più evidente con l'autonomia deambulatoria e che comporta una costante vigilanza da parte dell'adulto, considerando la frequente mancanza di cautela di questi bambini.

Questi bambini manifestano un grosso interesse per gli oggetti e il mondo circostante, senza tuttavia riuscire a soffermarsi su di esso per un tempo utile e necessario alla sua conoscenza e acquisizione di esperienza dell'oggetto stesso e spesso questo comportamento viene letto dai genitori come "non interesse e non capacità del bambino ad appassionarsi alle cose".

Tipiche di questi bambini sono anche le reazioni eccessive di fronte ai rifiuti, alle regole educative degli adulti, evidenziando una scarsa propensione all'attesa e una scarsa tolleranza alla frustrazione che spesso porta i genitori a mettere in campo com-

portamenti anticipatori rispetto alle richieste del figlio. Questi meccanismi relazionali portano sovente questi bambini ad instaurare con le loro figure di riferimento dei rapporti caratterizzati prevalentemente da assenza di cautela e riservatezza.

I primi problemi frequentemente emergono con l'inserimento nella scuola dell'infanzia e l'impatto che il bambino ha con le prime regole di convivenza sociale al di fuori dell'ambiente familiare fa emergere le difficoltà sia di comportamento (stare seduto, aspettare il proprio turno, ecc.), che di tipo cognitivo (difficoltà di concentrazione, di attenzione, di tenuta delle attività, ecc.). L'entrata alla scuola primaria sancisce per questi bambini un passaggio spesso difficile e altamente critico: la richiesta di dedicarsi per tempi sempre più prolungati ad attività strutturate si scontra con le già note difficoltà del bambino con ADHD. Il percorso scolastico di questi bambini è caratterizzato da percorsi di apprendimento incostanti, ma soprattutto da irrequietezza motoria; generalmente verso il quarto e quinto anno il problema dell'iperattività tende a ridursi (Caroli, 1999) per lasciare spazio a una scarsa motivazione all'apprendimento scolastico, alla disattenzione, alla strutturazione di stili di pensiero caratterizzati da processi di attribuzioni esterne (Cornoldi, De Meo et al., 2001).

Le manifestazioni comportamentali tipiche dei bambini con Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività hanno nel corso degli anni spinto i ricercatori a studiare anche i processi psicologici implicati in questo disturbo. A partire dagli anni novanta l'attenzione degli studiosi si è rivolta in particolare verso quei meccanismi di elaborazione delle informazioni come il controllo dell'attenzione, l'inibizione delle risposte impulsive e l'autoregolazione intesa come organizzazione o mantenimento dell'attenzione e dello sforzo per l'esecuzione del compito. Prendendo come riferimento Piaget (1974) e la scuola Russa (Vygotskij, 1967, Lurija, 1961) è possibile osservare come l'autoregolazione presenti caratteristiche e fasi di sviluppo ben precise:

- il bambino è controllato dai comandi verbali dei genitori che rinforzano o inibiscono le sue azioni;
- i segnali verbali vengono interiorizzati dal bambino e associati ad auto comandi;
- il bambino (verso i 5-6 anni) automatizza le istruzioni interiorizzate e le differenzia in funzione dei contesti in cui le rievoca.

Questo percorso evolutivo porta alla strutturazione di quello che possiamo definire "dialogo interno" del bambino, una sorta di guida verbale interiore nell'applicare uno specifico piano di azione. Il dialogo interno svolge un ruolo fondamentale in termini di pianificazione e controllo del comportamento e questo modello permette di interpretare numerose difficoltà presentate dai bambini con ADHD riguardo alla risorse attentive da utilizzare, al controllo motorio, alla motivazione, alla fiducia, alla capacità di aspettare e di inibire le risposte impulsive, all'impossibilità di pianificare un processo di problem solving (Cornoldi, De Meo et al., 2001).

Queste ricerche pongono l'accento sul ruolo delle *funzioni esecutive* nel determinare il nucleo centrale della problematica del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, funzioni che sarebbero localizzate nell'ambito della memoria di lavoro (Baddeley e Hitch, 1974) e che avrebbero il fondamentale compito di controllare l'azione attraverso il Sistema Attentivo Supervisore (SAS) (Norman, Shallice, 1986). Alcune ricerche (Bayliss e Roodenrys, 2000; Shallice, Marzocchi et al., 2002) hanno messo in evidenza come nei bambini con diagnosi di ADHD ci sia un interessamento del Si-

stema Attentivo Supervisore e che il SAS e le funzioni esecutive indichino processi psicologici in larga misura equivalenti, come già ipotizzato da Baddeley (1986).

Dunque, quando parliamo di ADHD, spesso ci troviamo di fronte ad un set di sintomi che può essere applicato a una varietà di bambini con differenti disposizioni temperamentali e problemi funzionali (a casa, a scuola e nel contesto sociale più ampio), accomunati, comunque, da alcuni *core features* fondamentali (limitato controllo degli impulsi; iperattività motoria; limitato span di attenzione sostenuta). Possiamo inoltre ragionevolmente ritenere che alla base di queste difficoltà ci sia un *deficit autoregolativo di base*, connesso a un deficit nelle cosiddette funzioni esecutive: quel modulo della mente che regola i processi di pianificazione, controllo e coordinazione di tutto il sistema cognitivo (attenzione, memoria, problem solving, abilità motorie, compiti a più fasi che richiedono progettazione e monitoraggio), cioè quelle abilità (che potremmo chiamare “metacognitive”) che permettono a un individuo di anticipare, progettare, stabilire obiettivi, attuare progetti finalizzati a uno scopo e monitorare/modificare il proprio comportamento per adeguarlo a nuove condizioni.

12.3 Eziopatogenesi

Da dove derivi questo deficit autoregolativo di base, che va a minare le funzioni esecutive, costituisce il grande dilemma, e il grande dibattito. Le implicazioni biochimiche e genetiche nell'ADHD hanno certamente ricevuto molta attenzione, con implicazione di diverse aree cerebrali, in particolare la corteccia prefrontale con gli atipici processi dopaminergici connessi, pare, al gene DRD4 come mediatore della suscettibilità all'ADHD (El Faddagh et al., 2004; Lou et al., 2004). Questo ci dice che tali circuiti cerebrali di controllo dell'attenzione e del comportamento motorio sono importanti nell'ADHD, ma non chiarisce l'origine della disfunzione dopaminergica e delle relative alterazioni funzionali: esclusivamente genetica o frutto dell'interazione tra condizioni genetiche e ambientali? Di molti quadri psicopatologici conosciamo abbastanza bene il substrato biologico, ma questo non significa che la “causa” di tali disordini sia di tipo neurobiologico. Ciò significherebbe porsi in una anacronistica posizione rigidamente riduzionista. Ogni processo psicologico ha ovviamente un substrato neurobiologico e la neurobiologia evolutiva e relazionale ci sta insegnando come ci sia una ricorsività continua tra i vari livelli (geni-esperienza-sviluppo cerebrale).

La stessa task force del DSM-IV ci ricorda che la diagnosi descrittiva, così come viene formulata attraverso il DSM-IV o l'ICD10, purtroppo perpetua la mancanza di “sensibilità evolutiva, interpersonale e di prospettiva longitudinale” delle nostre ipotesi. In effetti, le attuali controversie sulla diagnosi di ADHD fondamentalmente riflettono la divergenza tra approcci evolutivi e relazionali e approcci non evolutivi e non interpersonali: cioè, se ci si sposta dal piano del DSM-IV al piano più complesso della *Psicopatologia dello Sviluppo*, le lenti cambiano e si colgono immediatamente altri aspetti e altri fenomeni (ambientali, familiari), ivi inclusi gli eventuali problemi entro i legami primari d'attaccamento che possono avere un rilievo nel de-

terminare il tipo del deficit, la sua espressività sintomatologica e il timing del suo manifestarsi.

La *Psicopatologia dello Sviluppo* (Sroufe e Rutter, 1984; Rutter, 1995; Cicchetti, 1984; Achenbach, 1990), com'è noto, sottolinea il concetto di *multifattorialità* nella determinazione delle problematiche comportamentali ed emotive di rilievo clinico, per cui sia lo sviluppo normale che psicopatologico non può costruirsi a partire, ad esempio, solo da un certo dato temperamentale, né da uno specifico deficit neuronale né tantomeno da un particolare pattern d'attaccamento, bensì dall'intreccio complesso e dal bilancio momentaneo e transitorio tra fattori di rischio, da un lato, e fattori protettivi, dall'altro, rintracciabili su diversi domini personali e sociali, come:

- caratteristiche proprie del bambino (temperamento, vulnerabilità biologica, funzioni neurocognitive);
- qualità dei legami di attaccamento;
- stile educativo familiare (regole educative, strategie di socializzazione);
- variabili ecologiche (avversità familiari, economiche, stress sociali, eventi critici che possono determinarsi nel ciclo vitale familiare).

Più domini di rischio sono implicati e si sovrappongono, più alta è la probabilità di psicopatologia: ad esempio, in bambini con diagnosi accertata di disturbo oppositivo-provocatorio e di disturbo della condotta c'è una probabilità 34 volte superiore rispetto a gruppi normativi di trovare elementi di rischio in tutti e 4 i domini (Greenberg, 1999). In altri studi, sempre su popolazioni ad alto rischio (Lyons-Ruth et al., 1989; Shaw e Vondra, 1995, Shaw et al., 1997), il pattern d'attaccamento disorganizzato risulta chiaramente correlato con elevati livelli di ostilità e di aggressività in età prescolare e quindi con la categoria dei disturbi della condotta. Anche qui, ovviamente, senza negare il ruolo o l'impatto di variabili neurobiologiche, temperamentali e così via, è interessante notare che, mentre la combinazione tra attaccamento disorganizzato e temperamento difficile costituisce un potente predittore (i bambini con entrambi i fattori di rischio mostrano punteggi di aggressività al 99° percentile), la presenza di uno solo di tali fattori correla con livelli di aggressività entro la norma. A nostro parere, questo è il tipo di ricerca di cui avremmo bisogno anche per l'ADHD, e che in parte ci pare stia emergendo.

Le variabili di tipo più strettamente educativo, gli atteggiamenti genitoriali che possono in qualche misura andare a inasprire, amplificare la disregolazione di base del bambino, sono considerati e valorizzati anche nell'approccio classico all'ADHD, per cui, ad esempio:

- un ambiente familiare ed educativo disorganizzato e caotico,
- un ambiente fisico ed educativo eccessivamente rigido,
- uno stile educativo basato su continue ed eccessive richieste di spiegazione,
- una eccessiva lassità educativa e autogestione, scarsa guida educativa,

sappiamo che certamente non facilitano nel bambino un adeguato contenimento dei suoi deficit autoregolativi di base. Tale attenzione al piano della coerenza e flessibilità nelle regole educative, motiva e orienta gran parte dei modelli di *parent training* attualmente utilizzati nel trattamento dell'ADHD.

Ma, abbiamo evidenza anche di implicazioni familiari che vanno al di là di tali aspetti più squisitamente educativi. Già le ricerche di Taylor (1994), e altre ancora

(Clark et al., 2002) indicano nelle famiglie di bambini con ADHD:

- situazioni di conflittualità coniugale (Brandon, 1971);
- contesto familiare più ampio connotato da discordie (Gillberg, Carlstrom, e Rasmussen, 1983);
- relazione genitore/bambino connotata da aspetti di ostilità (Battle e Lacey, 1972; Tallmadge e Barkley, 1983);
- genitori che hanno ricercato l'interruzione di gravidanza (Matejcek, Dytrych, Schuller, 1985);
- limitato "funzionamento psicologico" (Clark et al., 2002);
- isolamento sociale (Clark et al., 2002);
- inoltre, in quasi la metà (48,1% delle madri e 41% dei padri) di bambini con ADHD è stato trovato un disturbo dell'umore (depressione maggiore) (Ghanizadeh, Mohammadi, Moini, 2008).

Anche Biederman e coll. (1991) utilizzando gli indicatori di avversità (variabili di rischio) messe a punto da Rutter (discordia coniugale, basso status socio economico, numerosità della famiglia, criminalità paterna, disturbi mentali nella madre, ecc.) ha osservato che la percentuale di diagnosi di ADHD aumenta con l'aumentare del numero degli indicatori di rischio di Rutter. Inoltre, più alto è il punteggio di tali indici di avversità e più aumentano i disturbi associati (comorbidità).

Ovviamente non sappiamo in che misura tutti questi fattori precedano, mantengono, o siano il risultato dei deficit presenti nell'ADHD; è indubitabile che siano associati e con essi interagiscono (Johnston e Mash, 2001). Molti autori (Erdman 1998; Ladnier e Massanari, 2000; Halasz 2001; Halasz e Vance 2002; Anaf e Halasz, 2005; Crittenden 2007) riportano studi di casi singoli ed esempi piuttosto impressionanti a riguardo, dove si ritrovano sottovalutati, ad esempio, fattori quali complesse dinamiche adottive, depressione postnatale della madre (e sua influenza sulla costruzione del legame d'attaccamento), separazioni conflittuali e altri importanti eventi vitali critici per il sistema familiare.

12.4 L'attaccamento

Tra le influenze familiari più importanti c'è appunto l'altra grande componente della genitorialità (insieme a quella educativa), cioè la *funzione affettiva*, la qualità del parenting in termini di attaccamento (come fattore protettivo o di rischio). A ben vedere, tutte le condizioni di rischio di cui sopra vanno in gran parte a ricadere sulla qualità della presenza e della cura fornita dal caregiver. E l'attaccamento è anche la variabile familiare per la quale le evidenze biochimiche sono state più ampiamente esplorate, che sappiamo sono processi potenti che esercitano una dimostrata influenza, soprattutto nei primi tre anni di vita, sullo sviluppo cerebrale stesso (Shore, 1994, 2003a; 2003b; Siegel, 1999; Balzotti, 2010).

