

Psicologia Clinica dello Sviluppo

Sandra Pellizzoni Ph.D.

Psicologia Clinica dello sviluppo: obiettivi a.a. 2017-2018

Fornire agli studenti le nozioni fondamentali per l'acquisizione di un **apparato teorico, di tecniche e di strumenti** alla base delle attività dello psicologo clinico

Psicologia Clinica dello sviluppo: testi a.a. 2017-2018

Massimo Ammanniti (2010). **Psicopatologia dello Sviluppo. Modelli teorici e percorsi a rischio.** Raffaello Cortina Editore

Un testo a scelta tra i seguenti:

1. Lucia Aite (2006). **Una culla di Parole.** Bollati Boringhieri
2. Temple Grandin (2001). **Pensare in Immagini.** Erikson
3. Donald Winnicott (1987). **I bambini e le loro madri.** Cortina Editore.
4. Massimo Ammanniti (2015). **La famiglia Adolescente.** Laterza

Psicologia Clinica dello sviluppo: esami a.a. 2017-2018

La prova scritta prevede tre domande aperte della durata di 15 minuti ciascuna

PER I FREQUENTANTI i temi riguarderanno argomenti trattati in classe

PER I NON FREQUENTANTI i temi riguarderanno il manuale e i testi opzionali

Psicologia Clinica dello sviluppo: lezioni a.a. 2017-2018

MARZO

6 ore 11.00-14.00
7 ore 8.30-10.00

13 ore 11.00-14.00
14 ore 8.30- 10.00

20 ore 11.00-14.00
21 ore 8.30- 10.00

27 ore 11.00-14.00
28 ore 8.30- 10.00

APRILE

3 ore 11.00-14.00
4 ore 8.30- 10.00

10 ore 11.00 -14.00
11 ore 8.30- 10.00¹³

17 ore 11.00 -14.00
18 ore 8.30- 10.00

24 ore 11.00 -14.00
FESTA

MAGGIO

FESTA
2 ore 8.30- 10.00

8 ore 11.00 -14.00
9 ore 8.30- 10.00¹³

15 ore 11.00 -14.00

Psicologia Clinica dello sviluppo: contatti a.a. 2017-2018

La via e-mail (spellizzoni@units.it, sandra.pellizzoni@gmail.com)

Tel. 040 558 8877

Ricevimento in comprensorio di San Giovanni via Weiss 21
stanza 108 laboratorio di Psicologia dello Sviluppo Cognitivo

LUNEDI dalle 12 alle 13

Psicologia Clinica dello sviluppo: Overview a.a. 2017-2018

1. Cenni storici sulla psicologia dello clinica dello sviluppo
2. Fattori di rischio per l'insorgenza di psicopatologia nello sviluppo
3. Il processo diagnostico in età evolutiva
4. Principali categorie diagnostiche

Cenni storici



1780: Il prefetto di polizia Lenoir constata, non senza amarezza, che dei ventunomila bambini che nascono ogni anno a Parigi, appena mille vengono allattati dalle madri. Altri mille, dei privilegiati, sono allattati da balie a domicilio, tutti gli altri lasciano il seno materno per la casa più o meno lontana di una nutrice mercenaria.

Molti bambini moriranno senza aver conosciuto lo sguardo della madre, quelli che torneranno qualche anno dopo alla casa paterna troveranno una sconosciuta: colei che ha dato loro la vita. Non esiste prova che questi ritorni fossero felici, né che la madre si affrettasse ad appagare un bisogno di tenerezza che a noi sembra oggi così naturale.

Nel leggere le cifre del prefetto di polizia della capitale non possiamo fare a meno di interrogarci. Come spiegare l'abbandono di un neonato in un tempo in cui il latte e le cure della madre rappresentavano per lui forse l'unica probabilità di sopravvivenza? Come giustificare un simile disinteresse per il bambino, così contrario ai nostri valori attuali? Le donne dell'Ancien

Cenni storici

- Nell'800: iniziano studi sulla delinquenza minorile
- Si definisce un campo specifico per l'età infantile e per l'adolescenza
- Nel '900 Sigmund Freud descrive sessualità infantile
- Nascita della psicanalisi infantile (Anna Freud, 1922-1943 e Melanie Klein, 1932)
- Maria Montessori (1909): attenzione al lato educativo e riabilitativo
- Piaget e lo sviluppo cognitivo (1950)

Normalità & Patologia

Normalità & Patologia

Il problema della normalità e della patologia è un enorme campo di discussione etico, politico e sociale

