



SVILUPPO SOCIO-EMOTIVO E PROBLEMATICHE EMOTIVE A PARTIRE DAL LEGAME DI ATTACCAMENTO

Dott.ssa Marta Vidoz
info@martavidoz.it

Le **abilità sociali** del bambino si sviluppano grazie a una stretta connessione tra:

- **Abilità comunicative,**
- **Emotive,**
- **Cognitive.**

Fin dalla nascita il bambino si relaziona con l'altro, prima attraverso una relazione basata su affetti ed emozioni e, successivamente, ricercando in modo attivo la presenza dei genitori prima e di altri poi.

SVILUPPO SOCIALE→ modo in cui il bambino modifica le sue capacità di rapportarsi agli altri e come questi aspetti evolvono nel tempo (Schaffer, 1988).

SVILUPPO EMOTIVO→ modalità con cui ogni persona impara a esperire e gestire le proprie emozioni e a interpretare e reagire in modo adeguato alle emozioni altrui.

Gli aspetti emotivi sono strettamente legati a quelli sociali fin dalla nascita

Il *neonato* comunica attraverso espressioni facciali e sonore il suo stato emotivo a chi si prende cura di lui

pianto → interpretato in base al contesto in cui si verifica e in base alle caratteristiche sonore

sorriso → prima: risposta riflessa dei muscoli della bocca (sorriso endogeno); poi: diviene sociale in quanto l'adulto risponde sorridendo a sua volta, innescando un'interazione.

Dai 7 ai 9 mesi vi è una maggior differenziazione delle emozioni

Il bambino si lega a determinate persone, soprattutto a quelle che lo accudiscono.

È qui che si creano i primi **legami di attaccamento**.

Secondo anno di vita → si affinano le capacità comunicative e motorie e quindi la capacità di interagire con gli altri. Il bambino cerca di staccarsi da chi si prende cura di lui.

Dal conflitto tra il legame di attaccamento e il desiderio di autonomia e separazione si sviluppa la **coscienza di sé**. L'emergere del linguaggio aiuta a comprendere i propri stati emotivi e a interpretare quelli altrui.

Terzo anno → si sviluppa l'*empatia* attraverso il gioco che consente di esercitarsi a interagire con altri attraverso delle regole.

Dai 3 ai 6 anni → il bambino tende a imitare i propri genitori, soprattutto quello del proprio sesso e a identificarsi con esso.

La frequenza della scuola dell'infanzia amplia ulteriormente le abilità sociali facendo acquisire regole sociali.

Perché parlare di attaccamento?

Creazione immagine di sé

Nasce dal confronto tra

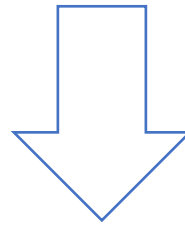
Sé PERCEPITO

Visione oggettiva delle abilità, delle caratteristiche e qualità che sono presenti o assenti in una persona

Viene influenzato dal rimando dell'ambiente

Sé IDEALE

L'immagine della persona che ci piacerebbe essere o che è giusto essere



L'autostima risulta dal confronto tra i risultati ottenuti e le nostre aspettative

CIO' CHE SIAMO E CIO' CHE VORREMMO ESSERE

La loro discrepanza porta a problemi legati all'autostima e alla creazione di una buona immagine di sé

- Nei primi anni di vita, il bambino sviluppa un'immagine di sé in base alla percezione di una positiva o negativa relazione con le figure primarie di riferimento.
- La formazione del proprio modo di considerarsi e definirsi → il proprio VALORE, avviene ad un'età molto precoce

La prima relazione che il neonato conosce è quella con la figura di accudimento primaria (caregiver), con la quale instaura un **LEGAME DI ATTACCAMENTO** (Bowlby, 1973-80)

Tale relazione con un caregiver affettivamente disponibile consente al bambino di sviluppare un'immagine di sé positiva

