



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea in Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della Personalità e delle
Relazioni Interpersonali

Tesi di Laurea

Gli stili di attaccamento in relazione alla comunicazione affettiva materna

Relatrice

Prof.ssa Paola Rigo

Laureando: Giulio Gino Di Placido

Matricola: 2057119

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

Introduzione	p.2
1. Intersoggettività innata e scambi interattivi nelle precoci interazioni	p.3
1.1 il Bambino attivo.....	p.3
1.2 Teoria dell'Intersoggettività	p.4
1.3 Bowlby e Attaccamento.....	p.6
2. Comunicazione affettiva e attaccamento	p.8
2.1 La Comunicazione affettiva.....	p.9
2.2 Comunicazione e stili di attaccamento.....	p.9
3. Comunicazione e Psicopatologia	p.14
3.1 I Disturbi dell'attaccamento DSED e RAD.....	p.14
3.2 Contesto e disturbi dell'attaccamento.....	p.15
Conclusione	p.19
Bibliografia	p.20

Introduzione

Quale tipo di comunicazione può adottare un genitore e quali aspetti dell'entrare in relazione può migliorare per favorire lo sviluppo socio-affettivo e un buon attaccamento con il proprio neonato? La comunità scientifica da anni ha individuato nella comunicazione definita "affettiva" la soluzione a questo quesito. In questo elaborato porrò particolare attenzione al periodo di sviluppo neonatale, nello specifico alle modalità interattive tra i membri della diade madre-figlio e lo stile di attaccamento che si può instaurare in relazione a quest'ultime. Nel primo capitolo parlerò della più attuale e condivisa concezione di bambino ed esaminerò le innate capacità dell'infante ad entrare in relazione descritte da Trevarthen, concludendo con il ruolo dell'Attaccamento nello sviluppo del bambino. Nel secondo capitolo mi concentrerò sul concetto di comunicazione affettiva e di come gli stili comunicativi materni siano particolarmente influenti all'instaurarsi di un particolare stile di attaccamento piuttosto che un altro. Per concludere, nel terzo capitolo, tratterò i Disturbi dell'Attaccamento RAD e DSED e di come all'interno del mondo relazionale madre-bambino, il tipo di comunicazione adottata dal caregiver, talvolta disfunzionale, possa condurre l'infante a una forma di attaccamento patologico.

1.

Intersoggettività innata e scambi interattivi nelle precoci interazioni:

1.1 Il Bambino attivo

Alla fine degli anni '60, a seguito degli studi condotti da Wolff (1966) in ambito neonatale, emerse che i neonati non sono solo impegnati a dormire, mangiare e piangere, ricettori passivi delle cure materne, ma i bambini fin dalla nascita, si trovano in uno stato di inattività vigile, in grado di rispondere attivamente alle sollecitazioni ambientali; si tende quindi ad una nuova osservazione ed attenzione al mondo infantile. Gli studi che riguardano la nuova concezione di bambino attivo si concentrano su periodi di sviluppo sempre più precoci e fanno affidamento a un nuovo metodo osservativo sperimentale noto come "microanalisi audiovideo dell'interazione vis-à-vis madre-bambino" (Beebe et al., 2010). Questo nuovo metodo viene utilizzato per analizzare particolari competenze del lattante in interazione con la madre: il riconoscimento postnatale della voce materna e l'analisi del codice emotivo (Fogel, 1982; Trevarthen, 1979), inoltre permette di effettuare precoci diagnosi e trattamenti di disturbi relativi alla sfera emotiva, del sonno e dell'alimentazione già su bambini di 4 mesi. I risultati di queste nuove tecniche osservative, ci conducono a un modello di sviluppo in cui il bambino è in continua interazione dinamica con l'esperienza familiare e il contesto sociale; infatti, grazie all'approfondimento e l'espansione delle nuove tecniche d'indagine in utilizzo, Colwyn Trevarthen, nella sua Teoria dell'Intersoggettività Innata (1979), evidenzia che il bambino, già dalla nascita, cresce con una spinta specifica e innata ad entrare in contatto con le emozioni e gli interessi degli altri individui, un iniziatore di

interazione. Si tratta di un bisogno di entrare in contatto, di comunicare, che va oltre il mero accudimento favorito dal sistema di attaccamento, il quale deve fornire cura, vicinanza e protezione. Il bambino attua una ricerca attiva di figura di riferimento che svolga per lui da sostegno nell'approcciarsi a nuove esperienze, per adattarsi e svilupparsi socialmente ed apprendere aspetti culturalmente condivisi nel proprio contesto. Trevarthen afferma successivamente che *"il bambino nasce con le motivazioni e le capacità di comprendere e usare gli intenti delle altre persone in negoziazioni 'conversazionali' di intenzioni, emozioni, esperienze e significato"* (1998).