Le diverse configurazioni d'attaccamento che si strutturano a partire dalla prima infanzia e poi si articolano e si differenziano in età prescolare e scolare, possono essere viste come: *schemi sensomotori*, pattern comportamentali interattivi osservabili

li (strategie di protezione dal pericolo e ricerca di sicurezza); *modalità specifiche di elaborazione dell'informazione* (cioè letteralmente i nostri caregiver ci insegnano “come usare la mente”, cioè a quali fonti di informazione dare maggiore rilievo nella nostra percezione di noi stessi e del mondo: all'informazione emotivo/affettiva, o all'informazione cognitiva); *modalità di regolazione emotiva*: all'interno dei legami d'attaccamento si imparano a riconoscere, articolare, dare un nome e regolare gli stati emozionali e le relative disposizioni comportamentali; e l'attaccamento sicuro è la condizione che promuove la più accurata conoscenza di un più ampio range di stati emozionali insieme alle strategie per una loro armonica regolazione.

Sappiamo che specifici contesti di sviluppo caratterizzati da particolari forme di insicurezza portano a specifiche disregolazioni emotive. Esperienze affettive primarie dove sono presenti una costante mancanza di sensibilità e responsività affettiva del caregiver (*modelli A*) portano funzionalmente a calibrare modalità di regolazione emotiva “in difetto” (*stile deattivante*): attenuare, accantonare, ridimensionare, attuare una regolazione tendenzialmente autonoma e interna degli affetti e degli stati emozionali, in particolare di quelli negativi, evitando per quanto possibile il riconoscimento e l'espressione esterna degli stessi.

Altre esperienze relazionali dove invece ritroviamo incostanza, imprevedibilità, discontinuità della risposta materna (*modelli C*) portano all'opposto a una regolazione emotiva “in eccesso” (*stile iperattivante*), vale a dire un'abnorme amplificazione di tutti i segnali tipici del sistema comportamentale dell'attaccamento, con forte attivazione neurofisiologica e segnalazione emotiva e comportamentale, talvolta espressa in forma drammatica e teatrale. Alcuni bambini, cioè, vivono contesti di apprendimento primario, in cui perdere il controllo delle emozioni è assolutamente funzionale nel mantenimento dello stato di relazione col caregiver (lasciando andare le emozioni e perdendo il controllo dei miei stati interni, riesco a controllare e a stabilizzare meglio la relazione).

In alcuni casi ancor più complessi il contesto di accudimento e cure è connotato da più elevati livelli di pericolo e di minaccia al Sé. Qui si strutturano modalità di attaccamento cosiddette Disorganizzate-Disorientate se facciamo riferimento al sistema concettuale e osservativo messo a punto da Main e Solomon (1986); o pattern difesi o coercitivi ad alto indice, o modelli A/C, come sono definiti nel Modello Dinamico-Maturativo di Patricia. Crittenden (1997, 1999). In questi casi i deficit nella regolazione degli affetti diventano ancora più cospicui, con forte instabilità, apparente contraddittorietà e imprevedibilità nell'espressività emotiva. Questi bambini non avendo avuto la possibilità di essere pensati e trattati come “agenti mentali”, hanno dovuto difensivamente disconnettere le azioni dagli stati interni. Non possono consentirsi il “lusso” dell'autoriflessività; preferiscono affidarsi a più sicuri modelli procedurali autoprotettivi (agiti impulsivi o aggressivi), piuttosto che al procedere della più laboriosa memoria integrativa nella corteccia prefrontale. La difficoltà a mentalizzare e a riconoscere gli stati interni propri e altrui (teoria della mente, competenze meta-rappresentative), li priva, tuttavia, del principale deterrente alla messa in atto del comportamento impulsivo e aggressivo, la possibilità cioè di sviluppare empatia col dolore e con la sofferenza altrui, o semplicemente la possibilità di immaginare l'esistenza stessa dei suoi stati mentali (Fonagy, Target, 1997).

Più aumentano i livelli di pericolo a cui far fronte e il grado di insicurezza, più si riducono le competenze integrative, le capacità metacognitive, proprio quelle competenze che, come abbiamo visto, sono così importanti nella strutturazione e implementazione delle funzioni esecutive di controllo e di monitoraggio dei propri processi interni e della propria performance. L'attaccamento insicuro, inibendo lo sviluppo della corteccia orbitofrontale, può risultare in cronica labilità emozionale, impulsività e comportamenti intensi e imprevedibili. Al contrario una storia di attaccamento sicuro è correlata a:

- un incremento dello span attentivo;
- più elevati livelli di affetto positivo;
- più elevati livelli di persistenza nelle situazioni di problem solving;
- maggiore flessibilità cognitiva;
- maggiore controllo degli impulsi;
- orientamento al compito;
- maggiore capacità di dilazionare la gratificazione (o tollerare la frustrazione).

12.5 Ricerche empiriche su ADHD e attaccamento

I rapporti fra stili di attaccamento e ADHD sono stati poco indagati sul piano empirico, anche se possono essere indicati alcuni interessanti tentativi in tal senso.

Haddad e Garralda (1992) hanno descritto alcune relazioni d'attaccamento gravemente disturbate in bambini che si presentavano all'attenzione clinica con ADHD non accompagnate da indicatori di tipo neurobiologico.

Carlson et al. (1995), osservano che l'intrusività materna valutata a 6 mesi, riusciva a prevedere la distraibilità nella prima infanzia e l'iperattività nell'età prescolare, più potentemente dei fattori biologici e temperamentali.

Stiefel (1997) ha correlato l'emergenza dei sintomi in un campione di bambini con ADHD a una mancanza di attenzione genitoriale sostenuta durante il loro primo anno di vita: tale deficit derivava da diversi stressors che comunque andavano a compromettere il costruirsi del legame primario g/b e conducevano a un ciclo negativo in escalation. Identificare questi sottotipi di ADHD può aiutarci a modulare l'intervento in termini più mirati.

Erdman (1998) ha condotto alcuni studi e prodotto alcune ipotesi concettuali sull'ADHD come risposta contestuale alla relazione d'attaccamento.

Clarke et al. (2002) hanno confrontato due gruppi di bambini (con e senza ADHD) testando i modelli operativi interni relativi all'attaccamento attraverso il SAT (Separation Anxiety Test)¹, la Self Interview, e un Family Drawing, trovando forte supporto all'ipotesi che l'ADHD sia associata a un attaccamento insicuro (il gruppo

¹ Il Separation Anxiety Test (SAT) di Grazia Attili (2001) è uno strumento che utilizza set di 6 vignette-stimolo sulle quali il bambino è invitato a rispondere a domande finalizzate ad analizzare le principali reazioni emotive e strategie di coping di fronte a situazioni di difficoltà riscontrabili nelle configurazioni di attaccamento.

ADHD otteneva bassi punteggi in tutte le misure di sicurezza). L'insicurezza dell'attaccamento nel gruppo ADHD era caratterizzata da elevata emotività espressa e forti stati affettivi fuori controllo, coerente con uno stile d'attaccamento ansioso ambivalente o disorganizzato. In questo contesto, l'impulsività, la ricerca negativa d'attenzione, la temerarietà, l'iperattività e la frequente oppositività presenti nell'ADHD, possono essere viste come strategie per ricavare attenzione da un caregiver altrimenti poco responsivo. Gli autori quindi raccomandano che a fronte di diagnosi di ADHD venga testata la qualità dei legami d'attaccamento ed eventualmente si includano nel trattamento componenti dedicate a quest'area deficitaria.

Jacobvitz et al. (2004) hanno invece trovato significative correlazioni tra una misura di "enmeshed family pattern", e lo sviluppo di ADHD nell'età prescolare.

Carmen Pinto et al. (2006) hanno studiato un gruppo di bambini che presentava significativi livelli di attaccamento disorganizzato nella prima infanzia, trovando poi a 7 anni una significativa correlazione con elevati punteggi in sintomi ADHD rilevati dagli insegnanti, ma non dai clinici (più fortemente associata con inattenzione che impulsività). Veri e propri ADHD erano invece associati con una misura di lutto irrisolto nelle madri. Alti punteggi di ADHD nei bambini da parte delle madri erano associati con un più basso funzionamento psicosociale delle madri stesse.

Green et al. (2007) hanno tentato di investigare questo stesso rapporto tra attaccamento e ADHD in bambini di 7 anni, utilizzando un altro interessante strumento di valutazione dell'attaccamento in età scolare: l'MCAST² (Manchester Child Attachment Story Task). La diagnosi di ADHD è risultata significativamente associata a più elevati livelli di disorganizzazione dell'attaccamento (controllando i possibili effetti dei sintomi dell'ADHD sulla coerenza delle narrazioni dei ragazzi coinvolti).

Kissgen et al. (2009) recentemente hanno utilizzato una misura dell'attaccamento ancor più chiaramente indipendente dall'interazione m/b, cioè lo stato mentale della madre relativamente alle sue esperienze primarie d'attaccamento (quali emergono ad esempio dalla AAI³ o, in questo studio, dall'Adult Attachment Projective), trovando che la prevalenza di rappresentazioni insicure o irrisolte relative all'attaccamento incrementava con il grado di severità dell'ADHD. Più elevata in madri di bambini con ADHD clinicamente in trattamento; meno elevata in madri di bambini con sintomi di ADHD, ma non in trattamento; e la più bassa in un gruppo controllo di madri di bambini senza ADHD. Anche questi autori sollecitano i clinici all'utilizzo

² La Manchester Child Attachment Story Task di J. Green (2000) è una procedura in cui il bambino è invitato a giocare con 2 bambole, raffiguranti il bambino e il genitore, drammatizzando scene di vulnerabilità e minaccia del Sé che vengono proposte dall'intervistatore. L'analisi del gioco, della narrazione e del comportamento del bambino durante il test consentono di identificare le strategie di protezione del Sé messe in atto dal bambino in funzione delle proprie configurazioni di attaccamento.

³ L'Adult Attachment Interview (George, Kaplan e Main 1985) è un'intervista semistrutturata per l'analisi dell'organizzazione mentale dell'esperienze di attaccamento dell'adulto. Da questa intervista, sulla base dell'originario sistema di classificazione, vengono evidenziati i seguenti stati mentali dell'adulto: libero (*free*); distanziante (*dismissing*); preoccupato (*entangled*); irrisolto (*unresolved*). Crittenden ha proposto alcuni interessanti approfondimenti teorici e metodologici rispetto alla valutazione dell'attaccamento nell'adulto, sulla base del suo Modello Dinamico-Maturativo dello sviluppo (Crittenden, 1994, 1997, 1998, Crittenden e Landini, 2011).

di percorsi d'assessment e a modelli d'intervento volti alla stimolazione della sensibilità materna.

La neurobiologia evolutiva, come già accennato, ci consente ormai di osservare come il cervello si sviluppa e si organizza in funzione (e come riflesso) delle esperienze di sviluppo, organizzandosi in risposta ai pattern, intensità e qualità delle esperienze sensoriali, percettive, emotive e affettive vissute. La qualità dei legami primari d'attaccamento è in grado di determinare in modo massiccio le linee di maturazione del cervello del bambino, specificamente la maturazione delle connessioni strutturali entro le aree che vanno a mediare gli aspetti intrapsichici e interpersonali di tutto il futuro funzionamento sociale ed emotivo del bambino. A partire, ovviamente dalle disposizioni genetiche, l'esperienza affettiva primaria è stata definita come il "capo architetto" di tutta l'architettura cerebrale e solo attraverso l'esperienza dell'individuo i geni esercitano con ampia variabilità il loro effetto.

In questa prospettiva, un interessante filone di studi e di ricerca comincia a evidenziare l'influenza delle esperienze affettive primarie sullo sviluppo delle aree cerebrali deputate all'autoregolazione e potenzialmente sullo sviluppo dell'ADHD (Panzer e Viljoen, 2005; Ladnier e Massanari, 2000; Halasz 2001; Halasz e Vance 2002; Crittenden e Kulbotten 2007).

Dunque, in un'ottica complessa e integrativa potremmo dire che una qualità sicura (sufficientemente buona) nei legami primari d'attaccamento rappresenta quanto meno una variabile protettiva straordinariamente efficace, anche di fronte a caratteristiche atipiche del bambino. Una mole impressionante di dati di ricerca (van Jizendoorn et al., 1997) mostra che le competenze dell'adulto (in termini di sensibilità e responsività materna e di libertà/sicurezza nel proprio stato mentale) finiscono per pesare relativamente di più rispetto alle caratteristiche atipiche, temperamentali, neurobiologiche del bambino nella costruzione di itinerari di sviluppo connotati da salute o da patologia: in fondo, sicurezza nello stato mentale del genitore significa avere a disposizione un ampio e flessibile range di risposta comportamentale ed emotiva in grado di accogliere e di abbracciare anche altrettanto ampi deficit o eccessi di segnalazione da parte del bambino.

