

Il contributo della teoria dell'attaccamento alla neuropsichiatria 0-3 anni

Attachment theory and infant mental health

G. ROSSI *, U. BALOTTIN **, E. FAZZI *, M. ROSSI *

* Dipartimento di Clinica Neurologica e Psichiatrica dell'Età Evolutiva, Università di Pavia, Fondazione Istituto Neurologico IRCCS "C. Mondino"; ** Unità di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza, Università dell'Insubria Varese, Azienda Ospedaliera Macchi, Varese.

Parole chiave. — Attaccamento - *Strange situation* - *Adult attachment interview* -
Psicoterapia genitore-bambino

Key words. — *Attachment* - *Strange situation* - *Adult attachment interview* - *Child-parent psychotherapy*

Per invito
Invited article

Summary

The attachment theory offers an important and fundamental reference both for the study of early infancy and of mother-father-child relationship and for the diagnosis, prevention and therapy of parent/child. We introduce the attachment construct, the strange situation and the Adult Attachment Interview. Moreover, we have analysed the continuity of attachment patterns during the course of life. The effects produced by a secure-base, or by neglect deprivation and abuse are analysed both considering children's development and psychopathology, starting from the Reactive Attachment Disorder. The contribution of the attachment theory to the child-parent psychotherapy raised more and different options and procedures of treatment all characterised by a non-neutral approach, to sustain need for cure and development of empathic relationships.

Introduzione

La teoria dell'attaccamento

L'importanza concreta dell'accudimento e degli effetti della deprivazione materna è stata considerata per lo meno sin dalla prima parte del XX secolo^{13 38},

tuttavia una nuova collocazione del ruolo delle esperienze precoci di rifiuto e trascuratezza, più coerente e sistematizzata, avviene con John Bowlby^{3 4 5} e lo sviluppo delle sue teorie, sviluppate a partire dalle osservazioni su bambini istituzionalizzati. In una prospettiva rovesciata, connessa invece con l'importanza dei legami, secondo i teorici dell'attaccamento la disposizione a stringere relazioni affettive è una componente fondamentale della natura umana, fondata sulla biologia e programmata geneticamente a svilupparsi in modo complesso, con una interazione con l'ambiente che sarà determinante per i destini relazionali dell'individuo. In base alle considerazioni sugli effetti catastrofici della deprivazione materna, agli studi etologici sulla predisposizione dei primati ad attaccarsi alle figure di accudimento, agli studi sull'attaccamento come indipendente dai bisogni fisici, Bowlby⁴ conclude che lo sviluppo normale è condizionato dall'attaccamento a una figura materna.

Nel bambino segnali come il sorriso, la vocalizzazione o il pianto e comportamenti di avvicinamento (come la camminata a gattoni e la camminata normale in direzione della figura di accudimento) hanno la funzione di favorire la vicinanza alla figura di accudimento.

Il grado di vicinanza richiesto dal bambino ai genitori dipende dalle circostanze (ad esempio malattia del bambino o condizioni ambientali minacciose). Per la maggior parte dei bambini angosciati, il contatto con la madre è un efficace stimolo inibente (questa è una delle differenze con il modello psicoanalitico: per Freud il comportamento si interrompe quando la sua riserva di energia è diminuita. Per una rassegna di confronto tra il modello psicoanalitico e la teoria dell'attaccamento^{18 20}). Il contatto deve essere tanto più importante tanto più il sistema attaccamento è attivato intensamente.

Un bambino predisposto a provare emozioni positive in relazione all'attaccamento e tristezza per la sua perdita può darsi da fare attivamente per mantenere gli attaccamenti (che a loro volta contribuiscono ad accrescere la sua idoneità riproduttiva: nella teoria di Bowlby i sistemi comportamentali predisposti geneticamente e modulati dall'ambiente, tra cui il sistema dell'attaccamento, sarebbero il risultato della selezione naturale e avrebbero il significato finalistico, teleonomico, di garantire la sopravvivenza della specie).

Tale concezione, faceva notare Bowlby, è diversa da quella Freudiana di pulsione secondaria (la madre nutre il bambino e il piacere provato con il soddisfacimento viene associato positivamente alla presenza della madre). "Si ritiene che la fame sia una pulsione primaria e la relazione personale (...) una pulsione secondaria". "Se fosse vera (tale teoria) un bambino di un anno o due dovrebbe accettare con simpatia chiunque lo nutra, il che chiaramente non accade"⁵, e i bambini si attaccano anche a madri respingenti. "Nessuno di questi aspetti si accordava con la mia esperienza con i bambini. Ma se le teorie correnti (psicoanalitiche) sulla dipendenza erano inadeguate, qual'era l'alternativa?"⁵. La teoria dell'attaccamento offre dunque un nuovo spunto per spiegare il legame genitori figli. Gli studi transculturali confermano, per ora, l'universalità della teoria dell'attaccamento²⁸.

Il sistema comportamentale di attaccamento implica rappresentazioni mentali della figura di attaccamento, del sé e dell'ambiente, tutte basate in gran parte sull'esperienza. (altra differenza con Freud, che enfatizza il ruolo delle fantasie interne). Queste rappresentazioni sono i Modelli Operativi Interni (MOI) – *Internal Working Models* – che permettono di anticipare il futuro e fare piani in modo da operare più efficacemente.