1.2 Teoria dell'Intersoggettività

Trevarthen sviluppa la sua Teoria dell'Intersoggettività (1979) osservando minuziosamente il comportamento spontaneo di neonati di pochi mesi in interazione con la madre, articolandola in tre fasi principali: intersoggettività primaria, secondaria e terziaria.

Già dalle prime settimane di vita, si manifesta l'intersoggettività primaria: il neonato si trova in grado di coinvolgersi in scambi sociali diretti con il caregiver, definiti da Bateson "protoconversazioni" (1979): facendo ricorso a gesti delle mani, vocalizzi, lacrime, sguardi ed espressioni, si attua un "dialogo agito" che consiste in una serie di eventi più o meno rapidi e impercettibili (Beebe, 2015) spesso prodotti inconsapevolmente sia dalla madre che dal bambino. Questi scambi, non riguardano oggetti esterni, ma sono centrati sull'interazione affettiva tra il bambino e l'adulto, i quali si rispecchiano riconoscendo reciprocamente le proprie emozioni, creando una connessione emotiva.

Attorno alla fine del primo anno d'età (9-12 mesi), emerge l'intersoggettività secondaria: si passa a una forma di comunicazione triadica, il bambino comincia a comprendere che gli altri individui possono condividere con lui l'attenzione verso eventi o oggetti esterni, "mettendo in crisi" la precedente comunicazione vis-à-vis. Utilizzando comportamenti che includono l'indicare, il seguire con lo sguardo e il partecipare a giochi che comprendono l'utilizzo di oggetti esterni, il bambino si coordina con il caregiver, attuando una forma di "rispecchiamento intuitivo", un'imitazione neonatale. Successivamente, altre ricerche validano ulteriormente questa teoria attraverso la scoperta dei neuroni specchio, i quali si attivano non soltanto attraverso un comportamento motorio eseguito, ma anche di fronte ad un comportamento motorio osservato nell'altro, (Rizzolatti, Fadiga, Fogassi, Gallese, 2002,) in quanto le azioni dell'agente, sono riprodotte nella corteccia pre-motoria dell'osservatore. L'intersoggettività secondaria segna un passo fondamentale verso la comprensione del bambino che gli altri individui hanno intenzioni e pensieri propri e indipendenti; la forma di contatto che intercorre tra madre e bambino consiste in una sincronia tra i movimenti del bambino e il comportamento materno dove quest'ultima, identificandosi con gli stati e le emozioni del bambino, predispone una "conversazione" integrando le varie modalità comunicative. Nel corso della conversazione è presente un'alternanza di ritmo: le componenti del paralinguaggio usate in queste protoconversazioni, sono paragonabili a quelle usate nelle conversazioni tra adulti, dal rispetto dei turni ai sorrisi empatici, gesti e vocalizzazioni. Il passaggio da intersoggettività primaria (comunicazione diadica) e intersoggettività secondaria (comunicazione triadica) induce il bambino ad acquisire nuove competenze comunicative e partecipative, coordinando la diade precedentemente

formata con oggetti terzi, permettendo quindi l'espansione della coscienza del bambino.

Intersoggettività terziaria: si sviluppa attorno i 12-18 mesi, quando i bambini iniziano a partecipare ad attività sociali sempre più complesse e con più articolate intenzioni comunicative. In questa fase il bambino diviene capace di condividere l'attenzione su oggetti esterni, comprendere norme e regole di gioco; nelle interazioni sociali comincia ad assumere il punto di vista degli altri, permettendogli di comprendere la situazione da una prospettiva altrui oltre che la propria. Tutto ciò permette al bambino di sviluppare una comprensione più strutturata delle relazioni sociali e delle storie condivise, è ora in grado di capire le motivazioni e le intenzioni degli altri, di condividere esperienze e scambiare ruoli, creando le condizioni per la successiva comparsa del linguaggio (Trevarthen, 2001).