12.6 Regolazione emotiva ed espressività sintomatologica

Anche per l'ADHD possiamo immaginare una simile interazione. Quando il deficit autoregolativo di base innato va ad incontrarsi con quote di sensibilità e responsività sufficientemente ampie, le mancanze o gli eccessi di segnalazione del bambino avranno buona possibilità di essere compensati o contenuti dal genitore, con una graduale tendenza all'attenuazione del quadro comportamentale e attentivo del bambino. Warren (2003), su un gruppo di 56 bambini con ADHD, ha trovato che più alti livelli di empatia genitoriale (misurata con una particolare procedura osservativa videoregistrata) predicono più elevati livelli di adattamento personale e sociale nel bambino (autostima, accettazione dei pari, più bassi livelli di aggressività, ecc.). Possiamo immaginare, invece, che si strutturi e si mantenga un disturbo grave e partico-

larmente “resistente” al trattamento, quando il comportamento scarsamente regolato del bambino va a incontrarsi con sponde relazionali, forme di legame che per essere adeguatamente “gestite” e “curate” richiedono paradossalmente un’amplificazione del deficit stesso. Il sintomo, cioè, finisce per assumere un’importante funzionalità interpersonale.

Per un bambino immerso in un funzionamento diadico di tipo *ansioso-resistente* (o *coercitivo* in età prescolare e scolare), dove la forma primaria di regolazione affettiva consiste nella focalizzazione massiccia dell’attenzione sulla relazione con il caregiver e sulle sue variazioni, dove ogni altro stimolo ambientale esterno perde di rilevanza a fronte di tale bisogno, l’iperattività e la distraibilità possono facilmente assumere una funzione coercitiva e di controllo nei confronti della figura di attaccamento.

In un itinerario di sviluppo *evitante* (o *difeso* in età successive), possiamo invece aspettarci che i sintomi mostrino un carattere più pervasivo della quotidianità, meno contingenti alle variazioni del comportamento genitoriale e si esprimano come un’e-sasperazione dell’utilizzo dell’esplorazione compulsiva come “distrattore” (spostamento generalizzato dell’attenzione dalla relazione all’ambiente), caratteristica forma di regolazione emotiva di questi pattern.

Ovviamente, più ci spostiamo verso le configurazioni insicure più intense e più gravi, possiamo immaginare che anche la sintomatologia di tipo attentivo e comportamentale si faccia più grave: ad esempio, nei pattern controllanti ad alto indice, sovente il bambino è costretto a giocare “al rialzo” e, allo scopo di gestire un ambiente molto imprevedibile e pericolosamente discontinuo, può incrementare enormemente la propria segnalazione e la propria “rumorosità” fino a sviluppare gravi forme di iperattività con assunzione di rischio dove, paradossalmente, mettersi in situazioni di rischio fisico e preoccupare strumentalmente il caregiver, diventa l’unico modo avvertito per rendere la relazione minimamente prevedibile.

12.7 Diagnosi funzionale e definizione degli obiettivi terapeutici

Dunque, ai fini di una più attenta e complessa articolazione dell’intervento terapeutico, l’ottica cognitivo-evolutiva sottolinea l’opportunità di sostanziare il livello diagnostico di tipo *descrittivo* con un inquadramento di carattere *esplicativo* che preveda anche un’attenta considerazione del valore funzionale dei comportamenti sintomatologici. A tal fine occorre organizzare un percorso d’assessment che consideri la qualità dei legami d’attaccamento e l’organizzazione del Sè del bambino (internal working models), con i quali il deficit autoregolativo di base va a incontrarsi, andando così a plasmare diverse e specifiche configurazioni sintomatologiche. All’interno del percorso di inquadramento può essere opportuno prevedere (Lambruschi, Donati, Leoni, 2004; Lambruschi, 2004):

- analisi funzionale delle sequenze sintomatologiche inattentive e impulsive;
- analisi storica del sintomo (focalizzazione sull’espressività sintomatologica e sulla funzione relazionale del sintomo);
- ricostruzione dell’anamnesi personale e familiare alla luce della Teoria

dell'Attaccamento;

- procedure di osservazione dei pattern d'attaccamento in atto tra genitori e bambino attraverso strumenti utilizzabili alle diverse età (CARE-Index; Strange Situation., PAA, SAA, Family Drawing);
- valutazione dello stato mentale del genitore relativamente alle proprie esperienze d'attaccamento (AAI) (con particolare attenzione a lutti o traumi non adeguatamente risolti).

Sulla scorta delle ipotesi esplicative formulate, occorrerà poi delineare e condividere col nostro piccolo paziente e la coppia genitoriale un più articolato percorso terapeutico in cui dovranno essere chiaramente definiti (pur con tutte le possibilità di revisione e trasformazione in itinere): le linee strategiche dell'intervento (e cioè quali mete ci proponiamo di raggiungere) e attraverso quali modalità di lavoro (e cioè quale "formato" di setting utilizzare, su quale "porzione" del sistema familiare focalizzare il lavoro terapeutico) (Lambruschi, 2004).

Le linee strategiche dell'intervento verranno continuamente riaggornate nel corso della terapia in funzione della qualità specifica del pattern d'attaccamento emergente nella relazione tra bambino e genitore e della sua connessione coi sintomi. All'interno di tali linee strategiche verranno, di volta in volta, selezionate, create, inventate nel rapporto con la famiglia, le tattiche più adeguate in vista di tali obiettivi e, soprattutto, maggiormente rispettose dei vincoli culturali ed emotivi della famiglia stessa. Il ruolo del terapeuta sarà, appunto, quello di introdurre nel sistema perturbazioni che risultino strategicamente orientate alla riorganizzazione dei pattern d'attaccamento evidenziati e all'articolazione e differenziazione dei relativi schemi cognitivi interpersonali attraverso i quali il bambino tende ad assimilare la sua realtà. Ovviamente tali modalità nella prima infanzia prenderanno maggiormente la forma di tecniche procedurali ed emotive. Si apriranno a scambi ed elaborazioni sul piano semantico allorquando lo sviluppo cognitivo del bambino lo consentirà.

In itinerari di sviluppo insicuri, non solo risultano insoddisfacenti le relazioni attuali, ma la stessa organizzazione di conoscenza già strutturata nel bambino rende il processo di raccolta ed integrazione delle informazioni scarsamente flessibile e quindi disadattivo rispetto alla sua complessa realtà. Al di là delle tecniche specifiche utilizzate, dunque, un obiettivo generale dell'intervento sarà rappresentato dalla "creazione di contesti in cui lo sforzo mentale dei bambini e dei genitori possa essere diretto a creare modelli di esperienza che

- siano aperti a nuove informazioni;
- permettano agli individui di sperimentare mentalmente interpretazioni e risposte alternative;
- incoraggino i genitori e i bambini a integrare e usare, in modi sempre più sofisticati, tutte le informazioni che sono a loro disposizione...tali contesti richiedono scambi interattivi che integrino l'informazione affettiva con altre informazioni in modo tale da rispecchiare il processo caratterizzante le relazioni sicure" (Crittenden, 1994).

Abbiamo notato come attente discriminazioni sul piano organizzativo interno ed esplicitativo ci aiutano a "leggere" in modo diverso, più articolato e raffinato, le stesse categorie di "distrailità" e di "iperattività", che in effetti possono presentarsi agli

occhi del clinico sotto una luce diversa, se se ne osserva l'espressività e la carica emozionale, il carattere ostentato e provocatorio, o viceversa, gli aspetti di iporegolazione, di chiaro orientamento verso l'ambiente piuttosto che verso la figura d'attaccamento; la chiara situazionalità e contingenza col comportamento genitoriale, o viceversa il carattere massivo e pervasivo della quotidianità del bambino. Ma soprattutto ci orientano verso strategie psicoterapeutiche differenziate, maggiormente vivibili rispetto ai diversi modelli del sé implicati.

Nella letteratura cognitivo-comportamentale, ad esempio, è noto che alcuni di questi quadri possono rispondere positivamente ad interventi basati, tra le altre cose, sul self instructional training (addestramento alle autoistruzioni verbali) e sulla graduale interiorizzazione di adeguate procedure di problem solving: partendo dal presupposto che in questi bambini esista un qualche deficit mediazionale cognitivo tra stimolo e risposta, si cerca di aiutarli, utilizzando il terapeuta come modello e attraverso passaggi graduali, a interiorizzare un dialogo interno adattivo come guida del proprio comportamento. Possiamo supporre che queste indicazioni risultino tendenzialmente più utili e opportune laddove tale sintomatologia sia sostenuta da schemi interpersonali coercitivi attivi o passivi: cioè laddove è davvero evidente uno spiccato deficit mediazionale cognitivo e una regolazione affettivo-emotiva precaria e non autonoma. In questi casi la procedura, introducendo attraverso il dialogo interno ordinatore nuove capacità di problem solving cognitivo, aiuta il bambino a utilizzare il pensiero (come linguaggio interiorizzato) ai fini di un più adeguato controllo comportamentale ed emotivo. Si potrebbe dire che, attraverso tale procedura, il terapeuta "presta" al suo piccolo paziente un po' del suo pensiero, introducendo nel suo caotico universo mentale qualche rassicurante ancoraggio cognitivo: articolando le strutture della memoria semantica, le fluttuazioni emotive immediate basate su rappresentazioni procedurali e immaginative, trovano una traduzione e una mediazione mentale più articolata. In questo caso, dunque, il self instructional training si inserisce funzionalmente nel vicariare o compensare gradualmente il deficit integrativo e nell'armonizzare globalmente la struttura del Sé.

Su itinerari di sviluppo difesi, al contrario, dove è già strutturata un'eccessiva tendenza al controllo autonomo e all'ordinamento cognitivo degli affetti e del comportamento, dovremmo considerare il rischio che lo stesso tipo di intervento possa risultare in qualche modo collusivo e di rinforzo agli aspetti disfunzionali di una tale organizzazione conoscitiva interna, amplificandone il deficit integrativo di tipo emozionale. Ovviamente, se ne possono notare sul bambino gli effetti nei termini di "resistenza" al cambiamento (il che può significare cadere nella categoria dei non-responders). In questo senso, dunque, un'adeguata diagnosi esplicativa ci guida nell'impostare più coerentemente e attentamente le strategie d'intervento, nel rispetto dei vincoli conoscitivi del bambino e della sua famiglia.

Ponendo, dunque, l'accento sul ruolo del contesto affettivo di sviluppo come fattore di rischio o di protezione, risulta necessaria una riflessione generale sulla progettazione dell'intervento, che dovrà prevedere una presa in carico anche delle dinamiche affettive presenti all'interno del sistema familiare. Se il contesto familiare risulta connotato da relazioni d'attaccamento sufficientemente sicure, le classiche procedure psicoeducative dovrebbero risultare indicate, in quanto i genitori dovrebbe-

ro essere in grado di focalizzarsi adeguatamente e positivamente sulle relazioni attuali e applicarvi le nuove abilità comportamentali in modo coerente e consistente. Laddove invece prevalgono relazioni insicure, i problemi relazionali e d'attaccamento dovrebbero ricevere adeguata attenzione terapeutica, unitamente all'applicazione di altri approcci psicoeducativi. Quando lo stato mentale del genitore e del bambino sono pesantemente vincolati, presi, interferiti da vissuti irrisolti relativi alla propria sicurezza affettiva, è facile che le nostre proposte di supporto educativo vadano a infrangersi sui loro potenti assetti difensivi e di mantenimento del disturbo.

Lavorare sui legami d'attaccamento in termini cognitivisti significa in primo luogo aiutare il genitore ad autoservarsi nella quotidianità e nella concretezza del rapporto con suo figlio: più specificamente significa attivazione della dimensione episodica, ricostruzione in termini ABC delle sequenze critiche di rapporto col figlio; esplorazione del proprio dialogo interiore e flusso immaginativo, tecniche di video-feedback volte all'aumento delle competenze autoriflessive e a una migliore decodifica e comprensione dei segnali del bambino. Nello strutturare un eventuale lavoro sulle rappresentazioni del genitore relative alla sua storia d'attaccamento occorrerà puntare a una maggiore capacità di recupero dell'esperienza emozionale quando prevalgono gli aspetti "distanzianti" e a una maggiore capacità di ordinamento cognitivo, invece, nelle situazioni di tipo "preoccupato".

12.8 Esempificazioni cliniche: Andrea e i suoi genitori

Andrea è un bambino di 10 anni giunto in consultazione con una diagnosi di ADHD in comorbidità con un Disturbo Oppositivo Provocatorio. Andrea è seguito dall'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile della sua città e in quella sede, a seguito di una valutazione di 1° livello, era stata formulata la diagnosi.

Andrea presenta difficoltà a scuola e a casa, specialmente in classe è iperattivo e irrequieto, non riesce a stare seduto al suo posto, interviene di continuo disturbando i compagni e l'insegnante; spesso disattento e distratto, non riesce a portare a termine le consegne con ovvie ripercussioni sul suo rendimento. Il suo comportamento in pagella viene definito dalle insegnanti come "insofferente, poco controllato e disturbante" e, a causa dei suoi atteggiamenti, Andrea viene spesso messo in punizione con relativo difficile inserimento nel gruppo classe.

A casa Andrea assume comportamenti provocatori e coercitivi nei confronti dei genitori, in particolare della madre, litiga spesso con la sorella minore, è "maleducato", pone sempre molte richieste agli adulti e non tollera minimamente nessuna regola, restrizione o rifiuto alle sue richieste.

Dalla raccolta della storia di sviluppo di Andrea emerge che al bambino era stato diagnosticato un disturbo del linguaggio e un disturbo della regolazione in merito a difficoltà di addormentamento e agitazione psicomotoria. Già fin dai primi giorni dell'inserimento alla scuola dell'infanzia Andrea aveva mostrato difficoltà nella separazione dai genitori e nel rimanere a scuola dove spesso si isolava o aveva comportamenti irruenti nei confronti degli altri bambini. La nascita della sorellina (avvenuta quando Andrea aveva 5 anni) viene ricordata dai genitori come un momento difficile per Andrea, dove il bambino aveva ripreso a dormire con i genitori, era comparsa enuresi e anche qualche attacco d'asma.