Il Sistema Attaccamento ha come obiettivo esterno quello di motivare il bambino alla ricerca della vicinanza alla figura di attaccamento e come obiettivo interno quello di motivare il bambino alla ricerca di sicurezza.

Come sistema di controllo del comportamento, l'attaccamento implica l'utilizzo che il bambino fa della figura di attaccamento come "base sicura" da cui esplorare ambienti nuovi¹. Quando il sistema di attaccamento viene attivato, il bambino usa la figura di attaccamento come "rifugio sicuro" cui fare ritorno in situazioni stressanti o pericolose.

Non viene espressa una preferenza costante per una figura di attaccamento specifica fino agli 8 mesi, quando comincia a stabilirsi un attaccamento focalizzato. Tra gli 8 mesi e i 3 anni, il bambino si trova in una condizione di ricerca attiva e di contatto (una parte consistente degli studi sull'attaccamento del bambino si colloca in questa fascia di età).

Lo sviluppo dell'organizzazione infantile dell'attaccamento si basa su esperienze interattive reali con i *caregivers*: esperienze con *caregivers* sensibili e disponibili, ad esempio, consentono uno sviluppo di un senso degli altri come di persone di cui avere fiducia, supportive, un senso di sé come di esseri degni di attenzione e affetto; al contrario quando i *caregivers* sono inadeguati, il bambino sviluppa un sentimento deficitario di sé e degli altri.

In questa direzione, importanti sviluppi della teoria sono stati portati da Peter Fonagy^{19 22 23}, che ha messo a punto una metodica di valutazione della *capacità riflessiva del sé*: cioè la capacità di riflettere sui propri e altrui stati mentali, di costruire una teoria della mente; tale capacità è deficitaria in persone con vari problemi psicopatologici, in particolare è stato studiato, dall'autore e dal suo gruppo di ricerca, il disturbo borderline di personalità: secondo questo modello esplicativo, la condizione politraumatica di un bambino che sviluppa un disturbo border, lo porta all'impossibilità di accedere alla comprensione dei processi mentali dell'altro, attraverso processi di identificazione, poiché se un adulto è abusante, traumatizzante, i suoi processi mentali risultano incomprensibili per chi subisce, e la capacità del bambino di sviluppare una capacità di riflessione sarà compromessa; da adulto, se diventerà genitore, sarà in difficoltà a comprendere i segnali e il funzionamento mentale del proprio bambino; ciò vale anche per un adulto non borderline, che abbia una scarsa capacità di riflessione, pur considerando diversamente l'impatto della psicopatologia di un border sulla relazione. La funzione riflessiva influenza il modello di attaccamento (Fig. 1).

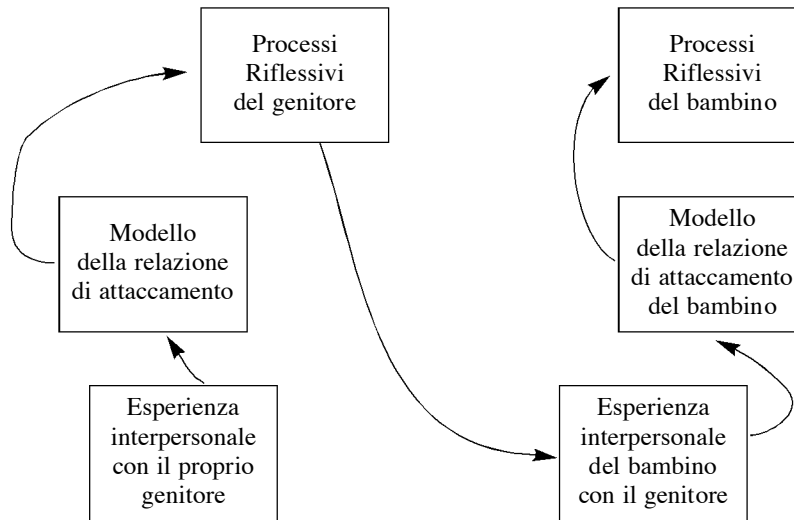


Fig. 1. Ruolo dei processi riflessivi nella trasmissione transgenerazionale dell'attaccamento (da: P. Fonagy, M. Targret *Attaccamento e Funzione Riflessiva*. Cortina: 2001).

La strange situation (SS) e l'Adult Attachment Interview (AAI)

Sulla spinta delle osservazioni Bowlbiane, Mary Ainsworth (per una rassegna italiana dei suoi scritti e una descrizione dettagliata della *strange situation* (SS) ^{1 2 36}) sviluppa a partire dai suoi studi in Uganda una ben nota modalità di osservazione, dedicata in particolare ai bambini tra i 12 e i 18-20 mesi, che comprende varie fasi (Tab. I).

Vengono valutate l'interazione madre bambino e alcune variabili della relazione materna, quali: sensibilità (il rispondere prontamente e appropriatamente ai segnali del bambino), accettazione, cooperazione, disponibilità psicologica. La valutazione si effettua comunque in particolare sui 2 momenti di riunione e sulla capacità del bambino di riprendere o meno l'esplorazione della stanza e dei giochi.