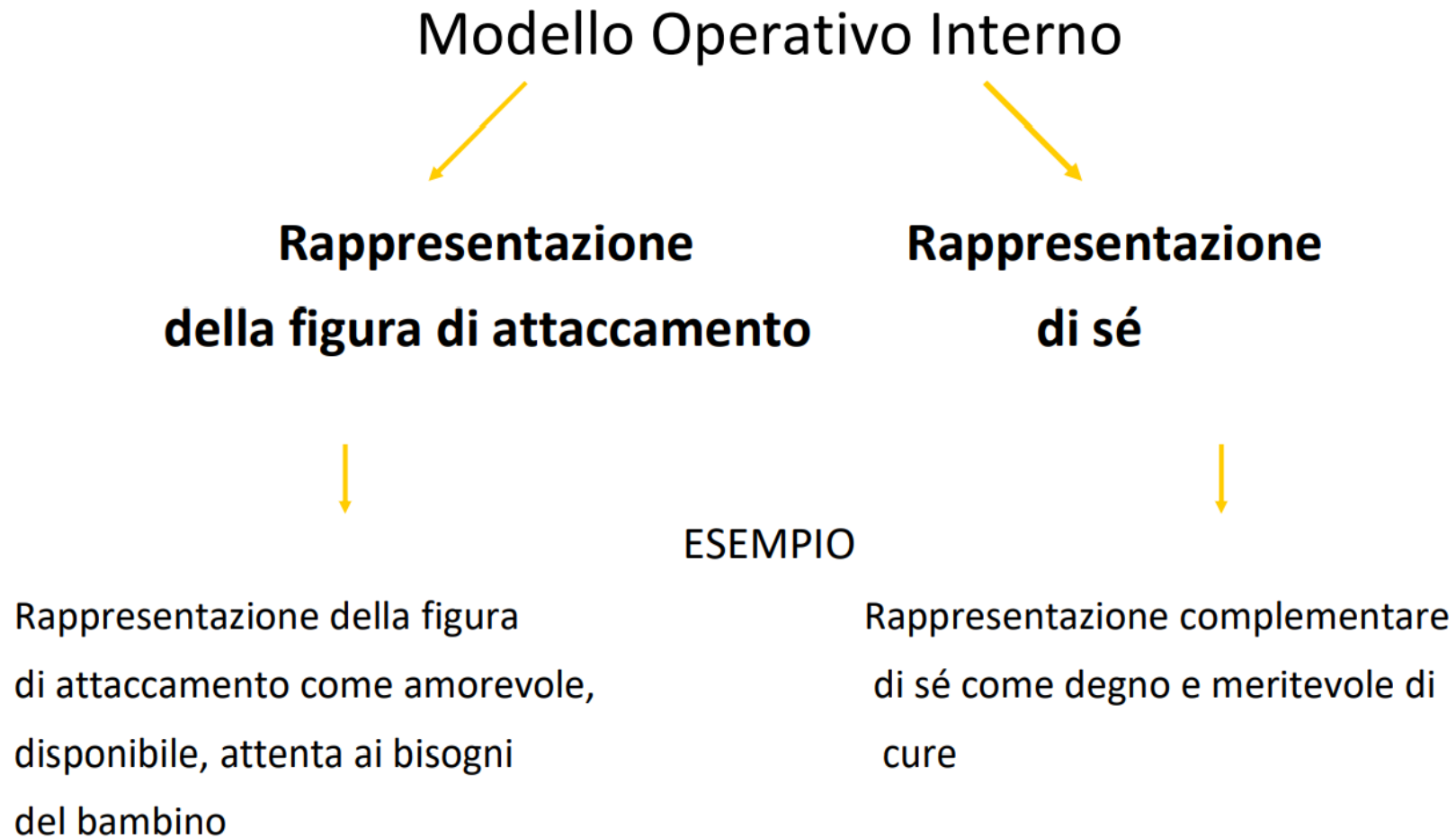
Ecco che l'attaccamento non è solamente un sistema di comportamenti riferito allo sviluppo affettivo nella prima infanzia, ma anche un sistema di rappresentazioni che influenzano le relazioni future



MODELLI OPERATIVI INTERNI



Una volta formati, tali modelli, sono inconsapevoli e tendono a rimanere piuttosto stabili nel corso della vita anche se possono essere influenzati da esperienze successive rispetto a quelle infantili



Lo sviluppo di una buona immagine di sé viene ostacolato quando le relazioni genitoriali primarie non garantiscono il soddisfacimento dei bisogni fondamentali del bambino

Precoci esperienze di rifiuto, trascuratezza, carenza affettiva o **eccessive richieste da parte di adulti significativi**, possono dare origine ad una BASSA autostima



Dalle modalità relazionali della madre e dalle altre figure importanti nella famiglia, derivano diversi **modelli di attaccamento**

ATTACCAMENTO SICURO

ATTACCAMENTO INSICURO AMBIVALENTE

ATTACCAMENTO INSICURO EVITANTE

ATTACCAMENTO INSICURO DISORGANIZZATO



Ainsworth (1969), Lorenzini e Sassaroli (1995), Main e Solomon (1986)

Come viene indagato il legame di attaccamento?

