

## Capitolo quarto

### **Osservazione e valutazione del legame di attaccamento**

*(Loredana Cena, Antonio Imbasciati)*

#### **4.1 Osservare la «responsività sensibile» del caregiver**

Il concetto di sensibilità o meglio di «responsività sensibile» elaborato da Mary Ainsworth (1979) definisce un comportamento di cura della madre in grado di comprendere e rispondere adeguatamente ai segnali del bimbo: questo costruito è raffrontabile con quello indicato da Stern come «sintonizzazione affettiva» (1985).

La responsività sensibile della persona che si prende cura del bambino costituisce un fondamento essenziale per la qualità di attaccamento che il neonato sta sviluppando, ma può essere più finemente osservata per individuare, oltre a categorie in cui può essere codificato il tipo di attaccamento, in ogni singola interazione il messaggio che una madre invia al suo bimbo e se questo costituisce o no una risposta adeguata a corrispondenti richieste del bimbo. In altri termini tale caratteristica materna viene utilizzata per indagare e valutare che tipo di dialogo, effettivo o incongruente si stia svolgendo tra genitore e bimbo (cfr. 9.4).

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

In un comportamento di accudimento sensibile è fondamentale che l'intervento sia adeguato ai bisogni del bim-

bo: può essere necessario un po' di tempo alle madri per imparare a distinguere se il pianto del figlio sia da attribuire a fame, noia, protesta, o dolore. Quasi tutte le figure di riferimento hanno bisogno di un periodo di esperienza, per capire, per esempio, quale sia il bisogno del bimbo quando emette il segnale del pianto e così pure hanno bisogno di apprendere quale sia la reazione più adeguata ai segnali, quando questi sono correttamente interpretati. Da parte del bimbo invece è necessario che impari a capire quando si sente adeguatamente soddisfatto, per esempio nel suo senso di fame, piuttosto che di bisogno di contatto, o di stimolazione, o di riposo.

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

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

La sensibilità va differenziata da ciò che si intende per iperprotezione: genitori sensibili favoriscono nel proprio figlio una crescente autonomia. I bimbi di madri sensibili, e non iperprotettive, sono già in grado nel primo anno di vita di

giocare autonomamente, di esplorare il proprio ambiente e nello stesso tempo di cercare la madre per ricevere consolazione e sicurezza nelle situazioni di stress; l'interazione con la loro madre è caratterizzata in questo caso da minore ansia e irritabilità. Questi bimbi riescono a separarsi abbastanza facilmente dalle loro madri: dopo averle cercate ed essersi lasciati consolare, mostrano un comportamento più collaborativo nei confronti dei limiti che vengono loro imposti. Al contrario i neonati di madri meno sensibili sembrano più indipendenti dal sostegno della propria madre, ma mostrano più ansia, rabbia e sentimenti aggressivi, tanto da non essere in grado di giocare lontani dal caregiver, né di tranquillizzarsi e interessarsi a giochi; accettano meno facilmente anche le limitazioni loro imposte (Ainsworth et al., 1978; Grossmann et al., 1985).

La responsività implica qualità relazionali che si manifestano nella reciproca attività comunicativa madre-bambino: la funzione regolativa si esprime con le modalità con cui le emozioni attivano il sistema di attaccamento, attraverso l'espressione dei bisogni del bimbo alla madre e a un livello superiore, con modalità in cui le emozioni della madre restituiscono informazioni al figlio circa il successo dei suoi tentativi di ottenere conforto

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

Il tipo di attaccamento che un bimbo svilupperà dalla nascita in poi dipende dalla qualità del legame che si è stabilito con i suoi caregiver e dal loro modo di rispondere ai suoi bisogni, offrendogli sicurezza, conforto e protezione dai pericoli: a seconda di come saranno stati soddisfatti questi bisogni il bimbo potrà manifestare una modalità – stile – di attaccamento sicuro, viceversa di tipo insicuro.

La Ainsworth, con la sua specifica metodologia, la *Strange Situation* (vedi 4.3), ha osservato tre configurazioni – pattern – di attaccamento (1979), identificate come Tipo B, che comprende soggetti con configurazioni di attacca-

mento sicuro, Tipo A che include soggetti con configurazioni di attaccamento insicuro evitante e Tipo C che comprende soggetti con configurazioni di attaccamento insicuro-ambivalente. Secondo la Ainsworth (Ainsworth et al., 1978), le differenze qualitative nel tipo di attaccamento sviluppato dai bambini sarebbero determinate dalla sensibilità mostrata dalla madre nei confronti del piccolo durante i primi mesi di vita: le madri di bambini classificati come sicuri sono in grado di recepire i segnali di comunicazione del figlio, rispondendo prontamente ai segni di disagio o di malessere e mostrandosi nel contempo disponibili e affettuose. Di conseguenza, il bambino, confidando nella disponibilità della madre, svilupperà un senso di sicurezza che gli permetterà di esplorare il mondo circostante. Differentemente le madri di bambini classificati come insicuri-evitanti sembrano non essere in sintonia con i comportamenti del bambino, mostrandosi poco sensibili ai suoi segnali di disagio; il figlio svilupperà una scarsa fiducia in una adeguata risposta alle proprie difficoltà, evitando le occasioni di vicinanza alla madre in quanto associate al rischio di un rifiuto da parte sua. Infine, le madri di bambini classificati come insicuri-ambivalenti manifestano atteggiamenti piuttosto imprevedibili: alcune volte possono dimostrarsi affettuose e accudenti, mentre altre si rivelano poco pronte e disponibili; il figlio svilupperà così un'incertezza circa la disponibilità della madre a fornire protezione in caso di bisogno e non riuscirà a utilizzarla come base sicura per l'esplorazione del mondo circostante. Successivamente alcuni ricercatori hanno rilevato che non tutti i bambini manifestano comportamenti riconducibili alla classificazione della Ainsworth e hanno proposto nuove categorie: Main e Solomon (1986), ad esempio, individuano un quarto pattern, definito disorganizzato/disorientato (D), che fa riferimento a quei bambini i cui comportamenti non appaiono organizzati all'interno di una strategia coerente. Sono caratteristici di questo pattern, ad esempio, comportamenti contraddittori, movimenti incompleti o interrotti, posture immobili o espressioni di paura. Nel modello di attaccamento definito «sicuro» i due livelli della responsività (rispondere in modo adeguato e rapido, in un tempo tollerabile per il bambino) operano in maniera integrata e consentono al bambino di ripristinare il senso di sicurezza, quando si trova in situazioni di peri-

colo. Nel caso di attaccamento insicuro invece, le due modalità producono un conflitto o una dissociazione, il bambino non sperimenta un senso di sicurezza in quanto non viene data una risposta adeguata all'espressione emozionale dei suoi bisogni: nel caso di attaccamento insicuro-ambivalente la risposta è discontinua e nel caso di attaccamento insicuro-evitante non c'è risposta. In questi casi il bambino tende a sviluppare delle strategie alternative, come quelle di distanziamento e inibizione dell'espressione emotiva, per ridurre l'indisponibilità della figura di attaccamento ed aumentare il senso di sicurezza. La strategia evitante può diventare col tempo un meccanismo anticipatorio, che sposta l'attenzione del bambino dagli stimoli in grado di attivare l'attaccamento, verso gli oggetti inanimati: è questo l'unico modo, di fronte all'incapacità del genitore di essere adeguatamente responsivo, per mantenere un'organizzazione flessibile del comportamento e una vicinanza accettabile con il caregiver (Main, Weston, 1982). L'imprevedibilità della risposta materna, che viene sperimentata nei casi di attaccamento ambivalente, favorisce l'emergere di una strategia in cui le espressioni emozionali risultano esagerate, allo scopo di ottenere più facilmente una risposta.