La Ainsworth ha individuato 3 fondamentali pattern di attaccamento alla SS, che riassumiamo brevemente: *pattern B, Sicuro* (circa il 60-65% della popolazione generale); questi bambini sono in grado di usare con successo la propria madre come *base sicura*, che gli permette di esplorare ed interagire autonomamente con l'ambiente. Sono presenti segnali di mancanza del genitore alla separazione. Alla riunione, una volta consolati e confortati, riprendono facilmente l'esplorazione. Il *modello operativo interno* di questi bambini si è sviluppato in base al fatto che la loro figura primaria è ritenuta affidabile, sensibile, accogliente e disponibile emotivamente. *Pattern A, Insicuro-evitante* (20-25% circa della popolazione): esplorano volentieri e facilmente l'ambiente, presenta-

Tab. I. Episodi della *strange situation* (modificata da Solomon, George).

Episodio	Durata	Descrizione
1	1 minuto	Genitore-bambino: la coppia entra nella stanza
2	3 minuti	Genitore-bambino: il bambino sta seduto o esplora; il Genitore interviene solo se necessario
3	3 minuti	Genitore-bambino-estraneo: entra un estraneo e gioca con il bambino verso la fine dell'episodio.
4	3 minuti	Bambino-estraneo: il genitore lascia il bambino con l'estraneo - prima separazione
5	3 minuti	Genitore-bambino: il genitore ritorna; l'estraneo lascia tranquillamente la stanza - prima riunione
6	3 minuti	Bambino: il genitore lascia da solo il bambino nella stanza - seconda separazione
7	3 minuti	Bambino-estraneo: l'estraneo entra nella stanza e sta con il bambino, se necessario interagisce
8	3 minuti	Bambino-genitore: il genitore rientra; l'estraneo lascia tranquillamente la stanza - seconda riunione

no scarse manifestazioni di affetti positivi; alla separazione rispondono minimamente; alla riunione guardano altrove oppure evitano attivamente il genitore. Il MOI di questi bambini si costruisce intorno a una figura genitoriale rifiutante rispetto alle loro richieste di aiuto e conforto nei momenti di stress. *Pattern C, In-sicuro-ambivalente* (10-15% circa della popolazione); alla separazione sono molto turbati e angosciati; alla riunione possono manifestare contemporaneamente un'alternanza di segnali: ricerca di un contatto con il genitore ed esplosioni di rabbia; non riescono a trovare conforto dai genitori. Il MOI che questi bambini sviluppano sembra essere l'esito di un accudimento inadeguato, incostante e imprevedibile. Un quarto *pattern, D, Disorganizzato*, è stato descritto da M. Main³³: comportamenti disorganizzati, disorientati appaiono in presenza del genitore (per esempio, quando questi torna, il bambino si può bloccare come in trance, agitare le mani e poi cadere prono oppure può avvinghiarsi e nello stesso tempo contorcersi). Può essere classificato in aggiunta come A, B o C. I bambini disorganizzati, hanno un genitore *frightened-frightening* (spaventato-spaventante): generalmente si tratta di persone che hanno subito un trauma, un lutto non risolto e che appaiono al bambino frammentati e incostanti, in preda al loro spavento, bloccati con lo sguardo fisso mentre rivivono mentalmente tracce del loro trauma o lutto; la stessa frammentazione comportamentale e rappresentazionale verrà sviluppata dal bambino.

L'attendibilità, *reliability*, della SS effettuata da codificatori addestrati è elevata: 100% negli studi di Ainsworth; 85-95% negli studi di Main (che ha introdotto la codifica D); dal 50% al 100% in uno studio su casi difficili della Ainsworth. La stabilità al retest varia dal 50% al 96% a distanza di 2-6 mesi e

dell'82% tra 12-18 mesi e i 60 mesi (più elevata in classi medie, meno elevata in campioni di famiglie economicamente svantaggiate: nelle popolazioni che hanno attraversato grandi cambiamenti e/o se la famiglia è in fase di stress cronico non ci si può aspettare stabilità); un bambino valutato a 18 mesi con SS e rivalutato ai 20 anni con AAI, mantiene lo stesso pattern nel 72-77% dei casi³⁶. Altri metodi di valutazione dell'attaccamento nel bambino piccolo sono stati messi a punto dopo la SS; segnaliamo in particolare il metodo *Q-Sort* di Waters⁴³, che può essere utilizzato dalla prima infanzia ai 5 anni: valuta la qualità del comportamento del bambino nell'ambito domestico; consiste di 90 schede che devono essere suddivise in 9 gruppi sulla base della coincidenza o meno tra il comportamento del bambino e quello riportato sulla scheda (per una trattazione dei metodi di misurazione dell'attaccamento nell'infanzia³⁶).