A questo difficile compito si aggiunga che quando il nostro cliente è un bambino esistono tutti i problemi relativi allo sviluppo

Normalità & Patologia

- Normalità in quanto salute, opposta a malattia?
- Normalità in quanto media statistica?
- Normalità in quanto ideale da raggiungere?
- Normalità in quanto processo dinamico?
Capacità di tornare ad un certo equilibrio?
Normalità

Normalità & Patologia

- **Salute vs malattia: POSIZIONE STATICA** Un asmatico prima della crisi è normale o oppure no?
- **Media statistica: TUTTO CIO' CHE E' AGLI ESTREIMI DELLA CURVA DI GAUSS** gli adulti con intelligenza superiore alla media o le persone basse di statura sono anomali o anormali?
- **Ideale, utopia a cui avvicinarsi:** chi decide questi valori?

Normalità & Patologia

Lo psicologo davanti alla
patologia deve intervenire o
astenersi

Normalità & Patologia

- Il sintomo si osserva su una determinata "struttura mentale".
- Quale sia la struttura mentale del bambino è una questione colma di dubbi

Normalità & Patologia

- La frequenza delle insufficienze mentali varia in funzione dell'età (è la frequenza a scuola che ne determina l'accertamento)
- Vengono chieste maggiori consultazioni in NPI per maschi (è più patologico essere maschio che femmina?) rispetto a femmine -mentre la popolazione psichiatrica adulta è più femminile

Normalità & Patologia

- I bambini saranno i pazienti del futuro? O sono pazienti profondamente diversi?

Normalità & Patologia

- Processo maturativo aspetto biologico: fattori che presiedono alla crescita (temperamento, caratteristiche genetiche)
- Processo di sviluppo: interazioni tra bambino e ambiente (ambiente educativo)

Non sempre è possibile tracciare un *confine* tra quella che può essere considerata una crisi transitoria nel percorso maturativo e ciò che costituisce invece un vero e proprio disturbo

Ogni età ha le sue problematiche transitorie la cui presenza non costituisce elemento psicopatologico a meno che la *frequenza di comparsa e l'intensità* siano davvero eccessive

Normalità & Patologia

La valutazione di un bambino
valutando

Il sintomo

L'ambiente

L'aspetto genetico

PSICOPATOLOGIA DELLO SVILUPPO

Enfatizza la dimensione evolutiva dell'emergere e dello stabilizzarsi dei comportamenti disadattivi e patologici (Sroufe & Rutter, 1984)

In questo approccio si valorizza in particolar modo il rapporto tra comportamenti tipici, i comportamenti a rischio e i comportamenti atipici

PSICOPATOLOGIA DELLO SVILUPPO

In psicopatologia vengono descritti 3 modelli diversi (Lewin, 2000):

- Modello del tratto
- Modello ambientale
- Modello interazionale

PSICOPATOLOGIA DELLO SVILUPPO

Il modello di tratto o della personalità

Il tratto si riferisce ad aspetti innati, ad una specifica eredità genetica o acquisita attraverso l'apprendimento

Es. ricerche sull'aggressività (Tremblay & Nagin, 2005)

I fattori di rischio possono aumentare la probabilità di esito di disattivo

PSICOPATOLOGIA DELLO SVILUPPO

Il modello ambientale sia a livello prossimale (famiglia) che distale (povertà) possono essere la causa di comportamenti nel bambino