Al momento della consultazione Andrea dorme ancora con i genitori, l'enuresi è ancora presente, mentre sono già due anni che non si sono più verificati attacchi d'asma. I genitori, nei primi colloqui di assessment,

esprimono molto chiaramente tutta la loro fatica e difficoltà nella gestione di questo bambino, ogni giorno sono chiamati dalla scuola per qualche motivo, a casa non riescono minimamente a contenere il comportamento di Andrea e frequentemente le discussioni di concludono con punizioni e privazioni. Lo descrivono come un bambino che "non vuole crescere", un bambino "difficile", che "sparge zizzania in famiglia", "che rovina sempre tutto" e che ha un carattere che "lo rovina in tutto quello che fa".

La famiglia di Andrea vive in una casa in periferia insieme ai nonni paterni che svolgono una funzione quotidiana di supporto nella gestione dei figli, il nonno materno invece vive in un'altra cittadina, la nonna materna è deceduta 3 anni fa a causa di una malattia. La mamma di Andrea racconta questi episodi mostrando stati emotivi molto forti, sia di tristezza ripensando alla scomparsa della propria madre, sia di rabbia quando parla della nonna paterna che vive come troppo invadente e svalutante nei suoi confronti; accusa anche il marito di non difenderla dagli attacchi della nonna paterna, ma anzi spesso ripete al marito: "siete d'accordo e convinti che i problemi di Andrea sono tutti colpa mia"; a queste affermazioni il marito sorride, svaloriizzando il vissuto materno.

Da parte sua il papà di Andrea non si mostra eccessivamente preoccupato delle problematiche del figlio e delle difficoltà della moglie, mantiene un atteggiamento sdrammatizzante e un po' distaccato, a volte quasi pietistico nei confronti della mamma.

In questo caso emergono molto chiaramente le forti implicazioni affettive e relazionali nello sviluppo e nel mantenimento del disturbo di Andrea: la situazione coniugale conflittuale e insoddisfacente per la madre, la presenza di aspetti depressivi nello stato mentale materno e lo strutturarsi nel bambino di una strategia di tipo coercitivo finalizzata al mantenimento di un controllo estremo sulla figura genitoriale per assicurarsene la vicinanza protettiva.

Per effettuare una valutazione dello stile di attaccamento di Andrea è stato utilizzato lo School Age Assesment of Attachment (SAA).

Lo School Age Assesment of Attachment (SAA) consiste in una serie di sette tavole che rappresentano alcune situazioni che bambini in età scolare potrebbero incontrare, a volte anche frequentemente, nella loro quotidianità. Le sette tavole includono situazioni potenzialmente stressanti in un ordine di pericolo crescente:

1. il/la ragazzo/a sta uscendo da solo;
2. il/la migliore amico/a del/della ragazzo/ragazza sta andando a giocare con i suoi amici;
3. la famiglia si trasferisce in un nuovo quartiere;
4. il/la ragazzo/a viene maltrattato/a;
5. il padre se ne sta andando;
6. il/la ragazzo/a sta scappando;
7. la madre del/della ragazzo/a viene portata all'ospedale.

Viene per ogni tavola chiesto al bambino di immaginare una storia sul protagonista della tavola mostrata e poi di ricordare un episodio simile accaduto realmente al bambino intervistato. Per ciascuna storia, il bambino fornisce informazioni cognitive (la sequenza degli eventi), informazioni affettive (le emozioni legate alla storia), valutazioni rispetto allo stato mentale e affettivo del genitore (indagando così la teoria della mente e la capacità di decentramento del bambino), i motivi del perché il bambino fa quello che fa e le proprie idee su cosa potrà accadere nel futuro (funzione riflessiva riguardo al Sé). L'intera intervista viene audio registrata e trascritta. Il

trascritto viene poi analizzato in funzione di specifici markers narrativi afferenti a ciascuno dei sei sistemi di memoria indagati dal DMM; i markers derivano dal metodo di siglatura della Adult Attachment Interview (Crittenden, 1999) adattato alle modalità di linguaggio dell'età scolare.

Dal protocollo dello School Age Assessment of Attachment (SAA) di Andrea, dal punto di vista tematico, emerge in modo ridondante alle varie tavole come il mondo esterno sia percepito come pericoloso. Il pericolo è il rimanere solo, la minaccia è la forte imprevedibilità delle cose, come è evidente negli esempi seguenti (*A*, Andrea; *T*, terapeuta):

Figura 1 (il ragazzo sta uscendo da solo):

A: il bambino esce per andare a parlare con i suoi amici perché non sa come fare, i suoi genitori forse si stanno separando e lui non sa con chi andare a vivere. . . . Pensa: "Con chi andrò?". Arriva al parco, parla con i suoi amici ma loro non lo ascoltano. . . allora torna a casa e dimentica tutto.

Figura 5 (il padre del ragazzo se ne sta andando):

A: Ecco!! Lo sapevo, si sono separati! Il papà se ne va senza guardare e il bambino si sente molto molto molto triste. . . ma tanto lo sapeva che si separavano.

T: Cosa fa il bambino?

A: Reagirà in modo molto pericoloso, non parlerà mai più con il babbo, con la mamma, non dirà mai più una parola, scapperà di casa...

T: Se capitasse a te cosa faresti?

A: Starei male, molto molto molto male, perché non saprei con chi andare a vivere dei due, mi sa che alla fine starò con i nonni. . . Mi comporterei in modo strano: mi arrabbierei molto, butterei tutto a terra e poi me ne andrei. . .

Figura 6 (il ragazzo sta scappando)

A: è felice perché può scappare e non ha più i genitori in mezzo. . . Si sono separati e scappa definitivamente.

T: come stanno, cosa pensano i suoi genitori?

A: il babbo non c'è e non lo sa neanche, la mamma non lo sa. . . Quando lo scopre diventa triste, chiama il babbo e cercandolo si rimettono insieme. . .

Figura 7 (la madre del ragazzo viene portata all'ospedale)

A: è molto triste. . . e pensa: perché ho deciso di scappare?" Chiama il babbo e gli chiede se possono tornare insieme. La mamma muore.

T: Cosa pensa il ragazzo? E il papà? Come si sentono?

A: Tristi, molto molto tristi. . . Il babbo pensa: Ma perché ci siamo separati?" e il ragazzo invece sta male e pensa che doveva rimanere accanto alla mamma, doveva rimanere con lei. . .

Sia lo stile narrativo di tutte le tavole che l'analisi dei contenuti rappresentativi rimandano chiaramente a una configurazione d'attaccamento coercitiva attiva, con uno stile di regolazione emotiva di tipo iperattivante e modalità controllanti nel mantenimento dello stato di relazione.

Dall'analisi funzionale dei comportamenti inattentivi, disturbanti e provocatori del

bambino in ambito familiare, emerge gradualmente come il comportamento dirompente di Andrea risulti strettamente connesso alla qualità dello stato mentale della madre; specialmente nei momenti di maggior crisi e sconforto del genitore, Andrea mette in atto comportamenti che svolgono la funzione di “antidepressivo” per la madre, richiamandola a un'attenzione costante sul figlio e distogliendola dai pensieri negativi legati sia al lutto della propria madre sia alla percezione di solitudine nei confronti del “fronte comune” marito/suocera, come lei lo definiva.

Il lavoro clinico è stato organizzato su due fronti: il primo, individuale per Andrea, il secondo di supporto ai genitori. Il lavoro con Andrea è stato volto a favorire processi di mentalizzazione e di ordinamento cognitivo nel vivere la quotidianità sia a casa che a scuola, attraverso le schede di auto osservazione e autovalutazione del comportamento, schede ABC per l'analisi delle sequenze problematiche, unitamente a training di rilassamento muscolare progressivo e autoistruzioni verbali per favorire l'autocontrollo e ridurre l'impulsività/irrequietezza.

Le sedute di terapia prevedevano sempre una parte dedicata al rilassamento muscolare finalizzato all'acquisizione di una progressiva consapevolezza e gestione degli stati emotivi partendo dai correlati fisici/corporei, per poi dedicare una seconda parte delle sedute al lavoro più cognitivo in cui Andrea con l'aiuto del terapeuta analizzava episodi e sequenze di eventi cercando di costruire una consequenzialità causa-effetto del verificarsi degli eventi, costruendo un progressivo ordine e dialogo interno. Il lavoro di ordinamento cognitivo avveniva anche attraverso la creazione di situazione di gioco in cui l'aspetto della regola assumeva un ruolo centrale, regole di gioco che venivano negoziate, costruite e verificate costantemente insieme al bambino, rinforzando e stimolando così anche la sua capacità di dare ordine e prevedibilità alla realtà.

È stata attivata anche una collaborazione con la scuola e le insegnanti per favorire una miglior accoglienza al bambino e coinvolgere le insegnanti nel lavoro di auto osservazione di Andrea, diventandone parte attiva e fondamentale. In particolare, l'insegnante di italiano è stata coinvolta in prima persona per aiutare Andrea a fare un bilancio quotidiano della mattinata a scuola attraverso la compilazione di schede di osservazione del comportamento appositamente costruite da Andrea insieme alle insegnanti, schede che poi consentivano o meno al bambino di accedere a premi, secondo lo schema classico della *token economy*.

Nel corso della terapia si è assistito a un graduale affievolirsi degli aspetti sintomatici di Andrea, in particolare in termini di impulsività, dando spazio a un maggior autocontrollo con un netto miglioramento nell'inserimento nel gruppo dei pari e del generale livello di attivazione del bambino.

Il secondo fronte di intervento è relativo al lavoro con i genitori, prima come coppia e poi individuale per la madre. In un'ottica cognitivo-evolutiva risulta importante aiutare i genitori anch'essi ad auto osservarsi e a discutere con il terapeuta le proprie modalità di gestione della relazione con Andrea, partendo dai propri vissuti e dai propri pensieri, dal proprio dialogo interno per riuscire a sviluppare una miglior competenza autoriflessiva che consenta anche una lettura più efficace dei segnali del bambino. Il lavoro principale con i genitori di Andrea è stato quello di attivare in loro la capacità di osservare gli eventi concreti, gli episodi della loro quotidianità, tralasciando

gli aspetti più semantici, di giudizio, che non facevano altro che alimentare le etichette e le definizioni generalizzanti che continuamente “appiccicavano” sul bambino.

In tal senso, sono state molto utili le schede ABC consegnate ai genitori che hanno consentito di mettere in relazione come i comportamenti dirompenti e sfidanti di Andrea fossero strettamente correlati con accadimenti specifici del contesto familiare: situazioni di allontanamento e separazione, conflittualità fra genitori, ritiro e isolamento della madre dovuto principalmente all’emergere di uno stato mentale depressivo.

Mettere a fuoco queste correlazioni funzionali ha permesso ai genitori di cogliere il proprio ruolo nel manifestarsi del problema, accorgendosi di quanto il loro bambino fosse capace di monitorarli continuamente e assiduamente a discapito di una propria tranquillità e investimento sull’esplorazione del mondo esterno. Per rendere più esplicito il raggiungimento di questa consapevolezza da parte dei genitori, riportiamo una frase del papà: “Ma se sta sempre a guardare cosa facciamo o come stiamo noi, come fa a fare le sue cose?”.

Progressivamente sia la mamma che il papà hanno cercato di modificare il loro stile relazionale con Andrea, contribuendo al progressivo miglioramento della condizione clinica del bambino e della famiglia in generale. In particolare la madre si è resa conto del bisogno di lavorare individualmente sui propri vissuti depressivi specialmente legati al lutto della propria madre e ciò l’ha portata successivamente a intraprendere un percorso terapeutico personale.

Bibliografia

- Achenbach MT (1990) What is developmental about Developmental Psychopathology. In: Rolf et al (eds) Risk and Protective factors in developmental psychopathology. Cambridge University Press, Cambridge
- Ahmad Ghanizadeh, Mohammad Reza Mohammadi, Rozita Moini (2008) Comorbidity of Psychiatric Disorders and Parental Psychiatric Disorder of ADHD Children. *Journal of Attention Disorders* 12:149-155
- Atili G (2001) Ansia da separazione e misura dell’attaccamento normale e patologico. Unicopli, Milano
- Baddeley A (1986) Working Memory. Clarendon Press, Oxford. Trad. It. La memoria di Lavoro. Cortina, Milano, 1990
- Baddeley A, Hitch GJ (1974) Working Memory. In: Bower GU (ed) The Psychology of learning and motivation: advances in research and theory. Academy Press, NY
- Balzotti A (2010) Attaccamento e biologia. La regolazione affettiva in una prospettiva psicobiologica. Angeli, Milano
- Battle ES, Lacey B (1972). A context for hyperactivity in children over time. *Child Development* 43:757-773
- Bayliss DM, Roodentys S (2000) Executive processing and attention deficit hyperactivity disorder: an application of the supervisory attention system. *Dev Neuropsychol* 17:161-180
- Biederman J (1991) Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Am J Psychiatry* 148:564-577
- Brandon S (1971) Overactivity in childhood. *Journal of Psychosomatic Research* 15:411-415
- Caroli MG (1999) L’effetto delle informazioni irrilevanti e dei processi di inibizione nei bambini con disturbo da Deficit Attenzione e Iperattività. Tesi di laurea, Università di Padova
- Cicchetti D (1984) The emergence of developmental psychopathology. *Child Development* 55:1-7