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, 1988a). 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 sua storia infantile. L'impossibilità di accedere alla madre per la sua indisponibilità emotiva può attivare nel bambino comportamenti di tipo difensivo che si esprimono primariamente a livello interazionale. I pattern di attaccamento sono considerati come specifici stili di comunicazione e regolazione emotiva (Cassidy, 1994) che il bambino costruisce in relazione alle figure di attaccamento, adattandosi al grado di disponibilità emotiva dimostrata da queste ultime. L'attaccamento sicuro corrisponde alla capacità del bambino di comunicare apertamente ogni emozione, positiva e negativa, a un caregiver percepito come emotivamente disponibile; i pattern di attaccamento insicuro sono considerati delle strategie difensive adottate dal bambino nei confronti del-

la inaccessibilità emotiva della madre: l'attaccamento insicuro evitante comporta una rilevante riduzione dell'espressione delle emozioni, positive e negative, che il bambino rivolge al genitore e che si struttura per prevenire ulteriori rifiuti da parte di un caregiver sperimentato come non responsivo, mentre l'attaccamento insicuro ambivalente enfatizza nel bambino l'espressione di emozioni soprattutto di segno negativo, finalizzate a mobilitare l'attenzione del caregiver emotivamente poco disponibile.

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

#### **4.2 La valutazione della sensibilità e l'intervento clinico**

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

La procedura del CARE-Index prende in considerazione indicatori quali la sensibilità genitoriale e la cooperazione del bimbo e consente di misurare caratteristiche diadiche, associate all'attaccamento. Questo strumento si inserisce

nel quadro teorico della teoria dell'attaccamento, valuta specifiche relazioni, non tipologie di individui, cioè i comportamenti che si manifestano nelle interazioni tra genitore e bambino e il modo con cui tra di loro sono funzionalmente collegati.

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

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

Le funzioni che caratterizzano come «responsività sensibile» il comportamento di una persona che si prende cura di un bimbo sono alla base del costrutto del CARE-Index, per valutare la qualità della interazione caregiver-bambino, in particolare la sensibilità dell'adulto in un contesto diadico. Si tratta di una procedura di video-osservazione di una sequenza di interazioni di gioco libero tra un caregiver e un bambino, che ha la caratteristica, rispetto ad altre (Stern, 1974; Murray, Trevarthen, 1985; Tronick et al., 1978; Fraiberg, et al., 1975; Beebe et al., 1980), di poter essere utilizzata non soltanto con le madri, ma anche con i padri, sin dalla nascita del bimbo, in ambiente naturale, o in un laboratorio, in condizioni non minacciose, e la sua durata può variare dai tre ai cinque minuti, non più breve che due.

Il contesto del CARE-Index non prevede l'introduzione di variabili che attivino stati di stress nella relazione: lo stru-

mento non valuta l'attaccamento, ma i precursori dell'attaccamento, ovvero le «caratteristiche diadiche associate all'attaccamento» (Crittenden, 2004). Le situazioni create per valutare l'attaccamento come succede nella *Strange Situation* (cfr. 4.3), prevedono invece l'introduzione di una condizione stressante che consente di poter rilevare le strategie di protezione del sé che i soggetti attivano di fronte al pericolo.

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

Le video-osservazioni vengono codificate seguendo una procedura precisa e dettagliata, che può venire condotta solo da codificatori esperti, formati attraverso percorsi rigorosi di addestramento, controllato da un gruppo scientifico internazionale di formatori e dalla Crittenden stessa, dopo aver conseguito evidenze statistiche di attendibilità. La procedura di codifica prende in considerazione un periodo dello sviluppo dell'infante abbastanza ampio, da 0 a 36 mesi, e pertanto i codificatori devono tener conto dei diversi aspetti e caratteristiche dei processi evolutivi e psichici del bambino con le loro caratteristiche a seconda dell'età del soggetto: dalla nascita ai tre mesi di vita, ad esempio, va prestata attenzione alla sincronia fisiologica nella diade, in particolare alla capacità dell'adulto di prestare conforto e benessere al neonato, mantenendo un adeguato livello di attivazione nel bimbo. Nel periodo di sviluppo successivo, fino ai nove mesi, è necessario osservare con attenzione la modalità con cui nella diade si struttura la successione dei turni interattivi e la qualità dello stato di benessere e di piacere manifestata dal bimbo. Dai 9 ai 15 mesi, l'osservazione deve focalizzarsi sulla qualità del gioco condiviso, che si configura attraverso sequenze organizzate. Più tardi, dai 15 ai 24 mesi occorre tenere in con-



siderazione il gioco con gli oggetti e i vari episodi di negoziazione sulle divergenze, che possono animare le sequenze interattive nella diade. Dopo i due anni di età nell'interazione della diade è prevalente la mediazione linguistica del gioco e la negoziazione sia dei progetti, che delle divergenze dei desideri.

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

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

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

Quando i lattanti manifestano stati di disagio, con pianto e agitazione, i caregiver possono rispondere prevalentemente con comportamenti volti ad alleviare lo stato di disagio del neonato, oppure eccessivamente controllanti, che aumentano la sofferenza del bimbo. Ci sono caregiver che adottano modalità di conforto incostante, oppure utilizzano segnali affettivi positivi falsi, ad esempio quando sono in collera, che diventano segnali confusivi per il bimbo, il quale a sua volta imparerà a inibire le manifestazioni di stati affettivi negativi per evitare le punizioni del genitore. È necessario identificare la vera funzione e il significato di una configurazione comportamentale, che può essere anche ingannevole, in quanto con la comunicazione esplicita il soggetto può fare uso di significanti positivi (sorrisi, carezze, baci) che in realtà sottendono ostilità:

ad esempio lo stato affettivo controllante nell'adulto può essere caratterizzato da una ostilità mascherata, attraverso un falso stato affettivo positivo, o una inibizione dello stato affettivo negativo e va pertanto considerato pseudo-sensibile.

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

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

no di età un attaccamento sicuro ed equilibrato, secondo la configurazione classificata di tipo B (Ainsworth et al., 1978).

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

Un altro gruppo di caregiver, che presenta una sensibilità «marginalmente adeguata», si attiva al pianto del proprio bimbo, ma in modo imprevedibile, rispondendo rapidamente, oppure ancora prima che il neonato abbia manifestato qualche segnale di disagio: il comportamento affettivo negativo dei bimbi viene rinforzato positivamente, ma

in modo imprevedibile (Crittenden, 2008). Le manifestazioni affettive negative restano attive ad alti livelli di intensità, creando disagio ai bimbi e ai genitori, che non sanno come regolare i loro comportamenti: non riescono a comunicare in modo reciproco, né a inibire gli stati affettivi negativi, ma vengono attivati da stati affettivi negativi misti, come paura, rabbia, desiderio di conforto, che non riescono a controllare. I bimbi possono apprendere che i loro comportamenti ricevono risposte ambivalenti e tenderanno a manifestare, dopo la prima infanzia, un attaccamento insicuro ambivalente, secondo la configurazione classificata di tipo C.

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

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

L'attaccamento è una condizione interpersonale, la sua organizzazione nei bambini piccoli dipende dal comportamento delle figure di attaccamento: l'intervento psicoterapeutico nei casi di attaccamento insicuro, di trascuratezza o abuso viene diretto contemporaneamente, se è possibile, anche alle figure di attaccamento. L'attaccamento ansioso comporta secondo la Crittenden non solo relazioni insoddisfacenti, ma una distorsione nel processo di raccolta, integrazione e valutazione delle informazioni.

Il trattamento psicoterapeutico proposto dalla Crittenden è orientato ad attivare un processo di cambiamento dei punti di vista dei bambini piccoli, attraverso relazioni con i caregiver che siano di sostegno e di aiuto: si basa sull'individuazione di modelli inconsci, sulla ristrutturazione e

integrazione delle informazioni cognitive e affettive. Le tecniche specifiche della terapia sono orientate alla creazione di contesti in cui i bambini e i loro caregiver possano trovare modelli di esperienza positivi e aperti a nuove informazioni, che consentano di sperimentare interpretazioni e risposte alternative, e incoraggino a integrare con modalità sempre più organizzate le informazioni a disposizione (Crittenden, 1990). Questi contesti necessitano di scambi interattivi in cui le informazioni affettive possano trovare una integrazione con le altre informazioni, quelle cognitive in modo da consentire un'organizzazione di relazioni sicure.

