

**Corso di Dottorato in Psicologia Dinamica, Clinica e dello
Sviluppo**

XXVII Ciclo: Anno Accademico 2014-2015

**La valutazione del mondo rappresentazionale del bambino con
disturbo comportamentale nella seconda infanzia: uno studio
esplorativo con lo *Story Stem Assessment Profile***

**Tutor
Prof.ssa Anna Maria Speranza**

**Co-Tutor
Prof. Massimo Ammaniti**

DOTT. SSA MARICA ANGELA DE NIGRIS

INTRODUZIONE.....	4
CAPITOLO 1. Lo studio delle rappresentazioni mentali in un’ottica relazionale. Dalla teoria alla clinica: una valutazione tramite lo <i>Story Stem Assessment Profile</i> nella seconda infanzia.	7
Introduzione	7
1.1 Lo studio delle rappresentazioni mentali del bambino: accenni sulle applicazioni cliniche e sui contributi di ricerca	8
1.2 Precursori della teoria della mente e comprensione della esperienze mentali.....	12
1.3 L’influenza delle relazioni primarie, lo sviluppo della mentalizzazione e l’Ipotesi della Marcatura. Il pensiero di Gergely e Fonagy	15
1.4 Scambi corporei, rappresentazioni, regolazione emotiva.....	21
1.5 Dall’osservazione del comportamento nella prima infanzia alla valutazione delle narrative nella seconda infanzia	23
1.6 Lo Sviluppo della Tecnica Story Stem	29
1.7 Lo Story Stem Assessment Profile: presentazione dello strumento	36
CAPITOLO 2. I Disturbi del Comportamento	43
Introduzione	43
2.1 Disturbi del comportamento: evoluzione dei quadri clinici	44
2.2 Nuovi Manuali Psicodiagnostici: DSM 5 e PDM. Critiche e avanzamenti di prospettiva	47
2.3 Disregolazione emotiva, capacità riflessiva, qualità relazionale	57
2.5 Attaccamento e disturbi del comportamento. Contributi di ricerca tramite il metodo dello Story Stem	62
2.6 Aggressività e disturbi del comportamento: contributi di ricerca	68
CAPITOLO 3. LA VALUTAZIONE DEL MONDO RAPPRESENTAZIONALE DEI BAMBINI CON DISTURBO COMPORTAMENTALE NELLA SECONDA INFANZIA: UNO STUDIO ESPLORATIVO CON LO <i>STORY STEM ASSESSMENT PROFILE</i>	76
3.1 Obiettivi	76
3.2 Ipotesi	80
3.3 Partecipanti	82
3.4 Metodologia: fase di screening	86
3.5 Procedura	101

3.6 Risultati	105
3.7 Discussione	127
3.8 Differenze nei costrutti di attaccamento	128
3.9 Temi di aggressività	129
3.10 Rappresentazioni dell'adulto.....	132
3.11 Risoluzione del dilemma o padronanza del conflitto	135
3.12 Rapporto tra rappresentazioni materne e rappresentazioni del bambino con disturbo del comportamento.....	137
3.13 Correlazioni tra i costrutti di attaccamento e gli indici di psicopatologia	140
Conclusioni	141
BIBLIOGRAFIA	144

INTRODUZIONE

Il presente progetto di dottorato nasce dall'esigenza di coniugare l'esperienza formativa effettuata a Londra presso l'Anna Freud Centre sullo strumento *Story Stem Assessment Profile* (SSAP) e l'esperienza clinica con bambini con disturbi del comportamento effettuata presso il Dipartimento di Neuropsichiatria Infantile dell'Università La Sapienza di Roma. Lo SSAP è uno strumento basato sul racconto di storie unito al gioco, che indaga le rappresentazioni mentali del bambino rispetto ai legami di attaccamento, alle relazioni con gli adulti e ai pari, esaminando alcuni tipi di difese, il livello di aggressività, la padronanza del conflitto e altri aspetti legati al mondo interno del bambino.

Questo strumento sarà presentato nel **primo Capitolo** insieme agli studi che hanno condotto alla nascita della tecnica *Story Stem*, diffusa in America alla fine degli anni '80 quando alcuni membri del *MacArthur Research Network on Early Childhood Transition* (MRNCT), si sono riuniti mettendo insieme le varie competenze sviluppate nell'ambito della seconda infanzia. Partendo da un test basato su temi di attaccamento, il *Separation Attachment Test*, ideato da Klagsbourn e Bowlby (1976), e prendendo ispirazione dai teorici della *Play Therapy* (A. Freud, M. Klein, D. Winnicott), i membri del MRNCT hanno ideato delle storie sviluppando contenuti e tematiche attinenti alla seconda infanzia. I loro studi hanno condotto alla formulazione della batteria finale di *stem* che costruisce il *MacArthur story Stem Battery* (MSSB). Nel nostro lavoro saranno affrontati gli sviluppi della batteria originale di *stem* o storie e verrà utilizzato lo strumento SSAP, che trae spunto dal MSSB e lo amplia attraverso nuove storie ideate dal gruppo di Londra. Pensiamo che nell'ambito clinico, il gioco del racconto di storie sia uno strumento molto importante da utilizzare, perchè da una parte permette all'operatore di accedere ai vissuti del bambino senza fargli domande troppo dirette che potrebbero provocare ansia o conflitto, e dall'altra gli consente di contattare i propri vissuti interni senza sforzo, attraverso il suo modo naturale di mettere in scena ciò che sente dentro conferendogli un significato.

Analizzeremo il modo in cui il bambino costruisce le rappresentazioni mentali dell'altro partendo dalle prime esperienze relazionali con l'adulto di riferimento: ci interessa approfondire dal punto di vista relazionale la natura del processo di acquisizione della teoria della mente. Ci soffermeremo sul contributo di quegli autori che hanno affrontato il problema da un punto di vista relazionale, approfondiremo le ipotesi di P. Fonagy e G. Gergely che, attraverso alcuni concetti quali l'Ipotesi della Marcatura, il Feedback Biosociale e il Meccanismo Interpretativo Interpersonale, colgono i primi momenti attraverso i quali il bambino acquisisce e organizza gradualmente le rappresentazioni mentali. Vedremo come, grazie agli scambi affettivi interpersonali tra madre e bambino e alla predisposizione affettiva del genitore, intesa come filtro interpretativo dei segnali inviati dal bambino, quest'ultimo inizi a fare esperienza di sé differenziandosi prima emotivamente, poi intenzionalmente dall'altro.

Nel **secondo Capitolo** analizzeremo i disturbi comportamentali sia attraverso una panoramica storica, affrontando l'evoluzione della diagnosi clinica, sia da un punto di vista teorico, soffermandoci sulle critiche rivolte ai limiti della diagnosi e agli avanzamenti di prospettiva. Affronteremo i contributi provenienti dalla Developmental Psychopathology, che ha accelerato la transizione verso un modello evolutivo che affronta il problema comportamentale attraverso una cornice dimensionale. Prendendo in considerazione il contesto di riferimento insieme ai vissuti e al significato che il bambino attribuisce alle proprie esperienze quotidiane il sintomo assume caratteristiche più complete e complesse. Cercheremo di individuare delle linee di riferimento utili al processo diagnostico considerando sia lo sviluppo tipico che quello atipico del bambino. Quando un bambino comunica attraverso un problema comportamentale il proprio disagio interno è utile osservare il sintomo tenendo presente la tappa evolutiva specifica nella quale il soggetto si trova e comprendere il vissuto soggettivo che sta dietro l'espressione comportamentale. Ci concentreremo infine su un aspetto importante nei bambini che presentano una patologia comportamentale, l'aggressività, considerandola un tentativo disperato del bambino di comunicare all'esterno, sul piano comportamentale, un disagio emotivo interno. Pensiamo che questo non sia soltanto un problema del bambino, ma vada compreso osservando le dinamiche che si creano nel contesto di riferimento.

Nel **terzo Capitolo** presentiamo il progetto di ricerca che consegue alla premesse teoriche dei primi due capitoli. Il nostro lavoro di ricerca è stato effettuato su un gruppo di 15 bambini con disturbo comportamentale e i loro genitori e su un gruppo di controllo appaiato per numero ed età al fine di esplorare il mondo rappresentazionale dei bambini con tale disturbo e valutare le eventuali relazioni con lo stato mentale del genitore. Saranno presentati gli obiettivi, le ipotesi del progetto, la metodologia e gli strumenti utilizzati. Infine saranno discussi i risultati ottenuti.

CAPITOLO 1. Lo studio delle rappresentazioni mentali in un'ottica relazionale. Dalla teoria alla clinica: una valutazione tramite lo *Story Stem Assessment Profile* nella seconda infanzia.

Introduzione

Nel primo capitolo tratteremo lo studio delle rappresentazioni mentali partendo da un'analisi sulla dinamica del processo di acquisizione delle esperienze mentali. Senza addentrarci troppo nella questione che ad oggi tocca varie correnti di pensiero tra cui la filosofia, la neuroscienze e la psicoanalisi, dirigiamo la nostra attenzione verso un approccio di tipo inter-relazionale in cui sia l'esperienza e il vissuto del bambino che l'ambiente esterno concorrono allo sviluppo del senso del sé e dell'altro.

Ci concentreremo sul pensiero di György Gergely e Peter Fonagy che approfondiscono il dibattito esistente tra la corrente genetista e quella ambientale e sviluppano una serie di concetti quali il Biofeedback Sociale, il Meccanismo Interpretativo Interpersonale e l'Ipotesi della Marcatura per spiegare il modo in cui bambino giunge alla consapevolezza rappresentazionale del sé e dell'altro gradualmente, ovvero da una forma rudimentale ad una sempre più complessa.

Nella seconda parte del capitolo ci soffermeremo sulla parte applicativa considerando la valutazione delle rappresentazioni mentali del bambino nella seconda infanzia attraverso la tecnica dei completamenti di storia. Partendo dai precursori, che hanno ideato la tecnica del racconto di storia per valutare le rappresentazioni mentali e lo stile di attaccamento del bambino, passeremo in rassegna quegli studi che hanno portato alla creazione delle storie che costituiscono la batteria definitiva MacArthur Story Stem. In particolare presenteremo lo strumento utilizzato attraverso questo progetto di ricerca, lo *Story Stem Assessment Profile*, ideato dal gruppo di Londra dell'Anna Freud Centre (Jill Hodges, Saul Hillman, Miriam Steele insieme al contributo di Mary Target e Peter Fonagy), che valuta lo stile di attaccamento del bambino ed altre dimensioni intrapsichiche quali le rappresentazioni relazionali con il mondo degli adulti e con i pari, la padronanza del conflitto, il tono emotivo, l'aggressività, e alcuni meccanismi di difesa.

1.1 Lo studio delle rappresentazioni mentali del bambino: accenni sulle applicazioni cliniche e sui contributi di ricerca

Per molto tempo la ricerca in campo evolutivo si è incentrata sul ruolo che l'ambiente primario ha sullo sviluppo normale e patologico del bambino, mettendo da parte il ruolo giocato dal temperamento del bambino e l'influenza di quest'ultimo sul genitore. Inoltre, ponendo enfasi sul mondo esterno, reale, si è trascurato l'aspetto fantasmatico, intrapsichico di entrambi i partners e la reciprocità tra i due mondi interni. Nel panorama attuale della psicopatologia dello sviluppo la ricerca e la clinica sono sempre più attente a prendere in considerazione la comprensione del mondo rappresentazionale del bambino in relazione a quello dei genitori e le influenze che ciascuno ha sull'altro. Un contributo importante proviene dagli studi dell'Infant Research che ha promosso negli anni '70 un avanzamento di prospettiva ponendo un'enfasi maggiore sull'osservazione di entrambi i membri della diade caregiver-bambino (Beebe, Lachman, 2003). Studiando il processo interattivo diadico l'attenzione è focalizzata sulla reciprocità delle interazioni: l'osservazione effettuata sul comportamento di entrambi i partner permette di prevedere le risposte che ognuno invia all'altro superando in questo modo l'approccio di causalità diretta utilizzata in passato. Al contrario questa prospettiva promuove un approccio circolare che tiene conto della reciprocità degli scambi comunicativi. In particolare gli studi di Tronick et al. (1989) sull'osservazione microanalitica frame by frame dei filmati fra genitori e bambino hanno evidenziato i segnali inviati dalla madre al bambino (e viceversa) ed hanno messo in luce come entrambi i partner regolino il proprio stato affettivo in virtù di quello dell'altro oltre che autoregolare il proprio stato interno.

Inoltre la Developmental Psychopathology ha sviluppato un modello che tiene conto di percorsi multipli rispetto allo sviluppo della psicopatologia. Basandosi sui concetti di equifinalità e multifinalità (teoria generale dei sistemi di Bertalanffy 1968) nella cornice generale viene sottolineato come forme diverse di psicopatologia possano svilupparsi attraverso percorsi simili, e al contrario come percorsi differenti possano portare allo sviluppo dello stesso comportamento deviato. In particolare si tiene conto che 1) in ciascun individuo ci sono diversi fattori che contribuiscono al disturbo come risultato 2) i fattori contribuenti variano tra gli individui che presentano il disturbo 3) le caratteristiche di un disturbo specifico sono eterogenee fra gli individui 4) i percorsi che portano a qualsiasi manifestazione di

comportamento deviato sono diversi (Cicchetti, Cohen, 1995). In questo senso è utile prendere in considerazione sia i processi interni che i processi esterni implicati nello sviluppo di comportamenti mal adattivi, così come è fondamentale prendere in considerazione l'aspetto rappresentazionale implicato nella costruzione delle esperienze.

I modelli attuali dello sviluppo parlano sempre più spesso di “mondo interno del bambino” sottolineando in questo senso il ruolo delle rappresentazioni mentali sullo sviluppo del bambino in relazione all'ambiente reale e a quello immaginario. In quest'ottica, anche se le esperienze reali esterne hanno un ruolo importante rispetto allo sviluppo del bambino, ciò che è interessante prendere in considerazione è il significato che il bambino attribuisce a tali esperienze e la costruzione di rappresentazioni mentali su di esse. Rispetto ai casi di caregiving sicuro, negli ambienti di caregiving insensibili, l'esperienza di un trauma subito nell'infanzia può essere un fattore di rischio per lo sviluppo di psicopatologia in età successive. In particolare nelle situazioni di attaccamento disorganizzato, l'insensibilità materna al vissuto del bambino e la qualità genitoriale disfunzionale predispongono il bambino alla messa in atto di strategie disfunzionali rendendolo vulnerabile agli effetti del trauma. Solitamente nel modello di attaccamento disorganizzazione la storia delle madri è caratterizzata da traumi e lutti irrisolti: queste madri tendono a relazionarsi con il bambino mettendo in atto comportamenti contraddittori o atteggiamenti spaventanti, di ritiro, di rifiuto e di intrusione (Dazzi, Speranza, 2005, Lyons-Ruth et al., 1987; Crittenden, 1985; Main e Cassidy, 1988).

John Bowlby (1980) metteva in luce che i modelli operativi interni (MOI) dei bambini disorganizzati sono caratterizzati da paura, incoerenza e bassa fiducia del sé. Le esperienze traumatiche, che spesso fanno da sfondo alla relazione di attaccamento disorganizzata, rendono il bambino vulnerabile agli effetti del trauma. Risulta difficile in questo modo comprendere come il bambino, a contatto con un ambiente ostile e insensibile al suo vissuto, possa costruire un modello interno di fiducia e organizzare rappresentazioni funzionali delle esperienze traumatiche. Piuttosto questi bambini presentano comportamenti aggressivi, tendenza al distress e relazioni con i pari poco empatiche. Tali atteggiamenti riflettono l'interiorizzazione di modelli genitoriali imprevedibili, confusi e intrusivi. La mancata sensibilità genitoriale al vissuto del bambino e l'ostilità dell'ambiente comportano per il bambino la difficoltà

di costruire un senso appropriato all'esperienza traumatica. Al contrario, negli ambienti di attaccamento sicuro, ciò che sembrerebbe agire come fattore protettivo rispetto alla psicopatologia sarebbe la predisposizione del genitore a saper leggere e interpretare adeguatamente il vissuto del bambino, in un'ottica che tenga conto del suo mondo interno. Un ambiente che facilita la comprensione delle esperienze negative supporta nel bambino la formazione di rappresentazioni di sé di fiducia, arricchendo il suo mondo interno di significati positivi ed elaborati.

Se da una parte i teorici dell'attaccamento si sono concentrati sulle dinamiche ambientali che intervengono a costituire lo stile di attaccamento nel bambino nella prima infanzia, Alan Sroufe (Sroufe, Rutter, 2005) ha avanzato il concetto di sicurezza percepita estendendo l'applicabilità dell'attaccamento ai bambini più grandi. L'autore ha riconcettualizzato la teoria dell'attaccamento in termini di regolazione affettiva dimostrando come i bambini con attaccamento di tipo evitante abbiano una bassa capacità a regolare le proprie emozioni. Anche Morris N. Eagle (2006) affronta il concetto di sicurezza percepita sostenendo che dal momento che i Modelli Operativi Interni (MOI) non riflettono le esperienze reali con i genitori, lo stesso comportamento del genitore può essere percepito diversamente. In questo modo l'enfasi viene attribuita non tanto all'ambiente reale, ma a quello percepito e internalizzato dal bambino.