- Clarke L, Ungerer J, Chahoud K, Stiefel I (2002) Attention Deficit Hyperactivity Disorder is Associated with Attachment Insecurity, *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 7:179-198
- Cornoldi C, De Meo T, Offredi V, Vio C (2001) Iperattività e autoregolazione cognitiva, Erickson, Trento
- Crittenden PM, Kulbotten GR (2007) Familial Contributions to ADHD: An Attachment Perspective *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 44:220-1229
- Crittenden PM (1997) Pericolo, sviluppo e adattamento. Masson, Milano
- Crittenden PM (1999) Attaccamento in età adulta: l'approccio dinamico maturativo all'Adult Attachment Interview. Cortina, Milano
- Crittenden PM (2008) Il modello Dinamico Maturativo dell'Attaccamento, Cortina, Milano
- Crittenden PM, Landini A (2011) Assessing Adult Attachment: a Dynamic Maturational Approach to Discourse Analysis. Norton Professional Books
- El-Faddagh M., Laucht M, Maras A (2004) Association of dopamine D4 receptor (DRD4) gene with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in a high-risk community sample: a longitudinal study from birth to 11 years of age. *Journal of Neural Transmission* 111:883-889
- Erdman P (1998) Conceptualizing ADHD as a contextual response to parental attachment. *The American Journal of Family Therapy* 26:177-185
- Fonagy P, Target M (a cura di) (2001) Attaccamento e funzione riflessiva, Cortina, Milano
- George C, Kaplan N, Main M (1985) The adult Attachment Interview. University of California Press, Berkeley
- Gillberg C, Carlstrom G, Rasmussen P (1983) Hyperkinetic disorders in children with perceptual, motor and attentional deficits. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 24:233-246
- Green J, Stanley C, Smith V, Goldwyn R (2000) A new method of evaluating Attachment representation in young school-age children: the MCAST. *Attachment Hum Dev* 2:48-70
- Green J, Stanley C, Peters S (2007) Disorganized attachment representation and atypical parenting in young school age children with externalizing disorder. *Attachment and Human Developmental* 9:207-222
- Haddad PM, Garralda ME (2002) Hyperkinetic syndrome and disruptive early experiences. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 161:700-703
- Halasz G, Vance AL (2002) Attention deficit hyperactivity disorder in children: moving forward with divergent perspectives. *Med J Aust* 18:554-7
- Halasz G (2001) Smartening up or dumbing down? A Look Behind the Symptoms, Overprescribing and Reconceptualizing ADHD. Public Seminar – <http://www.napp.org.au>
- Johnston C, Mash EJ (2001) Families of children with attention deficit and hyperactivity disorder: review and recommendation for future research. *Clinical child and Family Psychology Review* 4:183-207
- Kissgen R, Krischer M, Kummert V, Spiess R, Schleiffer R, Sevecke K (2009) Attachment Representation in Mothers of ADHD-Children. *Psychopathology* 42:201-208
- Ladnier R, Massanari A (2000) Treating ADHD as Attachment Deficit Hyperactivity Disorder, in Terry M. Levy, *Handbook of Attachment Interventions*, 2nd edn. Academy Press, pp 27-65
- Lambruschi F (2004) La sintesi diagnostica e la definizione degli obiettivi terapeutici. In: Lambruschi F (a cura di) (2011) *Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva: Procedure d'Assessment e Strategie Psicoterapeutiche*. Boringhieri, Torino
- Lambruschi F, Donati M, Leoni F (2004) Il percorso d'assessment. In: Lambruschi F (a cura di) (2011) *Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva: Procedure d'Assessment e Strategie Psicoterapeutiche*. Boringhieri, Torino
- Lou HC, Rosa P, Pryds O, Karrebaek H, Lunding J, Cumming P, Gjedde A (2004). ADHD: increased dopamine receptor availability linked to attention deficit and low neonatal cerebral blood flow. *Developmental Medicine and Child Neurology* 46:179-83
- Lurjia AR (1961) The Role of Speech in the regulation of normal and abnormal behavior. Liverlight, NY
- Main M, Solomon J (1986) Discovery a new insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In: Brazelton TB, Yogman M (eds) *Affective Development in Infancy*. Ablex, Norwood
- Matejcek Z, Dytrych Z, Schuller V (1985) Follow-up study of children born to women denied abor-

- tion. In: Porter R, O'Connor M (eds) *Abortion: Medical progress and social implications*. Ciba Foundation Symposium 115. Pitman, London
- Norman DA, Shallice T (1986) Attention to Action: willed and automatic control behaviour. In: Davidson RJ, Schwartz GE, Shapiro D (eds) *Consciousness and Self-regulation*. Plenum Press, NT
- Panzer A, Viljoen M (2005) Supportive neurodevelopmental evidence for ADHD as a developmental disorder, *Medical Hypotheses* 64:755-758
- Piaget J (1976) *La prise de conscience*. Presses Universitaires de France, Paris. Trad. It. *La presa di coscienza*. Etas, Milano
- Pinto C et al (2006) ADHD and Infant Disorganized Attachment A Prospective Study of Children Next-Born After Stillbirth. *Journal of Attention Disorders* 1:83-91
- Rapoport JL (1980) Dextroamphetamine; Cognitive and behavioural effects in normal and hyperactive boys and men. *Arch Gen Psych* 37:933
- Rutter M (1995) *Psychological disturbance in young people*. Cambridge University Press, Cambridge UK
- Schore A (1994) *Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development*. Erlbaum, Hillsdale
- Schore A (2003a) *Affect dsregulation and disorders of the self*. Erlbaum, Hillsdale. Trad. it. *I disturbi del sé. La disregolazione degli affetti*. Astrolabio, 2010
- Schore A (2003b) *Affect regulation and the repair of the self*. Erlbaum, Hillsdale. Trad. it. *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé*. Astrolabio 2008
- Shallice T, Marzocchi GM et al (2001) Executive function profile of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Dev Neuropsychol* 21:43-71
- Siegel DJ (1999). *The developing mind*. Guilford Press, New York. Trad. it. *La mente relazionale*, Cortina, Milano 2001
- Sroufe LA, Rutter M (1984) The domain of developmental psychopathology. *Child Development* 55:17-29
- Stiefel I (1997) Can Disturbance in Attachment Contribute to Attention Deficit Disorder? *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2:45-64
- Tallmadge J, Barkley RA (1983). The interactions of hyperactive and normal boys with their fathers and mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology* 11:565-579
- van Ijzendoorn et al (1997) Ecological Constraints for Intergenerational Transmission of Attachment. *International Journal of Behavioral Development* Vol. 20:287-299
- Vygotskij LS (1967) *Thought and language*. MIT Press, Cambridge, MA. Trad. it. *Pensiero e Linguaggio*. Giunti, Firenze
- Warren M (2003) *A parent-child interactions with ADHD children parental empathy as a predictor of child adjustment*. Dissertation prepared for the degree of doctor of philosophy. University Of North Texas

In questo capitolo verranno proposte alcune considerazioni sui genitori maltrattanti, secondo la prospettiva del DMM, e sull'utilizzo della Adult Attachment Interview (AAI) in un servizio tutela minori. Di seguito verrà presentata brevemente una tranche di lavoro con un genitore inadeguato. Il termine maltrattamento verrà utilizzato in un'accezione ampia, comprensiva delle inadeguatezze genitoriali.

13.1 I genitori maltrattanti secondo il DMM

Così come l'organizzazione psichica del figlio acquista significato come strategia di adattamento nel rapporto con il genitore, anche il comportamento genitoriale inadeguato trova significato se si considerano le relazioni pericolose vissute dal medesimo nella propria infanzia e le modalità di sopravvivenza strutturate all'interno di esse. I genitori inadeguati usano strategie, intrapsichiche e interpersonali, che sono state funzionali nel loro contesto di crescita, contraddistinto dal pericolo, ma che sono disfunzionali nell'ambito della relazione con i figli.

Il bambino maltrattato, se nel corso della sua vita non interverranno altri fattori protettivi, da adulto potrà presentare una sintomatologia internalizzata (psicopatologia) o esternalizzata (devianza, problemi con la genitorialità). Tutti i genitori maltrattanti sono stati bambini maltrattati, anche se non tutti i bambini maltrattati diventano genitori maltrattanti. I bambini maltrattati possono diventare ottimi genitori se nel corso della loro vita, attraverso relazioni significative con partner-testimoni soccorrevoli-psicoterapeuti, riescono a fare esperienze compensative e a dipanare-riper-

M.D. Masé (✉)

Psicologa psicoterapeuta, Servizio Tutela Minori
Consultorio Adolescenti - ASL Brescia
md.mase@alice.it

13 correre-comprendere la complessità e le distorsioni che hanno caratterizzato le loro relazioni primarie di attaccamento e il funzionamento loro connesso.

Per certi versi il maltrattamento dei figli è un comportamento autodistruttivo e non adattativo sul lungo tempo, perché in termini evolucionistici contrasta il bisogno primario di successo riproduttivo e di continuazione della specie. Al contrario sul breve tempo il maltrattamento dei figli è un comportamento sostanzialmente autoprotettivo per i genitori.

Anche i genitori maltrattanti amano i loro figli e in certi momenti questo è evidente. Anche loro vogliono per i loro figli benessere e sicurezza, come gli altri genitori; anche gli altri genitori saltuariamente maltrattano. Tuttavia, diversamente dagli altri, quelli maltrattanti hanno vissuto da bambini maggiori pericoli e da adulti sono più ansiosi rispetto alle minacce di pericolo per sé e per i figli.

Nel maltrattamento dei figli il problema maggiore sta nel fatto che le rappresentazioni disposizionali dei genitori sono troppo distorte; generalmente sono insormontabilmente complesse e quindi dannose per i figli, di difficile comprensione per gli operatori e per loro stessi. Loro stessi non si capiscono ciò significa che i genitori non sono capaci di articolare un pensiero integrativo riflessivo che, a partire dal riconoscimento delle relazioni con le figure di attaccamento e dagli eventi reali vissuti, dia significato coerente ed esaustivo alle passate relazioni e al loro funzionamento attuale. Trovare significati coerenti e articolati alle realtà relazionali in cui ci fu carenza, fragilità e violenza, è molto più complesso che trovare significati nell'ambito di situazioni relazionali più lineari e sane. Aver vissuto un'infanzia difficile e avere avuto genitori inadeguati rende necessario, in relazione alla competenza genitoriale, un lungo lavoro di elaborazione per capire e dare significato a quanto successo. Nessuna spiegazione semplice e veloce è esaustiva per queste vicende umane. Le strategie di attaccamento ad alto indice sono modi della mente per stare il meglio possibile mentre si deve vivere in contesti pericolosi e sono spesso automatici e attivati fuori dalla consapevolezza. Questi genitori, per costruire relazioni abbastanza sane con i figli avrebbero bisogno di sviluppare un pensiero complesso su come sono andate le loro vicende relazionali infantili. I genitori maltrattanti mancano di questa competenza. Ciò che si verifica in una relazione maltrattante tra genitore e figlio, nonché nella mente del genitore e in quella del figlio, trova significato in termini di distorsione, mistificazione, fraintendimento, scarso pensiero riflessivo-integrativo.

I genitori inadeguati agiscono comportamenti sbagliati avendo in mente obiettivi giusti; hanno buone intenzioni, ma agiscono in modo pericoloso. Per comprendere i genitori maltrattanti e inadeguati bisogna conoscere la loro storia e le strategie che hanno appreso per sopravvivere nei loro contesti di apprendimento.

I genitori maltrattanti-inadeguati sono generalmente puniti per aver fatto ciò che in passato hanno subito, senza alcuna protezione da parte della società, né da parte dei propri genitori durante la loro infanzia. Se essi fossero percepiti come vittime adulte, oltre che come colpevoli, diverrebbe chiaro che essi hanno una storia di decenni di trattamento inappropriato, di poca esperienza di una figura genitoriale adulta empatica che possa comprendere il loro punto di vista, di poca esperienza e competenza nel rendere esplicite le informazioni implicite e nell'integrazione di forme discre-

panti di informazioni nella regolazione del loro comportamento (Crittenden, 2008).

Il riconoscimento di queste condizioni può facilitare la conduzione di trattamenti evolutivamente sintonici con questi genitori. Per poter essere d'aiuto dobbiamo capire quale significato ha per il genitore mettere in atto nella relazione col figlio un comportamento che dal nostro punto di vista è maltrattante.

Il DMM suggerisce ipotesi esplicative riguardo al funzionamento psicologico del genitore che lo risignificano e lo umanizzano, evidenziandone origini e finalità. In questa prospettiva il genitore non spaventa per l'aberrazione del suo comportamento, il desiderio di aiutarlo viene sostenuto. Permette di vedere i genitori non come mostri, ma nei loro aspetti di carenze-imbrogli subiti e di difese connesse.

Per lavorare con questi genitori serve sempre un approccio trigenerazionale; è cioè indispensabile conoscere la loro storia e sapere che bambini sono stati. Per comprendere il loro funzionamento bisogna distinguere l'intenzione delle loro azioni dagli effetti delle loro azioni: questa comprensione è ostacolata dal fatto che le rappresentazioni disposizionali della società sono molto diverse da quelle di questi genitori: nelle rappresentazioni della società riguardo ai genitori maltrattanti grava spesso un sottile e pesante giudizio morale.

Questi genitori hanno un'abortita capacità di elaborazione delle informazioni, hanno un ampio spettro di paure che affondano le radici nel loro passato, fanno importanti confusioni a livello di apparenza/realtà, per esempio, confusione tra falsi stati affettivi positivi e veri stati affettivi negativi, confusione riguardo ai sentimenti negativi misti che possono essere di paura di rabbia e al contrario di bisogno di conforto, confusione tra attivazione ansiosa e attivazione sessuale; organizzano la loro percezione e la loro risposta al figlio sulla base delle loro distorsioni.