L'*Adult Attachment Interview* (AAI). Data la complessità dell'argomento e il tema di fondo dell'articolo, che riguarda la prima infanzia, accenneremo soltanto alla AAI di Mary Main e Ruth Goldwyn³⁴ (che pur non essendo tuttora pubblicata, dopo la prima stesura del 1984, ha dato origine ad un esteso numero di ricerche e pubblicazioni. Per una introduzione all'AAI vedi voci bibliografiche 16, 27). L'AAI del resto ha fornito un valido ed accurato strumento di valutazione dell'attaccamento dell'adulto, e quindi della genitorialità, (ma è utilizzabile anche in adolescenza), ha consentito meglio di altri strumenti di correlare l'attaccamento tra infanzia e età adulta-genitorialità. Citeremo a questo proposito solo il noto articolo di Fonagy, Steele e Steele²¹: 96 madri sono state intervistate in gravidanza con AAI, i loro bambini successivamente sono stati valutati in cieco a 12 mesi con SS: la corrispondenza sicuro-insicuro riscontrata tra madri e figli era del 75%, a testimonianza di una elevata trasmissibilità del modello di attaccamento e della possibilità di predizione dello strumento.

L'AAI è un'intervista semistrutturata della durata di circa 1 ora, audioregistrata e trascritta per la codifica, basata su 20 domande centrali. Fornisce un mezzo per valutare lo "stato mentale rispetto all'attaccamento" complessivo, a differenza di quanto avviene per la valutazione con la SS, che valuta lo stile di attaccamento (che può essere differente a seconda del *caregiver*) con l'adulto presente all'osservazione.

Le proprietà psicometriche dell'AAI sono state stabilite da numerosi test. La stabilità al retest è elevata (78-90%). La concordanza tra valutatori formati è elevata (oltre 80%). Non è correlato all'intelligenza, alla memoria, alla cultura, o alle conoscenze psicologiche. Le categorie della SS corrispondono alle categorie della AAI (che prevede peraltro una categoria aggiuntiva, *Cannot Classify*) (Tab. II).

Un recente studio³⁰, condotto su 111 madri seguite longitudinalmente dopo il parto, utilizzando AAI e SS, ha confermato l'ipotesi che madri depresse hanno più frequentemente uno stato della mente insicuro (*dismissing*) e che i figli di madri depresse nel *post partum* hanno più facilmente un attaccamento insicuro. Peraltro l'attaccamento sicuro, presente nel 26% delle madri depresse, è

Tab. II. Corrispondenze tra categorie della SS e dell'AAI.

SS	AAI
• <i>Sicuro (B)</i>	• <i>Sicuro autonomo (F)</i>
• <i>Evitante (A)</i>	• <i>Distaccato (Dismissing, Ds)</i>
• <i>Resistente ambivalente (C)</i>	• <i>Preoccupato (Entangled, E)</i>
• <i>Disorganizzato-disorientato (D)</i>	• <i>Irrisolto – disorganizzato (Unresolved, U)</i>

risultato mitigare l'impatto della depressione sulla relazione madre bambino. Un trattamento breve focalizzato sul comportamento risulta secondo gli autori più produttivo rispetto al promuovere la sensibilità materna e un attaccamento sicuro.

Molti studi sono stati dedicati alla correlazione tra attaccamento alla AAI e psicopatologia, citiamo i legami individuati tra attaccamento insicuro di tipo preoccupato-traumatizzato, *Cannot Classify* e disturbo borderline di personalità; l'elevata correlazione tra criminalità o violenza in adulti e la categoria *Cannot Classify* all'AAI (oltre il 50%)^{19 22}.

Disturbi dell'attaccamento

Una prima definizione dei criteri diagnostici dei disturbi dell'attaccamento avviene nel 1980, con il DSM III, sebbene descrizioni compatibili con tali diagnosi fossero reperibili in letteratura anche in precedenza, relative a bambini istituzionalizzati. Il DSM IV TR (APA, 2000) e l'ICD-10 (OMS, 1992) identificano due principali Disturbi Reattivi dell'Attaccamento (DRA) nell'infanzia: *il disturbo da attaccamento inibito e il disturbo da attaccamento disinibito*. “La caratteristica fondamentale del Disturbo Reattivo dell'Attaccamento è una modalità di relazione sociale, notevolmente disturbata e inadeguata rispetto al livello di sviluppo, che si manifesta in quasi tutti i contesti, che inizia prima dei 5 anni ed è associata ad un accadimento grossolanamente patologico (Criterio A). Nel Tipo Inibito, il bambino è persistentemente incapace di dare inizio alla maggior parte delle interazioni sociali e di rispondere ad esse in maniera adeguata al suo livello di sviluppo. Il bambino mostra modalità di risposta eccessivamente inibite, ipervigili, o altamente ambivalenti (per es. attenzione fredda, resistenza alle tenerezze o un misto di approccio ed evitamento) (Criterio A1). Nel Tipo Disinibito, vi è una modalità di attaccamento diffuso. Il bambino mostra socievolezza indiscriminata o una mancanza di selettività nella scelta dei personaggi di attaccamento (Criterio A2). L'anomalia non è motivata esclusivamente da un ritardo di sviluppo (per es. nel ritardo mentale) e non soddisfa i criteri del Disturbo Pervasivo dello Sviluppo (Criterio B).

Per definizione, la condizione è associata ad un accadimento grossolanamente patologico” (Criterio C), che può assumere varie forme. “Si presume che l'accadimento patologico sia responsabile della modalità di relazione sociale disturbata (Criterio D)”.