Dal punto di vista clinico e in accordo con queste assunzioni teoriche, Moore e Uko (1961) hanno descritto come il gioco con le bambole si possa intendere come quell'area intermedia tra i sentimenti e le fantasie e le riproduzioni di realtà. Passando in rassegna i contributi psicoanalitici, Alvarez e Phillips (1998) hanno descritto come gli psicoanalisti si siano divisi in base ad alcune assunzioni relative all'uso del gioco come rivelatore e interprete di significati inconsci e all'importanza del gioco come uno spazio transizionale tra il pensiero e la realtà, dove le idee e le emozioni possono essere tirate fuori e il bambino ha la possibilità di attribuire significati alle proprie esperienze interne¹. In questo senso il gioco non riflette la realtà del bambino, ma come il bambino riflette sulla realtà. Come vedremo nel paragrafo dedicato alla presentazione del test proiettivo Story Stem Assessment Profile, attraverso il gioco, che il bambino produce tramite questo strumento, si ha la

¹ Gli autori fanno riferimento in particolare alle teorizzazioni di Melanie Klein (1975) e di Donald Winnicott (1971) sul gioco.

possibilità di investigare il modo in cui il bambino ha fatto esperienza della relazione con il genitore e come attraverso le narrative è in grado di riprodurre le proprie esperienze emotive. Nelle sue esperienze cliniche con i bambini istituzionalizzati, Bowlby (1973) ha coniato il termine *Modelli Operativi Interni* - MOI enfatizzando l'importanza delle esperienze reali che il bambino ha vissuto con il caregiver primario. Daniel Stern (1985) ha discusso sul modo in cui il bambino costruisce sui MOI delle aspettative di interazioni con gli altri attraverso delle Rappresentazioni Interne Generalizzate (RIG), che guidano le aspettative e la comprensione delle interazioni future. Nelson e Grundel (1981) hanno mostrato come i bambini prescolari costruiscano degli schemi di eventi, script temporalmente organizzati, per gli eventi che gli sono familiari. In altre parole quando ai bambini viene chiesto di esprimersi circa le proprie esperienze di eventi di vita quotidiana, essi tendono a richiamare script che non sono esempi autobiografici. Da questi contributi possiamo sottolineare come ciò che sembra essere importante per lo sviluppo delle rappresentazioni mentali connesse all'attaccamento, sono non solo le esperienze reali a cui il bambino partecipa durante la relazione con l'altro, ma soprattutto l'interpretazione e le esperienze mentali realizzate mentre il bambino vive l'esperienza con l'altro assimilandole emotivamente dentro di sé.

1.2 Precursori della teoria della mente e comprensione della esperienze mentali

Oltre alle scoperte effettuate in campo clinico e di ricerca, anche la teoria pone l'accento sul mondo rappresentazionale del bambino prendendo in considerazione lo stato della mente genitoriale come organizzatore e filtro delle esperienze del bambino. Lo studio sulle rappresentazioni mentali ha da sempre costituito uno dei maggiori campi d'interesse della filosofia. Ad esempio, G.W.F. Hegel (1807) ha posto l'accento sulla dinamica del processo, ovvero sulla continua dialettica tra l'attività razionale e le molteplici proprietà degli oggetti nel mondo, il cui prodotto non consiste in astrazioni figurative fisse, ma in costruzioni mentali attive e incessantemente investite di nuovi significati. Egli sosteneva che è solo attraverso la conoscenza della mente dell'altro che il bambino sviluppa il pieno possesso della natura degli stati mentali. L'accento viene posto sulla natura relazionale del processo di sviluppo rappresentazionale del bambino: questo concetto è stato negli anni ripreso e affrontato da vari psicoanalisti e psicologi dello sviluppo. In questo paragrafo esploriamo la natura delle rappresentazioni mentali attraverso alcuni contributi che hanno gettato le basi di una concezione relazionale della rappresentazione mentale.

Senza addentrarci troppo nel dibattito la nostra attenzione è rivolta alle dinamiche interattive che permettono la condivisione e la successiva comprensione delle esperienze mentali. Seguendo questo filo conduttore lo sforzo maggiore è stato quello di approfondire lo studio dei processi cognitivi e linguistici che segnalano come l'acquisizione di una teoria della mente proceda verso fasi più mature. Si è dibattuto a lungo su quale fosse il momento e quali fossero i segnali osservabili dall'esterno per identificare nel bambino le capacità rappresentazionali indicative di una teoria della mente. Per alcuni autori (Bretherton et al., 1981; Camaioni e Longobardi, 1997; Camaioni, 2001), la capacità di parlare utilizzando termini che qualificano gli stati mentali rifletterebbe l'abilità emergente di riconoscere se stessi dagli altri come persone dotate di caratteristiche psicologiche. In questo senso anche i bambini di due anni che non superano il "test della falsa credenza"², possono

² Nel test della falsa credenza (Wimmer, Perner 1983) il compito classico consiste in una prova in cui viene raccontato al bambino che Maxi (protagonista della storia) crede che la cioccolata sia nella tazza verde, ma in sua assenza la cioccolata viene spostata nella tazza blu. Si chiede quindi al bambino esaminato di indicare, secondo lui dove Maxi cercherà la cioccolata al suo ritorno. Tipicamente i bambini di 4 anni superano il test mentre i bambini di 2 o 3 anni falliscono in quanto rispondono in base a ciò che sanno loro e non in base a ciò che sa il

riferirsi a stati mentali pronunciando parole e aggettivi riferite a stati mentali. Tale capacità è vista come indicatore emergente di una teoria della mente. Nell'approfondire quali dei termini utilizzati dai bambini costituiscano questa emergente capacità sono state osservate delle differenze importanti in base alle tappe evolutive di sviluppo. Alcuni autori hanno differenziato la psicologia del desiderio dalla psicologia della credenza (Fodor, 1992; Leslie, 1987, 1994; Wellman, 1990; Wellman, Lu, 2004), sottolineando come l'acquisizione di funzioni o di aree cognitive prima dei quattro anni implichi il collegamento con la maturazione di una serie di tappe intermedie che fanno da base ad una teoria della mente sempre più complessa.

In particolare la psicologia del desiderio si riferisce a quella capacità del bambino di comprendere negli altri stati mentali riferiti a desideri (volere qualcosa, desiderare qualcosa). Il bambino è in grado cioè di collegare le azioni che l'altro compie in base al suo sistema di desideri, credenze e pensieri; e di capire che le persone possono essere spinte ad una determinata azione o a raggiungere un obiettivo da un desiderio, modificando anche la propria azione per raggiungere tale obiettivo. Questa capacità è saldamente acquisita prima dei due anni di vita. La psicologia della credenza suggerisce che i bambini di tre anni hanno acquisito la capacità di riferirsi agli altri in termini di stati mentali quali la credenza (penso che, credo che). Arrivato a cinque anni il bambino è in grado di usufruire di queste capacità rappresentazionali, con maggiore complessità grazie al fatto che egli si *rende conto* di possederle. Queste rappresentazioni che mediano e costruiscono i rapporti tra la mente costituita di desideri, credenze ed intenzioni gli permettono di interpretare le azioni degli altri avendo consapevolezza del proprio pensiero.

Dal momento che tale concezione è improntata sulla dimensione evolutiva, ed è quindi più attenta alla continuità della progressione cognitiva, per la Camaioni (1993b) diventa in questo modo ancora più importante trovare delle competenze

protagonista della storia. L'attribuzione della teoria della mente sarebbe dunque legata alla comprensione che un altro soggetto possiede una falsa credenza. Negli ultimi decenni del secolo scorso sono state rivolte alcune critiche a questo tipo di approccio, ritenuto troppo "riduttivo". Una di queste riguarda il fatto che per poter sostenere con certezza che la risposta corretta del bambino rispecchi la comprensione della mente come apparato rappresentazionale occorre che nell'impostazione del problema proposto al bambino, la rappresentazione dell'attore sia differente dal dato di realtà (Battistelli et al., 1995). In questo senso, nel caso in cui credenza e realtà coincidano, lo sperimentatore non può decidere se il bambino stia rispondendo in base alla prima o alla seconda condizione. Da ciò deriva che l'incapacità a risolvere i compiti della falsa credenza non esclude che il bambino abbia tale comprensione.

adeguate che si configurino come precorritrici della comprensione della mente anche nei primi due anni di vita.

Alcuni autori hanno suggerito che una capacità rudimentale di teoria della mente possa essere identificata molto precocemente grazie al gioco del “far finta”. Leslie (1987) era partito da un approccio di tipo modulare, secondo cui la mente emerge a partire dalla maturazione di meccanismi modulari specifici innati, per affermare che è l’attività simbolica connessa al gioco del far finta a costituire il primo segno della capacità di comprendere gli stati mentali altrui e comunicarli all’esterno. Il fatto che il bambino comunichi a qualcuno - all’esterno - ciò che ha compreso, ci porta a pensare quanto la comunicazione con l’altro e la condivisione delle esperienze siano fattori importanti per la maturazione della mente in senso rappresentazionale. Grazie all’altro, infatti, il bambino si rende conto di quanto ciò che ha sperimentato esiste anche nel mondo esterno e può confrontarlo con il suo mondo mentale, interno. Tuttavia la comprensione del gioco del far finta è una capacità che si acquisisce intorno al terzo anno di età. A tal proposito Fonagy e Target (2001) si interrogano sul perché i bambini di tre anni siano in grado di comprendere una rappresentazione in cui si fa finta, ma non una falsa credenza. La spiegazione a cui giungono gli autori è connessa al fatto che nel gioco del far finta le rappresentazioni vengono condivise dalle persone coinvolte nel gioco.

Sarebbero allora le esperienze di condivisione di rappresentazioni diverse dalla realtà con un adulto competente ad indirizzare il bambino verso la comprensione di situazioni in cui le rappresentazioni sono diverse dalla realtà. L’adulto nel gioco del far finta assume la posizione mentale del bambino e gliela ripropone in relazione a un terzo oggetto che è simbolicamente tenuto nella mente di entrambi (Target, Fonagy, 1996). In questa direzione la Camaioni sottolinea che è l’attenzione condivisa tra madre e bambino rispetto ad un evento/oggetto esterno la condizione necessaria affinché il bambino possa formulare una “dichiarazione” che, come abbiamo visto, sembra essere un precursore fondamentale per la teoria della mente. Entrambi gli autori sottolineano l’importanza della condivisione dell’esperienza con l’adulto di riferimento per consentire al bambino di acquisire gradualmente una teoria della mente sviluppando rappresentazioni in grado di comunicare il proprio stato interno all’esterno. Si ritiene inoltre che questo processo prevede non solo la rappresentazione del contenuto della mente dell’altro, ma anche la consapevolezza

della possibile differenziazione tra il contenuto della mente dell'altro e i dati di realtà. Inoltre abbiamo considerato come il bambino passi da un livello rudimentale di teoria della mente, in cui grazie al gioco di finzione dimostra di aver acquisito a 18 mesi circa di saper utilizzare le immagini mentali del gioco di finzione, ad un livello maggiormente complesso di acquisizione di teoria della mente che permette al bambino di quattro anni di trovare delle connessioni tra i diversi livelli di rappresentabilità.

1.3 L'influenza delle relazioni primarie, lo sviluppo della mentalizzazione e l'ipotesi della Marcatura. Il pensiero di Gergely e Fonagy

Allo stato attuale lo studio della teoria della mente si concentra sempre di più sull'influenza che le relazioni primarie hanno sullo sviluppo rappresentazionale del bambino e sulle reciproche influenze che avvengono tra i due mondi interni della diade madre - bambino. Molti studi partono dai primi incontri relazionali che il bambino ha con la madre al momento della nascita per spiegare il primo momento e il successivo sviluppo rappresentazionale che concerne "la nascita dell'esperienza psichica³".

In questo paragrafo esploreremo il modo in cui alcune correnti di pensiero hanno contribuito allo sviluppo di questi risultati e illustreremo il modo in cui il bambino diventa gradualmente consapevole di sé e dell'altro grazie ad alcuni filtri interpretativi dell'esperienza con l'altro e grazie agli scambi comunicativi che avvengono fin dalla nascita. Al fine di catturare il processo attraverso il quale i bambini comprendono la mente degli altri, Fonagy e collaboratori nel libro *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé* del 2005 esaminano il dibattito tra la genetica del comportamento e il modello psicosociale sulla natura del sistema di rappresentabilità: il movimento biologico che considera il sistema rappresentazionale come frutto del genotipo e del fenotipo e l'impostazione ambientalista che dirige l'enfasi verso l'ambiente primario di riferimento entro cui il bambino cresce. In generale viene criticata l'impostazione genetica che sminuisce e considera deboli gli effetti dell'ambiente sullo sviluppo rappresentazionali del bambino riducendo la mente a "una costellazione della chimica cerebrale

³ Argomento trattato all'ultimo Congresso SPI tenutosi a Milano, 22-25 Maggio, 2014.

geneticamente predeterminata” (Fonagy, Gergely, Jurist, Target, 2005, pag 55). Di contro gli autori evidenziano come proprio nel campo genetico vi sia sempre più consapevolezza nel prendere in considerazione l’ambiente “specifico” familiare entro cui il bambino cresce, quello che è stato chiamato *ambiente non condiviso*⁴ (Plomin, Daniels, 1987) “a fare la differenza” (Rutter, et al., 1999a,b; Reiss et al., 2000; Plomin, et al., 1997). Sembrerebbe che anche l’ambiente condiviso abbia una certa influenza nello sviluppo rappresentazionale del bambino dal momento che si è potuto vedere nei casi in cui uno stile genitoriale autoritario possa essere sollecitato dal comportamento oppositivo del bambino oppure l’essere un bambino particolarmente emotivo solleciterebbe nella madre una serie di comportamenti diversi rispetto a quelli favoriti da una madre che si relaziona ad un bambino socievole e con un basso livello di emotività.

A sostegno di questa tesi altri contributi derivano da Miriam Steele che da anni si occupa dello studio sulle rappresentazioni mentali nei contesti di adozione. Ad esempio i risultati di uno studio del 2008 mostrano che vi è un’influenza positiva a lungo termine tra il funzionamento riflessivo del genitore non biologico e il sistema rappresentazionale del figlio adottivo inserito nel nuovo contesto familiare. Lo studio mette in luce le caratteristiche specifiche che ciascun membro della diade genitore - bambino porta nella nuova relazione di attaccamento e sottolinea come alcuni pattern generazionali di attaccamento non biologici possano essere collegati tra genitore e bambino (Steele, M., Kaniuk, J., Hodges, J., Asquith, K., Hillman, S., & Steele, H., 2008). Fonagy e Gergely (Fonagy, et al., 2005) sottolineano come la posizione genetica, che sminuisce l’importanza attribuita alle cure genitoriali sulla formazione delle rappresentazioni mentali del bambino, si basi su false valutazioni della genetica comportamentale.

Questo dibattito viene affrontato nel dettaglio da Gergely nel libro *Developmental Science and Psychoanalysis* del 2007. Gergely esplora i concetti di intersoggettività e nascita del senso del sé partendo dall’approccio del sé cartesiano. La domanda cui

⁴Si fa riferimento all’ambiente di tipo condiviso o non condiviso nei casi di adozione. L’ambiente condiviso indica quelle situazioni in cui ad esempio i fratelli adottati vivono nella stessa famiglia di adozione condividendo gli stessi genitori, lo stesso stile educativo e le esperienze comuni in generale. L’ambiente non condiviso indicherebbe tutte quelle esperienze uniche responsabili appunto delle differenze che ad esempio due fratelli adottati in due famiglie diverse potrebbero esperire. Questo concetto vale anche per le situazioni più comuni in cui fratelli con lo stesso genitore esperiscono situazioni differenti o i genitori si rapportano ai propri figli in maniera diversa: situazioni di figlio prediletto o conflitti con il fratello irrequieto.

L'Autore si propone di rispondere è: "Quali sono le origini socio - ambientali e di sviluppo del nostro senso soggettivo degli stati affettivi del sé?" Per rispondere a tale domanda Gergely parte dalle formulazioni di Cartesio che aveva postulato un'organizzazione innata della mente, quindi un accesso introspettivo primario. Tale approccio, che postula un'organizzazione innata della mente, ha dato vita ad un modello della mente "simulazionista", la cui l'idea centrale prevede che noi ci "mettiamo nei panni degli altri" usando il nostro sé come modello mentale degli altri: dal momento che abbiamo un set di stati mentali identici e interscambiabili attribuiamo agli altri i nostri stati mentali simulati. Secondo Gergely questo approccio ha diverse lacune, in quanto presuppone la disponibilità di accesso diretto agli stati della mente soggettivi intenzionali, implica che esistano degli stati emotivi intenzionali universalmente condivisi da tutto il genere umano e soprattutto riduce al minimo lo spazio per i cambiamenti nello sviluppo indotti dai fattori sociali ambientali.

Pur essendo stato messo fortemente in dubbio e criticato su più fronti dalla filosofia della mente, dalle neuroscienze e dalla psicologia clinica (Csibra, Gergely, 2006; Damasio, 1994; Dennett, 1991), secondo Gergely l'approccio cartesiano esercita tuttora una notevole influenza in molte teorie che ruotano intorno all'intersoggettività che si ritiene caratterizzi l'esperienza mentale dei neonati durante l'interazione con il caregiver nei primi stadi di vita. L'autore afferma che i teorici di quella che è stata nominata "intersoggettività primaria" facciano una serie di assunzioni innatiste forti che non sembrano garantite empiricamente sulla disponibilità iniziale e l'accessibilità introspettiva di stati mentali differenziati nel bambino, così come sulla disponibilità iniziale di meccanismi inferenziali attraverso cui il bambino può identificare ed attribuire stati mentali soggettivi ai suoi partner interattivi.