1.3 Bowlby e Attaccamento

Accanto alla nuova concezione teorizzata di bambino "attivo", risulta necessario introdurre il ruolo fondamentale della Teoria dell'Attaccamento (Bowlby). Nel suo regolare funzionamento, il sistema di attaccamento viene attivato quando il bambino è posto in una situazione minacciosa o di stress; il compito del caregiver è di gestire e modulare l'attivazione di questo sistema, riportando il bambino a sentirsi al sicuro, in equilibrio, dove possa ritrovare un senso di sicurezza e benessere. Il sistema di attaccamento, si configura come una organizzazione psichica interna, costituita da un insieme di aspettative, sentimenti, ricordi e desideri volti a mantenere e far perdurare la vicinanza al proprio caregiver (Tambelli, 2017), il quale "risponde" con un sistema complementare, il comportamento materno, che svolge la stessa

funzione (Beebe, 2015). Il modello dell'attaccamento ha messo in luce che accanto ai già noti bisogni e pulsioni fisiologiche dell'infante, ci sia un profondo bisogno di legame e relazione con la figura di caregiving; la relazione madre-bambino ha preso così un valore più preciso, e i bisogni di relazione hanno assunto maggiore importanza nella comprensione dei processi di sviluppo del bambino.

Nell'interazione diadica, è fondamentale la continuità del rapporto: come evidenziato anche da René Spitz (1989), la precoce separazione del piccolo dalla madre può infatti portare alla depressione anaclitica, con gravi conseguenze a livello di sviluppo e crescita dell'infante.

In questo capitolo si è analizzata la nuova figura di neonato come agente attivo, iniziatore di interazione negli scambi all'interno della diade, abilità che Trevarthen ha descritto chiaramente nella sua Teoria dell'Intersoggettività Innata. Si è visto inoltre come la Teoria trovi riscontro con l'Attaccamento descritto da Bowlby e come la carenza di un quadro affettivo in età precoce possa condurre il bambino verso una traiettoria patologica. Approfondimento fondamentale per introdurre il ruolo e le caratteristiche della comunicazione affettiva, affrontata nel seguente capitolo.

2.

Comunicazione affettiva e attaccamento

In questo capitolo si vuole evidenziare la relazione che intercorre tra stile di comunicazione materno e lo stile di attaccamento che si andrà ad evidenziare nel bambino durante lo sviluppo. Accanto agli studi sull'attaccamento di Bowlby, verso la fine degli anni Settanta e i primi anni Ottanta, hanno iniziato a svilupparsi le ricerche sulla comunicazione affettiva tra madre e bambino. Dopo aver riconosciuto il ruolo attivo del bambino, in questa dinamica interattiva con il proprio caregiver, è essenziale riconoscere il ruolo comunicativo della madre come più rilevante e impegnativo del mero accudimento e rispecchiamento. Per la madre, infatti, diventa fondamentale la capacità di sintonizzarsi emotivamente con il bambino, (Stern, D. N., 1985), che si incontra con le specifiche e innate abilità dell'infante di entrare in relazione, creando un vero e proprio sistema di regolazione affettiva. Le interazioni madre-bambino possono avere successo oppure essere fallimentari, ma a loro modo sia la madre che il bambino tentano di riparare gli errori comunicativi e quando questi errori riescono ad essere riparati, la madre gioca un ruolo fondamentale: rende possibile al bambino la trasformazione delle emozioni da negative in positive.

La capacità di regolazione affettiva della madre è direttamente connessa alla sua capacità di "sintonizzazione" con l'infante, ossia quella abilità che permette al caregiver di entrare in contatto con il proprio figlio, riconoscere e comprendere le sue necessità, e di rispondere ad esse in modo adeguato e tempestivo; processo cruciale per lo sviluppo emotivo e sociale del bambino. Infatti, a seconda di come questi bisogni saranno soddisfatti, il bambino esplicherà uno stile di attaccamento sicuro

piuttosto che insicuro. Le ricerche del periodo hanno chiarificato il concetto di responsività, fondamentale nell'interazione caregiver-bambino, intesa come la capacità di rispondere alle esigenze affettive del bambino, oltre alla responsività "tradizionale" riguardo i meri bisogni fisiologici di quest'ultimo. Si delinea una responsività intesa come l'abilità di attuare un reciproco processo interattivo, dove la diade madre-bambino costituisce un sistema di regolazione affettiva.