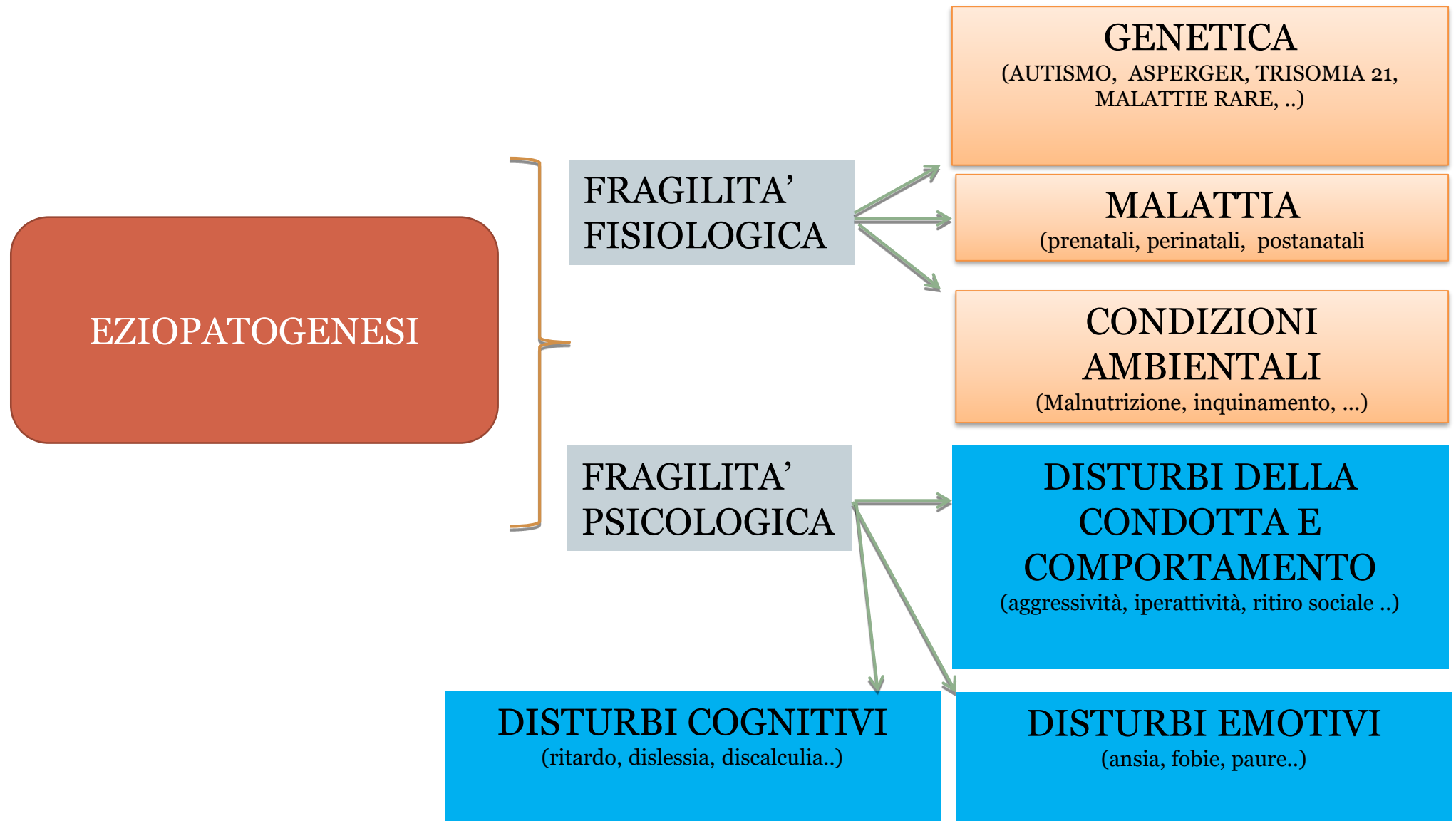
Es. depressione materna (Murray & Cooper, 1996)

PSICOPATOLOGIA DELLO SVILUPPO

Modello transazionale indica come sia le caratteristiche dell'ambiente che quelle del bambino concorrono al suo adattamento o disadattamento

Es. la co-regolazione (Lavelli, 2007)

ECOLOGIA DELLA DIAGNOSI



Sistemi di classificazione diagnostica

- Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* DSM V (APA, 2013)
- Classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali (*International Classification of Diseases- ICD 10*) decima edizione (OMS-WHO, 1992)
- Classificazione diagnostica: 0 –3 “ Development psychopathology” messa a punto dal National Center for clinical infant program di Washington (1994)

Sistemi di classificazione diagnostica in età evolutiva

- Presenza di aspetti familiari rilevanti (malattia mentale abuso di sostanze, maltrattamento)
- Il problema di etichettare il bambino (influenza sfavorevole, limite alle potenzialità individuali)
- Approccio categoriale ai disturbi (dimensionale vs categoriale)
- La comorbidità (presenza di due diagnosi nello stesso individuo)

Modello categoriale vs dimensionale

Modello categoriale

- Malattia separata dalla salute
- Ogni disturbo (categoria) è nettamente separato dall'altro
- Le forme intermedie, la quota di realtà che non riesco a collocare nelle mie categorie occupano uno spazio a parte, che diventa una nuova categoria (NAS , Non Altrimenti Specificato). La coerenza formale sembra salva, ma ...
- Implica un maggiore livello di astrazione e la concezione di "prototipi", difficilmente osservabili, ma utili nell'incontro con la grande variabilità dei fenomeni clinici