Gli interventi consistono in un lavoro condiviso tra genitori e terapeuti: nella prima infanzia il trattamento di bambini ansiosi, disturbati, è orientato al cambiamento dei modelli rappresentativi interni del bimbo, che possono venire realizzati favorendo il cambiamento di comportamento delle figure primarie di attaccamento e aiutando contemporaneamente i bimbi a percepire aspetti importanti del comportamento delle figure di attaccamento, nonché a sviluppare comportamenti adeguati al comportamento genitoriale.

I genitori vengono coinvolti nel processo di cambiamento: le figure di attaccamento di bambini disturbati, ansiosi, maltrattati, abusati, hanno spesso elaborato nella loro infanzia pattern di attaccamento non sicuro e spesso possono presentare relazioni disturbate con l'altro coniuge.

Inizialmente, prima di aiutare i genitori nei confronti dei loro figli, è spesso necessario partire dal cambiamento delle loro rappresentazioni genitoriali, con interventi che richiamano a modalità di intervento utilizzate in ambito psicodinamico, descritte nel precedente capitolo.

Attraverso l'osservazione con il genitore delle relazioni videoregistrate, il terapeuta può aiutare i genitori a trovare modalità per modificare il comportamento dei loro bimbi: la discussione dell'osservazione di questi brevi filmati diventa un potente mezzo per creare la comunicazione tra i vari sistemi di memoria, aiutando il genitore ad avere accesso ai suoi sentimenti e in seguito a quelli del figlio; il trattamento può essere prolungato nel tempo, ma spesso un «insight iniziale», effettuato con cura, può aiutare ad attivare processi di autocorrezione che accompagnano i processi di trattamento.

La Crittenden (1984) opera un tentativo di integrazione delle teorie comportamentali, con quelle dei sistemi familiari, quelle cognitive e quelle psicodinamiche. Per lo studio del maltrattamento vengono prese in considerazione le condizioni ambientali in relazione ai maltrattamenti, alle vulnerabilità del bambino e alle caratteristiche genitoriali. Le diadi genitore-bambino in cui si ha una prevalenza di relazioni maltrattanti sono quelle che possono presentare una complessità maggiore nella valutazione delle configurazioni di interazione (Crittenden, 1981): secondo l'autrice le madri maltrattanti sono meno sensibili delle madri adeguate e ci sarebbero diversità relativamente al tipo di sensibilità tra le madri abusanti e quelle trascuranti; nelle madri abusanti si possono osservare comportamenti ostili e controllanti con i loro bambini, mentre nelle madri trascuranti si osserva un comportamento distaccato e non responsivo (Crittenden, 1985a).

Gli interventi possono essere strutturati come terapia e in gruppi di auto-aiuto, quale intervento pedagogico per i genitori: in gruppo le madri hanno l'opportunità di osservare comportamenti di altre diadi e questo ha molta importanza in una società in cui esse spesso hanno pochissime opportunità di osservare altre madri con i loro bimbi; questo può aiutarle a calmare la loro ansia riguardo ai propri figli.

L'intervento sui bambini non è quasi mai diretto in quanto, secondo l'autrice, non è positivo mettere in discussione il ruolo genitoriale: il lavoro diretto con i bambini viene utilizzato dal terapeuta per sottolineare il comportamento che deve essere percepito, oppure può essere utilizzato un rinforzo sociale per modellare il comportamento del bambino, verso configurazioni più normali.

Quando i genitori non riescono a modificare la loro sensibilità per soddisfare i bisogni del bimbo è necessario introdurre altre figure alternative, per attivare nei bimbi lo sviluppo di configurazioni più normali di percezione, interpretazione, risposta: queste figure possono essere altri membri della famiglia, con attaccamento sensibile sicuro, oppure possono essere anche introdotti altri caregiver (ostetriche, educatori professionali, assistenti sanitarie, ad esempio, a seconda dell'età del bambino), in modo da permettere un'attivazione di altre relazioni di attaccamento; questi caregiver dovrebbero sostenere la diade in modo che le madri possano trovare giovamento dalle relazioni con

persone che forniscano modelli di comportamento adeguato.

### 4.3 Il legame di attaccamento nell'infanzia

Ad un anno di età del bimbo la relazione di attaccamento viene valutata attraverso la classica procedura della *Strange Situation* (Ainsworth et al., 1978), uno dei primi strumenti costruiti da Mary Ainsworth nel 1978, per la misurazione del legame di attaccamento del bambino alla madre. La *Strange Situation* è la metodologia osservativa sperimentale che evoca comportamenti che possono essere osservati direttamente quando il bimbo ha un anno di età e che possono anche essere videoregistrati: attualmente è la metodologia più conosciuta e utilizzata nella ricerca e nella clinica della teoria di attaccamento. I bambini si trovano con le loro madri in una situazione di leggero stress, rappresentato da una breve separazione dalla madre: tale separazione si rivela circostanza sufficientemente minacciosa da attivare gli schemi comportamentali dell'attaccamento.

La *Strange Situation* è una procedura standardizzata di laboratorio costruita con lo scopo di osservare e valutare, nei bambini intorno all'anno di età, l'equilibrio tra i comportamenti di attaccamento e quelli di esplorazione. Il setting sperimentale prevede una situazione costituita da otto episodi: nel primo episodio, fase di preparazione alle successive, della durata di 30 secondi, la madre e il bimbo vengono introdotti in una stanza adeguatamente arredata con uno specchio unidirezionale, e un arredo che consiste in due sedie ed alcuni giocattoli. La madre viene fatta accomodare e le viene chiesto di leggere una rivista, il bimbo viene posto vicino ai giocattoli e lasciato libero di esplorare l'ambiente o coinvolgere il genitore, se lo desidera. Nel secondo episodio della durata di 3 minuti, inizia la procedura vera e propria: alla mamma si dà la consegna di leggere una rivista mentre il bambino gioca liberamente. Nel terzo episodio, ancora della durata di 3 minuti, fa ingresso nella stanza una sperimentatrice «estranea» che si siede vicino alla madre e, dopo un minuto, interagisce con lei. Dopo un altro minuto l'estranea interagisce direttamente anche col bambino, cercando di coinvolgerlo in un

gioco comune. Lo scopo del terzo episodio è osservare le reazioni del piccolo nei confronti di una persona non familiare e di verificare se, e con quali modalità, il bimbo richiami l'attenzione del genitore per affrontare la situazione nuova o se invece venga coinvolto nell'interazione proposta dall'estranea. Nel quarto episodio, della durata sempre di 3 minuti, la madre con un pretesto esce dalla stanza, lasciando il piccolo in compagnia dell'estranea. Questa prima separazione permette di osservare le strategie adottate dal piccolo per far fronte alla situazione di potenziale disagio e le risorse e le abilità che eventualmente vengono attivate. Nel quinto episodio (durata di 3 minuti) la madre rientra nella stanza e rimane da sola col bimbo per altri tre minuti, durante i quali ha la possibilità di consolarlo e rispondere alle sue richieste di contatto e conforto; se queste sequenze non si esprimono, viene chiesto al genitore di lasciare il bimbo libero di continuare le attività che sta svolgendo. Durante questa fase è molto interessante osservare le modalità con cui il bimbo si riunifica col genitore: se ricerca la sua vicinanza e il contatto, o se al contrario sembra ignorare il suo ritorno, mostrandosi autonomo o addirittura indifferente. Nel sesto episodio, ancora della durata di 3 minuti, il genitore esce dalla stanza, lasciando il bimbo completamente solo: è la seconda separazione e per molti bambini rappresenta la fase più difficile. Alcuni possono manifestare disagio o anche disperazione per la separazione. In questo caso la procedura viene immediatamente interrotta. Questo episodio permette di osservare come il bimbo riesce ad affrontare la separazione e se ricerca o meno la presenza della figura di attaccamento. Nel settimo episodio (durata di 3 minuti) l'estranea rientra nella stanza e si rivolge al bimbo. Lo scopo di questo episodio è quello di valutare se e come il bimbo utilizza l'estranea come figura di attaccamento sostitutiva e come reagisce al fatto che la separazione venga interrotta da una persona che non è la figura di attaccamento. Le aspettative sono che la separazione attivi il sistema dell'attaccamento e che il bambino, all'arrivo dell'estranea, mostri una certa delusione, rimanendo in attesa della sua mamma. Nell'ultimo episodio (durata 3 minuti), il genitore rientra nella stanza, apre la porta e sosta sulla soglia, attendendo la risposta spontanea del bimbo, poi lo prende in braccio. L'ultimo episodio è particolarmente impor-