Questa visione intersoggettivista forte assume⁵ che: i neonati nascono con meccanismi percettivi e inferenziali innati per identificare ed attribuire un insieme ricco di stati mentali soggettivi - come intenzioni, desideri, finalità, sentimenti - alle menti degli altri durante le interazioni sociali contingenti precoci; che all'inizio della vita c'è un insieme relativamente ricco di stati mentali differenziati del Sé - come

⁵ Come esponenti di questa corrente Gergely riporta le posizioni di Trevarthen secondo cui i bambini nascono con una "mente dialogica" (1993) e di Stern (1995), il quale suggerisce che il neonato è in grado di percepire le intenzioni proprie e altrui vedendo oltre i comportamenti osservabili.

emozioni, intenzioni, motivazioni e finalità – accessibili introspezzivamente al neonato e che sfociano in una consapevolezza soggettiva degli stessi; e che questi stati mentali del Sé di cui si fa esperienza soggettiva possono essere riconosciuti come simili o identici agli stati mentali soggettivi corrispondenti mostrati dalle espressioni comportamentali con il caregiver durante le interazioni che si svolgono a turno. Come risultato dei punti precedenti, il neonato fa esperienza di questi stati soggettivi del sé come “condivisi” con la figura di attaccamento.

In contrasto a queste teorie dell'Intersoggettività primaria, Gergely propone un modello alternativo del primo sviluppo del sé all'interno del framework della teoria dell'attaccamento, secondo cui il senso soggettivo del neonato del sé affettivo ha importanti origini sociali inter-relazionali. Il suo approccio alternativo dal punto di vista della teoria clinica e della pratica terapeutica enfatizza che l'Intersoggettività viene vista come un traguardo dello sviluppo e la capacità dell'esperienza intersoggettiva come una proprietà soggettiva emergente del sé, piuttosto che come uno stato di partenza iniziale e universale della vita mentale del neonato. In questa visione il senso soggettivo degli stati del sé differenziali vengono stabiliti come il risultato dell'esperienza ripetuta del neonato con il pattern di reazioni contingenti e con il feedback del rispecchiamento (mirroring) sociale che le sue espressioni automatiche degli stati del sé affettivo - inizialmente non conscie - evocano nel loro ambiente di attaccamento. Descrivendo i meccanismi specifici e i processi psicologici alla base del modello del biofeedback sociale di rispecchiamento affettivo, Gergely sottolinea come questi processi medino le internalizzazioni delle rappresentazioni di secondo ordine per gli stati emozionali primari della costituzione del sé che sono invisibili inizialmente e inaccessibili cognitivamente. In altre parole le interazioni contingenti di rispecchiamento affettivo che avvengono tra madre e neonato giocano un ruolo importante nella costituzione del senso del sé del bambino.

Alla luce di queste riflessioni secondo i due autori (Gergely, 2007 e Fonagy et al. 2005) ciò che conta sono proprio le *esperienze*⁶ che il bambino fa con l'ambiente, ovvero *il modo in cui il bambino percepisce* le relazioni con il suo ambiente primario, ad avere un ruolo cruciale nello sviluppo delle rappresentazioni mentali.

⁶ Si potrebbe intendere in questo senso anche il “fare esperienza” di cui parla Odgen (2001). Attraverso il termine *experiencing*, l'autore sottolinea l'aspetto vitale del concetto che è connesso al modo in cui il bambino si interpone rispetto al vivere nel “qui e ora” attraverso i sensi e con le sue emozioni.

Secondo questa impostazione, i fattori ambientali sono in grado di attivare l'espressione di un gene, ma la sua attivazione non dipende tanto dalla natura di questi fattori, quanto piuttosto dal modo in cui i bambini li sperimentano. Fonagy e Gergely ipotizzano l'esistenza di un *Meccanismo Interpretativo Interpersonale* (IIM, Interpersonal Interpretative Mechanism) che si sviluppa a partire sia dalla predisposizione genetica che dalla relazione di attaccamento. Questo meccanismo potrebbe avere una base neuronale e sarebbe il presupposto della mentalizzazione, intesa non soltanto come un sistema generatore o mediatore delle esperienze di attaccamento, ma anche come il prodotto dei complessi processi psicologici generati dalla vicinanza del bambino con la figura di attaccamento. In questo senso l'ambiente di accudimento fornisce gli strumenti al bambino per sviluppare sensibilità verso gli stati mentali del sé e dell'altro. Ciò avviene attraverso l'interiorizzazione delle risposte di rispecchiamento materno allo stato iniziale del bambino e di sensibilità verso i suoi segnali di bisogno.

Questo processo viene chiamato ipotesi del *bio-feedback sociale*⁷ (Gergely, Watson, 1985) e si basa sulla ripetuta situazione di rispecchiamento materno attivata dalle espressioni affettive del bambino che con il tempo forniscono una graduale sensibilizzazione agli indizi sugli stati interni rilevanti e permettono in questo modo l'identificazione dello stato in cui il bambino si trova. L'emozione empatica fornita dalla madre attiverebbe il sistema di bio-feedback sociale nel bambino rispetto al suo stato emozionale e permetterebbe la costruzione di una rappresentazione mentale di secondo ordine rispetto allo stato emozionale di partenza, organizzando lo stato del sé. Attraverso la sua presenza e attraverso una lettura efficace dei segnali di bisogno del bambino la figura di attaccamento non soltanto fornisce una rassicurazione rispetto allo stato interno di disagio del figlio, ma diventa il mezzo principale attraverso cui il bambino percepisce gradualmente e successivamente comprende il suo stato interno.

Gli autori ipotizzano l'esistenza di un processo, chiamato *Ipotesi della Marcatatura*, grazie al quale il bambino acquisisce gradualmente una piena consapevolezza del suo stato interno. Questo concetto prende spunto dal concetto winnicottiano di

⁷ Questo concetto è stato sviluppato a partire dalle procedure di training del bio-feedback attraverso cui vengono effettuate delle misurazioni di cambiamenti dello stato di alcuni stimoli interni non direttamente percepibili, come ad esempio la pressione sanguigna. Questi cambiamenti vengono rappresentati da uno stimolo esterno equivalente e fatti osservare dal soggetto. L'esposizione ripetuta alla rappresentazione esterna ha come effetto finale la sensibilizzazione allo stato interno e in alcuni casi il controllo sullo stato interno.

rispecchiamento materno e si basa sul presupposto che nella madre esista un particolare stato che contrassegni le espressioni emozionali del bambino nel momento in cui queste vengono colte al fine di contenere, modulare e sdoppiare lo stato iniziale del bambino. Se nel rispecchiamento materno inteso da Winnicott il bambino dirige il suo sguardo alla madre mentre lei lo guarda e si vede nel volto della madre, nell'ipotesi della marcatura avviene qualcosa di più. Per raccontare il processo attraverso il quale il bambino diviene in grado di interpretare che ciò che vede nel volto della madre riflette il suo stato disposizionale, e non quello della madre, gli autori spiegano innanzitutto che l'espressione di rispecchiamento fornito dalla madre non sarà mai perfettamente corrispondente all'espressione del bambino. Questo è necessario in quanto chiarisce l'imperfezione della corrispondenza emotiva tra il rispecchiamento materno e l'espressione iniziale del bambino.

Inoltre il "marcatore" espressivo utilizzato dalla madre serve a rendere salienti le manifestazioni del rispecchiamento affettivo: esagerando tramite il marcatore affettivo l'espressione iniziale del bambino, la madre non solo si sintonizza sul suo stato, ma lo differenzia da quello autentico. In questo senso la funzione del marcatore affettivo ha la funzione di regolare lo stato del bambino e di offrire la possibilità a quest'ultimo di differenziare l'emozione del sé da quella dell'altro. Grazie a questo processo il bambino inizia a percepire il proprio stato interno, differenziandolo da quello dell'altro, esterno. Egli costruirà contemporaneamente due tipologie di rappresentazioni - una per il suo stato interno e una separata per l'interlocutore - e più tardi stabilirà delle rappresentazioni secondarie che verranno associate con gli stati affettivi iniziali. Si formano in questo modo le basi per l'emergere dell'abilità del bambino di controllare e successivamente ragionare sui propri stati interni emozionali.

Approfondendo su questo passaggio si considera il gioco di finzione come il rappresentante dell'esperienza di marcatura. Di fatto al gioco di finzione prendono parte quegli atteggiamenti non verbali come gli sguardi, la postura, il tono di voce o l'utilizzo di oggetti immaginari che ne marcano l'espressione. In questo modo il bambino percepisce che vi è una differenza tra l'espressione reale e quella di finzione. Facendo finta, il caregiver fornisce quell'opportunità di collegare le sue idee e i suoi sentimenti con la realtà, indicando in questo modo una prospettiva alternativa di comprensione.

1.4 Scambi corporei, rappresentazioni, regolazione emotiva

Varie discipline tra cui la Psicoanalisi, l'Infant Research e la Psicopatologia dello Sviluppo sottolineano l'importanza degli scambi emotivi nella relazione con l'altro fin dalla nascita: nella clinica questo aspetto è ancora più evidente se prendiamo in considerazione le rappresentazioni e i movimenti psichici che avvengono nella diade madre-bambino. Gli studi in questo campo promuovono le osservazioni sugli interscambi affettivi precoci tra madre e bambino come base per lo studio delle origini della psiche. Attualmente nella teoria psicoanalitica lo studio della psiche è inserito in un'ottica inter-relazionale che tiene conto fin dagli albori degli interscambi tra neonato e genitori, che si sostanziano nelle reciproche esperienze percettive prima e nei vissuti poi, allargando in questo modo il campo di osservazione ai primi momenti relazionali che avvengono nello sviluppo psichico. Nel contributo di Massimo Ammaniti (2014) all'ultimo congresso SPI tenutosi a Milano, viene sottolineato il passaggio dal modello pulsionale a quello inter-relazionale enfatizzando il ruolo degli scambi affettivi tra neonato e genitori che avvengono prima tramite scambi corporei e poi tramite condivisione delle emozioni. In questo senso il legame tra imitazione ed empatia sembrerebbe strettamente necessario a comprendere e discriminare lo sviluppo di un senso del Sé in contrapposizione al senso del Noi (we - go) (G. Klein, 1993). Queste teorie trovano conferma anche in campo neurobiologico. Vittorio Gallese (2014), parlando di simulazione incarnata, colloca nel corpo i meccanismi allo *statu nascendi* dell'intersoggettività. I neuroni a specchio si attivano quando il soggetto è in empatia con il comportamento dell'altro e ne imita il gesto simulandolo. I neuroni a specchio spiegano neurofisiologicamente cosa avviene nel corpo mentre la mente sperimenta l'interazione empatica con l'altro.

Prima di tutto è quindi il corpo il recettore emotivo dell'altro ed è nel corpo che il neonato inizia le sue esperienze con l'altro e con le proprie emozioni. Per questo il contesto emotivo diventa osservatorio necessario attraverso cui comprendere il modo in cui il bambino crescendo regola le sue emozioni in virtù delle sue esperienze affettive pregresse nell'ambiente primario di accudimento. Diventa così ancora più importante osservare il modo in cui le manifestazioni psicopatologiche nei disturbi del comportamento siano strettamente collegate alla "disregolazione affettiva" (cit

Schore, 2003; 2012) negli interscambi familiari. Studiando le rappresentazioni mentali è possibile accedere a ciò che il bambino ha assimilato (dentro di sé), al suo modello di gestione emotiva partendo dalle sue esperienze affettive con l'altro.

Mettendo insieme i diversi contributi che hanno incrementato le conoscenze sulla psicopatologia nell'infanzia, lo studio delle rappresentazioni mentali diventa più completo e complesso. Prendendo in considerazione l'intreccio dei mondi interni dei membri della famiglia e le esperienze relazionali in un'ottica multidimensionale è possibile comprendere la dinamica dei modelli di comportamento disfunzionali messi in atto: lo sviluppo del bambino viene inteso sia attraverso le connessioni tra ciò che avviene nel mondo interno dell'individuo e l'esterno sia attraverso la comprensione delle dinamiche interpersonali che nel loro complesso concorrono allo sviluppo della personalità e della psicopatologia.

Allo stesso tempo la valutazione diagnostica si muove sempre più spesso in ottica multidimensionale, tenendo presente non solo l'elenco dei criteri sintomatologici per una data patologia, ma esplorando sempre più a fondo il vissuto del bambino e quello genitoriale, nonché le loro reciproche influenze. Muovendoci tra l'intrapsichico e l'interpersonale in un contesto di valutazione che prende in considerazione vari vertici di valutazione è possibile costruire una diagnosi psicodinamica che enfatizzi la dimensione rappresentazionale dei genitori e dei bambini attinente alle aspettative e al vissuto soggettivo delle esperienze relazionali.

1.5 Dall'osservazione del comportamento nella prima infanzia alla valutazione delle narrative nella seconda infanzia

L'interesse per la comprensione del mondo rappresentazionale del bambino sul piano clinico si è progressivamente allargato alla seconda infanzia nelle ultime decadi del secolo scorso. Se per la prima infanzia l'osservazione del comportamento è il campo di interesse privilegiato entro cui poter inferire ciò che il bambino segnala all'esterno del proprio mondo interno, nella seconda infanzia si studiano le rappresentazioni mentali attraverso le narrative che il bambino produce raccontando delle storie. A partire dagli anni Sessanta, molti ricercatori hanno reso applicative le teorizzazioni di Bowlby attraverso una serie di indagini e sperimentazioni in campo clinico. Gli studi pionieristici di Mary Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Waters, Wall, 1978) si sono concentrati sull'osservazione delle strategie di comportamento del bambino messe in atto nelle situazioni di separazione – riunione dal caregiver, in cui è presente anche un estraneo (effettuata tramite la tecnica della Strange Situation), per inferire il modello di attaccamento sottostante. In base a come il bambino reagisce e si comporta nelle situazioni di riunione e separazione sono stati identificati tre principali modelli di attaccamento: sicuro (B); insicuro - evitante (A); insicuro - ambivalente (C). L'interesse per questi risultati ha portato al proliferare delle ricerche che hanno identificato ulteriori modelli di attaccamento definiti "atipici", dal momento che i comportamenti osservati non rientravano nelle tre categorie tradizionali. I modelli atipici maggiormente evidenziati nella letteratura sono: il modello di attaccamento disorganizzato/disorientato (D) (Main, Solomon, 1986, 1990), il modello evitante - ambivalente (A/C) (Crittenden 1985, 1988) e il modello instabile/ambivalente (U/A) (Lyons - Ruth et al., 1987). Questi modelli sembrano essere maggiormente individuabili nei bambini con situazioni familiari problematiche, in caso di maltrattamenti o traumi subiti e/o irrisolti nella storia dell'attaccamento (cfr. Speranza, 2001).

Tuttavia le strategie di attaccamento ci informano sia sul modo in cui il bambino si mette in relazione con il caregiver, sia sul modo in cui il genitore influenza o limita l'accesso a determinate informazioni e su come le diverse situazioni condizionino le capacità del genitore di essere empatico nei confronti del bambino o di rassicurarlo quando ce n'è bisogno. Alcuni autori hanno ritenuto necessario indagare se esista un parallelismo tra le strategie di attaccamento osservate tramite la SSP e lo stato della

mente del genitore e come quest'ultimo influenzi il comportamento di attaccamento del figlio verso il genitore. Main, Kaplan e Cassidy (1985), che per primi hanno trovato evidenze empiriche sulla trasmissione generazionale dell'attaccamento in questa fascia di età, hanno osservato delle correlazioni significative tra le rappresentazioni materne e le modalità di attaccamento dei figli. I risultati mostrano che i bambini valutati come sicuri (B) riflettono prevalentemente uno stato della mente della madre di tipo sicuro/autonomo (F), quelli insicuri – evitanti (A) uno stile della mente della madre distanziante (Ds), i bambini insicuri – resistenti (C) uno stile della mente della madre preoccupato (E) e i bambini disorganizzati – disorientati avevano madri con lutti/traumi non risolti (U). La maggior parte delle ricerche in letteratura evidenzia come le rappresentazioni dei genitori influenzino prima di tutto il loro atteggiamento e il loro comportamento nei confronti del figlio e in secondo luogo il modo in cui il bambino, sulla base delle modalità di relazione con il genitore, costruisca analoghi modelli interni di attaccamento (Bowlby, 1980; Ricks, 1985; Main, Kaplan, Cassidy, 1985; Stern, 1985; Ammaniti, 2001)

Dopo questa prima serie di studi nel campo dell'attaccamento, effettuati con bambini nella prima infanzia, la ricerca e l'osservazione clinica si sono allargate alla seconda infanzia. A partire dagli anni '90 abbiamo assistito a un moltiplicarsi degli studi effettuati in questa fascia di età, che ha portato all'inserimento nell'ultima versione del *Manuale dell'Attaccamento* (Cassidy, Shaver, 2008) di un capitolo specifico sulla seconda infanzia. Kerns (2008) suggerisce di considerare, oltre alle relazioni che i bambini hanno con i loro genitori, anche il rapporto che essi instaurano con i pari, con le insegnanti e/o con gli educatori: in questo senso l'attaccamento è influenzato dal contesto di sviluppo allargato. Sebbene in questo periodo il mondo sociale dei bambini si espanda, i genitori continuano ad avere notevole influenza sul controllo della scelta sociale e delle persone con cui i figli instaurano delle relazioni. Tuttavia, gli importanti cambiamenti che avvengono sul piano cognitivo (legati alla memoria, ma anche alle competenze e agli adattamenti sociali), corporeo (crescita verso la pubertà) e relazionale (legami più forti con i pari e gli altri adulti) inducono modificazioni anche nella supervisione genitoriale. In questo senso Maccoby (1984, cit. in Kerns) si sofferma sui cambiamenti tra la prima e la seconda infanzia nella supervisione genitoriale che va dal controllo genitoriale alla co-regolazione genitore/bambino. Secondo l'autore, il bambino crescendo acquisirebbe gradualmente una maggiore sicurezza e fiducia verso di sé che si

esprime prima attraverso l'assunzione della responsabilità sui propri comportamenti e successivamente attraverso la conquista della fiducia nei confronti dei propri genitori.