2.1 La comunicazione affettiva

Di seguito si esporranno le caratteristiche costituenti della comunicazione affettiva-responsiva adottabili dal caregiver:

La madre deve essere in grado di attuare una regolazione emotiva reciproca (Tronick, 2007), grazie a cui i neonati imparano a regolare i propri stati in risposta ai cambiamenti che avvengono in interazione con la madre, a livello preverbale.

Strettamente legato al preverbale, è l'utilizzo del contatto visivo e fisico della madre nei confronti del neonato: è stato dimostrato giocare un ruolo fondamentale nella regolazione emotiva e nello sviluppo degli stili di attaccamento (Beebe et al., 2010).

Inoltre, la capacità della madre di rispondere adeguatamente e in modo tempestivo agli stati emotivi del bambino, capacità definita da Feldman (2007) "sincronia emotiva", faciliterà lo sviluppo della autoregolazione nel neonato. Fonagy (1995), ritiene inoltre essenziale la capacità riflessiva e metacognitiva sul neonato, dove il caregiver ha la capacità di poterlo pensare e considerare come soggetto autonomo, individuo unico e irripetibile, da accompagnare e far fiorire nel proprio singolare sviluppo. Il caregiver di riferimento si deve mostrare ricettivo e responsivo ai sentimenti del bambino, capace di entrare in contatto con la propria e altrui

esperienza emozionale, e capace di rimandare feedback al piccolo riguardo ciò di cui fa esperienza a livello emotivo, necessaria a far sì che il bambino sia gradualmente capace a dare senso in modo autonomo alle proprie esperienze emotive.

2.2 Comunicazione e stili di attaccamento

Sulla base dell'osservazione svolta attraverso la Strange Situation Procedure (SSP), è possibile definire e descrivere gli stili di attaccamento infantile, qui di seguito posti in relazione a uno specifico stile comunicativo che la madre potrebbe adottare che non necessariamente riflette le caratteristiche "positive" appena descritte:

Attaccamento Sicuro e comunicazione "Sintotica/affettiva": Secondo uno studio di Beebe e Lachmann (2002), sostenuto da precedenti ricerche da parte di Bowlby (1982) e Ainsworth (1978), la capacità della madre di rispondere ai segnali del bambino è cruciale per lo sviluppo di un attaccamento sicuro: il bambino prova fiducia nei confronti della madre, quest'ultima si mostra sensibile e disponibile ai segnali di aiuto mandati dal bambino, rassicurante e sintonica riguardo il suo bisogno di vicinanza e senso di sicurezza, che dal secondo anno di vita verrà man mano interiorizzato e diventerà uno stile di regolazione emotiva sempre più autonoma, permettendo al piccolo di regolare le emozioni ed affrontare la tensione emotiva. La madre si mostra sempre presente ma comunque capace di concedere al bambino spazio per sperimentarsi, fondamentale per una futura percezione di Sé positiva da parte del bambino.

Attaccamento Insicuro/Evitante e comunicazione "Distanziante": Il bambino con attaccamento evitante spesso si trova a che fare con un caregiver non responsivo e insensibile, poco accogliente alle manifestazioni implicite del bambino e quindi

incapace del processo di “sintonizzazione emotiva”: il senso di sicurezza, in questo caso viene ricercato dal piccolo con strategie alternative che mirano a ridurre l’espressione delle emozioni (Cassidy e Berlin, 1994) e dei comportamenti di attaccamento proprio per ridurre l’indisponibilità della madre, dato che sa che nessuno le accoglierà, costruendo di conseguenza in modo autonomo le proprie esperienze emotive. L’inibizione dell’espressione delle proprie emozioni, in particolare quelle negative e tendendo ad una autoconsolazione eccessiva, sommate al distanziamento affettivo e la negazione dell’importanza delle emozioni, può condurre a seri problemi di regolazione affettiva e predisporre a futuri disturbi esternalizzanti. Da adulto sarà distante emotivamente e fisicamente, con grandi difficoltà a riconoscere le proprie emozioni e incapace di avere fiducia nell’altro.