Attraverso la **Strange Situation** → una procedura standardizzata che ha l'obiettivo di attivare e intensificare i comportamenti di attaccamento del bambino nei confronti del genitore

- Sottopone il bambino ad una situazione di stress moderato in un contesto non familiare (“strange”)
- Consiste in una serie di separazioni e ricongiungimenti con la madre che si succedono secondo un ordine fisso

1° VIDEO

Attaccamento SICURO

Si instaura quando la madre sa percepire i segnali del bambino e sa rispondere ad essi in modo adeguato. Madri affettuose, disponibili e ricettive negli scambi.

I bambini esplorano attivamente e tranquillamente l'ambiente in presenza della madre, piangono poco al momento della separazione, protestano vivamente al momento della riunione riprendendo poi immediatamente le loro attività. Le madri di questi bambini si dimostrano sensibili ai loro segnali durante gli episodi di alimentazione, di pianto, di sostegno; forniscono conforto e protezione solo quando sono richiesti.

Sicuro

Il bambino usa la madre come una base sicura; esplora l'ambiente; al ricongiungimento con la madre si consola

Attaccamento INSICURO AMBIVALENTE

Il modello interiorizzato è del bambino che ha sperimentato una relazione con una madre imprevedibile.

Visione di Sé negativa e una visione dell'altro positiva. Queste persone vanno incontro a continue frustrazioni. A causa di una visione di sé negativa, idealizzano i rapporti

Vivono le relazioni con molta ansia, eccessivo bisogno dell'altro e bassa autostima.

Insicuro ambivalente

Il bambino è molto dipendente dalla madre; esplora poco l'ambiente; alla separazione si dispera; al ricongiungimento il bambino è arrabbiato e inconsolabile

I bambini protestano al momento della separazione ma non riescono a calmarsi al momento della riunione, anzi continuano a piangere nonostante i tentativi delle madri di consolarli, alternano stati di rabbia e momenti in cui si stringono violentemente alla madre, mentre la loro esplorazione dell'ambiente è inibita.

Le madri appaiono imprevedibili e incoerenti nella loro disponibilità a rispondere alle esigenze di attaccamento del bambino. Inoltre sono spesso intrusive ed ipercontrollanti, limitando la tendenza del bambino all'esplorazione autonoma dell'ambiente.

Di conseguenza, quando la madre risponde, il bambino si comporta in modo ambivalente, ed è difficile da calmare.



Attaccamento INSICURO EVITANTE

Visione di sé positiva e dell'altro negativa.

La persona evita legami profondi perché trova difficile fidarsi per paura di soffrire.

Emerge svalutazione delle relazioni, dell'altro e bassa autostima

I bambini non protestano al momento della separazione della madre (sembrano indifferenti e continuano a giocare o ad interagire con l'adulto estraneo), evitano la madre al momento del suo riavvicinarsi dopo la separazione e appaiono inibiti nel gioco. Le madri di questi bambini si dimostrano rifiutanti, colleriche, ostili, sono infastidite da richieste di conforto e protezione, appaiono insensibili ai loro segnali durante le interazioni quotidiane.

Quindi, dato che il bambino si relaziona con una madre non responsiva e di cui teme un rifiuto, adatterà la difesa evitante o comportamento di evitamento.

Insicuro evitante

Il bambino appare affettivamente indipendente dalla madre; la separazione dalla madre non crea disagio; al ricongiungimento evita la madre

Attaccamento INSICURO DISORGANIZZATO

Visione negativa di sé e dell'altro

Può ricondurre a storie di violenza o abuso e maltrattamento da parte di chi avrebbe dovuto accudire e amare. Chi ha sperimentato questo legame ha interiorizzato rappresentazioni confuse e incoerenti della relazione

Alta ansia, paura del rifiuto e bassa autostima
Vi è mancanza di organizzazione del comportamento di attaccamento. Quando i bambini vengono riuniti alla madre, essi manifestano comportamenti confusi e contraddittori. Le madri di questi bambini hanno un comportamento definito spaventato; generalmente hanno avuto a loro volta esperienze traumatiche e disorganizzate per cui trattano il bambino in maniera imprevedibile.

Disorganizzato

Il comportamento del bambino è atipico; può apparire confuso, apatico, estremamente evitante o impaurito nei confronti della madre

Indicatori di una non buona immagine di sè

- SCARSA CONSIDERAZIONE DI SE': «non so fare le cose»
- NON RISCHIA E TENDE A FUGGIRE DA EVENTUALI FALLIMENTI: «non voglio provarci tanto so che non ci riuscirò»
- TENDE A IDEALIZZARE GLI ALTRI: «il mio amico è bravo, io faccio schifo»
- ECCESSIVA TIMIDEZZA
- DIFFICOLTA' AD ESPRIMERE E CONTROLLARE LE PROPRIE EMOZIONI
- DIFFICOLTA' A RAPPORTARSI CON GLI ALTRI IN MODO POSITIVO
- TIMORE DI ESSERE GIUDICATO E NON CAPITO

Indicatori cognitivi. . .