Modello dimensionale

- Individua diverse dimensioni. Ogni fenomeno clinico varia quantitativamente su un continuum di valori ordinati (*come su una retta*). Ad esempio i tratti della dell'umore, della cognizione.
- Il modello dimensionale si adatta meglio a molti aspetti della realtà

Impostazione generale e principi del DSM-5

Sez I

- **Abolito il sistema Multiassiale** ("mod. biopsicosociale", George Engel, 1977)
 - Assi I, II e III Accorpati
 - Asse IV Importanti fattori psicosociali e ambientali (asse Z ICD-10-CM)
 - Asse V Disabilità *Glob Ass. Funct (GAF)*, WHODAS basata sulla ICF (*Int Class of Funct, Dis. And Health*)
- Abolita la divisione fra disturbi dell'infanzia e dell'età adulta
La diagnosi si estende all'intero corso della vita La sintomatologia varia durante il corso della vita
- **Promosso un approccio dimensionale**
per migliorare la validità delle diagnosi. Di fatto viene mantenuta una impostazione di tipo **categoriale**
- **Potenziato il concetto di spettro**
connettore fra patologie contigue con limiti sfumati, spesso identificate tramite l'individuazione di **clusters** di sintomi



Jonh
Bowlby

..e le teorie evoluzioniste



Vita: Infanzia

Nasce 1907, è 4° di 6 fratelli; il padre è medico ufficiale, la famiglia appartiene alla borghesia medio alta

Il **padre** era costantemente assorbito da impegni di lavoro

La **madre** limitava la sua presenza con i figli a poche ore al giorno

Ha un rapporto privilegiato con una **governante** che poi perde

Vita: formazione

Interrompe gli studi per lavorare in una clinica per adolescenti disturbati e antisociali

1929: Laurea in Medicina Cambridge --Specializzazione in psichiatria Londra -decide di diventare psicanalista

Anni '30: lavora in numerosi ospedali di Londra -inizia a conoscere le teorie di psicanalisi infantile della Klein e di Anna Freud -Prese le distanze da entrambi gli approcci considerati troppo dogmatici

Familiarizza con il lavoro di **Lorenz (1943)**, di **Tinbergen (1952)** e di **Harlow (1958)**

Vita: Apporti concettuali

Articolo pubblicato nel 1944: **“Forty-four Juvenile Thieves: Their Characters and Home life”**

Concettualizza l'idea di una base genetica dell'attaccamento madre bambino

- Attachment (1969)
- Separation Anxiety and Anger (1973)
- Loss, Sadness and Depression (1980)

Muore nel 1990

Il legame di attaccamento

Serve per mantenere il contatto tra madre e bambino al fine di proteggere il bambino dai predatori

La madre è una base sicura a cui il bambino torna a cui il bambino può tornare dopo aver esplorato il mondo.

Bowlby

I riflessi, il sorriso, il pianto sono comportamenti specie-specifici dell'uomo che tendono a mantenere un legame tra i due

Più avanti nel tempo l'attaccamento al genitore è importante per la regolazione del comportamento di esplorazione

Le ricerche

Olfatto: I bambini sono in grado a pochi giorni di vita di distinguere l'odore della madre (Cernoch & Potter, 1985) e del suo latte (MacFarlane, 1975)

Udito: riconoscono la voce della mamma (DeCasper & Fifer, 1980)

Vista: nei primi 3 mesi i neonati mettono a fuoco oggetti ad una distanza fissa, hanno preferenza per i visi femminili

Il legame di attaccamento

0-3 mesi-*pre-attaccamento*: il bambino non discrimina e non riconosce le persone

3-6 mesi-*attaccamento in formazione*: inizia la formazione di un legame; il bambino discrimina le figure, e ne riconosce una in particolare (quella che lo cura, lo coccola, lo nutre...) nell'80% dei bambini c'è la paura dell'estraneo

Il legame di attaccamento

7-8 mesi-*angoscia*: non avendo ancora sviluppato il concetto di “permanenza dell’oggetto”, la lontananza dalla figura allevante provoca angoscia nel bambino, che ha paura che non ritorni.

8-24 mesi-*attaccamento* vero e proprio dai 3 anni-
formazione di *legami*: la figura allevante viene riconosciuta dal bambino oltre alle caratteristiche fisiche ed è consapevole dei suoi provare sentimenti, emozioni, sensazioni. In base alle risposte che i genitori danno al bambino, ci saranno diversi tipi di legami.