In termini di attaccamento, Bowlby (1987) sottolinea come nella prima infanzia il sistema vicinanza-esplorazione con la figura di attaccamento propenda più verso l'esplorazione, mentre nella seconda infanzia si fa riferimento al termine "disponibilità" genitoriale: il termine "vicinanza" indica una vicinanza fisica con il genitore e il termine "disponibilità" sottolinea la predisposizione mentale del genitore verso il bambino, dal momento che quest'ultimo impara a capire che potrà ricongiungersi con il genitore anche quando è distante e sa che potrà restarci in contatto in caso di necessità. Rispetto alla prima infanzia, diminuisce la frequenza con cui si presentano alcuni comportamenti di attaccamento, quali l'aggrapparsi e il seguire e, compiuti i tre anni, il bambino inizia a comprendere i desideri e le aspettative dell'altro ed è in grado di prenderle in considerazione quando sviluppa dei piani o segue degli obiettivi. In altre parole egli diventa in grado di intendere l'altro in termini di rappresentazioni mentali via via più elaborate.

Questo ampliamento di interesse ha portato i ricercatori ad aggiornare le tecniche di osservazione in base alla fascia evolutiva presa in considerazione: l'attaccamento viene di conseguenza studiato sul piano rappresentazionale partendo dalle analisi narrative prodotte attraverso il racconto sul gioco. I contenuti e le forme delle narrazioni vengono trasmessi ai bambini quando sono ancora molto piccoli anche attraverso le fiabe, i racconti e le storie. Jerome Bruner (1986) chiama il pensiero narrativo quella forma di pensiero, che a differenza del pensiero razionale, basato su ragionamenti logici e sulle leggi che ne derivano, si basa sulla logica delle relazioni umane e delle relazioni tra le azioni e gli stati interni corrispondenti.

Questo tipo di pensiero è quello che fornisce senso all'esperienza ed ha un ruolo importante nello sviluppo delle credenze, nelle interpretazioni della realtà e nel significato da attribuire alla propria e altrui esperienza. Per Robert Emde (2003) le narrative forniscono ai bambini e ai loro caregiver i mezzi per regolare, comprendere e comunicare le loro esperienze affettive e per aiutare loro a negoziare i cambiamenti emozionali propri dell'infanzia come la separazione, la rivalità, i conflitti familiari. Vengono intese come forme condivise grazie alle quali si può dare senso all'esperienza e che richiedono una particolare comprensione emotiva. In questo

campo numerosi studi hanno arricchito la conoscenza sul piano rappresentazionale partendo dall'analisi dei resoconti dei bambini ottenuti tramite il metodo del completamento di storie associato al gioco. In particolare un gruppo di ricercatori noto come il *MacArthur Research Network on Early Childhood Transition* – MRNECT, presieduto da Robert Emde e Dennie Wolf, si è riunito condividendo l'interesse comune nell'usare il procedimento del racconto di storia per esplorare il mondo interno dei bambini e costruire tecniche di gioco psicoanalitiche a partire dagli scritti clinici dei pionieri come A. Freud, (1946) Waelder (1933), Winnicott (1958) i quali credevano che i giochi dei bambini rivelassero molto dei loro conflitti psichici e del loro sforzo nel padroneggiare o adattarsi a quei conflitti. Tradizionalmente, i clinici inglesi si sono serviti della *play therapy* per sviluppare inferenze rispetto alla realtà interna del bambino. A partire da Anna Freud, Melanie Klein e Donald Winnicott il gioco è stato utilizzato come uno strumento essenziale per osservare il mondo interno del bambino.

A. Freud (1946), considerava il gioco dei bambini come l'equivalente delle libere associazioni degli adulti: la sua attenzione e le sue interpretazioni si concentravano sulle fantasie inconsce drammatizzate nel gioco e attivate nella relazione di transfert dell'analista. La Klein (1932), che considerava il mondo psichico del bambino come un calderone dominato dalle pulsioni libidiche e aggressive, riteneva il gioco un'esperienza attraverso cui proiettare le proprie angosce e le proprie fantasie inconsce. In particolare l'autrice ha posto l'attenzione sul fatto che durante il gioco l'attività psichica del bambino è fortemente attivata. Mentre gioca, nel bambino agirebbero due importanti principi attraverso i quali egli ha la possibilità di sperimentare e contattare i propri vissuti e le proprie esperienze: l'attribuzione dei ruoli dei personaggi e la loro personificazione, ovvero il rapporto tra i personaggi (Klein, 1929).

Winnicott (1953, 1965) ha utilizzato il gioco infantile introducendo alcune tecniche alternative come quello degli scarabocchi e del racconto di storia per contattare il vissuto interno del bambino e fare inferenze sul suo mondo rappresentazionale. Prendendo ispirazione dalle teorie e dalle scoperte effettuate in questo campo, ma assumendo una prospettiva teorica diversa, i ricercatori del MRNECT hanno maturato la possibilità di costruire una tecnica che mettesse insieme

il gioco al racconto di storia, condividendo l'idea che la via regia per l'accesso ai vissuti e ai conflitti psichici del bambino fosse proprio quella del racconto sul gioco.

L'utilizzo del gioco narrativo ha preso piede e si è rinnovato anche a partire da alcune scoperte effettuate negli anni '80 che ponevano attenzione su quelle capacità evolutive che il bambino possiede e adopera mentre è impegnato in una situazione di gioco quali la comprensione sociale, emozionale e morale (Emde, 1990; Buchsbaum, Emde, 1990) e lo sviluppo del gioco simbolico (Bretherton, 1984; Fein, 1981), del memory – talk, degli schemi (Mandler, 1983) e degli script (Waters, Rodrigues, Ridgeway, 1988).

Queste scoperte dimostravano che la capacità narrativa dei bambini in età prescolare e la comprensione di se stessi e degli altri era considerevolmente più complessa di quanto si fosse pensato prima. Un'ulteriore ispirazione per utilizzare i metodi del racconto di storia come finestra sul mondo interiore del bambino, proviene da quegli studi sull'attaccamento che hanno rilevato il legame tra la qualità delle relazioni di attaccamento genitori-bambini e le storie narrative dei bambini emerse tramite un test: il *Separation Anxiety Test* – SAT (Klagsbrun, Bowlby, 1976). Questo test consiste in sei disegni raffiguranti scene di separazione di tipo medio e grave tra genitore e bambino. Il bambino è invitato a raccontare una storia servendosi delle descrizioni standard fornite dall'intervistatore. Main et al (1985) hanno riportato che i bambini di sei anni che producono soluzioni costruttive in risposta agli scenari di separazione e che sanno parlare della separazione con apertura emozionale, ottengono più facilmente punteggi alti nell'attaccamento sicuro quando osservati nella Strange Situation con le loro madri (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Allo stesso tempo anche le madri dei bambini con attaccamento sicuro sono state valutate come capaci di parlare apertamente rispetto al proprio attaccamento infantile alle risposte della *Adult Attachment Interview* - AAI (George, Kaplan, Main, 1985).

Attualmente lo studio delle rappresentazioni mentali attraverso l'analisi delle narrative del bambino nella seconda infanzia costituisce un ricco campo di interesse e molti clinici hanno iniziato ad utilizzare la forma del gioco associato al racconto di storia anche nel contesto della valutazione clinica. John Holmberg sostiene che la tecnica dei completamenti di storia (*story stem*) è stata sviluppata a partire dal presupposto che la tradizione della *play therapy* non si è prestata al rigore dei

protocolli di ricerca ed ha per questo limitato la comprensione delle rappresentazioni mentali in piccoli campioni clinicamente indirizzati (Holmberg et al., 2007). Con lo sviluppo di questo nuovo approccio clinico, avvenuto nell'ultima decade del secolo scorso e basato sulla tecnica dei racconti di storia, si ha la possibilità di accedere a nuovi insight nel mondo interno del bambino che prima potevano essere accessibili soltanto tramite l'osservazione comportamentale. Questo tipo di tecnica non soltanto concentra l'interesse sul gioco spontaneo del bambino e sul tipo di narrazioni prodotte, ma diventa uno strumento utile proprio per l'accesso al mondo rappresentazionale del bambino. La procedura esplora il modo in cui il bambino affronta i problemi tipici della sua età, ponendo enfasi su quelle che sono le aspettative del bambino rispetto alle figure di attaccamento, alle relazioni tra i pari, alla regolazione emotiva, al padroneggiamento dei conflitti.

1.6 Lo Sviluppo della Tecnica Story Stem

L'interesse per questo tipo di procedura nasce già nel 1980 quando Inge Bretherton e i suoi studenti stavano sviluppando una tecnica di inizi di storia per valutare le rappresentazioni dell'attaccamento nei bambini di età prescolare (Attachment Story Completion Task: Bretherton, Ridgeway, Cassidy, 1990) e da quegli studi che hanno messo in luce l'importanza della internalizzazione del significato morale nei bambini di 3 anni⁸, condizione necessaria affinché il bambino possa coinvolgersi nel racconto di storia associato al gioco (Buchsbaum, Emde, 1990). Negli stessi anni alcuni membri del gruppo di ricerca MacArthur (MRNECT), che come abbiamo accennato nel paragrafo precedente, erano interessati all'utilizzo delle narrative come procedura per esplorare le rappresentazioni delle relazioni familiari e dell'attaccamento nei bambini, hanno costruito sulla base del lavoro clinico dei pionieri della play - therapy, un metodo basato sul racconto di storia inteso come finestra rispetto al mondo interno del bambino. Questo sistema prende il nome dal suo gruppo di ricerca: *MacArthur Story Stem Battery* (MSSB) e consiste sul completamento da parte del bambino di inizi di storie o *stem*, dapprima impostati da un intervistatore esperto mediante del materiale giocattolo. Mentre completa la storia al bambino viene presentato del materiale giocattolo che potrà utilizzare per raccontare la storia. Il materiale è composto da personaggi della famiglia: bambini e adulti della Play-mobil e di un arredamento per la casa. L'arredamento è molto semplice ed essenziale. Tale scelta è dettata dal fatto che un materiale troppo dettagliato o particolarmente colorato distrarrebbe il bambino dall'obiettivo del compito.

Lo sviluppo di questa procedura è maturato a partire da una serie di studi antecedenti condotti dai pionieri della MSSB. Possiamo suddividere questo percorso in due fasi: nella prima fase i contributi di Bretherton e Ridgeway, Emde e Buschsbaum, e David Oppenheim vanno a costituire i contenuti delle storie in base ai temi da indagare, quali le aspettative sulle relazioni di attaccamento e le rappresentazioni sul conflitto morale; nella seconda fase, il gruppo di ricerca si

⁸ David Oppenheim e collaboratori hanno fornito prove utilizzando l'approccio del gioco narrativo sulle capacità del bambino di 3 anni di riconoscere entrambi i lati del dilemma morale che viene illustrato attraverso lo story stem e di saperlo risolvere in maniera competente. Mentre nella teoria psicoanalitica tradizionale (Fenichel, 1945; Rapaport, 1967) l'internalizzazione del giudizio morale è considerata conseguenza della risoluzione del conflitto edipico, attorno al quinto anno di vita, nelle teorie delle relazioni oggettuali, teorie dell'attaccamento e psicologia del Sé questa capacità è anticipata (Bowlby, 1969; Kohut, 1971; Sandler, 1960; Winnicott, 1965; Emde et al, 1991; Fonagy, 1995; Main, 1995).

impegna nella sistemazione dei contenuti delle storie in base ai risultati ottenuti dagli studi effettuati, ampliando le tematiche indagate dalle storie che andranno a costituire la batteria finale.

Mentre Bretherton e Ridgeway nel 1990 stavano sviluppando una tecnica chiamata *Attachment Story Completion Task* (ASCT⁹) per la valutazione dei Modelli Operativi Interni impostata su temi specifici di attaccamento quali la paura, il dolore, la separazione e la riunione, Emde e Buchsbaum si occupavano della sperimentazione di una tecnica analoga volta ad indagare l'internalizzazione dei ruoli morali e delle proibizioni. Attraverso uno studio sui bambini maltrattati, Buchsbaum (1992) illustra come lo sviluppo della morale sia strettamente correlato alla regolazione dell'emozione, alla qualità dell'attaccamento e alla regolazione dell'aggressività, e come nei bambini che hanno subito maltrattamenti questo sistema sia fortemente disturbato. Studiando la natura di questo processo di acquisizione, Buchsbaum e Emde (1992) hanno evidenziato come in condizioni non stressanti, un bambino di 36 mesi è capace di produrre rappresentazioni narrative di temi emozionali ed è in grado di rappresentare temi morali in termini di empatia, di comportamento pro sociale, di aderenza dei ruoli, di reciprocità e di aspetti delle relazioni familiari.

Al contrario nei bambini che hanno subito maltrattamento le condizioni stressanti derivate dal maltrattamento, influiscono sulla relazione caregiver-bambino, che media sul processo di internalizzazione della morale, e ne limitano il funzionamento. Per questo motivo diventa ancora più importante attraverso la scelta sistemica dei temi degli stem avere la possibilità di imparare sia sul processo normale di sviluppo della morale sia rispetto al modo in cui le interazioni sociali devianti influenzano in modo disfunzionale questo processo. Di fatto la tecnica narrativa si costituisce come strumento per guidare i successivi interventi con questi bambini.

Il terzo contributo verso la costruzione delle storie definitive deriva da David Oppenheim. Egli si è focalizzato sui temi della separazione e dell'angoscia al fine di valutare il sistema di attaccamento-esplorazione nei bambini di età prescolare prendendo ispirazione dai suoi precedenti lavori clinici (*Attachment Doll - Play*

⁹ Questa procedura include 5 inizi di storia (il succo di frutta versato, il mostro nella stanza, la partenza, la riunione) inclusi successivamente nella MSSB. La messa a punto di questo test è stato avviato sia prendendo spunto dal *SAT* (Klagsburm e Bowlby, 1976) sia dai contributi provenienti dalle teorie di Jean Matter Mandler sugli schemi di storia o sulla grammatica della storia (Mandler, 1983).

Interview ADI¹⁰. Oppenheim., 1997) e dalle ricerche sull'attaccamento di Mary Main che andranno a costituire nella batteria finale alcune scene che attivano risposte di attaccamento vs esplorazione. Nei suoi studi Oppenheim ha costruito delle scale volte a valutare la Apertura Emozionale e il Tono Emozionale constatando come tramite la regolazione di queste due dimensioni, che il bambino attiva mentre produce le narrative in risposta a tematiche potenzialmente stressanti, si possa indagare la qualità della rappresentazione di relazione di attaccamento con il caregiver.

Tuttavia l'autore segnala l'importanza di porre attenzione da parte del ricercatore sulla selezione delle storie da utilizzare riflettendo sui limiti evidenziati da precedenti studi (es Cassidy, 1988). Se nella prima fase si stavano costruendo i contenuti delle storie in base alla tematica specifica da indagare, nella seconda fase si ampliano le storie da inserire nella batteria. Inoltre Emde (1990) e Wolf (Wolf, Ryght, Altshuler, 1984) hanno incluso in questa seconda fase altri aspetti centrali dello sviluppo infantile quali lo sviluppo emozionale, sociale e narrativo e per ogni ambito di interesse sono proliferati gli studi longitudinali in base alla tematica da esplorare. Ad esempio Dennie Wolf e Judy Reilly (1984) si sono occupati di indagare la relazione tra lo sviluppo del linguaggio e la produzione di narrative, Robert Emde (1990) e Helen Buchsbaum (Buchsbaum, Toth, Clyman, Cicchetti, Emde, 1993) si sono interessati del tema dello sviluppo della morale e del conflitto familiare, Inge Bretherton (1990), David Oppenheim (1997) e JoAnn Robinson (Robinson, Mantz-Simmons, Macfie, et al., 1992) hanno ampliato la tematica dell'attaccamento e delle relazioni familiari. Altre tematiche sono state create in virtù delle diverse tipologie di relazioni familiari come il conflitto tra i genitori o quello tra pari, conflitto tra un genitore e il figlio, triadi edipiche; o per diverse aspetti o competenze evolutive come le regole morali (ciò che è permesso o ciò che non è permesso fare), emozioni morali (sentimento di colpa, vergogna, empatia), orgoglio.

Raccolto tutto il materiale, l'intero set di storie definitive è stato testato da Bretherton, Emde e Oppenheim e inserito definitivamente nella MacArthur Story Stem Battery. Nella tabella qui di seguito (si veda *Tab. 1*), riportiamo quelle che sono

¹⁰ E' un'intervista sull'attaccamento e si basa sul completamento da parte del bambino di sei storie. Le storie descrivono dei momenti di separazione e riunione del bambino con la madre come ad esempio una situazione in cui la madre chiede al bambino di andare a giocare in un'altra stanza, la tipica situazione di separazione e riunione al primo giorno di scuola o una scena impostata sulla caduta e il farsi male del bambino.

le 12 storie base e definitive della batteria MSSB. Abbiamo inserito i contenuti e gli autori che hanno sviluppato la tematica indagata attraverso la storia.