- DISTORSIONI COGNITIVE → pensieri che il bambino può adottare e che possono contribuire ad un inadeguato sviluppo del Sè e ad un'autovalutazione negativa (NON VALGO)
- Trarre conclusioni senza disporre di dati sufficienti;
- Focalizzazione su dettagli negativi;
- Sovrastima di eventi negativi vs sottostima di eventi positivi;
- Pensiero dicotomico: tutto o niente;
- *Stile attribuzionale* che fa assumere la responsabilità personale ad eventi negativi.

Potrebbe essere camuffata. . .

- Irrequietezza;
- Falsa sicurezza;
- Scatti improvvisi di rabbia o arroganza;
- Comportamenti aggressivi e antisociali (bullismo) → prende in giro gli altri o viene preso in giro;
- Difficoltà di concentrazione

Segnali NON VERBALI...

- Postura rigida o depressa (spalle piegate in avanti);
- Scarso contatto visivo;
- Morde le maniche dei polsi o del collo;
- Morde unghie e labbra;
- Scarsa gamma di emozioni;
- Pauroso;
- Sintomi fisici (mal di stomaco, testa..)



Perché è così importante un sano sviluppo delle competenze socio emotive?

Immagine di sé nei contesti educativi

- La scuola ed i contesti educativi vengono vissuti come una delle esperienze più difficili da affrontare e più condizionanti
- Il riconoscimento circa le capacità di essere all'altezza della situazione e saper trovare strategie per superare le difficoltà incide sul processo di costruzione dell'identità (immagine di sé).
- La scuola è l'esperienza sociale maggiormente in grado di condizionare non solo la rappresentazione di sé, ma anche il progetto di vita del soggetto

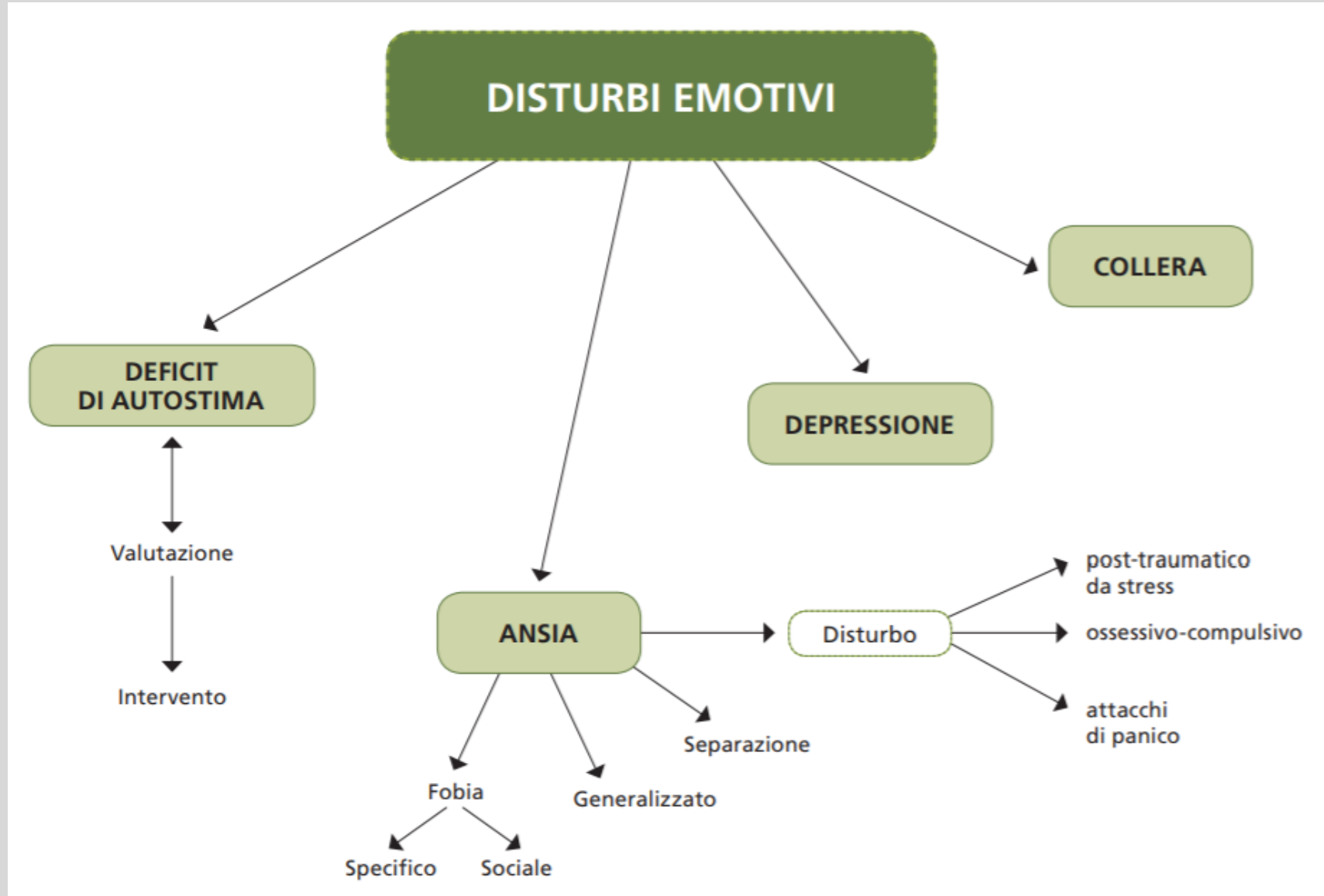
Noi adulti cosa possiamo fare?