Attaccamento Insicuro/Ambivalente e comunicazione “Intrusiva/incoerente”: In una situazione di attaccamento ambivalente, si deve fare i conti con madri sensibili e accorte ai bisogni del neonato; tuttavia, i loro stessi bisogni ed emozioni spesso si scontrano con quelle di quest’ultimo. Viene esplicitato un comportamento intrusivo e dispotico, ambiguo, dove si impongono i propri voleri e si anticipano le attività del bambino, risultando non costantemente disponibile dal punto di vista emozionale. Questo comportamento genera nel bambino una profonda ansia e incertezza poiché non può prevedere la reazione della madre. Secondo uno studio di Ainsworth et al. (1978), questi bambini mostrano comportamenti contraddittori, come il desiderio di vicinanza accompagnato da resistenza alla consolazione, insicurezza nell’esplorare l’ambiente circostante, incapace di sopportare il distacco. La comunicazione incoerente porterà in futuro il bambino ad una scarsa capacità di autoregolazione emotiva, con segni di possessività ed alta dipendenza, con una esperienza emotiva

caratterizzata da ansia e ambivalenza rispetto alla scarsa capacità responsiva della madre (Main, M., & Hesse, E., 1990) e alla continua ricerca dell'approvazione altrui.

Attaccamento Disorganizzato e comunicazione "Spaventante": L'attaccamento disorganizzato è spesso associato a situazioni di maltrattamento, abusi o trascuratezza, ma può anche svilupparsi in contesti di grave disregolazione emotiva da parte del caregiver. Le madri di bambini con attaccamento disorganizzato spesso mostrano comportamenti "spaventati o spaventanti", come descritto da Main e Hesse (1990), contraddistinti da espressioni di paura, violenza, incoerenza emotiva e traumi irrisolti che destabilizzano il bambino. Quando viene attivato il sistema di attaccamento, si manifesta la rottura di una strategia relazionale organizzata nei confronti del caregiver, i bambini possono mostrare comportamenti altamente contraddittori e confusi, privi di uno scopo con oscillazioni improvvise tra ricerca di vicinanza e comportamenti di fuga, contraddistinti da alti indici di paura nei confronti della figura di riferimento. Esiste una forte associazione tra maltrattamento abusi o trascuratezza e attaccamento disorganizzato (Attili, Grazia. 2001), bambini disorganizzati spesso hanno madri disorganizzate, le quali hanno sperimentato affetti non regolati e perdita di controllo degli impulsi, lasciando il bambino solo davanti al provare violente emozioni quali paura rabbia e tristezza senza la possibilità di una regolazione reciproca. Questi bambini da adulti potrebbero mostrare alta incoerenza, negatività e sbalzi d'umore.

Comprendere le varie forme di attaccamento in relazione agli stili di comunicazione della madre, offre un'ottima base per spiegare come le esperienze anche molto precoci del bambino ne influenzino il successivo sviluppo emotivo e sociale, con

implicazioni molto significative per le future capacità del bambino di regolarsi emotivamente in modo autonomo.

Si ha sottolineato come una comunicazione responsiva e sintotica associata ad un attaccamento sicuro, promuova uno sviluppo emotivo equilibrato, al contrario, l'attaccamento evitante ed ambivalente è sostenuto da una comunicazione distanziante o incoerente, che può portare a difficoltà significative nella regolazione delle emozioni e ad esperienze di ansia e ambivalenza. Infine, l'attaccamento disorganizzato, associato a comportamenti spaventanti, abuso e trascuratezza, può avere gravi ripercussioni sullo sviluppo emotivo e sociale del bambino, che possono evolvere in veri e propri disturbi dell'attaccamento, disturbi che verranno trattati nel capitolo seguente.

3.