Le distorsioni variano per il tipo e la gravità. Più si procede da 1 a 8 nella ruota grafica del DMM¹, più il passato incide rispetto al presente, più aumentano le distorsioni da erronee a omesse, a distorte, a false, più ci sono intrusioni di traumi (da limitato a pervasivo), più ci sono modificatori che rendono inefficace la strategia. Ogni distorsione presente nel funzionamento mentale del genitore (4 tipi di distorsione presenti nei 6 tipi di memoria²) può portare una distorsione nella relazione reale col figlio e in seguito diventare distorsione nella mente del figlio, il quale costruisce il suo funzionamento sulla base di tale relazione. Ogni strategia difensiva del genitore, sviluppata come risposta a pericoli vissuti nella sua infanzia, si esplica anche nella relazione col figlio incidendo sulla formazione della sua personalità.

La comprensione e il trattamento del genitore maltrattante si arricchiscono se lo si guarda contemporaneamente come il bambino che è stato e come il genitore che è ora e se si legge il suo sintomo (cioè il maltrattare il figlio) come una strategia di protezione del Sé appresa in un contesto di pericolo.

Dalle ricerche fatte utilizzando il DMM e i suoi strumenti di valutazione dell'attaccamento (Crittenden, 2008) è risultato che i genitori maltrattanti-trascuranti-inadeguati presentano stili di attaccamento A ad alto indice e/o C ad alto indice con mo-

¹ Si veda il Capitolo 7.

² I sei tipi di memoria sono i seguenti: memoria procedurale, memoria per immagini, linguaggio connotativo, memoria semantica, memoria episodica e memoria di lavoro (Crittenden, 1999, 42-48).

dificatori e traumi/lutti irrisolti. In altri termini sono persone che hanno vissuto esperienze infantili sfavorevoli e che per potersi garantire una sufficiente sicurezza di base hanno strutturato comportamenti-rappresentazioni disposizionali-relazioni di tipo compulsivo ad alto indice (A+) o ossessivo ad alto indice (C+) o una combinazione di esse (A+/C+) e che non sono in grado di attivare processi riflessivi integrativi, relativi al proprio funzionamento e alle proprie relazioni, cosicché le loro distorsioni e i loro errori di attribuzioni restano fuori dalla loro consapevolezza.

Nell'ambito del mio lavoro ho somministrato l'AAI a un piccolo campione di 6 genitori maltrattanti e le loro classificazioni si collocano nel range descritto dalla ricerca citata.

13.2 Applicazioni del DMM in un servizio tutela minori

La configurazione dell'attaccamento è il costrutto centrale nell'approccio del DMM e la sua valutazione articolata in termini di strategie, di elaborazione delle informazioni e di funzionamento integrativo-riflessivo è la chiave della progettazione di un intervento adeguato secondo questo modello. Lo strumento per valutare in un adulto il tipo di attaccamento è l'Adult Attachment Interview (versione di Patricia Crittenden). Essa si compone di domande che costituiscono sondaggi specifici per la valutazione dei sei sistemi di memoria in relazione ai temi del pericolo e della protezione. Le domande sono organizzate in modo da suscitare un lieve stress crescente nel corso dell'intervista, cosicché si attiva il sistema di attaccamento e diventa possibile osservare le strategie di protezione del Sé attivate dal soggetto. L'intervista è organizzata in sette parti:

1. orientamento sulla famiglia dell'infanzia del soggetto;
2. relazioni con le figure di attaccamento;
3. sondaggi diretti di eventi normali nel corso dei quali spesso i bambini non si sentono al sicuro
4. sondaggi diretti di esperienze potenzialmente pericolose;
5. lutti;
6. domande integrative sull'infanzia in generale
7. domande integrative finali.

L'AAI proposta dalla Crittenden si differenzia parzialmente e per vari aspetti da quella della Main. In primo luogo contiene due ampie sezioni specificamente dedicate alle esperienze potenzialmente pericolose vissute nell'infanzia e ai lutti, con molte domande assenti nella versione originaria e con attenzione particolare ai traumi e lutti occorsi alle f.d.a. (figura di attaccamento). La prima domanda della versione modificata ("Prima di iniziare potrebbe darmi una mano a orientarmi rispetto alla sua situazione familiare d'origine? Per esempio dove è nato, chi c'era in famiglia, dove avete vissuto, che lavoro facevano i suoi genitori, se vi siete trasferiti, cose di questo tipo. Voglio solo sapere qualcosa sulla sua famiglia prima di cominciare") non ha come obiettivo primario l'ottenere informazioni anagrafiche e storiche, anche se questo è implicito, ma tende a ottenere e a valutare la visione generale della fami-

glia e pertanto è valutata in termini di memoria integrativa. Le domande sui nonni e sugli altri adulti a cui il soggetto era legato da piccolo mirano non soltanto a sapere se le f.d.a. hanno vissuto lutti precoci, ma se figure diverse dai genitori sono state f.d.a. per il soggetto. Nell'AAI-versione modificata ci sono sondaggi specifici sulla memoria per immagini, assenti nella versione della Main. Alcune domande non si trovano nella versione originaria della AAI (per esempio, "Le viene in mente una volta in cui i suoi genitori si sono arrabbiati con lei? Che cosa successe?") e altre sono state modificate. La sezione specificamente dedicata alla valutazione della memoria integrativa è molto più ampia comprendendo una parte sull'infanzia e una parte integrativa finale. Sono previste domande di approfondimento che devono essere scelte dall'intervistatore in relazione alla specificità del soggetto e pertinenti il tema dell'attaccamento.

I tempi di somministrazione si aggirano attorno a un'ora, un'ora e mezza. Per una corretta somministrazione e classificazione è necessario aver fatto un addestramento. L'intervista deve essere audioregistrata e poi trascritta verbatim fedelmente. È uno strumento impegnativo che richiede tempo. È impossibile valutare un attaccamento solo ascoltando un'intervista; è indispensabile trascriverla e fare tutto il processo di classificazione.

Nella classificazione non è primario il contenuto, cioè i fatti che la persona riferisce, ma come li racconta, cioè quale linguaggio usa mentre racconta. A partire dalla conoscenza degli eventi reali, si valuta come funzionano i 6 tipi di memoria (procedurale, per immagine, connotativa, semantica, episodica, integrativa), cioè in che modo essi sono distorti.

Alla fine del processo di classificazione di una AAI, la valutazione emersa viene sintetizzata in una "formula", breve o lunga a seconda dei soggetti, composta di lettere (A-B-C che rappresentano il tipo di attaccamento e che possono variare con f.d.a. diverse) da numeri (1-2-3-4-5-6-7-8 che descrivono gli indici di attaccamento come illustrato nel grafico del DMM nel capitolo 7), eventualmente da sigle che rappresentano il tipo di irrisoluzione del trauma o del lutto (ds, distanziato; dpl, spostato; b, bloccato; dn, negato; p, preoccupato; v, vicario; i, immaginato; a, anticipato; h, alluso; s, suggerito; dx, disorganizzato; dp, depresso; dlr, riparato in modo delirante; dlv, vendetta delirante) ed eventualmente da altre sigle che rappresentano i modificatori della strategia (riorganizzazione, depressione, disorientamento, intrusioni di stati affettivi proibiti, espressione di sintomi somatici) quando essi sono presenti.

Nell'ambito dei servizi per la tutela dei minori l'AAI può utilmente essere utilizzato all'inizio del percorso di valutazione: ritengo sia opportuno somministrarla non nella "prima valutazione della genitorialità" (valutazione delle capacità genitoriali), ma nella fase della "valutazione della recuperabilità genitoriale" (promozione della competenza genitoriale). Ho trovato utile applicarla quando si prevede che la presa in carico del genitore sarà lunga oppure quando il suo trattamento è in una fase di stallo.

Questo strumento può essere somministrato sia dallo psicologo che segue i genitori sia da un altro psicologo che poi passa i risultati allo psicologo titolare.

Ritengo che i buoni motivi per somministrare e usare l'AAI nell'ambito dei servizi tutela minori siano i seguenti:

- permette di individuare lo stile di attaccamento utilizzato dal genitore. In altri termini permette di comprendere attraverso quali strategie di elaborazione delle informazioni (tipi di distorsioni cognitive e affettive) il soggetto si procura sicurezza e gestisce il pericolo, nonché favorire l'identificazione della qualità e della quantità dei processi difensivi connessi all'attaccamento;
- permette di fare ipotesi sulla relazione di attaccamento con i figli, che è inevitabilmente connessa con lo stile di attaccamento del genitore alla generazione precedente (attenzione trigenerazionale);
- aiuta a costruire l'alleanza terapeutica e favorisce l'instaurarsi di una relazione di fiducia: poiché contiene domande che sorprendono la mente su aspetti vitali-intimi l'operatore, conoscendo la storia del genitore, capisce di più e questi si sente visto e riconosciuto in aspetti importanti di sé;
- le domande proposte permettono di far emergere le esperienze infantili sfavorevoli e altri ricordi non facilmente recuperabili; con l'AAI si rimette la persona in contatto con aspetti importanti del suo attaccamento nell'ambito della relazione con lo psicologo;
- consente una valutazione del funzionamento riflessivo (aspetto parziale, ma molto connesso a genitorialità);
- fornisce delle ipotesi a riguardo della relazione con il partner e dà informazioni sul transfert probabile con psicologo-operatori-servizi;
- aiuta a definire gli obiettivi del lavoro psicoterapeutico con i genitori e gli obiettivi dell'intervento di rete;
- permette di riformulare le difficoltà e i problemi del genitore e, evidenziando le finalità delle strategie, permette di umanizzare e ridefinire in positivo (Weiss, 1999);

Offre importanti contributi in quella che Cirillo (2005) chiama il lavoro di "ipotizzazione";

- può fornire indicazioni per la scelta del tipo di trattamento, di tecniche, di setting più opportuni per la specifica persona;
- può servire per valutare l'efficacia del trattamento se utilizzato all'inizio e alla fine dell'intervento.

Riguardo al come può essere utilizzata una AAI in termini più concreti:

- si tiene nella cartella diagnostica (assieme al genogramma³, alla storia della famiglia, alla storia della relazione coi servizi, ai test proiettivi e alle varie griglie per ordinare i tanti dati di queste famiglie);
- può essere utilizzata, intera o a tranches, come base per la restituzione; si può rileggerla insieme, magari a tranches cercando di cogliere le discrepanze tra quello che il soggetto ha colto di sé e quello che ha colto lo psicologo;
- fornisce materiale significativo (contenuti utili) su cui poter lavorare in seguito; ci si può far riferimento quando serve durante i colloqui; i meccanismi utilizza-

³ Il genogramma è uno strumento utilizzato nell'ambito della terapia familiare sistemica; è un elaborato grafico che contiene i dati anagrafici e relazionali della famiglia, generalmente riferito a tre livelli di generazioni (Montagano, Pazzagli 2009).

ti nell'intervista possono essere osservati durante i colloqui, quindi evidenziati discussi e restituiti;

- si può dare la trascrizione della AAI al paziente perché se la rilegga e ci ripensi anche per conto suo.

13.3 Esempificazioni cliniche: Alberto, il padre di Filippo

Presenterò una tranche dell'intervento di tutela attuata a favore di un ragazzino di 12 anni che chiamerò Filippo. Si tratta di un caso piuttosto tipico: la cornice è definita dal Tribunale per i Minori (TM), è in carico al Nucleo Tutela Minori (NTM) e al Servizio Tossicodipendenze (SerT): si può definire una situazione di maltrattamento psicologico e di trascuratezza psicologica.

Riguardo alla situazione familiare, la madre è morta quando Filippo aveva 5 anni, il padre presenta problemi di dipendenza da sostanze e di lieve antisocialità, le famiglie d'origine paterna e materna sono invischianti multiproblematiche litigiose, il minore è unico figlio.

Il padre è la figura di attaccamento più importante per Filippo, ma non l'unica. Il rapporto padre-figlio spiega alcuni aspetti del funzionamento del ragazzino, mentre altri problemi sono relativi ad altro (la nonna paterna è un'altra figura di attaccamento, permangono difficoltà di risoluzione del lutto della madre, ecc.).

Il caso si era aperto per un contenzioso tra il padre e la famiglia d'origine materna per l'affidamento del bambino dopo la morte della madre; si era sviluppato dapprima con l'affidamento del figlio al padre con l'appoggio della nonna materna e dei servizi sociali, disposto dal TM. Purtroppo dopo un periodo senza supporto da parte dei servizi sociali, la situazione era peggiorata e nuovamente sono stati attivati il T.M e i servizi sociali. La tranche di intervento descritta inizia con una nuova richiesta di indagini da parte del TM e prosegue con un affido eterofamiliare del minore.

Nel periodo dell'intervento descritto, Filippo presenta varie difficoltà e sintomi (è iperattivo e impulsivo, ha scatti di rabbia, è confuso, a scuola non si impegna e fa il bullo); riguardo alle relazioni reali appare emotivamente trascurato e molto coinvolto in triangolazioni familiari; ha importanti bisogni insoddisfatti di sicurezza e di chiarezza.

Non mi soffermerò sui molti altri aspetti del caso né sul trattamento del caso in generale, ma su una tranche di lavoro col padre, che è durata circa 8 mesi.