Bowlby

Attaccamento insicuro porta il bambino a non esplorare l'ambiente

L'attaccamento insicuro genera porta alla formazione di disturbi mentali

Nuove pratiche di cura per i bambini ospedalizzati

Bowlby

Internal Working Model (Modelli operativi interni)

Rappresentazioni mentali delle figure di
attaccamento, di se e quindi a scegliere un
comportamento

Mary Ainsworth



Ruolo del genitore nell'attaccamento:

Attaccamento sicuro: se il genitore risponde con sicurezza ai bisogni del bambino è percepito come una base sicura a cui tornare nei momenti di difficoltà

Attaccamento insicuro: se le risposte del genitore sono imprevedibili, lente o moleste è meno facile che il bambino usi la madre come base sicura

Strange situation

Valuta gli schemi di attaccamento (24 min):

È costituito da 8 sequenze in cui un bambino passa da una situazione di basso livello di stress (B & M in laboratorio) ad una di alto stress (B & E in lab) in un ambiente estraneo

Strange Situation

1. La md. e il b. entrano nella stanza
2. La md è seduta su una sedia, risponde alle richieste di attenzione del b.
3. Uno sconosciuto entra nella stanza parla alla madre e poi gradualmente si avvicina al bambino con un giocattolo. La md. lascia la stanza.
4. Lo sconosciuto lascia giocare il b
5. La md entra e aspetta per vedere come il b la saluta. Lo sconosciuto se ne va. la md sta con il b finchè il b non si è calmato, poi la md se ne va via di nuovo.
6. Il b è da solo. L'episodio viene accorciata se il bambino mostra elementi di ansia
7. Lo sconosciuto torna indietro e ripete l'episodio 3
8. La md torna e lo sconosciuto se ne va. Si osserva il comportamento del bambino nel momento in cui i due si riuniscono.

Strange Situation

Vengono osservati due aspetti del comportamento del bambino:

1. Quanto esplora (es. gioca)
2. La reazione del bambino alla partenza e al ritorno della figura di riferimento

Attaccamento sicuro

- il bambino ha fiducia nella disponibilità, nella comprensione e nell'aiuto che la madre gli darà in caso di situazioni avverse o terrorizzanti. Grazie a questa sicurezza, si sente ardito nell'esplorare l'ambiente esterno;
- utilizza la madre come una “base sicura”, tenendo conto dei suoi spostamenti e tornando a lei di tanto in tanto. Questo comportamento viene promosso quando la madre è facilmente disponibile, sensibile ai segnali del bambino, e pronta a rispondere con amore alle richieste di protezione e/o conforto del bambino;
- quando la madre si assenta per un breve periodo, al suo ritorno viene accolta con calore.

Attaccamento insicuro ambivalente

- Questi bambini esplorano poco e presentano, invece,

oppositivi e difficili al suo ritorno;

- Il bambino non ha la certezza che la madre sia disponibile o pronta a rispondere e a fornire aiuto. A causa di questa incertezza, il bambino è sempre incline all'angoscia di separazione, tende a piagnucolare e ad aggrapparsi, e l'esplorazione del mondo esterno gli crea ansietà;

- Questo schema comportamentale viene favorito da una figura materna che solo in alcune occasioni è disponibile ed aiuta, e viene facilitato anche dalle separazioni e dalle minacce di abbandono usate come mezzo di controllo.

Attaccamento Insicuro Evitante

- durante l'assenza della madre, i bambini concentrano la loro attenzione sui giocattoli e non danno segni di pianto. Evitano attivamente la madre e la ignorano quando ritorna dopo un periodo di separazione. In casa, la maggior parte di questi bambini mostra rabbia marcata nei confronti della madre e ansia quando non sa dove si trova;
- il bambino non si sente sicuro che quando ricercherà le cure, riceverà aiuto, ma al contrario si aspetta di essere rifiutato;
- le madri di questi bambini respingono costantemente il figlio quando si avvicina loro per cercare conforto e protezione.

Attaccamento Disorganizzato/Disorientato

Main e Solomon (1986, 1990),

quei bambini i cui comportamenti non appaiono organizzati all'interno di una strategia coerente. Sono caratteristici di questo pattern, a esempio, comportamenti contraddittori, movimenti incompleti o interrotti, posture immobili o espressioni di paura.