Comunicazione e Psicopatologia

Pur non rappresentando un vero disturbo dell'attaccamento ma solo un importante fattore di rischio in ambito psicopatologico, l'attaccamento disorganizzato è stato riscontrato in circa il 15% della popolazione generale, mentre è più tipicamente associato ai contesti di maltrattamento e abuso dove può raggiungere percentuali del 75-80% (Carlson et al., 1989, Vorria et al., 2003, Zeanah, Smyke, Koga, & Carlson, 2005).

È fondamentale che nel rapporto madre-bambino, ci sia un equilibrio tra fasi di rottura, momenti in cui la sintonizzazione della madre con il bambino non è perfetta, provocando stress nel bambino il quale non è ancora in grado di affrontare autonomamente, e momenti di riparazione, situazioni in cui la madre può intervenire sintonizzandosi sull'affetto negativo provato dal bambino, aiutando a regolarlo grazie a una copartecipazione, definita "eteroregolazione". Nell'evenienza in cui il caregiver non riesca ad esercitare questa fondamentale funzione, accostata alla presenza di contesti di accudimento deprivanti, o modalità alterate di caregiving, il bambino può incontrare disturbi legati all'attaccamento. I più noti sono il RAD e il DSED. (DSM-5, APA 2013).

3.1 I disturbi dell'attaccamento

Il Disturbo Reattivo dell'Attaccamento (**RAD**), si presenta come disturbo internalizzante con sintomatologia prevalentemente depressiva, caratterizzato da una relazione di attaccamento tra caregiver e bambino praticamente assente o fortemente sottosviluppata, da cui ne consegue l'impossibilità da parte del bambino

di vedere la madre come base sicura e fonte di protezione; il bambino esplicita comportamenti di distanziamento da una specifica figura di riferimento, risponde in modo minimo e rinnega i tentativi di conforto, manifesta una ridotta espressione di emozioni positive e una compromissione nella regolazione delle stesse. Inoltre, bambini con RAD tendono all'isolamento e in genere mettono in atto comportamenti aggressivi verso gli individui che li circondano.

Maggiormente frequente, circa il 20% nei bambini gravemente trascurati cresciuti all'interno di istituti, è il Disturbo da Impegno Sociale Disinibito (**DSED**): si presenta con disinibizione ed eccessiva confidenza definita inappropriata dalla cultura di appartenenza, quale ad esempio un'eccessiva socievolezza e iperfamiliarità con sconosciuti, manifestata con domande inopportune e contatto fisico invadente, oltre alla propensione ad allontanarsi con quest'ultimi, accompagnata appunto dalla mancata capacità di discriminazione tra figure familiari e non. I sintomi sociali del DSED si estendono anche in adolescenza e sono rivolti al gruppo di pari, con i quali il soggetto instaura relazioni conflittuali e superficiali.

Le caratteristiche materne accompagnate al tipo di comunicazione che si instaura tra madre e bambino, giocano quindi un ruolo fondamentale nella formazione degli stili di attaccamento, come nei disturbi dell'attaccamento. Osservare la relazione madre-bambino ci permette quindi di cogliere come vengono poste le fondamenta su cui poi avverrà lo sviluppo successivo. Vediamo ora quali sono le caratteristiche del contesto di sviluppo e delle caratteristiche comunicative materne che maggiormente contribuiscono all'instaurarsi dei disturbi dell'attaccamento.

3.2 Contesto e disturbi dell'attaccamento

Il Disturbo Reattivo dell'Attaccamento (RAD) si manifesta in bambini che in età precoce hanno sperimentato gravi carenze nelle cure necessarie, non ricevendo da parte del caregiver principale risposte affettive sensibili e coerenti a manifestazioni come il pianto, il contatto visivo e la vicinanza fisica. Queste interazioni influenzeranno la percezione del bambino che ha della madre come base di attaccamento sicura, mostrando ritiro, apatia e difficoltà nel cercare conforto dai caregiver in situazioni di stress (Zeanah, C. H., & Gleason, M. M. (2015). Anche le interazioni precoci di bambini con Disturbo dell'Impegno Sociale Disinibito sono caratterizzate da esperienze di trascuratezza, particolarmente in contesti di bambini istituzionalizzati o con multipli cambiamenti di caregiver; queste esperienze impediscono lo svilupparsi di legami selettivi e stabili, portando il bambino a un comportamento "indiscriminato": non distinguono tra individui familiari/caregiver e figure sconosciute (Rutter, M., Kreppner, J., & Sonuga-Barke, E. (2007).