Tabella 1. Storie base MacArthur Story Stem Battery

Nome storia	Storia	Personaggi	Tema
Riscaldamento: Festa di Compleanno	La famiglia è in cucina per festeggiare il compleanno	Tutta la famiglia	Attaccamento/ Autorità
1. Il Succo di Frutta Versato (dall'ASCT di Bretherton, Ridgeway, 1990)	La famiglia è in cucina a bere un succo di frutta. Ad un certo punto il bambino si alza dal tavolo e rovescia il succo per terra	Tutta la famiglia	Attaccamento/ Autorità
2. Il Cane Perso/Riunione con il Cane (Oppenheim, 1997)	Mentre la mamma è in casa, il bambino esce per giocare con il cane Barney, ma il cane non si trova. Successivamente il Barney torna	Mamma, Bambino 1, il cane Barney	Attaccamento
3. Mal di Testa della Mamma (Bretherton, Lundquist (1990), con un input da Oppenheim, Buchsbaum, Emde (1990) e altri membri del MNWG)	La mamma e il bambino stanno guardando la televisione insieme. La mamma chiede al bambino di spegnere la tv perché ha mal di testa e il bambino la asseconda. Subito dopo arriva l'amico del bambino che chiede di vedere un programma in televisione.	Mamma, Bambino 1	Dilemma Morale
4. Regalo alla Mamma o al Papà (Bretherton, Lundquist (1990), con un input da Oppenheim, Buchsbaum, Emde (1990) e altri membri del MNWG)	Il bambino torna a casa con un disegno che aveva fatto a scuola. Gli viene chiesto di scegliere se darlo alla mamma o al papà.	Tutta la famiglia	Tema Edipico
5. Tre sono Troppi (Bretherton, Lundquist, (1990) con un input da Oppenheim, Buchsbaum, Emde (1990) e altri membri del MNWG)	Mentre il fratello più grande sta giocando a palla con l'amico, arriva il fratello più piccolo e chiede di giocare anche lui. Il fratello più grande è d'accordo mentre l'amico si rifiuta dicendo "se farai giocare tuo fratello, io non sarò mai più tuo amico".	Bambino 1, Bambino 2, Bambino 3, Mamma, Papà	Conflitto tra Pari
6. Minestra che scotta (Bretherton, Lundquist, (1990) con un input da Oppenheim, Buchsbaum, Emde (1990) e altri membri del MNWG)	La mamma e il bambino sono ai fornelli e stanno cucinando una minestra per la cena. La madre suggerisce al bambino di stare lontano dai fornelli, ma il bambino non resiste alla tentazione di assaggiarne un po' e mentre si avvicina alla pentola fa cadere la minestra a terra, scottandosi la mano.	Bambino 1, Mamma, Papà, Bambino 2	Attaccamento/ Autorità
7. Chiavi Perse (Ridgeway, Bretherton, 1990 da una prima versione dell'ASCT)	Il bambino assiste al litigio dei genitori in cui la madre accusa il padre di aver perso le chiavi di casa	Bambino 1, Mamma, Papà	Conflitto Familiare
8. Dolce Rubato (Bretherton, Lundquist (1990), con un input da Oppenheim,	Mentre passeggiano, la mamma e il bambino si fermano a guardare una torta. La mamma invita il bambino	Mamma, Bambino,	Morale

Buchsbaum, Emde (1990) e altri membri del MNWG)	ad andare via, ma il bambino ruba il dolce.	Venditore	
9. Partenza/Ritorno (dall'ASCT di Bretherton, Ridgeway, 1986)	I genitori partono per un viaggio e i bambini restano a casa con la nonna. Successivamente i genitori fanno ritorno.	Tutta la famiglia	Attaccamento
10. L'Armadietto del Bagno (Buchsbaum, Emde, 1992)	La madre proibisce al bambino e al fratello minore di toccare l'armadietto del bagno dove si trovano le medicine, mentre lei esce a fare delle commissioni. In seguito i bambini iniziano a giocare, ma il fratello più piccolo si taglia sul dito e chiede di avere una benda. La madre ritorna.	Bambino 1, Bambino 2, Mamma	Dilemma Morale
11. La Roccia Scalata(dall'ASCT di Bretherton, Ridgeway, Cassidy, 1990)	La famiglia è al parco e il bambino decide di arrampicarsi su una roccia, ma cade.	Tutta la famiglia	Padronanza/ Attaccamento
12. L'Esclusione (Buchsbaum, Emde, 1990)	La mamma il papà e il bambino sono seduti sul divano di casa . Ad un certo punto un genitore chiede al bambino di andare in camera sua e di lasciarli da soli	Mamma, Papà, Bambino 1	Tema Edipico
13. Il barattolo dei biscotti (Bretherton, Lundquist, (1990) con un input da Oppenheim, Buchsbaum, Emde (1990) e altri membri del MNWG)	La mamma aveva proibito di mangiare i biscotti. I bambini sono in cucina e il fratello più piccolo vuole prendere i biscotti.	Bambino 1, Bambino 2, Mamma	Dilemma Morale
Divertimento familiare	Il bambino intervistato può inventare una storia da solo in una situazione di divertimento familiare.	Tutta la famiglia	Gioco spontaneo

Inoltre c'è una parte di riscaldamento, la storia Festa di Compleanno, che alcuni autori preferiscono utilizzare per far prendere confidenza al bambino con il gioco in caso di forte inibizione e una parte finale, utilizzata da alcuni autori per lasciare che il bambino si separi dal gioco con un'esperienza emotiva positiva. Entrambe le sezioni, il riscaldamento e il divertimento familiare, non vengono valutate. Diversi autori hanno inserito o tolto alcune storie a seconda degli obiettivi prefissati per valutare specifiche performance dei bambini o altri aspetti. Da questa batteria standard sono nati diversi sistemi di codifica che vengono utilizzati oggi nella clinica in varie parti del mondo dell'Europa, degli Stati Uniti e dell'Asia. Gli approcci di codifica maggiormente utilizzati possono essere suddivisi in quattro domini orientati al (1) contenuto o tema della storia, (2) l'organizzazione o coerenza del tema, (3) l'espressione emozionale e (4) l'interazione con l'intervistatore (Emde et al., 2003). Inoltre diversi autori hanno

elaborato differenti sistemi di codifica. Oppenheim, ad esempio, ha creato un sistema di codifica supplementare, il *Coding of Parental Representation in Narrative* (Oppenheim, Warren, 1995).

Questo sistema elabora la qualità, positiva o negativa, delle rappresentazioni genitoriali dei bambini. Oppenheim et al. (1997) hanno riportato corrispondenze significative tra le rappresentazioni materne negative dei bambini e i sintomi di angoscia nelle madri ai self-report. Parallelamente Robinson et al. (1992) hanno creato narrative addizionali e messo a punto delle scale volte a valutare l'espressione di divertimento emozionale, della rabbia, di preoccupazione, di tristezza e di ansia. In questo sistema di codifica è stata inoltre costruita una scala sull'emozione sviluppata da Warren, Oppenheim e Emde (1996).

Warren, Mantz-Simmons e Emde hanno sviluppato il *Narrative Emotion Coding*, un sistema di codifica basato sull'esplorazione dei contenuti emozionali nelle risposte dei bambini agli story stem (Warren, 2003). Il gruppo Hodges, Hillman, Steele, (2007) che tratteremo approfonditamente nel prossimo paragrafo, ha costruito cinque nuove storie da affiancare a quelle standard più un sistema di codifica, al fine di esplorare le rappresentazioni mentali e altri aspetti del mondo interno del bambino soprattutto nei casi di maltrattamento o nei bambini con percorsi di adozione. Attraverso una prospettiva tecnologica, alcuni studiosi hanno messo a punto un metodo computerizzato: *Computerized MacArthur Story Stem Battery (CMSSB)*, che permette una valutazione meno complessa riducendo i tempi di somministrazione ed eliminando problemi relativi all'utilizzo della videocamera, oltre a permettere una valutazione simultanea ad un ampio gruppo di bambini. (Minnis, Millward, Sinclair, Kennedy, Greig, Towlson, Read, Hill, 2006).

Emde (2003) suggerisce che la scelta del metodo di codifica dovrebbe essere guidata dagli scopi specifici dello studio che si sta conducendo, così come l'età del bambino e la grandezza del campione. Risultati significativi sono stati ottenuti con tutti i sistemi sopra descritti, ma la coerenza narrativa, così come i temi o le rappresentazioni altamente aggressive, sembrano essere degli indicatori particolarmente esplicativi del grado di adattamento del bambino. Bisogna sottolineare che la valutazione del bambino non è volta a misurare il successo o il fallimento, piuttosto si concentra sul modo in cui il bambino sceglie di interpretare e completare la storia. In questo senso, nonostante il tema da indagare possa essere specifico per ogni storia, il bambino potrebbe scegliere di

sviluppare un particolare tema piuttosto che un altro. Ad esempio il bambino intervistato potrebbe rappresentare un tema di attaccamento durante una storia che indaga lo sviluppo della morale o viceversa.

Questo aspetto suggerisce quindi di tener conto della valutazione complessiva che deve essere affiancata all'approccio di codifica selezionato in precedenza. La MacArthur Story Stem Battery fornisce uno strumento per valutare come i "piccoli" narratori diano un senso all'esperienza affettiva relazionale attraverso il linguaggio simbolico del gioco (Emde et al., 2003).

1.7 Lo Story Stem Assessment Profile: presentazione dello strumento

Uno dei metodi noti in letteratura, basati sul metodo MSSB, è lo *Story Stem Assessment Profile* (SSAP) ideato dal gruppo di Londra dell'Anna Freud Centre (Hodges, Steele, Hillman, 2007). Questa tecnica, che abbiamo inserito nel nostro lavoro di ricerca, comprende oltre ai 7 stem standard selezionati dal MSSB (si veda *Tabella 1*), 6¹¹ stem aggiuntivi ideati dal gruppo di Londra che insieme vanno a comprendere la batteria finale dello SSAP. I 6 stem, illustrati nella tabella qui di seguito (si veda *Tabella 2*), sono stati sviluppati tenendo conto di una serie di aspetti del funzionamento rappresentazionale del bambino quali le relazioni genitoriali, le relazioni tra i pari e tra i fratelli, i conflitti familiari, la modulazione dell'aggressività, i meccanismi di difesa, la padronanza del conflitto. Il materiale utilizzato per questa procedura prevede, oltre all'utilizzo dei personaggi della famiglia (figure Play-mobil) e il materiale per la casa, anche le figure degli animali¹². Nella tabella qui di seguito riportiamo gli stem ideati dal gruppo di Londra con i contenuti specifici per ogni storia.

Tabella 2. Storie "Little Pig". Story Stem Assessment Profile

Nome Storia	Storia	Personaggi
1. Il Pianto	La famiglia è a casa. Il bambino esce e va in giardino e improvvisamente l'intervistatore simula il suono di un pianto di un bambino.	Tutta la famiglia
2. Il Piccolo Maiale	Tutti gli animali sono disposti intorno al tavolo. Un giorno il piccolo maiale si incammina a fare una passeggiata e va sempre più lontano fino a perdersi.	Animali
3. L'Elefante che Calpesta	Gli animali restano sul tavolo e mentre la famiglia è impegnata in un pic-nic nel giardino di casa, arriva un elefante che spaventa tutti .	Tutta la famiglia, animali
4. Biciclette	Mentre la famiglia è a casa, suona il citofono. E' l'amico del protagonista che invita il bambino ad andare a passeggiare con le biciclette. La madre dà il permesso ai bambini, ma li avverte di fare attenzione.	Tutta la famiglia, amichetto

¹¹ Questi stem nel loro insieme sono stati denominati "Little Pig" e prendono il nome dalla prima storia creata dagli autori.

¹² Vengono utilizzati vari gruppi di animali comprendenti i membri della famiglia. Le famiglie sono composte sia da madre, padre e figli, ma anche da gruppi con un solo genitore e uno o due figli. Avere gruppi familiari differenti permette al bambino di identificarsi con il gruppo familiare che sente più attinente alla sua esperienza o di cambiare gruppo familiare a seconda delle vicissitudini più consone ai suoi vissuti interni. Sono inoltre utilizzati un elefante e un coccodrillo. Mentre la figura del coccodrillo permette al bambino di tirare fuori la propria aggressività nel gioco, (in questo caso la valutazione dell'aggressività è ponderata proprio perché ci si aspetta che il bambino manifesti una certa quota di aggressività quando utilizza il coccodrillo), l'elefante rappresenta una figura ambigua che può favorire rappresentazioni sia di tipo positivo che negativo.

	Mentre vanno in bicicletta il bambino cade.	
5. Il Disegno Fatto a Scuola	Tornando da scuola il bambino vuole portare a casa il disegno che ha fatto a scuola.	Tutta la famiglia
6. Mostro/Ladro nel buio (stem di Fonagy et al.,)	Il bambino è nella sua camera a letto mentre il resto della famiglia è al piano di sotto a guardare la televisione. Improvvisamente la luce va via e il bambino sente un rumore provenire dalla stanza e si accorge che c'è un ladro.	Tutta la famiglia

Visualizzando la Tabella 2 nel primo *stem*, “Il Pianto” l’intervistatore mostra la famiglia all’interno della casa e successivamente fa vedere il piccolo protagonista uscire nel giardino di casa e produrre il suono che evoca un pianto di un bambino. Questo primo *stem* viene utilizzato non come un vero e proprio riscaldamento neutrale o positivo come nella MSSB per la “Festa di compleanno”, ma è proposto al fine di trasmettere il messaggio che il compito può concernere non solo aspetti positivi o socialmente attendibili, ma qualsiasi altro aspetto affettivo, anche negativo. In particolare, le valutazioni che si focalizzano su questo *stem* includono il riconoscimento (avvenuto o meno) dell’angoscia del protagonista, il grado di consapevolezza genitoriale legata all’emozione stressante e il modo in cui i bambini rispondono.

Nel secondo *stem*, “il Piccolo Maiale”, vengono utilizzate soltanto le figure degli animali. Questa scelta è stata effettuata per permettere al bambino intervistato di utilizzare figure e giocattoli che non evocano direttamente quelle familiari, in modo tale da non proporre una situazione troppo ravvicinata o realistica in quei bambini che hanno avuto esperienze familiari infelici e per i quali il contatto emozionale troppo diretto potrebbe favorire risposte difensive troppo intense. Per non provocare quindi ansia ulteriore, in questo *stem* l’intervistatore evita di utilizzare la parola “famiglia” in relazione ai gruppi di animali. L’idea degli Autori è stata quella di creare delle storie da utilizzare con campioni di bambini maltrattati o inseriti in un percorso di adozione. Per questo motivo alcune storie utilizzano animali giocattolo come stimolo, in modo da facilitare la produzione senza avvicinare troppo direttamente il bambino alle esperienze negative vissute. Questa storia rappresenta una situazione di separazione in cui il piccolo maiale che viveva con i maiali più grandi decide di andare a fare una lunga passeggiata, incontra altri animali e, dopo essere andato sempre più lontano, si perde. Di conseguenza, il piccolo maiale non riesce più a trovare la strada di casa. Anche questa

storia permette una valutazione della consapevolezza/incosapevolezza da parte delle figure adulte rispetto all'allontanamento del maialino e al suo disagio. Si osservano inoltre le risposte degli adulti e dei coetanei rispetto a tale situazione, attraverso specifiche domande fornite in un secondo momento al bambino.

Si indaga sia l'eventuale risposta emotiva fornita dai genitori al momento della riunione (in particolare se gli adulti sono arrabbiati con il protagonista), sia il modo in cui gli adulti fanno fronte all'allontanamento del piccolo protagonista (ad esempio, gli altri maiali sanno che il piccolo maialino si è allontanato? Sono andati a cercarlo per portarlo a casa?). A livello rappresentazionale, questo *stem* invita il bambino a mostrare le sue aspettative rispetto alla risposte potenziali di figure extrafamiliari o dei pari di fronte al dilemma vissuto dal protagonista. La storia consente una grande varietà di risposte, come ad esempio il diniego del problema, l'onnipotenza del bambino, l'egocentrismo, l'aiuto da parte di altri animali, situazioni in cui il protagonista va a vivere temporaneamente con altri animali, l'abbandono o minacce e pericolo senza protezione.

Per lo *stem* successivo "L'elefante che calpesta" sono di nuovo utilizzate le figure degli animali, ma in questo caso sono presentate insieme a quelle delle bambole. Restano infatti gli animali della storia precedente e vengono inseriti i componenti della famiglia. Viene detto al bambino che la famiglia sta facendo un pic-nic nel giardino di casa, quando improvvisamente entra in scena un elefante che inizia a prendere forza e ad avvicinarsi in maniera energica verso il giardino di casa. Gli altri animali e i membri della famiglia sono spaventati dall'arrivo dell'elefante. Questo *stem* introduce esplicitamente una fonte di paura, ma viene rappresentato al fine di far comprendere che l'elefante non è sempre una figura pericolosa. Gli autori (Hodges et al., 2003) hanno scelto appositamente questo tipo di animale pensando ad una figura ambigua: potenzialmente buona, ma allo stesso tempo potenzialmente spaventante. Essi suggeriscono che un animale grosso e potente può evocare ambiguità che è particolarmente utile quando viene proposta a bambini maltrattati. Spesso questi bambini rappresentano modelli genitoriali multipli o non integrati attraverso delle descrizioni che implicano cambiamenti improvvisi da comportamenti buoni a cattivi e tendono a riprodurli attraverso le figure degli animali piuttosto che tramite le bambole (ibidem). L'ansia associata alle figure genitoriali attuali potrebbe inibire la produzione di queste caratteristiche in relazione alle figure delle bambole. Molto importanti per la codifica di questo *stem* sono il modo in cui si comportano le figure genitoriali,

soprattutto se forniscono protezione alla paura del bambino, e la risposta del bambino all'aggressione dell'animale. Alcuni bambini potrebbero infatti negare la rabbia dell'elefante o aumentarne l'aggressività. Altri potrebbero rispondere con un'aggressività moderata o coerente.