- Dedicare più *tempo* al bambino e *ascoltare* i suoi bisogni;
- *Incoraggiarlo* negli insuccessi e riconoscere i successi;
- Valorizzare l'*impegno*;
- Assegnarli delle *responsabilità*;
- Aiutarlo a risolvere i *problemi*;
- Dargli *fiducia* e sottolineare i *risultati positivi*;
- Portarlo alla creazione di *obiettivi* di apprendimento per lui raggiungibili, incrementando le proprie competenze **senza avere obiettivi di “prestazione”** per ottenere gratificazione;

- Renderlo **efficiente** nell'utilizzazione delle strategie cognitive che lui sa non essere state compromesse, implementazione delle competenze specifiche;
- **accettazione** degli strumenti compensativi nei DSA
- Tollerare i propri **limiti**, sapersi accettare per quello che si è;
- Dare delle **aspettative realistiche** calibrate sulle capacità del bambino.
- Assicurare una **base sicura**;
- Sostenere lo sviluppo delle **autonomie** (possibilità di sbagliare);

Cosa non fare

- **Autosvalutazione** → dare un giusto peso alle parole che si usano per rimproverare un bambino
- **Umiliazione** → in pubblico (no effetto educativo);
- **Mancaza di ascolto** → il bambino teme di non essere importante;
- **Insofferenza** alle richieste: i bambini non sempre riescono a comprendere le difficoltà degli adulti;
- **Iper-protezione**;
- Evitare l'**identificazione personale** con il voto in pagella;





1 bambino su 8
ha una diagnosi
di disturbo
d'ansia

I disturbi d'ansia rappresentano la patologia psichiatrica più comune in età evolutiva (Merikangas et al., 2010; Kessler, Avenevoli, Costello, 2012) e si stima che un terzo degli adolescenti soddisferà i criteri per un disturbo d'ansia all'età di 18 anni (Merikangas et al., 2010)

PREVALENZA SUPERIORE AL 10%

È un'esperienza umana universale → “sana”

Diventa un disturbo se:

- è irragionevole (altrimenti si chiama “paura”);
- è particolarmente forte;
- determina un disagio significativo.

Attenzione inoltre che in età evolutiva:

- molte paure sono tipiche e normali in alcune fasi dello sviluppo;
- l'ansia può manifestarsi in molte forme mascherate.

Ansia e Paura: la stessa cosa?