tante per la valutazione dell'attaccamento perché consente di osservare le risposte e le iniziative del bimbo nei confronti della madre: se il piccolo ricerca la sua vicinanza, il contatto fisico e l'interazione, se è contento, rassicurato, o al contrario indifferente, passivo o arrabbiato. Infine è possibile osservare se la presenza della figura di attaccamento è necessaria e sufficiente a consolare il piccolo e se questo appare in grado di riorganizzarsi, dopo la situazione di stress e di riprendere l'esplorazione e l'attività di gioco.

La *Strange Situation* è una procedura complessa che richiede 3 sperimentatori: il conduttore, l'estranea e un addetto alla telecamera. Occorrono ambienti attrezzati e una certa pratica nella conduzione della sperimentazione. L'interpretazione dei dati è codificata in dimensioni comportamentali osservabili, i risultati non sono costruiti per dare risposte cliniche, ma sono descrittivi di aspetti generali dello sviluppo. La distinzione tra attaccamento sicuro e insicuro consente di definire situazioni incerte o di individuare la relazione significativa tra genitore e bambino. Le reazioni del bimbo agli eventi stressanti che si succedono permette la classificazione dell'attaccamento del bambino al caregiver nell'ambito di tre pattern di attaccamento: pattern di attaccamento sicuro (B), specifico di bambini che ricercano attivamente la vicinanza del genitore e che comunicano apertamente lo stato di disagio alle separazioni, per poi tornare a esplorare l'ambiente circostante, e comunque hanno facilità di ricongiungersi con segnali di soddisfazione alla madre; pattern di attaccamento insicuro-evitante: i bimbi non sembrano manifestare disagio alle separazioni e indirizzano l'attenzione verso l'ambiente circostante, ignorando ed evitando il genitore, anche e soprattutto quando questi ricompare; pattern di attaccamento insicuro-ambivalente: i bimbi protestano apertamente alle separazioni, ma mostrano un atteggiamento di ricerca della vicinanza e contemporaneamente una resistenza al ricongiungimento, risultando inconsolabili e incapaci di una tranquilla esplorazione dell'ambiente circostante.

È stato individuato (Main, Hesse, 1992) un quarto pattern di attaccamento: l'attaccamento disorganizzato-disorientato, caratterizzato da un gruppo eterogeneo di comportamenti comprendenti caratteristiche dei precedenti modelli, ma caratterizzato dalla manifestazione di comporta-

menti contraddittori, movimenti ed espressioni mal diretti, non diretti, incompleti e interrotti, stereotipie, movimenti asimmetrici, movimenti fuori luogo e posizioni anomale; congelamento, immobilità, espressioni e movimenti rallentati; indici diretti di apprensione verso il genitore e indici diretti di disorganizzazione e disorientamento.

È possibile osservare e valutare il legame di attaccamento anche con un altro strumento, ormai collaudato ed entrato a far parte del patrimonio della ricerca sull'attaccamento, l'*Attachment-Q-Sort* (Waters, Deane, 1985; Cassibba, D'Odorico, 2000), somministrabile ai bambini dell'asilo nido e della scuola materna, in un setting naturale. La *Strange Situation* classifica il comportamento di attaccamento, mentre con il metodo ASQ viene valutata la qualità del comportamento di base sicura del bambino nell'ambiente naturale: viene considerato comportamento di base sicura quello che presenta una buona organizzazione e un equilibrio tra il desiderio di prossimità fisica e il desiderio di esplorazione.

L'osservazione si svolge seguendo una procedura, il Q-set, che consiste di 90 item che consentono di valutare il comportamento di base sicura o il comportamento a questo associato in bambini dal primo anno di vita fino ai 5 anni di età, in interazione con il caregiver, a casa o all'asilo: in circa 4-6 ore è possibile per un osservatore addestrato valutare i comportamenti che caratterizzano la relazione di attaccamento tra il caregiver e il bimbo. Gli item sono stampati su cartoncini separati, di facile consultazione per l'osservatore: su ognuno è riportata la descrizione di un comportamento potenzialmente osservabile in un bambino entro i 5 anni, nelle normali situazioni di vita quotidiana. È consigliato videoregistrare le sedute di osservazione e poi procedere alla codifica, analizzando successivamente i filmati con altri osservatori. Il processo di codifica prevede l'assegnazione di un punto per ogni comportamento che si presenta secondo le configurazioni previste dalla procedura: la somma dei punteggi consente di delineare il profilo del bambino, definito Q-descrizione. Viene valutato un «punteggio di sicurezza», che esprime il grado di somiglianza del soggetto osservato al prototipo del bambino con configurazione di attaccamento sicuro.

L'*Attachement-Q-Set* può essere somministrato dai genitori e/o da un osservatore addestrato, che abbia la possibi-

lità di assistere per un certo periodo di tempo alle interazioni fra caregiver e bambino. L'AQS permette di valutare la relazione di attaccamento del bambino, rispetto ad altre figure affettive di riferimento oltre ai genitori, come le educatrici al nido. Se si osservano situazioni problematiche nella relazione vengono segnalate ma il modello non prevede una modalità di intervento terapeutico in cui possano essere utilizzati i filmati con modalità di video-feedback, come previsto in altre procedure.

La *Strange Situation* e L'AQS sono i due sistemi di classificazione più utilizzati per valutare il comportamento di attaccamento dei bambini; oltre la prima infanzia le ricerche di nuovi strumenti per la valutazione dell'attaccamento prendono due indirizzi diversi (George, Solomon, 1999): un indirizzo, quello predominante nella teoria dell'attaccamento, considera una continuità tra la prima infanzia e l'età prescolare e adatta i criteri di classificazione della *Strange Situation* ai cambiamenti dello sviluppo e alle età dei soggetti: per il periodo dell'asilo viene utilizzato un sistema da Cassidy e Marvin (1992) e per i bambini più grandi dai 5 ai 7 anni si fa riferimento alla procedura predisposta da Main e Cassidy (1988).

Un secondo indirizzo, quello dinamico maturativo di Patricia Crittenden, attribuisce invece fondamentale importanza ai cambiamenti dinamici nella qualità dell'attaccamento che si verificano dall'interazione tra il processo di sviluppo e le esperienze individuali del bambino; con il *Preschool Assessment of Attachment* (PAA), della Crittenden (1992, 1994), è possibile valutare il legame di attaccamento dai quindici mesi del bimbo fino all'età prescolare. La metodologia di questo strumento consiste in una osservazione di una situazione interattiva tra caregiver e bambino in un setting sperimentale, simile alla *Strange Situation*, con l'inserimento di una situazione lievemente stressante; la procedura segue le stesse modalità di osservazione e di episodi, cambia la valutazione e la codifica, che nel PAA si riferiscono al modello teorico della Crittenden.

Oltre i 18 mesi di età si presentano differenze nella manifestazione dei pattern di attaccamento, in base alla strategia adottata dai bambini. Le loro nuove capacità comunicative consentono ai bambini di ricercare la prossimità del caregiver con modalità non soltanto fisiche ma anche psicologiche: sono presenti più raffinate competenze sul pia-

no motorio, linguistico, in quanto si sono acquisite capacità di mostrare e inibire gli stati affettivi a seconda delle richieste per lo più implicite del genitore; che però possono non corrispondere sempre allo stato affettivo interno, sia del genitore che del bambino.