Adult attachment Interview (AAI)

(Kaplan & Main, 1985)

Descrivere le relazioni precoci con i loro genitori
e valutare come quelle relazioni hanno avuto
effetti sulle loro funzionamento attuale (1h)

4 stati della mente rispetto all'attaccamento

Predice il tipo di attaccamento con i bambini

2. Vorrei che mi descrivesse il rapporto con i suoi genitori quando era piccolo, descrivendo i ricordi più remoti che ha

3. Vorrei che scegliesse 5 aggettivi o parole che descrivano il rapporto con i sua madre

Ha descritto il rapporto con sua madre. Per ognuno dei 5 aggettivi può raccontare un episodio?

Ha ricordi che le vengono alla mente in relazione alla parola

4. Vorrei che scegliesse 5 aggettivi o parole che descrivano il rapporto con il suo padre

Ha descritto il rapporto con suo
padre. Per ognuno dei 5 aggettivi
può raccontare un episodio?
ha ricordi che le vengono alla mente
in relazione alla parola

5. Si sente di dirmi a quale dei suoi genitori si sentiva più vicino e perché.

6. Quando da piccolo era angosciato cosa faceva?

8. Si è mai sentito rifiutato dai suoi genitori?

Ovviamente ora ripensandoci potrebbe riconoscere che non erano proprio rifiuti...

9. Si ricorda se i suoi genitori la spaventassero in qualche modo? Magari per questioni disciplinari, magari anche scherzando

10. In generale come pensa che le sue prime esperienze di attaccamento abbiano influito sulla la sua personalità adulta?

11. Secondo lei cosa spingeva i suoi genitori a comportarsi come hanno fatto durante la sua infanzia?

13. Ha avuto un'esperienza di perdita di una persona cara quando era bambino?

16. Ora vorrei sapere quale sia
ora la sua attuale esperienza con
i suoi genitori

17. Ora vorrei che ci spostassimo in un ambito differente, sulle sue attuali relazioni con suo figlio/a.

Come risponde ora, in termini affettivi, quando è necessario separarsi?

19. Ci sono cose che ha imparato dalle sue esperienze infantili?

Che cosa sente di aver guadagnato grazie al tipo di infanzia che ha vissuto?

L'Adult Attachment Interview

- ✓ L'Adult Attachment Interview (AAI) (George, Kaplan, Main, 1985) è un'intervista semistrutturata in cui si richiede ai soggetti di ricordare eventi relativi alla propria biografia infantile
- ✓ L'intervista dura tra i quarantacinque e i novanta minuti circa, comprende venti domande aperte connesse a differenti eventi della vita infantile; tali domande vengono poste secondo un ordine prestabilito

- ✓ Al fine di ampliare e chiarire le risposte, l'intervistato ha l'opportunità di riprendere temi trattati in precedenza.

L'indagine riguarda le esperienze legate al ricordo di essere stati amati, rifiutati, trascurati nel corso dell'infanzia, le esperienze di inversione di ruolo con le proprie figure genitoriali,

le separazioni precoci, gli episodi traumatici come gli abusi, le esperienze di perdita di persone care

Modalità di codifica dell'AAI

- ✓ La codifica dell'Adult Attachment Interview (Main & Goldwyn, 1994) si avvale di scale a nove punti (da uno a nove) basate su differenti indicatori che valutano il contenuto e le qualità formali del linguaggio utilizzato
- ✓ Ciascun punteggio deve essere ricavato dall'insieme del trascritto e dalle esperienze complessive dell'individuo

Scale dell'Esperienza (Scales for Experience):

- ✓ Affetto del caregiver. Ricordi di essere stato tenuto in braccio o abbracciato, consolato anziché rimproverato possono fornire indicazioni sull'amore e sul sostegno emotivo del caregiver
- ✓ Rifiuto del caregiver. Ricordi di essere stato di frequente criticato, deriso, di aver ricevuto risposte fredde o sprezzanti sono indici di rifiuto

- ✓ Coinvolgimento/inversione di ruoli. Si riferisce al grado con cui l'intervistato ha sentito che il benessere fisico o psicologico del genitore doveva essere una sua responsabilità o preoccupazione: la persona ricorda di aver dovuto curare il genitore inibire l'espressione di emozioni per non turbare il genitore

- ✓ Spinta verso il successo. Indaga il grado in cui i genitori, durante l'infanzia, hanno spinto il bambino alla riuscita
- ✓ Trascuratezza del caregiver. Valuta la misura in cui il bambino ha sperimentato un caregiver assente nella cura, non accessibile a livello psicologico

Scale dello Stato Mentale (Scales for States of Mind)

riferisce alla discrepanza tra la valutazione della relazione con il caregiver a livello semantico e le inferenze connesse alla condotta del genitore, in base agli aspetti emersi dagli episodi dell'intervista