Zeanah ⁴¹ sottolinea alcune limitazioni delle classificazioni DSM e ICD: secondo l'autore dovrebbe essere considerata la variabilità dell'attaccamento all'interno di relazioni diverse; inoltre sostiene che i criteri DSM appaiono desunti rigidamente dalle sindromi di maltrattamento, piuttosto che focalizzarsi sull'attaccamento; ciò, secondo l'autore, limita la diagnosi del disturbo ai bambini in situazioni estreme e post-traumatiche, non tenendo conto dei bambini che vivono stabilmente relazioni di grave abuso e trascuratezza. Quindi, in considerazione dell'esperienza clinica del suo gruppo, ha proposto un'ulteriore classificazione dei disturbi di attaccamento ⁴¹ successivamente rivista ⁶⁴². Tale classificazione, (che peraltro non ha avuto sinora una piena e ampia diffusione), prevede: I Disturbo da assenza di attaccamento (sottotipo con ritiro emozionale e sottotipo con socievolezza indiscriminata), presenti in caso di istituzionalizzazione o affidamenti multipli, II Disturbo da attaccamento con comportamenti che mettono in pericolo il bambino, III Disturbo da attaccamento con inibizione ed eccessivo aggrapparsi, IV Disturbo da attaccamento con compiacenza eccessiva, V Disturbo da attaccamento con inversione di ruoli, VI Disturbo da attaccamento interrotto ^{637 41 42}.

Boris e Zeanah ^{7 8} hanno confermato in studi successivi la presenza più frequente di disordini dell'attaccamento in bambini ad alto rischio per lo sviluppo di psicopatologia (maltrattati, trascurati, abusati).

Peraltro, come ampiamente confermato da varie fonti di letteratura ^{29 31 33 37}, gli autori sottolineano la necessità di differenziare tra insicurezza dell'attaccamento individuabile attraverso strumenti come la SS, e disturbi dell'attaccamento veri e propri: l'insicurezza dell'attaccamento è ampiamente correlata ai disturbi dell'attaccamento, ma non corrisponde a una psicopatologia, pur essendo predittiva, in parte, di futuri sviluppi in questa direzione e essendo più rappresentata in campioni patologici che nella popolazione non clinica, e la sicurezza dell'attaccamento non consente una certezza di protezione e di evoluzione positiva.

Il *Diagnostic Manual for Infancy and Early Childhood* ²⁹ concorda con la prospettiva di Zeanah circa la complessità dei disordini dell'attaccamento, la variabilità delle possibili presentazioni, che sembrano più dimensioni della patologia più che categorie nosografiche; l'importanza del contesto relazionale ed ambientale; inoltre introduce la necessità di considerare il contributo del profilo del processo di regolazione-sensorialità: ad esempio bambini che siano molto sensibili al tatto o ai rumori possono mostrare molta più insicurezza di altri bambini nelle relazioni; d'altro canto bambini nati con buone competenze neurologiche (inclusi adeguato tono muscolare, buone capacità attentive, di processazione degli stimoli, di regolazione, ecc.) possono perderle durante i primi mesi di vita se sottoposti ad un ambiente relazionale caotico e non supportivo, o stressante, o maltrattante.

Attaccamento e psicopatologia

Al di là dei disturbi reattivi di attaccamento, di per sé patologici, come già ricordato i pattern di attaccamento sicuro e insicuro permettono comunque alcune correlazioni esplicative: l'attaccamento insicuro costituisce uno dei fattori di rischio per sviluppi psicopatologici, pur all'interno di un modello etiopatogenetico multifattoriale, che risponde alle leggi del determinismo psichico di equifinalità (ci sono più modi per arrivare a una patologia) e di multifinalità (un evento, come un trauma, può avere esiti clinici diversi, essendo connesso ad altri fattori sfavorevoli o protettivi).

Esiste un legame tra i tipi di attaccamento, come risultanti alla SS, l'autonomia del bambino, i rapporti con i coetanei, la competenza sociale e il funzionamento cognitivo e socioemotivo³⁹. Tuttavia, in contrasto con le previsioni di Bowlby, non ci sono correlazioni particolarmente forti tra categorie A, B, C della SS e indici clinici dello sviluppo successivo. Alcune eccezioni riguardano in particolare la categoria Disorganizzati, che ha costituito una nuova fase della ricerca centrata sull'attaccamento in relazione allo sviluppo della psicopatologia: in uno studio con bambini ad alto rischio, il 71% dei soggetti dell'asilo e l'82% di 7enni che avevano un livello di ostilità superiore alla norma in classe era stato classificato disorganizzato (D) nella prima infanzia^{15 40}. In effetti la classificazione D, Disorganizzato/Disorientato alla SS nella prima infanzia predice maggiore frequenza di psicopatologia in adolescenza^{15 25}. La classificazione Disorganizzato prevale nei bambini i cui genitori non hanno elaborato traumi o lutti, sono bipolari, alcolisti, maltrattanti, abusanti²⁶.

L'attaccamento insicuro predice futuri problemi esternalizzanti ed internalizzanti: problemi comportamentali, di controllo degli impulsi, conflitti e lotte con i *caregivers*, scarsa autostima e relazioni con i pari gravemente danneggiate; disturbi della condotta, depressione, inibizione sono altri disturbi implicati^{11 17 26}.

Le psicoterapie genitore-bambino alla luce della teoria dell'attaccamento.