I bambini che presentano questi disturbi, spesso si trovano ad interagire con madri contraddistinte da una comunicazione carente o disfunzionale; in caso di RAD spesso manca una risposta emotiva contingente da parte della madre, dove essa non risponde in modo adeguato e tempestivo ai segnali emotivi del bambino, attuando una comunicazione insensibile, si crea così nel bambino una sfiducia nei confronti della madre, compromettendo la sua futura capacità di autoregolazione emotiva. (Zeanah, C. H., & Gleason, M. M., 2015). Inoltre, le madri di bambini con RAD, mostrano una marcata negligenza, uno scarso coinvolgimento comunicativo con il bambino, sia a livello verbale che non verbale, (Boris, N. W., & Zeanah, C. H., 2005), riducendo le possibilità di quest'ultimo di apprendere il significato delle emozioni nelle interazioni sociali. Madri descritte come particolarmente invadenti,

interferenti o eccessivamente sovrastimolanti a livello comunicativo, spesso sono associate a bambini che presentano il DSED, i quali sviluppano mancanza di riservatezza e disinibizione sociale, tipiche del Disturbo dell'Impegno Sociale Disinibito (Rutter, M., Kreppner, J., & Sonuga-Barke, E., 2007). Inoltre, si osserva una comunicazione spesso imprevedibile e poco coerente, di conseguenza i bambini con madri che mostrano queste caratteristiche, non riescono a formarsi un modello prevedibile di risposte materne, non interiorizzando sani confini emotivi e come risultato tendendo a cercare in modo indiscriminato interazioni sociali, altro sintomo tipico del DSED (Gleason, 2011).

Per quanto riguarda RAD e DSED, si ritiene che il trattamento d'elezione per questi disturbi, per ridurre la sintomatologia e facilitare la ripresa nel bambino in termini evolutivi, sia l'affidamento a caregivers definiti sensibili, empatici ed accoglienti. (Hanson RF, Spratt EG, 2000)

Per concludere, le caratteristiche della comunicazione materna e la qualità interattiva della diade rappresentano elementi fondamentali per lo sviluppo di un attaccamento sicuro piuttosto che insicuro, caratteristiche che, se disfunzionali, possono condurre ad un eventuale disturbo dell'attaccamento. I disturbi dell'attaccamento DSED e RAD spesso trovano terreno fertile in contesti di abuso, trascuratezza e insensibilità da parte del caregiver principale. L'analisi del capitolo dimostra come il fallimento della madre nel rispondere in modo adeguato e nell'adottare una comunicazione "non affettiva" nei confronti del proprio figlio, siano i presupposti principali per l'instaurarsi di un Disturbo dell'Attaccamento. Inoltre, i disturbi dell'Attaccamento, tipici del periodo di sviluppo, hanno una fenomenologia che può evolvere lungo la linea evolutiva; le conseguenze a lungo termine richiamano interventi specifici e mirati

sulla qualità comunicativa e sulla sensibilità e responsività materna, rappresentando una via preferenziale per agire preventivamente o ridurre l'impatto dei disturbi dell'attaccamento e garantire al bambino uno sviluppo armonioso.

Conclusione

L'obiettivo finale di questa tesi era fornire informazioni riguardo le potenzialità di un buona comunicazione Affettiva volte favorire lo sviluppo socio-affettivo un buon attaccamento con il proprio neonato, oltre a fornire dati riguardo la rilevanza clinica di un possibile disturbo dell'attaccamento. Nel corso dei tre capitoli si è cercato di dare un significato e importanza alle dinamiche interattive precoci che intercorrono tra madre e bambino, di come la comunicazione implicita, preverbale, così incomprensibile e distante agli occhi e alle orecchie di chi non ha avuto modo di viverla direttamente o studiarla, possa condizionare in modo viscerale lo sviluppo del bambino in questione. Esistono molteplici modalità adottabili dal caregiver per entrare in contatto con il proprio figlio, dove la più funzionale è definita "comunicazione affettiva", capace di garantire al bambino la sintonizzazione e il supporto emotivo dal proprio caregiver, oltre al mero accudimento fisiologico, fondamentali per un sano ed armonioso sviluppo. La mancata sintonizzazione e corrispondenza emotiva, quindi l'utilizzo di una comunicazione non contingente, insensibile ed invadente, sommata a contesti di abuso e trascuratezza, può condurre all'instaurarsi di un Disturbo dell'Attaccamento, con gravi ripercussioni a livello personale, familiare e sociale. Gli esiti potenzialmente patologici evidenziano la necessità di potenziare gli approcci preventivi sulla genitorialità, con focus sulla relazione genitore-bambino e la qualità interattiva della diade.