Il padre di Filippo, che chiamerò Alberto, è un quarantenne, operaio, con problemi di tossicodipendenza fin dall'adolescenza. È figlio unico di una coppia di genitori molto legata e molto litigiosa con una relazione di amore-odio tra loro: si sono separati quando lui aveva 6 anni, ma hanno divorziato dopo 30 anni; sono stati molto coinvolgenti il figlio nella loro lotta e saltuariamente maltrattanti fisicamente; il padre era distante, normativo assente, presente solo con regali; la madre era ipercoinvolta in vicende della sua famiglia d'origine multiproblematica con funzioni di "crocerossina", presente col figlio, ma in modo discontinuo. Alberto ha vissuto la

giovinezza tra espedienti e tossicodipendenza. Presenta una lieve antisocialità e ha vissuto qualche breve carcerazione. La relazione con la compagna, madre di Filippo, è durata qualche anno, poi lei è morta per problemi legati alla dipendenza da sostanze. Dopo la relazione con la moglie ha vissuto poche e saltuarie relazioni amoro-se.

Egli è sempre venuto ai colloqui proposti dal servizio sociale (o se non veniva chiamata), appariva interessato da tutto, ma veramente toccato da niente.

Riguardo alla relazione di Alberto con Filippo, egli “ci tiene” molto al figlio e si è dato molto da fare in passato per avere l’affidamento, nonostante l’opposizione della famiglia d’origine materna, è superficiale e confusivo nel leggere i bisogni e i vissuti del figlio, banalizza (“sta bene”) o critica pesantemente (“è un lazzarone”), minimizza le difficoltà del figlio, gli racconta bugie o comunque non gli dice la verità, delega molte funzioni alla nonna paterna o ad altri, preso in vecchie sue triangolazioni ci coinvolge anche il figlio soprattutto nella relazione con sua madre, passivo oppure arrabbiato, non sa adeguatamente né porgli limiti né sostenerlo quando ne ha bisogno.

L’AAI è stata somministrata ad Alberto in una fase di stallo del trattamento, quando il malessere del figlio evidenziava che l’affido al padre, in assenza del sostegno dei servizi sociali, non funzionava.

13.3.1 AAI e valutazione

La classificazione della AAI di Alberto è stata sintetizzata nella seguente formula:

Do Utr (p)separazione Utr (ds)botte A1-2padre/C3madre.
Di seguito ne illustrerò il significato.

- C3 madre: lo stile di attaccamento di Alberto acquisito nella relazione con la madre è “aggressivamente arrabbiato”.

Come funziona:

Il soggetto C3 usa manifestazioni aggressive di collera per cercare di esercitare una pressione coercitiva sulla figura di attaccamento (f.d.a.), allo scopo di indurla a soddisfare il proprio bisogno di sicurezza e conforto. Per fare questo riduce la propria consapevolezza della paura e del desiderio di conforto, usa un ragionamento riduzionista per giustificare il proprio punto di vista biasimante. Usa stati affettivi intensi per comunicare significati. L’affettività è distorta dalla scissione di stati affettivi misti e contrastanti: viene manifestato solo lo stato affettivo invulnerabile della collera e sono inibiti la paura e il desiderio di conforto. Anche se l’ordine temporale è spesso chiaro, di solito manca nel soggetto C3 una comprensione della causalità, è generalmente inconsapevole del proprio contributo agli eventi e alle reazioni dell’altro. Si deresponsabilizza nelle relazioni. La memoria integrativa non è buona perché non sono buone le informazioni provenienti da altre memorie.

Origini:

Il contesto di apprendimento con la f.d.a. era caratterizzato da triangolazioni, ipercoinvolgimento e inganno. La f.d.a. era incostante, frodava e fuorviava il figlio in maniera da provocare spesso sofferenza e a volte pericolo. Nella sua infanzia c'è qualche prova di pericolo o mancanza di protezione, ma non c'erano pericoli di vita o pericoli camuffati da sicurezza.

Implicazioni nella relazione col figlio?

Alberto esprime enfasi sugli stati affettivi propri o del figlio, oppure svalutazione degli altri stati affettivi propri o del figlio; delega le sue responsabilità ad altri e non riconosce i propri limiti, si deresponsabilizza, ha facilità alla bugia, alla mistificazione e all'inganno. Tende a comportarsi con Filippo in modo incostante e imprevedibile; gli risponde sull'onda del proprio stato affettivo in modi poco comprensibili al figlio. Sorvola sui significati complessi o fa razionalizzazioni "pro domo sua".

- A1-2 padre: lo stile di attaccamento acquisito da Alberto nella relazione con il padre è "idealizzante-distanziante".

Come funziona:

Il soggetto A1-2 idealizza la f.d.a., la fa apparire buona e nelle situazioni di conflitto il Sé viene fatto apparire come cattivo e privo di bisogni insoddisfatti. Per procurarsi sicurezza e conforto nella relazione con la f.d.a., nega i propri bisogni e i propri affetti negativi, idealizzando e assecondando la f.d.a.. Esprime poca affettività, soprattutto poca affettività negativa, afferma di avere sentimenti positivi e omette bisogni e affettività negative proprie. La cognitività, l'ordine temporale e le affermazioni causali guidano il funzionamento mentale.

Origini:

La f.d.a. tendeva ad essere molto esigente riguardo al comportamento del figlio, tendeva a punirlo per le manifestazioni di attaccamento non appropriate o giudicate "eccessive" o perché non era abbastanza indipendente o con buone prestazioni. Di solito la f.d.a. era protettiva dal pericolo reale, ma non dava conforto per le minacce. Le minacce vissute dai soggetti A1-2 generalmente erano lievi.

Implicazioni nella relazione col figlio

Alberto in varie occasioni attua distanziamento del sé, soprattutto dei propri affetti negativi, e mette in atto lo stesso distanziamento verso gli stati affettivi negativi del figlio. Pertanto non coglie e non risponde a suoi bisogni importanti. Esprime un'idealizzazione poco sostanziata del figlio, non percepisce i suoi stati affettivi negativi. Ha difficoltà a dare significato corretto nei singoli eventi. Non ha una lettura articolata e complessa di cosa succede nella sua relazione col figlio; banalizza o omette pensieri metacognitivi.

- Do: le strategie di attaccamento di Alberto sono inefficaci ed egli è in uno stato di alta attivazione non strategica. Il disorientamento è un modificatore delle strategie, cioè è qualcosa che cambia le strategie di attaccamento rendendole inefficaci.

Come si esprime:

Il soggetto disorientato ha problemi di memoria di fonte, non sa discriminare chi è la fonte dell'informazione; confonde i punti di vista propri, della madre, del padre e del Sé in epoche diverse; fa iperattribuzioni delle rappresentazioni al Sé,

ha rappresentazioni troppo inclusive, tutto gli appare pertinente al Sé; è incoerente nel discorso, è orientato in direzioni in conflitto, non risulta strategico, non c'è nel suo funzionamento una evidente funzione di protezione del Sé, è sempre iperattivato nel cercare una strategia col genitore che gli dia sicurezza, ma fallisce perché gli mancano le informazioni corrette; il profilo del soggetto è incoerente e psicologicamente infondato. A una prima lettura può a volte sembrare metariflessivo.

Origini:

Nella fase evolutiva in cui la memoria di fonte non c'era ancora, i bisogni delle f.d.a. e del soggetto possono essere stati in conflitto (a causa di triangolazioni, coalizioni, strategie segrete incomprensibili a un bambino, ecc.) e il soggetto ha accettato la definizione semantica delle sue f.d.a. assieme al proprio punto di vista. Ciò comporta che il soggetto ha punti di vista confusi, fa errate attribuzioni di causalità al Sé e usa strategie basate su questi errori. Alberto ha vissuto un dilemma complesso in mezzo a due genitori con un forte legame odio-amore; tale dilemma era indecifrabile per lui bambino con il suo livello di sviluppo ("Sei cattivo come tuo padre! La mamma ti ha picchiato?": è il pezzo di messaggio che lui vede. "Io desidero ancora la mamma.... Io desidero ancora il papà": è il pezzo di messaggio che lui non vede. Significativa appare la sua frase: "Che confusione! Quante persone, quanti pensieri.... ognuno raccontava la sua... continuamente a sentire le cose degli altri").

Implicazioni nella relazione col figlio

Alberto è in difficoltà nel discriminare il punto di vista dal quale sta descrivendo la propria esperienza e quella del figlio. Non è strategico nel prendersi cura del figlio come di sé. È sempre attivato nel trovare una strategia protettiva col figlio, ma fallisce perché si basa su informazioni sbagliate. Appare vago, superficiale, lascia cadere bisogni e domande importanti del figlio, non fa chiarimenti che sarebbero necessari. Tutto lo riguarda e niente lo tocca, dà la sensazione di essere un muro di gomma, niente fa la differenza, non gli sembra significativo dare informazioni vere-false-mistificate su cose importanti che riguardano la vita del figlio, sembra molto interessato a parlare e riflettere, ma poi niente sembra in grado di modificare qualcosa in lui.

Probabilmente in questa iperattivazione e ansietà diffusa sta anche l'origine della sua tossicodipendenza, cioè usa le sostanze per calmarsi.

- Utr (p)separazione Utr (ds)botte: Alberto ha un trauma irrisolto di tipo preoccupato per la separazione di genitori avvenuto quando lui era bambino e ha un trauma irrisolto di tipo distanziato per le botte ricevute nella sua infanzia.

Come funziona:

Il soggetto con traumi irrisolti non è in grado, in relazione al pericolo vissuto, di differenziare quanto attiene al passato e quanto riguarda il presente e il suo funzionamento in relazione al pericolo non è integrato con il suo funzionamento di base. I traumi non risolti interferiscono con la strategia di attaccamento in modo intermittente. Comportano che l'evento che ha minacciato il sé assorba in maniera relativamente predominante l'elaborazione mentale del soggetto se il trauma è di tipo preoccupato, e comportano che informazioni importanti riguardo al

pericolo siano troppo riferite al passato se il trauma è distanziato. Ciò può limitarsi all'evento stesso o l'evento può essere associato con una gamma di stimoli talmente ampia (riattivatori traumatici) che finisce per pervadere tutto il funzionamento.

Origini:

Sono connesse alle esperienze reali di conflittualità-separazione dei genitori e di botte ricevute da bambino che, in assenza di relazioni di attaccamento sufficientemente protettive, hanno sopraffatto la sua capacità di funzionare in modo autoprotettivo.

Implicazioni nella relazione col figlio

Anche nel presente i traumi irrisolti di Alberto si riattivano continuamente nella sua relazione con i nonni paterni (oltre che con quelli materni) che sono figure significative e presenti nella rete familiare attuale di Filippo. Egli tende a generalizzare troppo o a distanziare troppo.

In sintesi questa classificazione suggerisce che Alberto comprende la propria esperienza di figlio in modo seriamente distorto. Si può dire che la lettura distorta di sé e della propria storia nega le proprie fragilità, omette i propri stati affettivi negativi, idealizza, biasima, mistifica, banalizza, senza in sostanza riuscire a regolare il proprio stato di attivazione emotiva e tutto questo interferisce con la comprensione e con la relazione di Alberto nei confronti di Filippo, sia nella direzione del distanziamento che dell'ipercoinvolgimento.

13.3.2 DMM e trattamento

L'utilizzo dell'AAI ha dato impulso in una fase di stallo del trattamento in cui il vissuto prevalente degli operatori era d'impotenza e di delusione per l'andamento del caso, che avrebbe potuto diventare delusione e rabbia verso il padre.

La somministrazione e la classificazione della AAI attuate secondo il DMM ha permesso di mettere a fuoco degli elementi molto significativi ai fini della comprensione del funzionamento delle sue relazioni di attaccamento (compresa quella con il figlio): ha dato informazioni sui pericoli da lui vissuti nella sua infanzia e sulle strategie autoprotettive da lui attivate nell'ambito dei sei sistemi di memoria.

Che differenza ha fatto riconoscere e comprendere queste strategie nel padre? Alla luce del suo stile di attaccamento Alberto è apparso un ragazzino disorientato e smarrito, frastornato da tante voci dell'infanzia, incapace di sentire con chiarezza la propria voce, preso dalla difficoltà di gestire la sua ansia diffusa, invischiato in una relazione dipendente e conflittuale con la madre, anestetizzato rispetto ai propri bisogni nella relazione col padre e idealizzante verso di lui nonostante i suoi gravi limiti. Sulla base del DMM è stato possibile fare inferenze riguardo a che cosa ci sia di pericoloso per lui oggi nella relazione col figlio e ipotesi riguardo a quali distorsioni mentali può attivare facilmente nella relazione con lui; in altri termini il modello e le informazioni che esso ci dà sul funzionamento della persona ha fornito stimoli nella formazione di ipotesi riguardo a quali siano le sue difficoltà di genitore nel percepire e riconoscere i segnali del figlio e nel dare a essi delle adegua-

te risposte confortanti e protettive. Il suo comportamento di genitore inadeguato e sintomatologico di persona dipendente dalle sostanze è diventato significativo e comprensibile nei termini di tentativi (mal riusciti) di risolvere i problemi di attaccamento della sua infanzia e riconosciuto con connotazioni umanamente comprensibili. Le ipotesi esplicative offerte dal DMM hanno risignificato e riumanizzato il suo funzionamento, è stato facilitato un approccio compassionevole e hanno permesso di riorientare l'intervento verso obiettivi più chiari. Alberto, come tutti i genitori dei Servizi Tutela Minori, era un utente che non aveva né fiducia né aspettative di cambiamento (tale fiducia è più difficile da raggiungere se la persona è stata esposta a forme ricorrenti e ingannevoli di pericolo e all'assenza di conforto). Il proporre precocemente, e in modo attivo, delle ipotesi esplicative che riconoscono le difficoltà e le buone intenzioni, hanno favorito l'emergere di tali condizioni che sono indispensabili per il cambiamento (Cirillo, 2005).