L'intervento psicoterapeutico con i bambini non può prescindere da un intervento con i genitori (in tutte le fasi dello sviluppo della persona, a maggior ragione nella prima infanzia). Questo concetto si è fatto strada solo di recente nello sviluppo delle teorie e degli approcci psicoterapici all'infanzia, di ispirazione psicoanalitica, che prevedono per il trattamento la presenza del bambino insieme ai suoi genitori; l'osservazione diretta dell'interazione ci può dire cose che neanche il più disponibile genitore ci saprebbe raccontare, nemmeno se dotato di particolare capacità di *insight*, considerando che la visione diretta di un comportamento interattivo è comunque più ricca, immediata.

Un cambiamento radicale rispetto alla psicoterapia con i bambini è avvenuto con i lavori pionieristici di Selma Fraiberg, che ha introdotto un nuovo modo di concepire l'aiuto psicoterapico ai bambini e ai genitori, con il suo lavoro "Ghosts in the nursery"²⁴, che prevede come fondamentale la presenza del bambino, per consentire un lavoro clinico sulla diade genitore-figlio. Il lavoro della

Fraiberg appare implicitamente influenzato dalla teoria di Bowlby, anche se, in tempi in cui il mondo psicoanalitico in generale non riconosceva tale teoria come ortodossa, non risultava così facile riconoscere direttamente l'impatto delle teorie bowlbiane sulla psicoterapia madre-genitore-bambino, e la Fraiberg di fatto non ha mai citato Bowlby o la Ainsworth nei suoi scritti (vedi voce bibliografica 31 per una trattazione più estesa del confronto tra i due modelli).

Di fatto la cornice teorica dell'attaccamento è naturalmente in linea con gli interventi genitore-bambino, considerata l'importanza che viene data dall'attaccamento alla relazione madre (o comunque *caregiver*)-bambino piccolo.

Occorre ricordare che il sistema dell'attaccamento è solo una parte del funzionamento mentale dell'essere umano, e che molti altri aspetti sono all'opera, anche quando lavoriamo con una coppia genitore-bambino.

Importante nel lavoro clinico all'interno della cornice dell'attaccamento è il concetto di modelli operativi interni (MOI). In questo contesto di riferimento, non avviene il ricorso al concetto di proiezione transgenerazionale di fantasmi del passato relativo ai propri genitori, ad esempio di pulsioni aggressive subite, come ha proposto la Fraiberg (o successivamente, in particolare, la scuola ginevrina di Cramer e Palacio ¹⁴): è sufficiente il concetto di MOI. Le esperienze relazionali infantili portano allo sviluppo di uno stato della mente, di *internal working models*, che si traducono nella relazione con il proprio figlio in un comportamento-tipo di legame simile a quella con il genitore. Per esemplificare, se una persona ha sperimentato rifiuto, freddezza, trascuratezza o maltrattamenti con un proprio genitore, sentirà il genitore come inaccessibile nei momenti in cui si attiva il sistema di attaccamento, come ad esempio in un momento di bisogno di protezione per il sorgere di sentimenti di paura o tristezza; questo bambino, che diventerà il genitore che incontriamo con suo figlio, svilupperà con grande probabilità un modello operativo interno complementare all'esperienza di tipo evitante-distaccato che gli è stata proposta nell'infanzia, se altri fattori non condurranno in altra direzione le sue rappresentazioni; la sua risposta sarà quindi la costruzione di difese che gli consentano di evitare lo stress, (o, in altri termini, l'angoscia depressiva), connessa con il distacco che ha ricevuto cronicamente nei momenti di bisogno di cure, e riproporrà lo stesso stile relazionale di attaccamento ai figli, e alle altre figure significative che incontrerà (se qualcosa nella sua vita, come una nascita, una perdita, una psicoterapia, non modifica il suo pattern di attaccamento).

Il genitore distaccato, nell'interazione osservabile anche in seduta, ha più attitudini passive, o svalutanti, non raccoglie i momenti di contatto se si manifestano, non è riflessivo, cioè non riesce a leggere il funzionamento mentale del figlio e ha in misura ristretta una teoria della mente del bambino, quindi le sue emozioni e le sue motivazioni gli sono ancora più estranee. Per l'intervento ispirato alla teoria dell'attaccamento in particolare con un genitore insicuro, sarà importante fare attenzione a fornire una "base sicura", a funzionare come una figura di accudimento e a non essere neutrali (è consentito sostenere il bisogno di

cura e protezione): un genitore deprivato ha bisogno di espressioni di simpatia e di sostegno comunicati attraverso azioni piuttosto che di parole. La psicoterapia centrata sull'attaccamento prevede la possibilità di interventi domiciliari. Diversi modelli sono stati costruiti nell'ottica dell'intervento orientato sull'attaccamento^{9 10 31}, che trova la sua maggiore collocazione proprio all'interno dei trattamenti riservati ai disturbi di attaccamento, in quadri di deprivazione sociale ed affettiva, ma può essere indicato comunque in generale quando ci si trova di fronte a genitori che chiedono un consulto per un sintomo di disagio dei loro bambini piccoli, o quando la famiglia è inviata da un servizio sociale per difficoltà connesse con le cure del bambino.