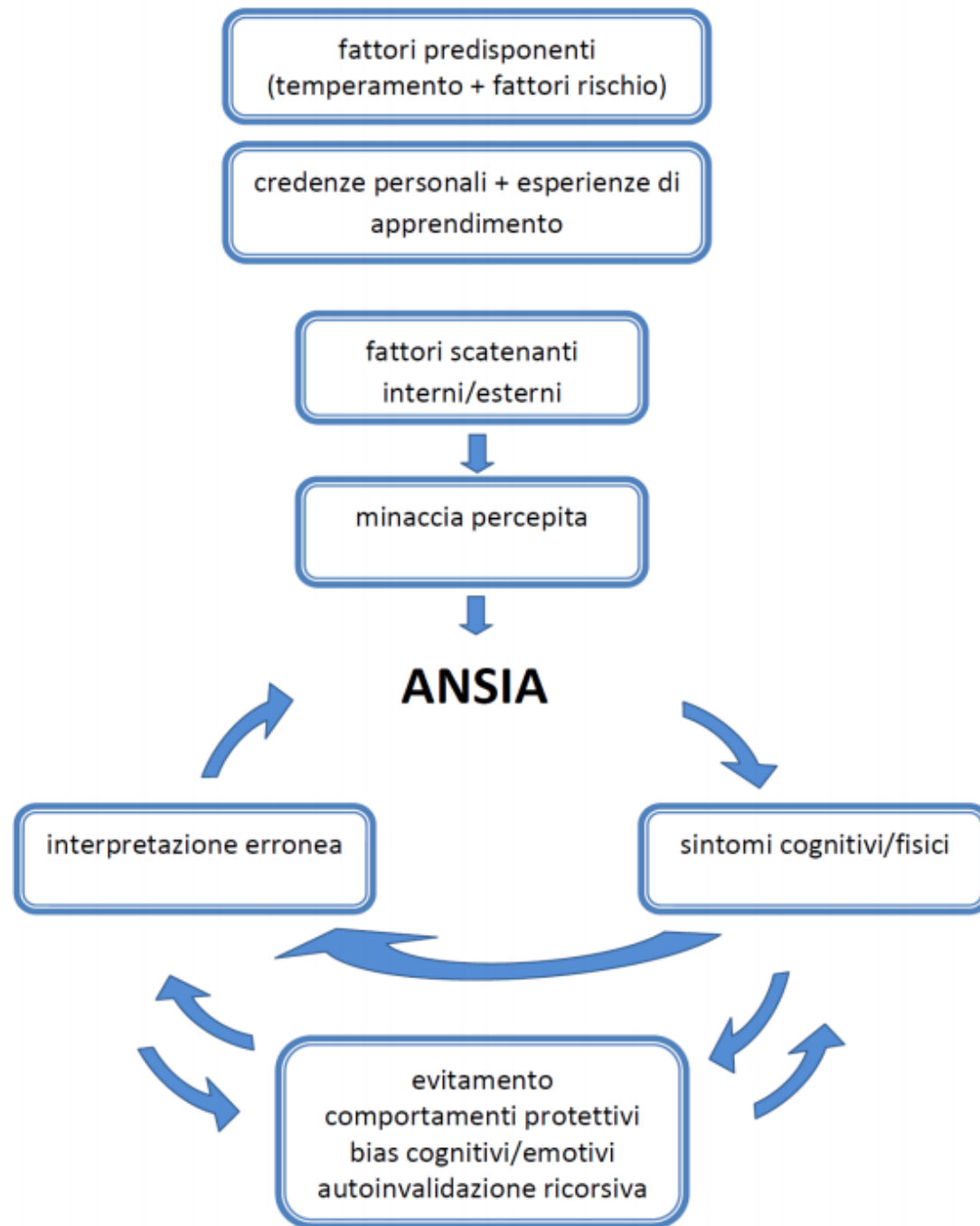
Tabella 6.1. Somiglianze e differenze tra ansia e paura

SOMIGLIANZE	DIFFERENZE	
	<i>Ansia</i>	<i>Paura</i>
Attesa di pericolo o disagio. Apprensione, tensione. Arousal elevato. Stato emotivo negativo. Disagio. Orientamento verso il futuro. Presenza di sensazioni corporee.	Fonte della minaccia elusiva. Nesso tra ansia e minaccia incerto. Prolungata. Disagio pervasivo. Può essere senza oggetto. Esordio incerto. Persistente. Termine incerto. Mancano limiti chiari. La minaccia è raramente imminente. Aumento della vigilanza. Sconcertante.	Oggetto specifico. Nesso tra paura e minaccia comprensibile. Solitamente episodica. Tensione circoscritta. Minaccia identificabile. Presenti segnali di minaccia. Diminuisce con l'allontanarsi della minaccia. Termine identificabile. Minaccia circoscritta. Minaccia imminente. Carattere di emergenza. Razionale.

Fonte: modificata da Rachman (2004).

I Disturbi d'ansia nei bambini sono due volte più frequenti nei maschi rispetto alle femmine.

Dall'adolescenza in avanti il rapporto tende a rovesciarsi.