Lo *stem* delle "Biciclette" mostra un bambino e il suo amichetto chiedere alla mamma di poter andare in giardino a giocare con le biciclette. La mamma acconsente, ma li avverte di fare attenzione. Nella scena successiva viene mostrato al bambino la caduta del protagonista dalla bicicletta. Questo *stem* è stato creato con l'intento di esplorare la fiducia verso il Sé, verso i pari e gli adulti, l'aspettativa di aiuto e il riconoscimento dell'angoscia. Viene data molta importanza alla creazione di quelle storie dove il bambino sviluppa temi che riguardano la morte o le ferite gravi di uno o più personaggi e le risposte genitoriali a tali accadimenti.

Nell'ultima storia proposta dal gruppo londinese "Il disegno fatto a scuola" viene mostrato un bambino che decide di portare a casa un disegno completato a scuola. Tramite questo *stem* viene data la possibilità al bambino di rappresentare interazioni genitoriali positive senza una richiesta di protezione o conforto. Solitamente i bambini maltrattati tendono a mostrare interazioni genitore-bambino non positive, aggressive o risposte disorganizzate e bizzarre. A volte ignorano il tema della storia e altre volte inseriscono risposte socialmente attese, senza mostrare l'affetto appropriato da parte dei genitori (ibidem).

Inoltre viene utilizzata la storia "Il ladro nel buio" adattata da Fonagy (1992) per la popolazione inglese. Il titolo originale era "Il mostro nel buio" utilizzata per la popolazione nordafricana. In questa storia si indagano le aspettative del bambino rispetto alle risposte di cura e protezione genitoriale. Il protagonista sente un rumore e ha la sensazione di vedere un ladro. All'interno della casa salta l'interruttore della luce e i genitori sono al piano di sotto, lontani dal bambino protagonista. Si indaga quindi il tipo di strategie messe in atto per fronteggiare una situazione potenzialmente spaventante. Alcuni bambini potrebbero utilizzare strategie efficaci rappresentando richieste di aiuto rivolte ai genitori che a loro volta rispondono in maniera protettiva. Altri potrebbero inscenare livelli di aggressività crescente che includono episodi di rapimento o morte di uno dei protagonisti. In particolare i bambini sessualmente abusati potrebbero includere elementi sessuali.

Lo sviluppo e la costruzione di queste sei storie è stato avviato per essere applicato soprattutto nei casi di maltrattamento, di abuso, o nei percorsi di adozione. Ad esempio sono stati effettuati degli studi per valutare la possibilità del cambiamento nelle rappresentazioni di attaccamento nei contesti di adozione (Hodges et al., 2003) o per misurare la trasmissione intergenerazionale dell'emozione attraverso le narrative dei bambini (Steele et al., 2003). I membri dell'Anna Freud Centre hanno anche utilizzato la *Story Stem Procedure* mettendo a confronto le narrative utilizzate dai bambini con esperienza di maltrattamento o abuso con le narrative dei bambini non maltrattati. Particolare interesse è stato rivolto ai casi di adozione. Attraverso la somministrazione dell'AAI e della *Story Stem Procedure*, uno studio di Steele et al. (2003) ha messo a confronto le narrative dei bambini adottati con lo stato della mente delle madri adottive dopo tre mesi dall'adozione. I risultati illustrano come quei bambini, le cui madri sono state giudicate come "insicure" attraverso l'AAI (sia "distanzianti" che "preoccupate"), tendono a fornire maggiormente temi di aggressività, rispetto ai bambini le cui madri sono state giudicate come "sicure" all'AAI. In particolare le madri "insicure-distanzianti" sono incapaci di recuperare episodi della propria infanzia e il loro racconto è prevalentemente basato sul diniego e sulla rimozione. I bambini di queste madri hanno evidenziato, attraverso il completamento di storie, delle difficoltà nel contenimento dell'aggressività.

Inoltre i bambini di quelle madri che hanno ottenuto un punteggio di stato della mente "irrisolto" rispetto ad eventi di vita traumatici passati, hanno ottenuto punteggi alti rispetto ai temi riguardanti l'aggressione da parte dell'adulto, l'inversione di ruolo e punteggi bassi alla capacità di padronanza o risoluzione del dilemma e all'aiuto da parte dei pari. Questo dato indica come i bambini delle madri adottive irrisolte siano meno abili ad utilizzare strategie organizzate per risolvere il conflitto o il dilemma fornito in ciascuna storia. Attraverso questo studio gli Autori mettono in luce come il metodo dei completamenti di storia sia un particolare mezzo per comprendere il mondo interno del bambino in virtù dello stato della mente genitoriale. Infatti anche nei casi di adozione, i genitori non biologici possono influenzare i Modelli Operativi Interni del bambino.

Hodges, Steele e Hillman (2003) hanno inoltre sviluppato un sistema di codifica che aggiunge alla codifica per le MacArthur trentadue temi. I temi sono valutati per ogni singolo completamento di storia. Questo sistema di codifica è stato suddiviso dagli Autori secondo sei domini tematici (Hodges, Steele, Hillman, 2003) :

- 1) Qualità dell'ingaggio (disimpegno, cambiamento forzato, chiusura prematura);
- 2) Disorganizzazione (fantasia catastrofica, risposte bizzarre/atipiche, cambiamento buono/cattivo);
- 3) Aggressione (aggressione coerente, aggressione estrema, punizione fisica);
- 4) Rappresentazione del bambino (il bambino chiede aiuto, il bambino aggressivo, l'impegno del bambino, il bambino ferito/morto)
- 5) Rappresentazione dell'adulto (l'adulto fornisce aiuto, adulto rifiutante, l'adulto mostra affetto, adulto inconsapevole dell'angoscia del bambino);
- 6) Adattamento positivo (riconoscimento dell'angoscia, scene di vita quotidiana, padronanza realistica);

I domini convergono a definire i quattro costrutti di attaccamento valutati dallo SSAP: “Sicuro”, “Evitamento Difensivo”, “Insicuro”, “Disorganizzato” che saranno trattati in dettaglio nel capitolo 3. La valutazione del profilo del bambino consiste nell'assegnazione di un punteggio per ciascuna storia. Il punteggio è basato su una scala a tre punti assegnato sui 39 temi: da 0 = *non presente* a 2 = *molto presente*.

L'approccio di codifica segue un approccio di tipo dimensionale: i punteggi ottenuti non fanno riferimento alla presenza o assenza del costrutto, piuttosto ne indicano il diverso grado di manifestazione. Questo strumento, infatti, non valuta il successo o il fallimento del compito, ma cerca di esplorare le rappresentazioni interne dei bambini rispetto alle figure di attaccamento attraverso il racconto e il modo di affrontare i dilemmi proposti. Inoltre lo SSAP prevede l'utilizzo di alcuni suggerimenti standard che sono utilizzati al fine di richiamare l'attenzione del bambino sulla storia, qualora si distraesse, o per verificare se il bambino mette in atto una strategia.

Ad esempio nella storia “l'esclusione” (si veda la *Tabella 1*), se il bambino non fa riferimento allo stato emotivo presumibilmente negativo provato dal protagonista, gli si chiede “come si era sentito il bambino quando i genitori gli hanno chiesto di andare nella sua stanza e lasciarli da soli?”. Se il bambino risponde “bene”, interpretiamo che stia negando o evitando le emozioni negative. Se risponde “male” annotiamo che il bambino non ha risposto spontaneamente, ma soltanto dopo il suggerimento

dell'intervistatore, cercando di capire se attui tale strategia in maniera sporadica o sistematica.

Questi suggerimenti vengono presentati soltanto dopo che il bambino ha iniziato a rispondere a ciascuno stem, in maniera tale da fornire al bambino la possibilità di padroneggiare spontaneamente il problema della storia. Se questo non avviene il suggerimento fornisce una seconda possibilità di rientrare nella questione del problema dapprima evitato o non risolto. Wolf (2003) afferma l'esistenza di due tipi di abilità che permettono al bambino di rispondere coerentemente agli stem delle storie. Le prime sono le abilità linguistiche che includono l'adeguatezza espressiva nel raccontare storie personali includenti un agente e un'azione, tipicamente acquisite a partire dai 2/3 anni di vita; il secondo tipo di abilità fa parte della capacità del bambino di costruire simbolicamente una sequenza di eventi. Il possesso di tali abilità costituisce il limite di età al di sotto del quale le risposte narrative dei bambini non possono essere raccolte, valutate e interpretate in maniera affidabile. Questo limite può avere differenti interpretazioni funzionali in popolazioni diverse. Ad esempio studi effettuati su campioni di classe media hanno incluso bambini di 3 anni di età, mentre per ottenere risultati affidabili su campioni a rischio, in cui il linguaggio e l'abilità nel mettere in sequenza gli eventi compaiono di solito in età più avanzata, si è dovuto attendere che i soggetti avessero almeno 4 o 5 anni di età (Holmberg et al., 2007).

CAPITOLO 2. I Disturbi del Comportamento

Introduzione

Quando si ha che fare con bambini che presentano una patologia, si considera il bambino e il suo contesto di sviluppo. Nella prassi clinica trattare i bambini con disturbo del comportamento da una parte comporta un'immediata intuizione circa la problematica del bambino sul piano comportamentale, dall'altra genera confusione sulla discriminante diagnostica da tenere in considerazione. Quando viene detto al clinico che sta per incontrare un bambino con disturbo del comportamento questi si potrà immaginare un bambino alle prese con un contesto che fatica a stargli dietro. Spesso viene riferito dagli insegnanti o dagli adulti di riferimento che il bambino che reca fastidio in classe, ai compagni, non segue le regole, e può diventare aggressivo.

Tuttavia, quando il clinico incontra concretamente quel bambino può accadere che, una volta stabilite certe condizioni a lui favorevoli, e instauratosi un clima di fiducia verso le sue capacità, egli appaia attento, organizzato e ricco di quelle potenzialità che fino ad allora non erano state osservate. In questo capitolo esploreremo i disturbi comportamentali partendo dall'osservazione diagnostica intesa come processo in cui osservare il bambino e la sua patologia tenendo presente una serie di linee guida di riferimento. Analizzeremo da un punto di vista teorico e clinico i vari contributi che hanno permesso di considerare in maniera sempre più complessa le dinamiche che intercorrono nello sviluppo di un disturbo comportamentale tenendo a mente lo sviluppo tipico e atipico del bambino. Concluderemo soffermandoci su aspetti importanti nei disturbi comportamentali come lo stato di regolazione emozionale, attinente alle prime esperienze relazionali genitoriali, l'aggressività e le rappresentazioni di attaccamento.

2.1 Disturbi del comportamento: evoluzione dei quadri clinici

Il primo studioso ad individuare dei disturbi sul piano del comportamento nei bambini fu il pediatra George Friederick Still che nel 1902 presentò ad un congresso a Londra una lista di “condizioni psichiche anomale nei bambini”. Le principali caratteristiche descritte dal pediatra si riferivano a problemi relativi all’attenzione, all’auto-regolazione, all’aggressività e al rispetto delle regole. Questi bambini venivano descritti come soggetti estremamente emotivi, con una bassa capacità ad inibire il proprio comportamento e incapaci ad imparare dalle conseguenze negative delle loro azioni. L’interesse per questo tipo di problemi è cresciuto dopo la prima guerra mondiale poiché in quel periodo molti dei bambini guariti dopo un’epidemia encefalitica mostravano segni di disattenzione e bassa capacità nel controllo degli impulsi. Questo tipo di associazione tra la sintomatologia osservata e la post-encefalite generò un collegamento automatico tra la “malattia cerebrale” e il disturbo del comportamento. Vennero prese in considerazione definizioni attinenti ai danni cerebrali anche senza evidenza di tali danni. Nel DSM- II fu introdotta la definizione di “sindrome del bambino iperattivo” (Laufer e Denhoff, 1957). La sintomatologia connessa a tale sindrome coglieva nei bambini alcune caratteristiche tipiche delle Attention Deficit Hyperactive Disorder (ADHD) come l’impulsività, l’aggressività e la scarsa attenzione, ma le considerava soltanto come risultato di un danno cerebrale. Tuttavia nella clinica si osservò che a molti di quei bambini che presentavano tale sintomatologia non venivano riscontrati dei danni cerebrali.

Per molto tempo quindi la sindrome dell’ADHD, e i disturbi del comportamento in generale, sono stati indagati soltanto da un punto di vista prettamente medico ed organico. Dobbiamo aspettare il 1960 per un avanzamento di prospettiva quando la studiosa Stella Chess e i suoi collaboratori (Chess, Thomas, Birch, Hertzog, 1960) per primi hanno messo in risalto i fattori ambientali e ha diretto l’interesse verso un approccio di tipo multidimensionale. In questo senso l’autrice ha evidenziato come diversi fattori quali il temperamento del bambino, la qualità delle cure genitoriali e i problemi genetici (piuttosto che quelli biologici/organici) possano concorrere allo sviluppo di questo tipo di patologia, dichiarando che un cattivo incontro tra madre e bambino possa generare angoscia e successivamente dare origine ai sintomi comportamentali.

Attraverso questo modo di concepire il problema, la Chess (*ibidem*) sottolineava già in quegli anni l’importanza della qualità dei primi incontri tra madre e bambino nello

sviluppo della patologia in età evolutiva. Tramite le sue ipotesi, e considerando la natura dell'incontro tra madre e bambino, la studiosa faceva velatamente riferimento anche a tutte quelle fantasie, e a quelle aspettative che si innescano nella madre già prima che il bambino nasca (Ammaniti, et a., 2006) e concetti oggi noti come sintonizzazione affettiva (Stern, 1985) e regolazione reciproca (Tronick, Cohn, 1989).

Sebbene nel DSM-II (APA, 1968), i quadri clinici connessi al disturbo del comportamento restino sotto la categoria dei disturbi psichiatrici che insorgono in età evolutiva, in questa edizione il contesto ambientale viene preso in considerazione nell'insorgenza dei disturbi comportamentali. I bambini e gli adolescenti che agiscono comportamenti disadattivi vengono descritti facendo riferimento a contesti familiari caratterizzati da schemi educativi eccessivamente punitivi (o al contrario privi di regole) e a contesti sociali particolarmente svantaggiati. L'avanzamento nosografico rispetto alla prima edizione riguarda la suddivisione dei disturbi del comportamento in tre manifestazioni cliniche che fanno riferimento a tre condotte di devianza: condotte di fuga, condotte aggressive e non socializzate e le condotte delinquenziali di gruppo.

Negli anni 80' si inizia a considerare anche l'iperattività valutando i livelli di attivazione motoria che si manifestano nel comportamento: si osserva come in alcuni bambini l'iperattività sia spesso associata all'impulsività e alla disattenzione, mentre in altri casi i problemi di attenzione possano non essere accompagnati da iperattività. Nel DSM-III (APA, 1980) questo aspetto viene sottolineato introducendo la diagnosi Attention Deficit Disorder (ADD) che separa i bambini con problemi di iperattività/disattenzioni da quelli senza problemi di iperattività. Tuttavia nel DSM III-R questa classificazione viene eliminata e si ritorna a considerare la diagnosi di ADHD.

Inoltre le tre manifestazioni considerate nel DSM-II, vengono inquadrare, nel DSM-III secondo tre quadri clinici precisi e vengono introdotte le categorie diagnostiche del Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP) e del Disturbo della Condotta (DC), associate al Disturbo da Deficit di Attenzione ed Iperattività, all'interno della sottocategoria dei Disturbi del Comportamento Dirompente nel capitolo dei Disturbi dell'Infanzia, Fanciullezza e Adolescenza: viene quindi dato rilievo alla differenziazione nelle tre fasce evolutive e a specifici criteri diagnostici secondo un modello categoriale.

Rispetto all'edizione precedente viene dato maggiore peso alla relazione tra le caratteristiche endogene del bambino o dell'adolescente ai fattori ambientali, piuttosto

che alla mera reazione del bambino al contesto evolutivo. Nel DSM-III vengono inseriti i criteri di esclusione che sottolineano l'importanza di distinguere le due categorie diagnostiche DOP e DC, che nonostante condividano i fattori di rischio e i modelli eziologici comuni, evitano, almeno in parte, i problemi relativi alla comorbilità.

A partire dagli '90 c'è stata un'esplosione di ricerche volte a indagare l'eziologia del problema e a introdurre modalità di interventi sia dal punto di vista farmacologico che psicoterapeutico. In quegli anni si è assistito da una parte a un progressivo avanzamento di prospettiva partito da un punto di vista unidirezionale (organico/biologico) e arrivato a un punto di vista multidimensionale (che coinvolge gli aspetti socio-ambientali), dall'altra a un viraggio di prospettiva che approfondisce sempre di più la componente genetica. A tal proposito Barkley (1998) sostiene che l'ereditarietà è una delle eziologie meglio sostanziate nei bambini con ADHD dove l'impulsività gioca un ruolo predominante sia nella conseguente difficoltà del bambino a inibire il comportamento, sia nel mantenimento di una buona capacità riflessiva ed empatica.

Nel DSM-IV (APA, 1995) e nel DSM-IV- R (APA 2000) vengono inseriti nuovi criteri: viene ampliata la descrizione sintomatologica, viene considerata la frequenza di un dato comportamento disfunzionale nel tempo, e viene data maggiore attenzione alla comparazione per età e per livello di sviluppo con i bambini con sviluppo tipico. Questi aggiustamenti permettono al clinico di ridurre la sovrastima clinica. In queste due edizioni le tre categorie diagnostiche, DC, DOP e ADHD, vengono tenute insieme.