In sintesi, nelle psicoterapie centrate sull'attaccamento (come in altri modelli di intervento) occorre tenere presente che gli interventi basati sulla pressione emotiva o su tentativi di modificare comportamenti inappropriati possono essere vissuti come critica, rappresentare cadute dell'empatia e possono riattivare difese contro antichi pattern relazionali aggressivi^{31 32}. È opportuno invece sottolineare i comportamenti positivi del genitore o la sua lettura dei segnali del bambino e aiutarlo a leggerli; è meglio evitare, generalmente, di segnalare le interazioni negative se il genitore non le porta alla discussione (in questo caso il terapeuta può aiutare a mettere in luce le emozioni in gioco). In caso di genitore distaccato, ad esempio, è opportuno incoraggiare l'osservazione e rilanciare gli spunti per una maggior attività, proponendosi come modello. In caso di genitore ambivalente preoccupato, invece, se questi è troppo attivo, è possibile giungere ad incoraggiare l'osservazione e il rispondere ad eventuali iniziative senza proporre attività per conto proprio.

Alicia Lieberman parla di "esperienza correttiva dell'attaccamento"³² riferendosi alla possibilità di esplorare le esperienze e le emozioni connesse con l'attaccamento all'interno di una cornice di sostegno empatico, che consente di riattivare gli affetti e di modificare i modelli operativi interni.

Scopo degli interventi rivolti a madre-padre-bambino dovrebbe essere il miglioramento della relazione, oltre che del sintomo, e la ripresa o l'inizio di uno sviluppo più adattivo. In tal senso la teoria dell'attaccamento offre un modello utile alla clinica.

Riassunto

La teoria dell'attaccamento offre una cornice di riferimento fondamentale sia per lo studio della prima infanzia e delle relazioni madre-padre-bambino, per la diagnosi, la prevenzione e la terapia genitore-figlio. Vengono introdotti il costrutto dell'attaccamento; l'utilizzo della *strange situation* e dell'*Adult Attachment Interview*; le correlazioni tra pattern di attaccamento nel bambino e nell'adulto. Gli effetti di una "base sicura" o al contrario della trascuratezza, deprivazione, maltrattamento, abuso, sono visti sia alla luce dello sviluppo neuropsichi-

co e relazionale del bambino, sia in funzione della comprensione della psicopatologia dell'infanzia, a partire dal Disturbo Reattivo dell'Attaccamento. Il contributo alla psicoterapia genitore-bambino ha determinato lo sviluppo di modalità di trattamento centrate su un approccio non neutrale, di sostegno all'accudimento e allo sviluppo di relazioni empatiche.

Bibliografia

- ¹ Ainsworth MD, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: a psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum 1978.
- ² Ainsworth MD. *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità*. Milano: Raffaello Cortina 2006.
- ³ Bowlby J. *Maternal care and child health*. Geneva: World Health Organization 1951. Trad. it. *Cure materne e igiene mentale del fanciullo*. Firenze: Giunti Barbera 1957.
- ⁴ Bowlby J. *Attachment and Loss*. New York: Basic Books 1969. Trad. it. *Attaccamento e Perdita*. Torino: Bollati Boringhieri 1989.
- ⁵ Bowlby J. *A secure base*. New York: Basic Books 1988. Trad. it. *Una base sicura*. Milano: Raffaello Cortina 1989.
- ⁶ Boris NW, Zeanah CH. *Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 2005;44;11:1206-19.
- ⁷ Boris NW, Hinshaw-Fuselier S, Smyke AT, Scheeringa MS, Heller SS, Zeanah CH *Comparing Criteria for Attachment Disorders: Establishing Reliability and Validity in High Risk Samples*; *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 2004;43;5:568-77.
- ⁸ Boris NW, Zeanah CH. *Disturbances of Attachment in Infancy: An Overview*. *Inf Mental Health J* 1999;20;1:1-9.
- ⁹ Byrne JG, O'Connor TG, Marvin RS, Whelan WF. *Practitioner Review: the contribution of attachment theory to child custody assessment*. *J Child Psychiatr* 2005;46;2:115-27.
- ¹⁰ Carlson EA, Sampson MC, Sroufe LA. *Implications of attachment theory and research for developmental-behavioral pediatrics*. *J Dev Behav Pediatr* 2003;24;5:364-79.
- ¹¹ Carter AS, Briggs Gowan MJ, Ornstein Davis N. *Assessment of young children's social emotional development and psychopathology: recent advances and recommendations for practice*. *J Child Psychiatr* 2004;45;1:109-34.
- ¹² Chaffin M, Hanson R, Saunders BE, Nichols T, Barnett D, Zeanah C et al. *Report of the APSAC task force on attachment therapy, reactive attachment disorder, and attachment problems*. *Child Maltreat* 2006;11;1:76-89.
- ¹³ Chapin HD *Are institutions for infants necessary?* *J Am Medical Assoc* 1915;64:1-3.
- ¹⁴ Cramer F, Palacio Espasa F. *La psicoterapia madre-bambino*. Milano: Masson 1997.
- ¹⁵ Crittenden PM. *Quality of Attachment in the preschool years*. *Dev Psychopathol* 1992;4:209-41.
- ¹⁶ Crittenden PM. *L'Attaccamento in età adulta*. Milano: Raffaello Cortina 1999.
- ¹⁷ Dazzi N, Speranza AM. *Attaccamento e psicopatologia*. *Inf Adol* 2005;4;1:18-30.
- ¹⁸ Fonagy P. *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina 2002.
- ¹⁹ Fonagy P, Target M. *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Trad. It. Milano: Raffaello Cortina 2005.
- ²⁰ Fonagy P. *La teoria psicoanalitica dal punto di vista della teoria e ricerca sull'attaccamento*. In: Cassidy J, Shaver PR. *Manuale dell'attaccamento*. Roma: Fioriti 2002, pp. 674-706.
- ²¹ Fonagy P, Steele H, Steele M. *Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age*. *Child Dev* 1991; 62: 891-905.
- ²² Fonagy P, Steele H, Steele M, Leigh T, Kennedy R, Matton G, et al. *Attaccamento, Sé riflessivo e disturbi borderline*. In: Fonagy P, Target M. *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina 2001, pp. 57-100.