EZIOLOGIA

- Cause genetiche.
- Cause ambientali → condizioni di vita stressanti o eventi traumatici;
- Fattori emotivi e di personalità → immaturità, dipendenza, condiscendenza verso l'adulto, conformismo ed eccessivo desiderio di piacere, **PENSIERI IRRAZIONALI**;
- Fattori familiari – educativi → Esperienze negative precoci, abuso, modalità educative basate su un uso scorretto del rinforzo sia positivo che negativo, attaccamento insicuro ambivalente.

ANSIA: 3 CATEGORIE di RISPOSTA

FISICHE

COMPORTAMENTALI

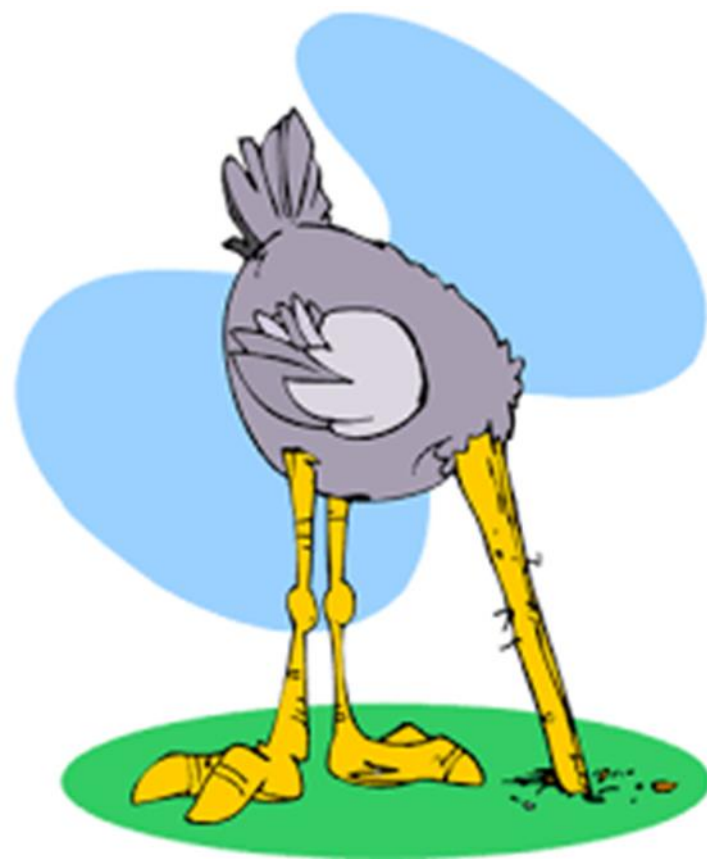
COGNITIVE



Tabella 6.2. Principali manifestazioni cliniche dell'ansia

<i>Sintomi fisici</i>	<i>Sintomi comportamentali</i>	<i>Sintomi cognitivi</i>
Aumento tensione muscoli striati. Tremore muscolare. Aumento sudorazione. Diminuzione salivazione. Aumento frequenza cardiaca. Aumento pressione sanguigna. Diminuzione temperatura alle estremità. Variazione acidità di stomaco. Aumento della tensione della muscolatura facciale. Difficoltà a carico del sonno.	Condotte di evitamento. Inibizione. Timidezza. Tendenza al ritiro. Frequente richiesta di rassicurazione. Tendenza a porre molte domande. Eloquio veloce. Verbosità. Irrequietezza. Impulsività.	Difficoltà a concentrarsi. Problemi di memoria. Preoccupazioni. Difficoltà di rievocazione. Pensieri anticipatori negativi (di solito irrealistici o esagerati). Interpretazioni distorte della realtà. Esagerazioni sull'importanza di certi eventi. Tendenza a catastrofizzare l'importanza di eventi anche minimi. Paura di perdere il controllo/impazzire. Timore di fallire. Difficoltà generali nelle prestazioni.

Fonte: modificata da Lambruschi, Fabbri, Mandolesi (2014).



Quali sono le ragioni che rendono difficile comprendere le problematiche ansiose nei bambini?

- La sintomatologia ansiosa espressa nell'età infantile è diversa da quella espressa in età adulta;
- Raramente sono presenti segni fisici (tremore, sudorazione, rossore ...);
- Piuttosto...rigidità, poca spontaneità nei comportamenti, iper reattività, evitamento di certe situazioni, impulsività
- Comportamenti oppositivi o di sfida → CAPRICCIO (rifiutarsi di fare qualcosa);



Influenzano gli apprendimenti scolastici

- Difficoltà a imparare, conservare e recuperare le informazioni (nell'APPRENDIMENTO)

Renderà questi bambini più insicuri di fronte al compito successivo o alla prova di verifica,
innescando una spirale auto-scoraggiante.