2.2 Nuovi Manuali Psicodiagnostici: DSM 5 e PDM. Critiche e avanzamenti di prospettiva

Attualmente in letteratura, i disturbi del comportamento ADHD, Disturbo Oppositivo Provocatorio e Disturbo della Condotta, costituiscono un campo di interesse molto ampio e vengono suddivisi in varie categorie diagnostiche, sebbene alcune delle manifestazioni sintomatiche vengano accumulate nella stessa dimensione. I nuovi criteri diagnostici che erano stati inseriti nella versione DSM-IV-R non sono riusciti a ridurre il fenomeno della elevata comorbilità tra i vari disturbi e a individuare fattori relativi al decorso, alla gravità sintomatologica, alle condotte aggressive e alla prognosi specifici per ogni sottocategoria. Nel DSM-5 (APA, 2013) si è cercato di migliorare la specificità dei descrittori sintomatologici ed è stato aggiunto il criterio dimensionale¹³ accanto a quello categoriale che dovrebbe stimare il grado di intensità del sintomo e l'interferenza che produce nel funzionamento globale dell'individuo.

Rispetto ai disturbi del comportamento le categorie diagnostiche dei DOP e DC sono state separate dal Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività. I primi due sono stati inseriti nella categoria dei Disturbi Dirompenti, del Controllo degli Impulsi e della Condotta, mentre l'ADHD è stata inserita all'interno dei Disturbi del Neurosviluppo. Questa scelta è stata criticata da alcuni autori. Una delle critiche avanzate parte dai dati epidemiologici, che mostrano come i deficit neuropsicologici, caratteristici dei Disturbi da Deficit di Attenzione/Iperattività, al contrario di quello che avviene nella maggior parte dei Disturbi Neuropsicologici, non abbiano stabilità nel tempo e possano in età adulta variare nella manifestazione sintomatologica (Andrews, Pine, Hobbs, Anderson, 2009).

Gli autori che approvano l'inserimento della ADHD nei Disturbi Neuropsicologici, sostengono che nei bambini con questi disturbi, così come in tutti i Disturbi Neuropsicologici, siano presenti delle particolari difficoltà di adattamento evidenti già a partire dall'età prescolare e che rendono il loro funzionamento adattativo pervasivamente e permanentemente deficitario soprattutto nell'area dell'apprendimento (APA, 2013). Per

¹³ In realtà il criterio dimensionale ipotizzato per il DSM-5 non è stato preso letteralmente in considerazione così come ci si aspettava, ovvero tenendo presenti tutti quegli aspetti legati alla soggettività delle esperienze e alla descrizione esperienziale dei sintomi. Questa critica sarà affrontata più avanti in questo paragrafo. Per maggiori dettagli si veda Lingiardi et al. (2011) e Shedler et al. (2010).

quando riguarda i DOP e i DC Hudziak e Achenbach (2007) sottolineano l'importanza di utilizzare una valutazione dimensionale e un approccio evolutivo nella categorizzazione di questi disturbi che condividono la stessa modalità espressiva esternalizzante. Bisogna inoltre considerare che, seppure nel DSM-5 appaiano diverse categorie sotto la classificazione dei Disturbi Dirompenti, del Controllo degli impulsi e della Condotta, non sono state apportate delle modifiche sostanziali nella definizione nel DOP e del DC. Per il DOP, la revisione nel DSM-5 ha proposto la conservazione dei criteri diagnostici individuati nel DSM-IV e ha aggiunto una ripartizione dei descrittori nel *Criterio A* (si veda *Tabella 3*) che segnala la presenza di un pattern persistente di umore arrabbiato/irritabile, comportamenti polemici/sfidanti o vendicativi che durano almeno 6 mesi.

Per il DC i descrittori sintomatologici sono rimasti gli stessi ed è stato aggiunto il sottotipo Callous – Unemotional (si veda *Tabella 3*) che sottolinea nella diagnosi la presenza di aspetti clinici particolarmente severi, fattori di rischio genetici più ampi e specifici aspetti neuro cognitivi (Frick e Moffit, 2010). In definitiva nel DSM-5 sotto la categoria dei Disturbi Dirompenti, del Controllo degli impulsi e della Condotta oltre al DC e al DOP, rientrano il Disturbo della Condotta Callous – Unemotional, il Disturbo Esplosivo Intermittente, il Disturbo della Personalità Antisociale, la Cleptomania e il Disturbo da Comportamento Dirompente Non Altrimenti Specificato.

Tabella 3 DSM-5: descrittori sintomatologici DOP-DC

DISTURBO OPPOSITIVO PROVOCATORIO	DISTURBO DELLA CONDOTTA
Arrabbiato/Ostile	Mancanza o scarso rimorso e senso di colpa
Comportamento polemico/provocatorio	Freddezza, scarsa empatia
Condotte vendicative	Non si preoccupa delle proprie performance a scuola
	Con tratti Callous-Unemotional: Affettività superficiale o anaffettivo

Le revisioni effettuate per il DSM-5 non hanno facilitato l'applicazione per l'età prescolare soprattutto per quanto riguarda il DC. Uno dei motivi è dovuto al fatto che i bambini in questa fascia di età presentano delle manifestazioni comportamentali molto ampie e variabili ed è molto difficile differenziare le condotte oppositive di sfida o di aggressività, che siano fisiologiche per l'età del soggetto, da quelle che invece rappresentano un quadro clinico. Per questo motivo sembrerebbe molto utile affacciarsi all'età evolutiva attraverso un approccio teso a considerare non solo i sintomi del bambino, ma anche la comprensione del suo vissuto all'interno del contesto evolutivo di riferimento e tenendo in mente lo sviluppo tipico e atipico. Questi aspetti permettono al clinico di avere una grande ricchezza di informazioni soggettive dell'individuo senza lasciare da parte gli aspetti evolutivi tipici e atipici per le varie fasce di età.

Questo problema non riflette soltanto la diagnosi nei disturbi del comportamento, quanto piuttosto segue il problema diagnostico di fondo che per anni ha interessato in generale la diagnosi nell'età evolutiva. Il *Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali* nonostante gli sforzi effettuati nella quinta edizione, ha un approccio prettamente categoriale e descrittivo. Uno dei criteri di riferimento presi in considerazione dal manuale è quello relativo alla diagnosi differenziale che, attraverso dei criteri di inclusione ed esclusione, distingue sintomatologie eterogenee per disturbo.

L'impostazione kraepeliana del DSM riflette l'approccio descrittivo, fenomenologico e apparentemente ateorico, che non lascia spazio all'analisi delle dinamiche sottostanti il disturbo. Per questo e per altri motivi gli sono state rivolte molte critiche. Le più importanti, descritte da Blatt e Levy (1998), riguardano l'utilizzo di distinzioni categoriali piuttosto che dimensionali, il fatto che la nomenclatura utilizzata per le diagnosi sindromiche è affiancata ad un modello teorico tipico per i disturbi fisici più che psichici, la scarsa attenzione al costrutto teorico su cui vengono descritti i sintomi delle varie patologie, l'eccessiva sovrapposizione o comorbilità tra disturbi apparentemente distinti, l'arbitrarietà dei cut-off che non sono stati formulati a partire da basi teoriche – empiriche e non giustificano separazione tra normalità e patologia (Lingiardi, 2005).

Inoltre il modello del DSM sembra fornire ideali diagnostici che poco hanno a che fare con la realtà clinica, e sembra non considerare i problemi di tipo transitorio che sono normali per un bambino in alcune fasi specifiche dello sviluppo (Ammaniti, 2001; Benoit, 2000). Rispetto all'inserimento del modello dimensionale nel DSM-5, alcuni autori segnalano la superficialità con cui è stato affrontato questo approccio nell'ultima

versione. Prendendo come riferimento la valutazione dei Disturbo di Personalità, Vittorio Lingiardi et al. (2011) dichiarano che la proposta del modello categoriale-dimensionale resta un modello ibrido senza alcuna delucidazione chiara circa l'interpretazione del clinico. In questo senso come suggerito da Shedler et al. (2010): *“Un utile approccio clinico dovrebbe focalizzarsi sui tipi di persone e non sui tipi di scale di valutazione. L'unità primaria di diagnosi dovrebbe essere una sindrome di personalità - una configurazione o pattern di processi di personalità funzionalmente interrelati, che tengano conto della cognizione, dell'affettività, del funzionamento interpersonale, del comportamento, del tipo di coping e delle difese. I professionisti della salute mentale pensano in termini di sindromi o pattern non in termini di sottocomponenti, o in termini di 30 o più dimensioni di tratto da valutare”*. Parlare di dimensioni in questi termini non sembra aiutare il clinico a focalizzarsi sulla diagnosi, quanto a confondersi circa le terminologie considerate nelle varie dimensioni. L'attenzione di un buon sistema diagnostico non dovrebbe concentrarsi sulle scale likert che favoriscono l'etichettatura, quanto sul contenuto descrittivo degli item selezionati per descrivere il paziente e delle etichette diagnostiche riassuntive (Shedler et al. 2010).

Bisogna poi tenere in considerazione la soggettività del bambino e il modo in cui reagisce ad un particolare momento evolutivo. Ad esempio può accadere che un bambino possa presentare irrequietezza a seguito della nascita di un fratellino e non per questo sviluppare una sintomatologia legata al disturbo del comportamento. Il clinico deve tenere in considerazione questi momenti evolutivi grazie ai quali diventa più facile distinguere un problema da una difficoltà e la comunicazione stessa del sintomo può essere affrontata in maniera diversa. Nel caso evidenziato il bambino potrebbe ad esempio aver bisogno di maggiori attenzioni da parte dei genitori per recuperare la ferita narcisistica causata dalle attenzioni genitoriali verso un altro bambino e comunicando in questo modo il desiderio di essere guardato senza sviluppare un disturbo del comportamento vero e proprio. Per ovviare ad alcuni limiti del DSM sono stati proposti altri sistemi di valutazione più orientati all'infanzia. Uno di questi è la *Classification of Mental and Behavioural Disorder: ICD – 10* (1992) che rispecchia l'atteggiamento del DSM con un'attenzione in più rispetto alle linee guida che il clinico può utilizzare in maniera più flessibile; un altro è la *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorder of Infancy and Early Childhood: 0-3* (1994) (DC: 0-3) che si concentra sulla dimensione relazionale introducendo un asse che focalizza specificatamente la qualità della relazione madre-

bambino e che rappresenta quindi una vera innovazione rispetto all'approccio diagnostico tradizionale.

Recentemente è stato pubblicato in Italia il nuovo manuale diagnostico ad orientamento psicoanalitico, il *Manuale Diagnostico Psicodinamico - PDM* (PDM Task Force, 2006). Questo manuale, sviluppato con l'esigenza empirica di integrare nella tradizione diagnostica le ipotesi nate dalla psicoanalisi clinica, viene impiegato sia per la diagnosi clinica e la formulazione dei casi, sia per la progettazione degli interventi, ponendo attenzione alla comprensione del funzionamento globale dell'individuo. Come affermano Lingiardi e Del Corno (2008), a differenza del DSM, esempio di diagnosi *multiassiale, categoriale e politetica*, la valutazione del PDM può essere considerata invece *multiassiale, multidimensionale e prototipica* in quanto cerca di prendere in considerazione sia le sindromi cliniche, sia l'esperienza soggettiva del paziente, oltre che il profilo globale del funzionamento mentale e le sue singole funzioni, lo stile di personalità, le sue basi strutturali e la sua funzionalità globale nel contesto di vita del soggetto. Inoltre l'attenzione viene rivolta anche alla dimensione relazionale: nel caso dei disturbi del comportamento questi vengono inseriti e trattati sia nella categoria dei disturbi interattivi rispetto all'asse IEC (Disturbo da Comportamento Dirompente e Oppositivo¹⁴) per i neonati e i bambini piccoli, sia nella categoria dell'esperienza soggettiva nell'asse SCA per bambini e adolescenti (Disturbo da Comportamento Dirompente e Disturbo del Funzionamento Mentale). Nella tabella qui sotto riportiamo le i descrittori sintomatologici dei Disturbi del Comportamento come riportati dal PDM nell'Asse SCA.

¹⁴ Sempre in questo asse vengono considerati nei disturbi regolatori dell'elaborazione sensoriale: i pattern IEC205 pattern con deficit di attenzione e disorganizzazione e nelle Difficoltà di discriminazione sensoriale e motorie a base sensoriale il pattern IEC207- comportamento dirompente e altri problemi emotivi e comportamentali connessi.

Tabella 4 PDM:Descrittori Sintomatologici Disturbi del Comportamento

Asse	DISTURBO	DISTURBO	ADHD
SCA/Disturbi del Comportamento	OPPOSITIVO-PROVOCATORIO	DELLA CONDOTTA	
Disturbo da comportamento Dirompente	Scoppi di rabbia Ribellione rispetto alle regole Irritabilità, suscettibilità Storia infantile caratterizzata da scarsa regolazione emotiva, bassa tolleranza alle frustrazioni	Aggressività verso persone e animali Distruzione della proprietà Inganni, menzogne e furti Gravi violazioni delle regole	
Disturbi Neuropsicologici			Mancanza di Attenzione Impulsività Iperattività

Da come possiamo notare anche nella descrizione dei sintomi viene fatto riferimento alla storia familiare del bambino: abbiamo riportato una descrizione esemplificativa per sottolineare come il Manuale tenga in considerazione oltre all'elenco dei sintomi caratteristici per ogni disturbo, la storia e il contesto del disturbo del bambino.

Ad esempio, nel Manuale il pattern manifesto (come ad esempio la distruttività), evidente in ogni sottocategoria dei disturbi comportamentali, viene associato alla scarsa capacità del genitore nel saper imporre i limiti al figlio o a una capacità di contenimento inadeguata che non facilita né attenua i problemi costituzionali e legati alla particolare vivacità del figlio. Viene sottolineata soprattutto la bassa capacità riflessiva del genitore che compromette l'interpretazione corretta dei segnali del bambino. Come esempio vengono riportati le differenti modalità di risposta del genitore alla reattività o ad alcuni specifici segnali emessi dal figlio quali la paura o il piacere. Sembrerebbe che nei casi di risposte inespressive o particolarmente rigide si inneschino nel piccolo dei sentimenti quali la forte rabbia, acting out indiscriminati e comportamenti aggressivi che lasciano il piccolo senza risposte di regolazione reciproche adeguate (Lingiardi, Del Corno, 2008). Oppure nel caso della ADHD viene sottolineato l'aspetto evolutivo, ovvero viene

spiegato che spesso l'iperattività di un bambino diventa evidente attorno al periodo in cui inizia a camminare: questo elemento, se preso in considerazione dal clinico mentre osserva un bambino che presenta iperattività, può essere una guida utile nel discernere un comportamento iperattivo transitorio da un quadro clinico. Offrire una diagnosi che comprenda il percorso evolutivo, i vissuti soggettivi dell'individuo mantenendo allo stesso tempo un punto di vista relazionale è molto importante nella valutazione diagnostica in questo settore perché permette di guardare alla psicopatologia non soltanto come un elenco di sintomi.

Tenere in considerazione il bambino in età di sviluppo aiuta a delineare in maniera chiara quali comportamenti possano essere considerati disfunzionali, a rischio e quali invece rientrino nello sviluppo tipico. Questo approccio moderno di tipo evolutivo possiamo rintracciarlo già all'inizio della psicoanalisi infantile quando Anna Freud (1965) tracciava delle linee evolutive che ancora oggi sembrano essere molto valide per aiutare il clinico ad individuare i segni (che possono essere considerati tipici) di una determinata fase evolutiva e quali invece possono considerarsi a rischio di psicopatologia (atipici). Un esempio di linea evolutiva utile a comprendere il disagio emotivo nei disturbi comportamentali potrebbe essere quella che delinea l'indipendenza fisica, che presuppone l'autonomia emotiva e morale da parte del bambino nei confronti dei propri genitori.

In particolare l'autrice spiega che nei casi di a-sintonia tra madre e bambino la possessività narcisistica della madre nei confronti del corpo del bambino si combina con i desideri di quest'ultimo di fondersi con la madre. Sarebbe che gli impulsi fisici siano determinati dalle soddisfazioni o insoddisfazioni delle risposte ambientali. Di conseguenza se all'inizio il bambino che sperimenta ad esempio la fame non viene soddisfatto nei suoi bisogni, si mostrerà in seguito a disagio nel regolare il suo stato interno di fame (dal momento che l'equazione cibo-madre fornisce la base razionale per la convinzione soggettiva del bambino che ogni rifiuto di cibo è diretto contro di lei personalmente), e successivamente potrebbe avere difficoltà in tutto il sistema di regolazione compreso quello dell'arousal e dell'emozione. Attraverso quest'ottica e considerando i principi di equifinalità e multifinalità della Psicopatologia dello Sviluppo sembra maggiormente utile osservare il bambino che manifesta un disturbo sul piano comportamentale.

Considerare lo sviluppo tipico e atipico per ogni fascia di età e tenere presente le armonie o disarmonie evolutive aiuta a delimitare e circoscrivere il problema e soprattutto a capirne il significato o il tipo di comunicazione che il bambino in quel momento esprime verso il mondo esterno. In questo senso si prende in considerazione anche il vissuto del bambino in riferimento al contesto entro cui cresce.