Altri strumenti di misura della sicurezza dell'attaccamento non valutano i comportamenti direttamente osservabili, ma le rappresentazioni interne dell'attaccamento: si basano su due approcci, sulle reazioni del bimbo a delle immagini, oppure fanno uso di un'altra tecnica, che utilizza racconti narrativi del bambino nel gioco con bambole e nella drammatizzazione di scene relative all'attaccamento. I bambini memorizzano le esperienze relative alle relazioni di attaccamento in termini di rappresentazioni: a partire dai primi anni dell'asilo iniziano a strutturare forme simboliche di rappresentazioni mentali e a organizzarle in modelli operativi interni (Bretherton, 1987); i modelli operativi interni possono essere valutati in quanto modelli interni delle rappresentazioni che emergono dalle esperienze vissute nel corso di una relazione.

Una modalità per valutare le rappresentazioni interne dell'attaccamento si basa sull'osservazione e misurazione delle reazioni dei bambini a cui vengono sottoposte figure o storie proiettive, che viene effettuata con il SAT (Klagsbrun, Bowlby, 1976) che si trova in versioni con procedure di codifica leggermente diverse (Kaplan 1987; Slough, Greenberg, 1990).

Nei bambini dai quattro ai sette anni, la relazione di attaccamento ai genitori viene misurata con il *Separation Anxiety Test* (SAT) di Klagsbrun e Bowlby (1976): l'osservazione della relazione di attaccamento avviene indirettamente attraverso le risposte date dal bambino, a situazioni di separazione rappresentate in vignette o in fotografie e non dall'osservazione diretta del comportamento di attaccamento; del SAT ne esiste una versione italiana di Attili (2001) e una di Liverta Sempio e Marchetti (2001). Il SAT è un test semiproiettivo che, nella versione proposta dalla Attili, è costituito da due set di sei vignette (un set per i maschi e uno per le femmine) in cui sono presentate diverse situazioni di separazione: le espressioni del volto dei personaggi non sono definite e vengono lasciate all'interpretazione del soggetto a cui è somministrato il test. L'ipotesi è che il modo in cui si immagina che una persona reagisca a una

separazione dal caregiver sia indicativo del suo modo di affrontare problematiche analoghe a quelle proposte dal test. La versione del SAT di Liverta Sempio e Marchetti utilizza fotografie. Le situazioni stimolo presentate nelle vignette sono: 1) genitori che escono per una serata e lasciano il bambino a casa; 2) il bambino è a scuola con i compagni dopo che la madre si è appena allontanata; 3) la madre accompagna il bambino dalla zia perché i genitori vanno via per il fine settimana; 4) il bambino è al parco con i genitori e questi gli chiedono di allontanarsi perché vogliono parlare da soli; 5) i genitori stanno per partire per due settimane e prima di andarsene danno un regalo al bambino; 6) la madre mette a letto il bambino e poi esce dalla stanza. Ad ogni vignetta seguono quattro domande di tipo proiettivo che indagano le proiezioni affettive e comportamentali rispetto allo stress provato per la separazione dal bambino/a della vignetta. Vengono rivolte inoltre al bambino altre domande simili: gli si chiede cosa proverebbe se accadesse a lui e cosa succederebbe.

Le procedure di codifica sono diverse (Kaplan, 1987; Slough, Greenberg, 1990; Attili, 2001; Liverta Sempio et al., 2001): la versione italiana di Attili prevede una categorizzazione delle risposte secondo 17 etichette che descrivono le diverse modalità comportamentali osservate; le risposte possono essere raggruppate in otto classi cui viene assegnato un punteggio su una scala ordinale. La somma dei punteggi ottenuti permette di classificare i soggetti in relazione alla loro organizzazione mentale dell'attaccamento, come sicuri, ambivalenti/resistenti, evitanti e disorganizzati; la Attili prevede anche un'ulteriore categoria che raggruppa i soggetti da lei individuati con la definizione di «confusi» (Attili, 2001).

Lo strumento consente una misurazione dei modelli operativi interni attraverso le risposte date in situazioni in cui viene attivato il sistema dell'attaccamento; le risposte indicano il modo in cui i soggetti si rappresentano a livello mentale le situazioni di pericolo e le modalità in cui possono essere evitate, attraverso l'intervento della figura di attaccamento; il test evoca situazioni di separazione e pertanto stimola il sistema dell'attaccamento e attiva risposte simili a quelle che si possono verificare quando l'evento è reale.

Un'altra modalità con cui si valuta la sicurezza dell'attac-

camento, attraverso le rappresentazioni, utilizza l'osservazione del comportamento del bambino mentre gioca con delle bambole: si propongono varie tematiche relative all'attaccamento che il bambino deve drammatizzare mediante storie in cui i protagonisti devono affrontare situazioni di separazione o di stress.

Il Test del Completamento di Storie dell'Attaccamento per bambini di 3 anni (*Attachment Story Completion Task*, ASCT, for 3-year-old) di Bretherton, Ridgeway, Cassidy (1990) in versione italiana della Ongari (2006) propone che i bambini completino una serie di cinque storie: 1) un bambino rovescia una bevanda; 2) si fa male a un ginocchio; 3) scopre un mostro nella camera da letto; 4) i genitori partono 5) poi ritornano; sono situazioni che stimolano i comportamenti di attaccamento e le modalità di risposta consentono di individuare i bambini sicuri ed insicuri.

L'osservatore presenta ciascuna storia poi chiede al bambino di prevedere cosa potrà accadere successivamente e di drammatizzarlo con le bambole; vengono effettuate trascrizioni precise del comportamento verbale dei bambini e della evoluzione della storia; le classificazioni si basano sulle principali reazioni manifestate dai bambini e il sistema identifica i principali pattern di attaccamento.

Un altro strumento di osservazione della relazione di attaccamento per bambini dai cinque ai sette anni è il *Manchester Child Attachment Story Task*, MCAST, di Green, Stanley, Smith, Goldwyn (2000), che è simile al Test del Completamento di Storie dell'Attaccamento per bambini di 3 anni (*Attachment Story Completion Task*, ASCT, for 3-year-old) (Bretherton, Ridgeway, Cassidy, 1990): in questo test le trame delle storie vengono drammatizzate attraverso modalità di gioco simbolico in cui il bambino è invitato a rappresentare con due bambole (un bambino e la madre) delle situazioni di pericolo.

Altre misure correlate alla sicurezza dell'attaccamento basate sulla rappresentazione simbolica sono il sistema di Kaplan e Main (1986) che utilizza i disegni della famiglia dei bambini della scuola materna, ma che è ad un livello potenziale di sviluppo.

#### **4.4 Gli interventi psicoterapeutici basati sull'attaccamento**

Gli interventi psicoterapeutici basati sulla teoria dell'attaccamento (Cassibba, van Ijzendoorn, 2005) prendono in considerazione il costrutto della sensibilità e la sicurezza dell'attaccamento infantile. L'ipotesi teorica che sostiene i diversi interventi è che la sensibilità genitoriale è un fattore causale di sostanziale importanza nella relazione di attaccamento: pertanto si sviluppano tecniche per promuoverla.

Gli studi sugli interventi clinici basati sull'attaccamento (De Wolf, van Ijzendoorn, 1997) analizzano dimensioni diverse del comportamento dei genitori e tra queste la sensibilità intesa come la capacità di percepire il segnale del bambino e di rispondervi in maniera pronta e appropriata, e propongono tre approcci clinici diversi che si differenziano rispetto al metodo e alla durata: alcuni intervengono direttamente sulla sensibilità dei genitori e sono orientati alla modificazione del comportamento, altri sono orientati a favorire un supporto sociale ai genitori, altri ancora prendono in considerazione le rappresentazioni dell'attaccamento dei genitori per predisporre ulteriori cambiamenti comportamentali. I risultati degli interventi evidenziano che un miglioramento della sensibilità materna è correlato a un aumento delle percentuali di attaccamento sicuro tra madri e bambini fornendo anche prove di natura sperimentale che evidenziano la relazione causale tra sensibilità e attaccamento.