INDIZI per RICONOSCERLA

Pensieri specifici → timore che accadano «cose brutte» alle persone care o «paura di non farcela»

1. **Diminuisce le interazioni** con i compagni di classe e con gli insegnanti
2. Usa un **volume di voce basso** e sceglie di **parlare solo con alcuni compagni**.
3. Chiede di frequente di **uscire dall'aula**, di usare il bagno o di chiamare un genitore.
4. Lamenta di non riuscire a respirare bene o di avere dolori, prurito o febbre (**lamentele somatiche**).
5. Mostra un certo **isolamento sociale** e scarsa partecipazione ai gruppi di gioco o di lavoro.
6. Si mostra **goffo** nei rapporti con i coetanei
7. Ha **comportamenti di sfida per evitare il compito**.
8. Mostra **improvvisi cambiamenti** come una scrittura molto piccola; può perdere facilmente la concentrazione; in alcuni casi può avere necessità di ordine e altre volte ha dei comportamenti ripetitivi.
9. **PERFEZIONISMO** → impegno eccessivo o comportamenti di evitamento

A scuola..

- eccessive **assenze** e rifiuto della scuola;
- ansia o **paura di determinate attività**, in particolare se **connesse a valutazione**;
- **difficoltà di organizzazione**;
- difficoltà di **iniziare o completare attività**;
- incapacità di pensare e di agire, in quanto un elevato livello di ansia può **“paralizzare”**;
- **agitazione e irrequietezza** motoria o al contrario profonda **inibizione**;
- facile **irritabilità** e richiesta continua di **rassicurazione**;

STRATEGIE

Ascoltare, accogliere e normalizzare

Essere pazienti ed **ascoltare senza sminuire o fare commenti**

Utilizzare i **rinforzi positivi** (token economy - adesivi)

Verbalizzare l'emozione ed aiutare il bambino a verbalizzarla e a **fare la connessione B-C**

Favorire relazioni interpersonali

La **PERFEZIONE NON È UN OBIETTIVO → NON SERVE COMPIACERE L'ADULTO**

A SCUOLA:

- Fornire **occasioni di movimento** o per fare delle **pause**;
- Prediligere **domande a risposta chiusa**;
- Iniziare la giornata con **attività preferite** dal bambino;
- **Avvisare** in anticipo di eventuali **cambiamenti alla routine**;
- **Ridurre il carico di lavoro scolastico** (compiti, interrogazioni)
- Far **scegliere dove sedersi**;
- **Seguire le tempistiche** del bambino accogliendo.

Trasmettere che non è realistico aspettarsi di eliminare totalmente l'ansia, piuttosto l'obiettivo dovrebbe essere ottenere un livello di ansia gestibile;

Cercare un aiuto professionale se il problema persiste e continua a interferire con le attività quotidiane.

Attività pratiche

- A fine giornata o a fine incontro chiedere cosa ha fatto di buono (incoraggiare a far emergere aspetti positivi);
- Lo SPECCHIO MAGICO → guarda nello specchio e fai un disegno di come sei tu;
- «Il mio gruppo» → scrivi il nome di tutti i tuoi compagni di classe/gruppo. Come pensi vorrebbero essere descritti? Scrivi un aggettivo che li descriva in modo positivo accanto a ciascun nome;



- «Cambiare» → immagina che un mago possa aiutarti a cambiare qualcosa di te... cosa cambieresti?

Chiudi gli occhi e immagina che il cambiamento desiderato sia veramente accaduto. In cosa sei diverso adesso? Cosa accadrà ora? Come ti senti? Cosa succederebbe se questo cambiamento avvenisse davvero?



- PARLARE CON GLI ALTRI...

Immagina di incontrare qualcuno per la prima volta.

Pensa a 3 cose che potresti dirgli di te.

Immagina adesso di voler sapere tu qualcosa su qualcun altro. Prova ad immaginare 3 cose che potresti chiedergli

Indicazioni

- Berg, C., Rapoport, J., Whitaker, A., Davies, M., Leonard, H., Swedo, S., et al (1989). Childhood obsessive compulsive disorder : a two-years prospective followup of a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28, 528-533.*
- Hallett, V., Ronald, A., Rijdsdijk, F., & Eley, T. C. (2009). Phenotypic and genetic differentiation of anxiety-related behaviours in middle childhood. *Depression and Anxiety, 26 (4), 316-324.*
- Feehan, M., McGee, R., & Williams, S.M. (1993). Mental health disorders from age 15 to age 18 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32, 1118-1126.*
- DSM-5. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali.* Raffaello Cortina Editore, Milano 2014