- ²³ Fonagy P, Bateman AW. *Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD*. J Clin Psychol 2006;62;4:411-30.
- ²⁴ Fraiberg S, Adelson E, Shapiro V. *Ghosts in the nursery: a psychoanalytic approach to impaired infant-mother relationships*. J Am Acad Child Psychiatr 1975;14:1387-422.
- ²⁵ Green J, Goldwyn R. *Annotation: Attachment disorganization and psychopathology: new findings in attachment research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood*. J Child Psychol Psychiatr 2002;43;7:835-46.
- ²⁶ Greenberg MT. *L'attaccamento e la psicopatologia nell'infanzia*. In: Cassidy J, Shaver PR. *Manuale dell'attaccamento*. Roma: Fioriti 2002, pp. 535-565.
- ²⁷ Hesse E. *L'Adult Attachment Interview. Prospettive storiche e attuali*. In: Cassidy J, Shaver PR. *Manuale dell'attaccamento*. Roma: Fioriti 2002, pp. 450-493.
- ²⁸ van Ijzendoorn M, Sagi A. *Modelli transculturali di attaccamento*. In: Cassidy J, Shaver PR. *Manuale dell'attaccamento*. Roma: Fioriti 2002, pp. 807-830.
- ²⁹ *Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders. Diagnostic Manual for Infancy and Early Childhood*. Bethesda 2005.
- ³⁰ McMahon C, Barnett B, Kowalenko NM, Tennant C. *Maternal attachment state of mind moderates the impact of postnatal depression on infant attachment*. J Child Psychol Psychiatr 2006;47;7:660-9.
- ³¹ Lieberman A, Zeanah CH. *Contributi della teoria dell'attaccamento alla psicoterapia bambino-genitore e altri interventi sui bambini*. In: Cassidy J, Shaver PR. *Manuale dell'attaccamento*. Roma: Fioriti 2002, pp. 631-651.
- ³² Lieberman A. *Il trattamento dell'attaccamento nella psicoterapia bambino genitore*. In: Maldonado-Duran JM. *Infanzia e Salute Mentale*. Milano: Raffaello Cortina 2005.
- ³³ Main M, Solomon J. *Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern*. In: Brazelton B. *Affective development in infancy*. Norwood, NJ: Ablex 1986.
- ³⁴ Main M, Goldwyn R. *Adult Attachment scoring and classification system*. Manoscritto non pubblicato. University of California at Berkeley 1998.
- ³⁵ O'Connor TG. *Attachment Disorders on Infancy and Childhood*. In: Rutter M, Taylor E. *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Blackwell Science 2002, pp. 776-792.
- ³⁶ Solomon J, Gorge C. *La misurazione della sicurezza dell'attaccamento nell'infanzia*. In: Cassidy J, Shaver PR. *Manuale dell'attaccamento*. Roma: Fioriti 2002, pp. 324-358.
- ³⁷ Speranza AM, Odorisio F. *Disturbi dell'attaccamento*. In: Ammanniti M, ed. *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Milano: Raffaello Cortina 2001, pp. 259-279.
- ³⁸ Spitz R. *Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood*. Psychoan Study Child 1945;1:53-74.
- ³⁹ Sroufe LA. *The coherence of individual development*. American Psychologist 1979;8:834-41.
- ⁴⁰ Shaw DS, Vondra JI. *Infant attachment security and maternal predictors of early behavior problems: a longitudinal study of low-income families*. J Abnorm Child Psychol 1995;23:335-57.
- ⁴¹ Zeanah CH, Mammen OK, Lieberman AF. *Disturbi dell'attaccamento*. In: Zeanah CH. *Manuale di Salute Mentale Infantile*. Milano: Masson 1996, pp. 291-313.
- ⁴² Zeanah CH, Boris NW. *Disturbances and Disorders of Attachment in Early Childhood*. In: Zeanah CH. *Handbook of Infant Mental Health*. New York: Guilford 2000, pp. 353-368.
- ⁴³ Waters E. *The Attachment Q-Set*. In: Waters E, Vaughn B, Posada G, Kondo-Ikemura K, eds. *Caregiving, cultural and cognitive perspectives on secure-base behavior and working models*. Monographs of the society for research in child development 1995;60:247-54.