Bibliografia

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Attili, G. (2001). Maltrattamento infantile e attaccamento: l'organizzazione filogenetica del pattern disorganizzato. *Maltrattamento e abuso dell'infanzia*, 3 (3), 1000-1012.
- Bateson, G., & Bateson, M. C. (1979). *Mind and nature: A necessary unity*. E.P. Dutton.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2002). *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. Analytic Press.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2015). *Le origini dell'attaccamento: Infant research e trattamento degli adulti*. Raffaello Cortina Editore.
- Beebe, B., Steele, M., Jaffe, J., Buck, K. A., Chen, H., Cohen, P., & Feldstein, S. (2010). Maternal sensitivity and response patterns during face-to-face play at 4 months predict secure attachment at 12 months. *Attachment & Human Development*, 12 (2), 105-125. E vol. 12, n. 1-2, pag. 5 – 142.
- Boris, N. W., & Zeanah, C. H. (2005). Reactive attachment disorder in infancy and early childhood. In R. DelCarmen-Wiggins & A. Carter (Eds.), *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment* (pp. 155-169). Oxford University Press.

- Bowlby, J. (1969). *Attachment* (Vol. 1). In *Attachment and loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books.
- Carlson, E. A., Vorria, P., Smyke, A., Koga, S., & Zeanah, C. H. (2005). The development of attachment in institutionalized and non-institutionalized children in Greece and the USA: The impact of early institutional care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(3), 297-318.
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 228-249.
- Cassidy, J., & Berlin, L. J. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research. *Child Development*, 65(4), 971-991.
- Feldman, R. (2007). Parent-infant synchrony: Biological foundations and developmental outcomes. *Current Directions in Psychological Science*, 16(6), 340-345.
- Fogel, A. (1982). *Origins of infant communication*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1995). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 16(3), 201-216.
- Gleason, M. M., Fox, N. A., Drury, S., Smyke, A. T., Egger, H. L., Nelson, C. A., & Zeanah, C. H. (2011). Validity of evidence-derived criteria for reactive attachment

disorder: Indiscriminately social/disinhibited and emotionally withdrawn/inhibited types. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(3), 216-231.

- Hanson RF, Spratt EG. Reactive Attachment Disorder: what we know about the disorder and implications for treatment. *Child Maltreat*. 2000 May; 5(2):137-45.

- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161-182). University of Chicago Press.

- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Fogassi, L., & Gallese, V. (2002). From mirror neurons to imitation: A short history of a long journey. *Neuropsychologia*, 40(1), 21-27.

- Rutter, M., Kreppner, J., & Sonuga-Barke, E. (2007). Attachment insecurity, disinhibited attachment, and attachment disorders: Where do research findings leave the concepts? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3-4), 226-234.

- Spitz, R. A. (1989). *Il primo anno di vita: Studio psicoanalitico sullo sviluppo delle relazioni oggettuali*. Armando Editore.

- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Basic Books.

- Tambelli, R. (2017). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia* (pp. 178-179). il Mulino.

- Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity. In M. Bullowa (Ed.), *Before speech: The*

beginning of interpersonal communication (pp. 321-347). Cambridge University Press.

- Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2001). Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(1), 3-48.

- Tronick, E. (2007). *The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children*. Norton.

- Wolff, P. H. (1966). The development of behavioral states and the expression of emotions in early infancy: New proposals for investigation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 31(2), 1-89.

- Zeanah, C. H., & Gleason, M. M. (2015). Annual Research Review: Attachment disorders in early childhood—clinical presentation, causes, correlates, and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 207-222 e 24(2), 297-318.

- Zeanah, C. H., & Gleason, M. M. (2015). Reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(2), 297-318.