- ✓ Rabbia. Valuta la rabbia attuale, indice di un coinvolgimento ancora in atto nella persona
- ✓ Svalutazione dell'attaccamento. Relativo al distacco screditante, freddo delle esperienze di attaccamento e della loro importanza ed influenza

- ✓ Insistenza sull'incapacità di ricordare l'infanzia.
Prende in considerazione l'eventuale insistenza dell'intervistato sull'incapacità di riportare eventi relativi alle proprie esperienze infantili

- ✓ Processi metacognitivi. Un'importante scoperta della Main è che il grado di coerenza del linguaggio è indicativo della capacità complessiva dell'individuo di avere accesso a informazioni connesse alla sua storia di attaccamento e di mantenerle organizzate in modo sensato. Tale aspetto del funzionamento psicologico è stato denominato "conoscenza metacognitiva" (Main, 1991)

- ✓ Passività dei processi di pensiero. Si riferisce ad indici di passività (ad esempio, espressioni come pipim e pipam, dadadada, eccetera eccetera, cose del genere) presenti nella narrazione che non arriva a concludersi
- ✓ Paura della perdita. Valuta la presenza di eventuali paure di perdita del bambino attraverso la morte
- ✓ Lutti irrisolti

- ✓ Coerenza della trascrizione. La coerenza si riferisce alla capacità dell'intervistato di rendere le sue comunicazioni facilmente comprensibili e accettate come plausibili, così come la sua capacità di fare collegamenti chiari tra eventi passati, sentimenti, pensieri
- ✓ Coerenza della mente. Correlata alla scala per la coerenza del trascritto, la scala valuta il sistema di pensiero dell'intervistato che ingloba il suo sistema di convinzioni e valori

I MODELLI OPERATIVI INTERNI DI ATTACCAMENTO NELL'ADULTO

✓ Criteri:

- Modalità di rappresentarsi le proprie esperienze di attaccamento (coerenza/incoerenza del discorso)
- Relazione con l'intervistatore (collaborazione/non collaborazione)

Pattern di attaccamento sicuro/autonomo

- ✓ Capacità di ricordare in modo coerente e obiettivo le proprie esperienze positive e negative di attaccamento e le emozioni correlate
- ✓ Collaborazione con l'intervistatore
- ✓ Valutazione delle proprie esperienze di attaccamento
- ✓ Adeguato senso della propria identità
- ✓ A livello di esperienza realistica: tutte le possibili esperienze

Pattern di attaccamento insicuro distanziante (Ds)

- ✓ Incoerenza nel ricordo delle proprie esperienze infantili
- ✓ Processi di idealizzazione
- ✓ Lacune nel ricordo del proprio passato infantile
- ✓ Scarsa collaborazione con l'intervistatore
- ✓ Distanziamento rispetto alle proprie esperienze di attaccamento
- ✓ Non valutazione e/o svalutazione di tali esperienze
- ✓ Senso dell'identità molto sottolineato
- ✓ A livello di esperienza realistica: storie di rifiuto e trascuratezza

Pattern di attaccamento insicuro preoccupato (E)

- ✓ Passività dei processi di pensiero
- ✓ Intenso coinvolgimento rispetto alle proprie passate relazioni con presenza di rabbia, preoccupazione, paura nei confronti dei genitori
- ✓ Tentativo di coinvolgere l'intervistatore creando con lui un'alleanza
- ✓ Senso dell'identità debole
- ✓ A livello di esperienza realistica: storie di role-reversing traumatiche

Grice (1975)

- Quantità (sii succinto ma completo)
- Qualità (sii veritiero e prova ciò che dici)
- Relazione (sii rilevante e perspicace)
- Stile espressivo (sii chiaro e ordinato)

Adult Attachment Representations, Parental Responsiveness, and Infant Attachment: A Meta-Analysis on the Predictive Validity of the Adult Attachment Interview

Marinus H. van IJzendoorn
Leiden University

About a decade ago, the Adult Attachment Interview (AAI; C. George, N. Kaplan, & M. Main, 1985) was developed to explore parents' mental representations of attachment as manifested in language during discourse of childhood experiences. The AAI was intended to predict the quality of the infant-parent attachment relationship, as observed in the Ainsworth Strange Situation, and to predict parents' responsiveness to their infants' attachment signals. The current meta-analysis examined the available evidence with respect to these predictive validity issues. In regard to the 1st issue, the 18 available samples ($N = 854$) showed a combined effect size of 1.06 in the expected direction for the secure vs. insecure split. For a portion of the studies, the percentage of correspondence between parents' mental representations of attachment and infants' attachment security could be computed (the resulting percentage was 75%; $\kappa = .49$, $n = 661$). Concerning the 2nd issue, the 10 samples ($N = 389$) that were retrieved showed a combined effect size of .72 in the expected direction. According to conventional criteria, the effect sizes are large. It was concluded that although the predictive validity of the AAI is a replicated fact, there is only partial knowledge of how attachment representations are transmitted (the transmission gap).