Il lavoro attuato è stato sostanzialmente un intervento di *promozione della genitorialità*. Il focus del lavoro è stato sul padre e sulla sua relazione col figlio, cercando di connettere il suo stile di attaccamento appreso nell'infanzia e il suo attuale modo di prendersi cura del figlio. L'intervento è stato focalizzato sulle relazioni passate e attuali, sui temi del pericolo della sicurezza del conforto, sul genitore come ex bambino e dal suo punto di vista. È stato un lavoro egosintonico col padre, con sistematiche sottolineature finalizzate al riconoscimento delle discrepanze-distorsioni e con sistematiche integrazioni delle informazioni (integrazione della memoria episodica con quella semantica, integrazioni di affetti/cognizioni erronei-omessi-distorti-falsi). Partendo dal riconoscimento delle esperienze infantili sfavorevoli/dei pericoli e delle connesse strategie difensive, ci si è rivolti ai bisogni-intenzioni-abilità del genitore. Si è cercato di aumentare la sua consapevolezza su come gestire le informazioni e scegliere il comportamento, di stimolare nel padre il ricollegarsi al figlio ricollegandosi con sé stesso, di sollecitare un andirivieni, un fare la spola tra rapporti passati e quelli attuali e viceversa, di stimolare collegamenti tra la sua infanzia e la sua genitorialità, in sostanza di favorire processi riflessivi e integrativi.

Generalmente, considerate le scarse risorse a disposizione dei servizi sociali, con i genitori dei Nuclei Tutela Minori, il cambiamento strutturale della persona (il cambiamento del funzionamento individuale in senso stretto) è un obiettivo troppo ambizioso. L'*obiettivo* necessario e a volte sufficiente è il modificare la relazione pericolosa con il figlio o almeno gli aspetti più dannosi della relazione; il far acquisire qualche consapevolezza in merito al proprio stile di attaccamento e alle sue conseguenze, riconoscendone le valenze utili per la sopravvivenza nel passato, può essere di grande valore e con ripercussioni positive sulla relazione genitoriale. Accompagnandolo a comprendere le esperienze precoci e l'influenza del contesto passato sul funzionamento attuale, si può aiutarlo a migliorare il suo funzionamento riflessivo e a favorire la sua integrazione.

Con Alberto si è cercato di accompagnarlo a un miglior funzionamento riflessivo-metacognitivo nel leggere la propria storia, con l'aspettativa che ciò lo poteva aiutare a leggere in modo più riflessivo la sua relazione con Filippo. Più semplicemente, l'obiettivo è stato capire meglio il bambino che era per capire meglio il bambino reale che aveva di fronte. In altri termini migliorare il funzionamento riflessivo ge-

ditoriale, cioè migliorare la sua competenza di riuscire a pensare al figlio, a sé stesso come genitore e alla propria relazione con il figlio in termini di stati mentali.

Nel caso di Alberto e di Filippo l'obiettivo finale dell'intervento è stato migliorare la relazione reale tra padre e figlio, accompagnarlo a riconoscere i propri limiti-errori (sia sul versante della trascuratezza che su quella del maltrattamento), attraverso un lavoro di affiancamento offrire al figlio più chiarezza e sicurezza, sostenere il padre in qualcosa di riparativo verso il figlio e far accettare la proposta di affidamento eterofamiliare. Oltre a ciò si è puntato ad aiutare il padre a riconoscere i bisogni del figlio e a decodificare le sue strategie apprese di adattamento in un contesto insicuro (sintomi).

Gli obiettivi intermedi col padre sono stati: accompagnarlo a capire di più della lotta odio-amore tra i suoi genitori e a dirimere il dilemma della loro relazione, rivalutare la madre, ridimensionare il padre e avviare una rielaborazione dei traumi irrisolti connessi alla separazione e alle botte.

Riguardo ai *formati* (setting) delle sedute, sono stati fatti colloqui individuali col padre, colloqui individuali col figlio e colloqui congiunti padre-figlio. Siccome l'oggetto dell'intervento è stata la relazione, piuttosto che il genitore in sé, il lavoro ha tratto impulsi significativi dai colloqui congiunti col figlio Filippo e da quanto emerso nei colloqui individuali con lui, oltre che da informazioni provenienti da altri contesti. I formati individuali davano propulsione a quelli congiunti e viceversa.

Riguardo alla *relazione terapeutica* nel lavoro con Alberto è stato necessario porre molta cura per rinsaldare l'alleanza con lui. Il DMM evidenzia che il pericolo è la questione più motivante nell'attivare strategie difensive e che la sicurezza è un prerequisito indispensabile anche per promuovere il cambiamento dei genitori. Tener presente che tanto più il genitore è cresciuto in contesti di esperienze infantile sfavorevoli senza "testimoni soccorrevoli" sviluppando attaccamenti ad indice alto, tanto più avverte la relazione con gli operatori, anche terapeutica, come pericolosa e tanto più è portato ad attribuirle significati negativi. Anche il cambiamento della vecchia strategia autoprotettiva può essere percepita come un pericolo e il contesto giudiziario aggiunge minaccia. Essi per cambiare necessitano di sicurezza; quindi è importante mandare chiari messaggi di aiuto, servono benevolenza, chiarezza del sostegno, coerenza, compassione e costanza della relazione.

Lo psicologo ha funzionato come figura di attaccamento transizionale, fornendo una base sicura dalla quale il genitore ha potuto esplorare gli aspetti minacciosi della sua esperienza sapendo di essere sostenuto. Inoltre ha funzionato nella zona di sviluppo prossimale del paziente, ha evidenziato e usato le discrepanze per guidare la riorganizzazione, ha svolto una funzione attiva e propositiva nella relazione con lui, ha cercato la condivisione di significati e di obiettivi.

L'aver in mente la cornice di riferimento del DMM favorisce l'acquisizione di una certa posizione esistenziale di fondo nella relazione con questi genitori. La posizione esistenziale e lo sguardo degli operatori sono fattori importanti che possono essere sia terapeutici che distruttivi. La posizione del tipo "io sono ok e tu sei ok" favorisce un approccio benevolo e compassionevole. Nell'approcciarsi ai genitori maltrattanti, ciò che appare prima e fa più figura rispetto allo sfondo sono i loro limiti e i loro errori, ma è necessario riconoscere e valorizzare le loro risorse:

sottolineando le buone intenzioni, evidenziando che le strategie difensive sono state buone per il contesto di crescita in cui si sono sviluppate, ma che non sono più adatte ora; evidenziando che non sono da buttare via, ma che bisogna impararne altre e diventare più consapevoli del loro uso. Nel caso di Alberto è stato molto sottolineato il suo legame-amore per il figlio e gli sforzi fatti per tenerlo con sé. Sostanzialmente *un approccio basato sulle risorse* ha funzionato (Weiss, 1999).

I colloqui individuali sono stati svolti dallo psicologo, mentre quelli congiunti sono stati svolti da psicologo e assistente sociale. Il lavoro nell'ambito della tutela dei minori è sempre un lavoro a più mani, dove sono coinvolti *più operatori*. Spesso succede che, nonostante le buone intenzioni, non si riesca a portare avanti interventi coordinati e integrati sulla base di una condivisa lettura di significati e di obiettivi. A volte la condivisione tra diverse figure professionali è ostacolata da terminologie complesse e diverse che, invece di favorire la comprensione, la ostacolano. Il DMM offre chiavi di lettura con terminologie che possono essere chiare per professioni diverse e per psicologi di diverso orientamento teorico.

I *contenuti dei colloqui* sono stati sia intrapsichici che interpersonali. Essi sono stati proposti in modo attivo dagli operatori, poiché i nodi critici erano più evidenti a loro che al padre. Il filo rosso del discorso è stato il tema del procurarsi e del dare sicurezza-protezione-conforto e della gestione del pericolo, quindi la loro relazione di attaccamento. Altri temi importanti sono stati quelli connessi alla significazione dei sintomi del figlio, come strategia di adattamento a un contesto insicuro e pericoloso, cercando di aiutare il padre a decodificare in modo corretto il significato del comportamento del figlio e ad attivare risposte congrue e coerenti.

Come già evidenziato dalla Crittenden, sono necessari *strumenti-interventi diversi per trattare attaccamenti A e C*, cioè funzionamenti opposti necessitano di interventi opposti. Con Alberto sono stati necessari interventi di entrambi i tipi a seconda del funzionamento attivo nelle singole occasioni.

Quindi con il suo funzionamento C (distorsione dell'affettività e omissione della cognitivtà) è stato opportuno ridurre l'enfasi nell'espressione dei sentimenti, sollecitarlo a focalizzarsi sui punti di vista altrui e sottolineare collegamenti prevedibili tra eventi e risultati, confrontarlo con la mancanza di assunzione di responsabilità, esplorare le distorsioni e sostenere un'interpretazione corretta dei dati di realtà, stimolarlo a imparare ad usare il pensiero semantico per moderare e regolare gli stati affettivi, cercando di identificare e limitare i rischi di pericolo per sé e per gli altri.

Al contrario, nelle situazione in cui in lui si attivava il funzionamento A (distorsione della cognitivtà e omissione dell'affettività), è stato opportuno fargli fare esperienza di sentimenti, specialmente di quelli negativi in un contesto protetto, evidenziare la flessibilità e le variazioni possibili anche all'interno di una struttura prevedibile di regole, favorire il graduale contatto emotivo, sostenere il recupero della memoria episodica e promuovere conclusioni cognitive ragionevoli basate sul recupero dei ricordi episodici.

Riguardo agli *esiti dell'intervento*, esso è stato trovato utile sia da Alberto sia da Filippo sia dagli operatori.

Alberto è stato più disponibile a mettersi in discussione come genitore inadegua-

to (al NTM) che come tossicodipendente (al SerT). È riuscito a fare connessioni importanti e qualche riconoscimento complesso, ad accettare proposte difficili, a collaborare alla costruzione dell'affido eterofamiliare. È apparso a momenti sinceramente sorpreso e grato nello scoprire aspetti autentici di sé e del figlio, che si poteva raggiungere benessere nella loro relazione, che gli operatori lo guardavano con occhio benevolo e incoraggiante diversamente dalle sue attese.

Ci sono stati esiti positivi anche per Filippo, soprattutto connessi al suo bisogno di sicurezza e di chiarezza: ha potuto fare domande al padre e avere risposte chiare con la mediazione degli operatori, è riuscito a comunicargli bisogni e vissuti precedentemente inespressi, ha avuto uno spazio di rielaborazione individuale di quanto emerso nei colloqui congiunti col padre.

13.4 Riflessioni conclusive

Nel trattamento dei genitori maltrattanti mi sembra che spesso sarebbe importante avere più cura degli strumenti terapeutici che incidono sulla memoria procedurale. Mi riferisco a:

- il controtransfert, lo sguardo, la posizione emotiva di fondo, la relazione terapeutica, l'alleanza, la fiducia, la posizione esistenziale del terapeuta;
- la coerenza-coordinamento-condivisione-integrazione della rete degli intervenenti e degli operatori;
- la costanza delle relazioni di cura.

Bisognerebbe avere un po' di cura anche degli psicologi e degli operatori che seguono i casi di tutela minorile. Essi lavorano confrontandosi con talmente tante difficoltà (troppi casi, carenze organizzative, impatto quotidiano con la sofferenza) che purtroppo a volte è inevitabile che meccanismi difensivi dal dolore-fatica-stress interferiscano con un adeguato atteggiamento controtransferale (anche per noi c'è il rischio di sviluppare strategie ad alto indice adattive in situazioni di pericolo!!!). Bisognerebbe pensare di più a qualche dispositivo protettivo anche per loro (supervisioni, consulenze, meno casi, ecc.).

In conclusione, voglio risintetizzare alcune riflessioni sul trattamento dei genitori inadeguati proposte dalla Crittenden (2009), sulla base dei presupposti del suo modello secondo cui tutti i genitori si organizzano attorno al problema della protezione di sé e della prole. Ella sottolinea come il prerequisito essenziale per promuovere il cambiamento nei genitori sia la sicurezza, che è indispensabile per favorire la fiducia e il funzionamento riflessivo. Il primo intervento per la loro cura dovrebbe essere la formulazione di ipotesi funzionali, focalizzate sui processi interpersonali e intrapsichici piuttosto che sui sintomi, a partire dalla loro storia e dalla loro modalità di elaborazione delle informazioni. Le strategie di trattamento dovrebbero valorizzare le competenze presenti nel genitore, aumentare il repertorio di strategie a sua disposizione, aumentare la competenza riflessiva relativa al proprio funzionamento, tenendo presente che forme opposte di funzionamento genitoriale hanno bisogno di forme opposte di trattamento.

Bibliografia

- Cirillo S (2005) *Cattivi genitori*. Cortina, Milano
- Crittenden PM (1994) *Nuove prospettive sull'attaccamento*. Guerini, Milano
- Crittenden PM (1999) *Attaccamento in età adulta: l'approccio dinamico-maturativo all'Adult Attachment Interview*. Cortina, Milano
- Crittenden PM (2008) *Il modello dinamico maturativo dell'attaccamento*. Cortina, Milano
- Crittenden PM (2009) *Raising parents: attachment, parenting and child safety*. Willan Publishing, Portland
- Crittenden PM, Landini A (2011) *Assessing adult attachment*. Norton, New York
- Masé MD (2002) Un protocollo operativo per la valutazione della recuperabilità genitoriale nei casi di maltrattamento ai minori. *Psicologia Psicoterapia Salute* 8:353-377
- Montagnano S, Pazzagli A (2009) *Il genogramma*. Angeli, Milano
- Sameroff AJ, McDonough SC, Rosenbulm KL (2006) *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino*. Il Mulino, Bologna
- Weiss J (1999) *Come funziona la psicoterapia*. Boringhieri, Torino

Finito di stampare nel mese di aprile 2012