Una prima tipologia di intervento ha come obiettivo la promozione della sensibilità e della responsività materna, lo sviluppo sociale ed emotivo dei bambini e la loro sicurezza dell'attaccamento, e si focalizza sul comportamento del genitore nei confronti del bambino: i genitori vengono addestrati ad osservare i loro bambini per imparare a percepire il loro bisogno. Si procede insegnando loro ad annotare su un diario il comportamento del bambino (Riksen-Walraven, 1978) che poi rileggeranno con il terapeuta che li guiderà a soffermarsi sui segnali e sulle descrizioni più significative, per rilevarne indicazioni pedagogiche; vengano effettuate anche tre sedute di video-feedback: in una vengono riprese alcune interazioni della madre col proprio figlio, nelle altre il terapeuta ripropone alcuni frammenti

significativi selezionati del filmato e si sofferma a rinforzare le risposte sensibili della madre e i segnali e le risposte del bambino, attraverso commenti positivi. In alcuni interventi viene utilizzata la tecnica di parlare «al posto dei bambini» (Carter, Osofky, Hann, 1991): gli interventi genitore-bambino vengono videoregistrati e i filmati rivisti poi con il terapeuta che si sofferma a commentare le espressioni della comunicazione non verbale del bambino, trasformandola in un'ipotetica comunicazione verbale che rivolge ai genitori, come se stesse parlando il loro bambino. L'intervento ha lo scopo di favorire una percezione più corretta e oggettiva del comportamento del bambino, integrata anche da informazioni sul suo sviluppo psicofisico, per aumentare le competenze conoscitive genitoriali. Altri interventi, sempre orientati a favorire la sensibilità materna, prevedono un addestramento psicopedagogico dei genitori: vengono fornite indicazioni specifiche e mirate di come rispondere adeguatamente ai bisogni del bambino e forniti opuscoli informativi o viene proposta la visione di filmati che presentano interazioni diadiche ideali, modelli educativi da imitare per il genitore (Mahoney, Powell, 1988).

Un'altra tipologia di interventi ha invece l'obiettivo di interrompere la trasmissione transgenerazionale dell'attaccamento insicuro, attraverso una modificazione delle rappresentazioni mentali insicure dell'attaccamento (Bakermans-Kranenburg, Juffer, van Ijzendoorn 1998; Juffer et al., 1997): l'obiettivo è il cambiamento del comportamento genitoriale inadeguato attraverso una modificazione dei modelli di rappresentazione dei genitori o dei modelli operativi dell'attaccamento; i genitori vengono guidati a riflettere sulle loro esperienze di attaccamento attuali e del passato per ristrutturare le rappresentazioni mentali del presente e consentire una relazione più sicura ed equilibrata con il figlio.

Sono previste due modalità di intervento entrambe costituite da quattro-cinque sessioni con un setting strutturato a casa del bimbo: una è diretta alla modificazione del comportamento e l'altra alle rappresentazioni genitoriali. La prima modalità di intervento è orientata a rinforzare i comportamenti sensibili e responsivi dei genitori, attraverso la tecnica del video-feedback VIPP (*Video intervention to promote positive parenting*): si fa uso di video-osservazioni eseguite durante situazioni di vita quotidiana; dopo seguono



le sedute terapeutiche che consistono nel riproporre alla madre alcuni stralci selezionati dai filmati e attraverso la tecnica del video-feedback il terapeuta guida la madre a ritornare su momenti significativi dell'interazione, aiutandola a focalizzare l'attenzione sui comportamenti del bambino. Il protocollo propone poi una riflessione guidata su quattro temi che vengono affrontati, uno alla volta, durante le quattro sedute terapeutiche: 1) la ricerca di contatto del bambino e il suo comportamento esplorativo; 2) la percezione delle espressioni del bambino; 3) le risposte adeguate alle richieste del bambino; 4) la condivisione delle emozioni e la sintonia affettiva.

La seconda modalità di intervento VIPP-R associa all'intervento di video-feedback le riflessioni della madre sulle relazioni di attaccamento attuali e del passato, con l'obiettivo di modificare le sue rappresentazioni mentali (R) dell'attaccamento. La madre è invitata a compilare un breve questionario e a partecipare alla discussione sulle tematiche di riflessione proposte: 1) le sue esperienze di separazione vissute quando era bambina e le esperienze di separazione che il suo bambino vive attualmente; 2) il comportamento dei suoi genitori durante l'infanzia e il suo attuale comportamento nei confronti del bambino; 3) la separazione dai genitori durante l'adolescenza e il cambiamento delle relazioni con i suoi genitori; 4) la riflessione sul fatto di essere figlia dei suoi genitori, ed essere madre di suo figlio.

Le rappresentazioni dei genitori (Cohen et al., 1999) possono venire modificate anche attraverso una procedura psicoterapeutica psicodinamica (PPT) che viene rivolta a bambini con patologie accertate; il setting viene allestito direttamente negli istituti dove sono ricoverati. Durante l'intervento le madri sono invitate a giocare con i bambini, mentre il terapeuta si rivolge loro e conduce la terapia. Facendo uso del transfert psicodinamico, egli aiuta le madri a raccontare del loro passato, interpretando i vissuti; l'obiettivo della terapia è una modificazione dei modelli mentali che la madre ha della sua relazione con il bambino, che le derivano dalla relazione di attaccamento con i propri genitori. La mamma viene stimolata a una comprensione del suo modo di relazionarsi col bambino, distinguendo i suoi bisogni da quelli del figlio. L'intervento si basa prevalentemente sulla relazione tra terapeuta e la madre, che viene aiutata a discutere i problemi che incontra col bambino e

a trovare una connessione con i problemi che lei ha vissuto a sua volta da bambina con i propri genitori.

Un'altra procedura di intervento (Muir, 1992; Cohen et al., 1999) che ha sempre la finalità di modificare le rappresentazioni materne è denominata *Www* (*Watch, wait, wonder*): osserva, aspetta e rifletti. Le mamme sono invitate dal terapeuta a considerare questioni intergenerazionali, attraverso le rappresentazioni con i propri genitori e contemporaneamente vengono guidate a seguire le richieste del bambino attraverso un approccio comportamentale; l'intervento si sviluppa attraverso brevi sedute di gioco tra genitore e bambino, videoregistrate; il genitore riceve indicazioni precise nel seguire la conduzione della relazione col bambino e successivamente con la visione del filmato viene aiutato dal terapeuta a individuare ciò che il suo bambino pensa e prova. È previsto un setting (Cohen, Lejkasek, Muir, 2002) in cui le diadi sono sedute a terra a giocare: le madri vengono aidate a osservare il bambino (osserva) ma ad intervenire solo su sua richiesta (aspetta), nel frattempo cercano di comprenderne le sue esigenze (rifletti) per rispondervi adeguatamente; l'obiettivo è consentire alle madri di diventare più sensibili e responsive.

La terza modalità di intervento è orientata invece a fornire ai genitori un supporto sociale: si basa sull'ipotesi che un supporto sociale può essere d'aiuto in alcuni momenti critici della vita del genitore, soprattutto quando avviene la transizione al ruolo genitoriale; l'intervento di tipo psicopedagogico fornisce suggerimenti pratici, indirizza verso servizi sociali e aiuta i genitori a estendere la loro rete di relazioni sociali; il programma terapeutico può prevedere anche un intervento orientato a modificare il comportamento e le rappresentazioni materne, indicato come *STEEP – Steps Toward Effective, Enjoyable Parenting* – (Egeland et al., 2000): i genitori ricevono aiuti pratici e partecipano alle sessioni di video-feedback che hanno l'obiettivo di migliorare la loro sensibilità, attraverso anche una riconsiderazione riflessiva e critica delle proprie esperienze infantili.