AAI E STRANGE SITUATION

Corrispondenza fra stili di attaccamento del genitore e del bambino

-fra linguaggio dell'uno e schemi relazionali dell'altro -

| Genitore | Bambino |
|------------------------------|---------------------------------|
| Sicuro "F" | Sicuro "B" |
| Distanziante "Ds" | Evitante "A" |
| Preoccupato "E" | Ambivalente "C" |
| Irrisolto/disorganizzato "U" | Disorganizzato/disorientato "D" |

AAI E STRANGE SITUATION

| Genitore sicuro “F” | Bambino sicuro “B” |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">•testo coerente, consistente e collaborativo.•valutazione positiva delle relazioni e delle esperienze di attaccamento e considerazione della loro influenza•descrizioni generali supportate da ricordi specifici•narrazione fluente•l'intervistato sembra a proprio agio con il tema trattato | <ul style="list-style-type: none">•dimostra di sentire la mancanza del genitore durante la separazione•cerca un contatto durante la riunione•il disagio diminuisce al ritorno del genitore e ricomincia a giocare•attenzione flessibile nell'alternanza fra il gioco e il genitore a seconda che il genitore sia presente (il bambino esplora la stanza) o assente (il bambino esprime disagio). |

AAI E STRANGE SITUATION

| Genitore distanziante “Ds” | Bambino evitante “A” |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• intervista incoerente, inconsistente e tendente a portare il discorso al di fuori dalla storia delle esperienze di attaccamento• immagine positiva della propria infanzia poco convincente• mancata considerazione dell'influenza delle esperienze negative• aperta svalutazione dei genitori o dei sentimenti relativi all'attaccamento | <ul style="list-style-type: none">• attenzione poco flessibile e focalizzata sull'ambiente piuttosto che sul genitore• alla separazione dal genitore indifferenza con pochi o nulli segni di disagio• alla riunione indifferenza o evitamento attivo del genitore (ad es. guardare lontano e restare impegnato con i giochi e l'esplorazione) |

AAI E STRANGE SITUATION

| Genitore preoccupato “E” | Bambino ambivalente “C” |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">•attenzione poco flessibile e focalizzata sulle figure o sulle esperienze di attaccamento•attuale preoccupazione sull'influenza del genitore, sui suoi difetti o sulle esperienze infantili o enfasi delle esperienze positive•testo spesso confuso, irrilevante o eccessivamente lungo•oscillazioni fra valutazioni positive e negative del passato o dei genitori•paura, rabbia o passiva preoccupazione rispetto alle esperienze e le relazioni infantili | <ul style="list-style-type: none">•attenzione poco flessibile e focalizzata sul genitore piuttosto che sull'ambiente•alla separazione dal genitore, evidenti segni di disagio•alla riunione disperazione e pianto inconsolabile•rabbia o paura nei confronti dell'estraneo o del nuovo ambiente•oscillazione fra ricerca di prossimità e contatto e resistenza ostile. |

AAI E STRANGE SITUATION

| Genitore irrisolto/ disorganizzato “U” | Bambino disorganizzato/ disorientato “D” |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">•descrizione di traumi relativi all’attaccamento che non rielaborati•l’adulto che ha subito la perdita di una figura di attaccamento può sentirsi responsabile della sua morte, usare un inusuale (eulogistico o funereo) stile narrativo nel parlare della persona morta, o sottilmente indicare la credenza che la persona sia ancora viva in senso fisico. Risposte simili possono essere presenti rispetto ad abusi sessuali o fisici. | <ul style="list-style-type: none">•in presenza del genitore durante la Strange Situation, il bambino mostra di essere “in conflitto”, non riuscendo né a ignorare o evitare lo stress, né a avvicinarsi al genitore per migliorarlo•questo comportamento può apparire disorganizzato (ad es. si allontana dal genitore e va verso il muro e vi appoggia la testa; si avvicina al genitore ma con la testa girata altrove), o disorientato (ad es. si immobilizza per alcuni secondi). |