#### **4.5 Come osservare la trasgenerazionalità delle relazioni di attaccamento**

Oltre alle metodologie di osservazione diretta sono stati co-

struiti strumenti di osservazione indiretta, per poter indagare le caratteristiche della complessità relazionale: in tale prospettiva vengono valutate le relazioni di attaccamento che i genitori hanno con i propri genitori, che consente di individuare la transgenerazionalità delle relazioni di attaccamento (Bretherton, Munholland, 1999; Hesse, 1999); lo stato mentale di un genitore rispetto alle sue esperienze di attaccamento è correlato alla tipologia di attaccamento rilevata nel figlio. Caregiver che presentano un pattern di attaccamento sicuro nella valutazione della AAI, hanno figli che nella valutazione alla *Strange Situation* manifestano altrettanti pattern di attaccamento sicuri (Main, Kaplan, Cassidy, 1985; van Ijzendoorn, Bakermans-Kranenburg, 1997; van Ijzendoorn, De Wolff, 1997). Nell'ambito delle relazioni familiari i soggetti tendono a presentare uno stile analogo a quello della loro figura di accudimento: il passaggio da una generazione all'altra della stessa modalità di affrontare situazioni affettive ed emotive avviene attraverso i modelli operativi interni, che si trasmettono dal genitore al figlio; i genitori interpretano i bisogni dei propri figli a seconda dell'esperienza che hanno avuto a loro volta con i propri genitori.

Lo strumento più utilizzato per valutare la relazione di attaccamento nei genitori è la AAI – *Adult Attachment Interview* – (George, Kaplan, Main, 1986, 1996; Crittenden, 1995). Questa intervista semistrutturata rileva i pattern di attaccamento nei soggetti adulti, attraverso un'indagine delle loro esperienze infantili, in riferimento alle figure genitoriali e in relazione a esperienze di perdita e separazione.

L'AAI è stata inizialmente costruita per studiare le rappresentazioni di attaccamento delle madri di un gruppo di bambini osservati durante la *Strange Situation*. L'ipotesi alla base dello strumento è quella di rintracciare una connessione fra le esperienze di accudimento, vissute dai genitori e le modalità relazionali che si sono instaurate coi figli. L'intervista permette di valutare lo «stato della mente» del genitore relativo all'attaccamento, quale aspetto parzialmente inconsapevole ma costitutivo della modalità dell'adulto di rappresentarsi e di porsi nei confronti delle proprie esperienze di attaccamento. La AAI della Main valuta lo «stato della mente» relativo all'attaccamento, attraverso un aspetto generale e narrativo del modo di porsi dell'individuo rispetto alla propria esperienza. Attraverso lo «sta-

to della mente» è possibile conoscere i modelli operativi interni, nei loro aspetti maggiormente consapevoli, come la narrazione, ma anche i vissuti profondi e inconsapevoli connessi e integrati con modalità differenti dai soggetti. L'intervista affronta diverse tematiche relative all'attaccamento, a partire dall'infanzia del soggetto, attraverso riflessioni generali e valutazioni complessive delle esperienze, ma anche proponendo di definire le relazioni significative tramite aggettivi, cui collegare ricordi ed episodi specifici. Le esperienze passate del soggetto vengono rievocate durante l'intervista e il contenuto è strettamente collegato agli assunti di riferimento della teoria dell'attaccamento. Le domande sono orientate alla rievocazione della storia di attaccamento dell'individuo, all'esperienza del soggetto con le figure di riferimento, durante la propria infanzia e alle situazioni di difficoltà, in cui l'efficacia e la presenza del genitore sono fondamentali per la protezione e la cura del piccolo. Il soggetto viene inoltre invitato a riflettere sulle esperienze passate, in relazione alle sue convinzioni e ai vissuti attuali in quanto adulto. La durata della prova è di circa un'ora. L'intervista viene audio-registrata e, successivamente, trascritta, parola per parola, al fine di consentirne l'analisi.

La valutazione dell'AAI è composta da due momenti distinti: nella prima fase i contenuti e la forma del testo vengono analizzati tramite l'utilizzo di scale graduate di valutazione. Queste sono di due tipi: Scale dell'Esperienza Soggettiva (5 scale) per valutare le esperienze di attaccamento nell'infanzia del soggetto, così come da lui riportate: la finalità è quella di ricostruire la storia di vita della persona e il suo background esperienziale rispetto all'attaccamento; le Scale dello Stato della Mente (9 scale) per valutare lo stato della mente del soggetto al momento attuale, in riferimento alle rappresentazioni di esperienze collegate all'attaccamento e all'organizzazione delle informazioni rilevanti rispetto ad esso.

Nella seconda fase l'intervista viene analizzata nel suo complesso, per poter assegnare una classificazione complessiva dell'attaccamento del soggetto. Viene elaborato un profilo che include il soggetto in categorie relative ai modelli di attaccamento: modello sicuro/libero autonomo (F), caratterizzato dalla capacità di organizzare un discorso coerente e ben integrato e dal riconoscimento dell'importan-

za delle prime relazioni di attaccamento; modello distanziante (Ds), caratterizzato da distanziamento e svalutazione delle relazioni di attaccamento, oppure da idealizzazione dei genitori e mancanza di ricordi specifici relativi alle esperienze con i caregiver; modello preoccupato-invischiato (E), caratterizzato da un coinvolgimento presente in relazioni d'attaccamento passate; modello con mancata elaborazione del lutto/trauma (U), caratterizzato dalla presenza di processi mentali non risolti nel discorso relativi a traumi passati; modello non classificabile (CC), caratterizzato dalla presenza di stati mentali contraddittori e incompatibili o comunque scissi e scarsamente integrati rispetto alle tematiche dell'attaccamento. La somministrazione e la codifica dell'*Adult Attachment Interview*, per la complessità dello strumento, richiedono così come per gli altri strumenti di valutazione dell'attaccamento, un rigoroso training di formazione, in cui è necessario conseguire una reliability che assicuri la validità e l'attendibilità dell'intervistatore e del codificatore.

Patricia Crittenden (1999, 2008) ha ampliato la versione della AAI della Main attraverso un modello di lettura più articolato e complesso delle diverse configurazioni di attaccamento, che consente di estendere l'indagine anche a pattern che nella versione della Main vengono indicati come «U-Unresolved» o «CC-Cannot classify», tentando di comprendere il modo in cui le informazioni vengono trasformate e come funzionano le trasformazioni se i soggetti sono stati esposti a minacce o pericoli, per l'integrità del loro Sé. Per la somministrazione e la codifica dello strumento è necessario effettuare percorsi formativi molto impegnativi, in cui l'intervistatore deve conseguire una attendibilità, sia per la somministrazione che per la codifica dell'intervista.

Attraverso la creazione di un Modello Dinamico Maturativo dello sviluppo della relazione d'attaccamento, il DMM, la Crittenden evidenzia come la maturazione sia in interazione dinamica con l'esperienza, attraverso i cambiamenti nella qualità dell'attaccamento che si possono riscontrare in alcuni momenti dello sviluppo: nei periodi di maggior cambiamento psiconeurologico del bambino, si assiste a una riorganizzazione dei processi cognitivi, affettivi e anche dell'attaccamento (Crittenden, 1994). Il modello maturativo evidenzia come attraverso modalità dinamiche la riorganizza-

zione e il cambiamento possano realizzarsi a diversi livelli durante l'infanzia e l'adolescenza: assume importanza la qualità dell'elaborazione delle informazioni nell'organizzazione dei percorsi evolutivi adattativi. Le informazioni che possediamo nella nostra memoria riguardano il passato, e quelle di cui abbiamo bisogno sono quelle per il futuro: il lavoro del nostro sistema nervoso è quello di trasformare le informazioni per avere dati utili per il futuro. Le trasformazioni riguardano le rappresentazioni che abbiamo della realtà e possono essere di cinque tipologie: a) veramente predittive: predire le condizioni future; b) omettere alcune elaborazioni; c) essere erronee, quando comprendono associazioni false tra condizioni attuali e risultati futuri; d) distorte; e) falsificate. Attraverso questi cinque tipi di trasformazione l'individuo può regolare la sua capacità di identificare il pericolo e proteggersi (Crittenden, 1997). Da queste trasformazioni prendono origine le «rappresentazioni disposizionali», configurazioni di attività neurale che sostengono l'azione e il comportamento dell'individuo (Crittenden, 2008) e che corrispondono ai modelli operativi e interni.

La Crittenden ha recentemente utilizzato questo termine (Crittenden, 2008) al posto di «modello operativo interno», riferendosi alle recenti ricerche delle neuroscienze cognitive, che considerano le rappresentazioni multiple, non conservate o immagazzinate in una memoria-archivio, non come «modelli» statici, ma come processi neurologici collegati all'attivazione di determinate reti sinaptiche, quindi sottoposti a continui processi elaborativi e trasformativi. L'elaborazione delle informazioni darebbe origine a molte «rappresentazioni disposizionali», secondo i sistemi di memoria (Tulving, 1987; Schacter, Tulving, 1994) che forniscono un modello operativo del modo con cui è organizzato un comportamento: la memoria procedurale (riguarda le informazioni cognitive); la memoria per immagini (riguarda le informazioni sensoriali e affettive); la memoria semantica (le informazioni generalizzate e verbali del passato); il linguaggio connotativo (comunicazione verbale dei sentimenti); la memoria episodica (le rappresentazioni multiple insieme formano episodi) a partire dai tre anni di età, con una memoria di fonte, attiva dopo i sette anni. Solo dopo il sesto anno di età è possibile il funzionamento di una memoria integrativa e riflessiva, che con-

sente di elaborare ulteriormente e a livelli molto evoluti l'informazione. I sistemi della memoria sono passibili di contraddizioni e il processo di integrazione consente di identificare le discrepanze e di modificare le rappresentazioni, soprattutto disposizionali, che permettono la selezione di un comportamento sempre più adeguato alla protezione del sé (Crittenden, 1990, 1999). In questa prospettiva i diversi pattern di attaccamento hanno una funzione adattativa allo specifico contesto in cui si presentano: nel DMM (Modello Dinamico Maturativo) viene sviluppata una concettualizzazione delle strategie di protezione del Sé che si strutturano su aspetti dell'elaborazione delle informazioni, della cognitività e dell'affettività, che si evolvono e si complessificano, per fronteggiare in modo sempre più funzionale le situazioni di pericolo. La nozione di pericolo è un concetto fondamentale nell'evoluzione e nell'organizzazione delle relazioni di attaccamento: l'attenzione al ruolo del pericolo e alla funzione della sessualità per la sopravvivenza rivestono, secondo l'autrice, un ruolo predominante nell'organizzazione del pensiero e del comportamento umano. La qualità dell'attaccamento si manifesta attraverso l'organizzazione delle configurazioni delle informazioni cognitive e affettive che consentono di predire il pericolo, l'adattamento ad esso e le possibilità riproduttive.

Secondo la teoria dell'evoluzione, la maturazione è il processo fondamentale che accompagna lo sviluppo dell'individuo nella sua crescita (Crittenden, 1997): nei processi maturativi del sistema nervoso centrale l'esperienza struttura connessioni che permettono lo sviluppo della capacità dell'individuo di trarre informazioni fondamentali per la sopravvivenza della specie, riguardanti la sicurezza e la riproduzione. L'autrice sviluppa il concetto di percorsi evolutivi (Bowlby, 1980), che possono avere un procedimento lineare o diramarsi per nuovi percorsi: le figure affettive di riferimento consentono una continuità o favoriscono il cambiamento contribuendo o inibendo la strutturazione di strategie di protezione del sé, che contrassegnano la qualità delle relazioni di attaccamento. La Crittenden, attraverso il Modello Dinamico Maturativo DMM (1999, 2000a, 2000b, 2000c, 2008), sostiene il ruolo prioritario delle relazioni che lungo l'intero arco di vita comportano strategie di protezione dell'individuo. Il Modello Dinamico Maturativo dell'attaccamento evidenzia le competenze di risposta

ai pericoli che l'individuo sviluppa progressivamente e quindi si focalizza sui processi con cui i soggetti si preparano a sopravvivere a questi momenti, più che descrivere degli stati (Crittenden, 2008).

Il costrutto della configurazione di attaccamento è un costrutto dimensionale, più che categoriale: attraverso il DMM è possibile sviluppare una lettura più articolata e dinamica delle modalità di organizzazione della personalità, delle informazioni affettive e cognitive, in riferimento al tipo di pericolo da cui il soggetto si difende. Gli aspetti evolutivi presenti nel DMM consentono di prevedere sottofigurezioni, collegate a organizzazioni sempre più articolate dei processi sottesi alle configurazioni tradizionali di elaborazione delle informazioni cognitive e affettive: è interessante pertanto vedere come le varie configurazioni diventano più complesse con lo sviluppo, articolandosi in sottofigurezioni che derivano dall'interazione dell'esperienza con la maturazione, consentendo una espansione delle configurazioni classiche (A-Sicuro, B-insicuro evitante e C-ambivalente, D-disorganizzato) dell'attaccamento (Main, Solomon, 1986).

In particolare il Modello Dinamico Maturativo comporta molte compatibilità con altre teorie come quella psicodinamica, cognitiva, sistemica e cognitivo-comportamentale, orientandosi sulla natura dei processi mentali in situazioni psicopatologiche. L'autrice sviluppa l'ipotesi che i pattern di attaccamento possono cambiare nel corso della vita, non soltanto in concomitanza di eventi particolari o di psicoterapie, ma anche per l'apprendimento di nuove modalità di lettura della realtà, dovute alla evoluzione di forme di pensiero che diventano sempre più organizzate con il progredire dell'età. Secondo l'approccio dinamico maturativo la maturazione si presenta in interazione dinamica con l'esperienza, consentendo potenzialità di cambiamenti nella qualità dei pattern di attaccamento, mediante delle «riorganizzazioni» (Crittenden, 1994, 1995, 1997), che consistono in processi dinamici di cambiamento e di ristrutturazioni che si possono verificare nella qualità dell'attaccamento in diversi momenti della crescita, fino all'età adulta.

Un'altra osservazione indiretta, attraverso l'uso dell'intervista, è la *Parent Development Interview* (Slade et al., 1992), che valuta la qualità della relazione caregiver- bambino. Lo strumento è costituito da 45 domande e necessita di un'o-



ra e mezzo-due di somministrazione: nella prima parte si chiede ai genitori di descrivere il loro bambino, attraverso cinque aggettivi che descrivano la loro relazione con lui; viene poi richiesto di indicare le somiglianze tra il bambino e i due genitori e infine di descrivere la loro relazione con lui. Molte delle domande sul comportamento del bambino sono seguite da domande che approfondiscono la percezione e la rappresentazione genitoriale della relazione con il figlio. La seconda parte valuta la descrizione che i genitori fanno di se stessi come caregiver e le somiglianze che riscontrano con i rispettivi genitori; vengono poi anche indagate le reazioni del bambino alle normali separazioni.

La codifica viene effettuata attraverso scale di tipo dimensionale a nove punti, che permettono di descrivere le diverse caratteristiche affettive del bambino. I trascritti vengono analizzati secondo tre dimensioni: 1) la rappresentazione genitoriale della propria esperienza affettiva (intensità, riconoscimento e modulazione della rabbia; stato di bisogno del genitore; intensità, riconoscimento e modulazione dell'ansia di separazione; intensità e riconoscimento della colpa; esperienze di gioia; senso di competenza); 2) la rappresentazione genitoriale dell'esperienza affettiva del bambino (rappresentazione della rabbia; rappresentazione dell'ansia di separazione, e della dipendenza); 3) lo stato della mente genitoriale rispetto al bambino (la coerenza del racconto rispetto alla ricchezza delle percezioni).

Esiste anche una dimensione che misura la capacità di mentalizzazione del caregiver: analizza la consapevolezza che il genitore ha rispetto alla natura degli stati mentali sottostanti ad un determinato comportamento, delle loro caratteristiche e del loro cambiamento evolutivo.