Un altro contributo che ci consente di osservare il grado e la forma del disturbo in base all'età evolutiva è sicuramente quello che proviene da Rutter e collaboratori nel manuale "Rutter's Child and Adolescence Psychiatric" (V edizione). Gli autori che si occupano dei disturbi del comportamento, Taylor e Sonuga-Barke (2008), suddividono i disturbi del comportamento in Problemi del Comportamento Dirompente, ADHD, Disturbi della Condotta. Nella fascia di età 0-5 vengono considerati i problemi del Comportamento Dirompente, incluse le difficoltà di attenzione e di oppositività. Mentre i Disturbi della Condotta e l'ADHD vengono affrontati lungo tutta la durata dell'infanzia e dell'adolescenza. Nella tabella qui sotto (si veda *Tabella 5*) vediamo come nella ADHD le principali manifestazioni del disturbo, disattenzione, iperattività e impulsività, possono essere osservate in base alla fascia di età.

Tabella 5. Tipiche manifestazioni a età differenti¹⁵

	Età Prescolare	Età Scolare	Adolescenza
Disattenzione	Sequenze di gioco brevi(<3min); lascia incomplete qualsiasi attività; non ascolta	Brevi attività (<10min); cambia attività prematuramente; disorganizzato; distratto dall'ambiente	Persiste meno rispetto ai compagni (<30min); non sa mettere a fuoco gli obiettivi di un compito; povertà nel organizzare planning
Iperattività	Scatti vorticosi	E irrequieto quando è prevista una situazione di calma	Irrequieto

¹⁵ Tabella presa da Rutter et al. 2008.

Impulsività	Non ascolta; non ha il senso del pericolo (difficile da distinguere dall'oppositori età)	Non rispetta i turni; interrompe gli altri bambini e farfuglia delle risposte; rompe le regole in maniera sconsiderata; è intrusivo verso i pari; incidenti	Bassa capacità di autocontrollo; si mette a rischio in misura sconsiderata
--------------------	---	---	---

Osservando la tabella possiamo notare come vi sia una gradualità del disturbo con l'avanzare delle età nelle tre manifestazioni comportamentali. Ad esempio, se nel bambino piccolo il livello di attenzione previsto viene considerato in base al mantenimento dell'impegno su un gioco per un minimo di tre minuti, nell'età adolescenziale (e se il problema persiste) può allargarsi alla lettura globale del compito e alla messa a fuoco degli obiettivi. In questo senso potremmo prendere in considerazione come la stessa problematica sia legata all'età e di conseguenza possibilmente osservabile da un punto di vista longitudinale. Infatti, se nella prima infanzia si parla di problemi legati al comportamento, con l'avanzare dell'età, e se questi persistono, possono prendere la forma dei veri e propri disturbi del comportamento: sono poi quelli che arrivano all'attenzione clinica dal momento che i sintomi di irrequietezza, irritabilità e scarsa attenzione vengono maggiormente osservati e presi in considerazione da altri adulti, quali le insegnanti che possono notare più facilmente quando il bambino "disturba" o non è in grado di ascoltare continuamente le regole di comportamento in classe o di un compito. Bisogna anche considerare che negli ultimi anni c'è stato un incremento di diagnosi psichiatriche in età sempre più precoci che mostrano i sintomi dell'aggressività, dell'irritabilità nell'ADHD a 3 anni di età (Lavigne et al. 2009, Kratochvi et al., 2009) e dell'irritabilità dell'aggressività, della mania e dell'ipersessualità nel Disturbo dell'Umore in età prescolare (Baresford et al., 2007; Luby et al., 2009). Hutchison et. al (2010) attraverso uno studio condotto sui bambini in età prescolare con problemi di regolazione dell'umore illustrano che questi bambini riportano nel test del completamento di storia, oltre alle tematiche connesse all'aggressività, dei problemi nel pensiero identificando in questo senso dei precursori che potrebbero, se identificati, migliorare la prognosi evolutiva nelle tappe successive dello sviluppo.

Anche dal punto di vista psichiatrico nella diagnosi si incorre spesso nel problema della coesistenza delle problematiche connesse all'ADHD che possono essere comunemente inserite in altri quadri clinici come ad esempio quelli di tipo neurologico o quelli che si associano con i problemi ad esordio nella prima infanzia (autismo, psicosi infantile) o a altre sintomatologie che si confondono spesso con problematiche adolescenziali¹⁶ o dell'età adulta. Attraverso la ricca rassegna degli studi che hanno contribuito a sviluppare la conoscenza in questo campo viene suggerito che la diagnosi dei disturbi comportamentali è molto complessa e vi è la necessità che venga maggiormente compresa tenendo in considerazione il caso individuale. Inoltre l'importanza di seguire l'approccio della Psicopatologia dello Sviluppo sembra essere cruciale nel mantenere viva l'attenzione sulle tappe evolutive di sviluppo, sull'influenza del contesto di riferimento e sulle forme multiple della patologia.

¹⁶ L'ADHD è spesso presente nei disturbi di personalità antisociale (Young, Gudjonsson, Ball et al., 2003) per di più aumentano le diagnosi dei disturbi bipolari nell'infanzia, in particolare nell'età prepuberale (Leibenluft, Dickstein, 2008).

2.3 Disregolazione emotiva, capacità riflessiva, qualità relazionale

Considerando le critiche nosografiche rivolte ai principali Manuali Diagnostici come il DSM e ICD nelle varie versioni, ma anche gli avanzamenti di prospettiva con l'entrata del PDM e l'ultima versione del DSM, possiamo osservare come si sia arrivati a intendere i disturbi del comportamento su un piano evolutivo in cui la psicopatologia stessa è contestualizzata e osservata nel suo ambiente di riferimento primario. Tenendo in mente i principi della Psicopatologia Evolutiva discussi nel primo capitolo di questo lavoro (si veda *pag.5*) e considerando il contesto evolutivo entro cui il bambino cresce, l'impostazione diagnostica diventa sempre più attenta e complessa.

Nonostante alcune differenze all'interno dei quadri clinici, alcuni autori hanno tracciato un continuum tra le varie categorie diagnostiche concentrandosi sulle dinamiche evolutive e sui meccanismi alla base di questi disturbi. Speranza (2010), analizzando le differenze e i problemi legati alla comorbidità nelle tre manifestazioni diagnostiche dei disturbi del comportamento: Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, Disturbo Oppositivo Provocatorio e Disturbo della Condotta, si sofferma sulle connessioni tra i meccanismi del controllo comportamentale e il sistema regolatorio delle emozioni, dell'attenzione e delle funzioni esecutive. In particolare viene messo in luce come queste capacità siano acquisite dal bambino fin dai primi anni di vita attraverso gli scambi relazionali con il caregiver e dipendano sia dalla qualità di questi scambi, che dal temperamento del bambino.

Le funzioni esecutive permettono di regolare i processi di pianificazione, controllo e coordinazione e di organizzare le azioni in sequenze gerarchiche, oltre che ad avere un ruolo centrale nella pianificazione, nell'attivazione di strategie adeguate e nell'inibizione di risposte inadeguate (Welsh, 2001). Tutti questi processi giocano un ruolo fondamentale nelle capacità attentive e comportamentali del bambino come ad esempio l'inibizione comportamentale. A tal proposito Barkley (1997) spiega che i deficit primari nell'inibizione comportamentale possono interferire con il controllo motorio fino a portare il bambino al sintomo dell'iperattività generando rotture nei processi di regolazione. Di conseguenza i bambini con ADHD mostrerebbero, sul piano comportamentale e sul versante interiore, una forte reattività emozionale: non sarebbero

capaci di prevedere quegli eventi particolarmente carichi a livello emotivo e avrebbero problemi nel valutare l'impatto delle proprie azioni nelle situazioni emotivamente significative, dimostrando scarse capacità sul piano di regolazione degli stati emotivi.

Quando le esperienze primarie con il caregiver sono connotate da asincronie negli scambi affettivi e l'ambiente è poco empatico nei confronti dei bisogni del bambino, questi interiorizza un modello regolatorio emotivo disfunzionale che non gli permette di gestire le proprie e altrui emozioni in maniera adeguata. Questi scambi interferiscono con le funzioni esecutive, che a loro volta indeboliscono le capacità di regolare adeguatamente gli affetti (Speranza, 2010). Si creerebbe cioè un circolo vizioso in cui le capacità di gestione del comportamento e dell'emotività influenzano e sono influenzate dalle qualità relazionali mettendo a rischio la vita affettiva del bambino. Considerando i problemi comportamentali nell'arco dell'età evolutiva, risulta difficile valutare i singoli comportamenti come segni, sintomi o manifestazioni transitorie dello sviluppo, data l'alta variabilità delle condotte e dei comportamenti nelle varie fasce evolutive.

Un utile contributo proviene da Dishion e Patterson (2006) che spiegano come ci possano essere delle forme comportamentali differenti nelle diverse fasce di età. Ad esempio nella seconda infanzia vengono prese in considerazione delle forme di aggressività relazionali che possono portare sia al disturbo oppositivo provocatorio che al disturbo della condotta. Gli autori distinguono tra forme di aggressività mascherata (*covert*: condotte volte al raggiungimento di un obiettivo o al predominio sull'altro) e forme di aggressività esplicite (*overt*: comportamenti aggressivi osservabili, espliciti). L'osservazione di queste manifestazioni aggressive che avvengono all'interno di una relazione (verso i pari, verso gli adulti) e che sono tipiche nella seconda infanzia, ci fa notare ancora una volta quanto per il bambino le relazioni diventino campo privilegiato entro cui comunicare il proprio vissuto interno.

Queste modalità aggressive sembrerebbero derivare da esperienze relazionali precoci con il caregiver poco empatiche e disfunzionali, dal punto di vista emotivo, e ostacolare lo sviluppo di un modello regolatorio adeguato rispetto alle emozioni e in particolare rispetto all'aggressività. Gli studi di Fonagy segnalano che, nei bambini con disturbo della condotta, il funzionamento riflessivo è uno dei mediatori che influisce sulla qualità della relazione tra caregiver e bambino (Fonagy et al., 1998; Fonagy et al., 2002). In questi casi il difficile temperamento del bambino rende arduo per il genitore sintonizzarsi e cogliere in maniera adeguata i suoi stati emotivi. La scarsa sintonizzazione affettiva

provocherebbe nel bambino un'attivazione sempre maggiore del suo stato interno: ne deriva che sia il temperamento del bambino, che la scarsa capacità della madre a sintonizzarsi con lui, si influenzino bidirezionalmente compromettendo la qualità della relazione e del modello auto regolatorio del bambino.

Alla luce di questi contributi possiamo capire come nello sviluppo dei disturbi del comportamento la regolazione emozionale e l'adattamento relazionale e sociale sarebbero aspetti importanti da tenere in considerazione proprio perché ci permettono di comprendere il modo in cui il bambino attribuisce significati emotivi alle proprie esperienze emotive e relazionali. Partendo dai primi scambi con il caregiver il bambino interiorizza un modello regolatorio circa le proprie emozioni che guiderà l'interpretazione dei segnali provenienti dall'interno (emotivi) e dall'esterno (quando è in relazione).

A tal proposito uno studio di Hill et al (2007) mostra come i bambini dai 5 agli 8 anni con problemi di comportamento dirompente abbiano una ridotta capacità di interpretazione interpersonale, in particolare in relazione a tematiche quali la sfida sociale e la provocazione della rabbia e della paura (sentimenti connessi all'attaccamento insicuro). Gli autori mettono in luce come la regolazione dell'emozione e l'adattamento sociale siano alcuni dei sistemi chiave nel disturbo del comportamento dirompente, in quanto influiscono sulle strategie che il bambino sviluppa per fronteggiare i cambiamenti sociali e le richieste emotive tipiche della sua età e che tendenzialmente gli permettono di soffermarsi sul pensiero contenitore delle proprie angosce e/o impulsi distruttivi. I risultati di questo studio mostrano che i bambini con disturbi del comportamento dirompente hanno ridotte capacità nell'interpretazione interpersonale (*intentionality*) e alti livelli di disregolazione aggressiva in risposta alla minaccia, suggerendo l'esistenza di un meccanismo che implica i processi di attaccamento nella regolazione dell'emozione e dell'adattamento sociale. I risultati mostrano inoltre una stretta connessione tra l'attaccamento di tipo insicuro e la bassa percezione e interpretazione negli interscambi relazionali nei bambini con disturbo del comportamento dirompente.

La disregolazione emozionale deriverebbe proprio dall'incapacità del bambino a sintonizzarsi con il proprio e altrui stato emozionale interno creando disfunzioni rispetto all'interpretazione degli scambi affettivi relazionali a discapito di una forte irritabilità che sviluppano attraverso le risposte narrative. L'irritabilità e in generale la regolazione emozionale dello stato interno, hanno anche a che fare con delle dinamiche relazionali che intercorrono quando la relazione tra madre e bambino si sta formando. Ad esempio

alcuni studi riportano che nei casi di depressione materna post partum, fin da subito i neonati tendono ad aumentare il loro livello di attività motoria per attivare l'umore materno con l'obiettivo di garantirsi l'accudimento, sia da un punto di vista analitico che affettivo (Ammaniti, Cimino, Trentini, 2007). Questa situazione, se perpetuata nel tempo, porta il bambino ad aumentare il suo grado di attivazione e produce difficoltà a livello di regolazione dello stato interno, che all'inizio è garantito e favorito dalle cure sintoniche della madre verso i suoi bisogni, mentre successivamente, una volta che tale modello di regolazione è interiorizzato, diventa a carico del bambino.

Anche dal punto di vista biologico sembrerebbe che la regolazione emozionale sia un aspetto disfunzionale nei bambini con ADHD. Heilman, Voeller e Nadau (1991) osservano che una bassa produzione di dopamina nei circuiti striatali prefrontali produce la disattenzione, l'impulsività e l'iperattività della ADHD arrecando danni alle funzioni esecutive della corteccia prefrontale, inclusa la funzione riflessiva. Altri autori studiano questo processo al livello dei neurotrasmettitori e ipotizzano il coinvolgimento dei recettori di dopamina nell'elaborazione della capacità riflessiva. Questa disfunzione sembrerebbe essere legata all'impulsività tipica dei bambini con ADHD che produrrebbe un circuito vizioso di disregolazione nella capacità di sviluppare un senso coeso e ininterrotto di sé e degli altri. Il basso livello di tolleranza alla frustrazione che questi bambini sperimentano originerebbe nella incapacità di collegare e integrare desideri o rappresentazioni degli altri più duraturi nel tempo. A tal proposito Marohn (1991) osserva che questi bambini hanno una scarsa consapevolezza di un mondo psicologico interiore che li indurrebbe a una difficoltà a nominare i sentimenti e a distinguerli confondendo tra loro i sentimenti i pensieri e le azioni.

Sul piano anatomico Yehuda (1998), studiando i casi di disturbo post traumatico da stress, ha osservato come nei casi di stress estremi vi sia un processo di sensibilizzazione cronica nell'asse HPA che rende le persone suscettibili a reagire allo stress con una risposta anomala e disadattiva. Se consideriamo il disturbo del comportamento inserito entro un contesto familiare stressante¹⁷ possiamo ipotizzare come in questi casi gli stressor ambientali siano all'ordine del giorno. In questo senso i bambini con ADHD presentano vulnerabilità costituzionali che modificano l'eccitazione, probabilmente

¹⁷ Per contesto familiare stressante intendiamo un ambiente non in sintonia con i bisogni del bambino, e facciamo riferimento a tutte quelle situazioni a- sintoniche che se ripetute nel tempo convergono a installare delle difficoltà crescenti negli scambi comunicativi: in particolare quelli di tipo emotivo e che concorrono a creare disfunzionalità nella regolazione del proprio stato interno e nelle regolazioni reciproche.

collegate alla mancanza di regolazione dell'asse HPA ipotizzata da Yehuda, in cui livelli bassi di cortisolo creano una difficoltà continua nel porre fine a stati di eccitazione. Shapiro (1965) descriveva i bambini con ADHD come inclini a sviluppare uno stile impulsivo: come suggeriscono molti autori, i bambini impulsivi traducono i loro desideri e i loro bisogni direttamente in azioni senza nessuna mediazione attribuibile al pensiero. I loro desideri non possono svilupparsi in intenzioni sostenute e la loro impulsività produce un circolo vizioso di disgregazione della loro capacità di sviluppare un senso del sé e degli altri coeso. Il basso livello di tolleranza alle frustrazioni non gli permette di integrare o collegare i desideri con gli obiettivi prefissati o gli interessi generali o di formare rappresentazioni più durature di se stessi e degli altri (Bleiberg, 2001).

2.5 Attaccamento e disturbi del comportamento. Contributi di ricerca tramite il metodo dello Story Stem

Come abbiamo accennato nel primo capitolo, la valutazione diagnostica del bambino nella seconda infanzia considera sempre più spesso l'analisi delle narrative prodotte dai bambini tramite il metodo dei completamenti di storia (o story stem) per inferire sulle rappresentazioni mentali connesse all'attaccamento. Costruire storie tramite il metodo story stem aiuta il clinico ad avere una valutazione dello stile dell'attaccamento, ma anche una visione specifica del bambino circa il suo stato emotivo.

La valutazione con lo story stem se da una parte può essere intesa come finestra sul mondo interno e sul vissuto emotivo delle esperienze del bambino, dall'altra parte permette al bambino di mettere insieme e costruire i contenuti emotivi su un piano logico. Questo aspetto è molto importante se consideriamo che nei disturbi comportamentali il bambino ha difficoltà a integrare le proprie esperienze emotive e riordinarle in un pensiero logico. Attraverso l'analisi dei racconti è possibile accedere ad una ricchezza di informazioni sulle rappresentazioni mentali come ad esempio lo sviluppo cognitivo, il conflitto morale, la qualità delle relazioni, il livello di modulazione delle emozioni quali l'aggressività e i meccanismi difensivi. Identificandosi con i personaggi che utilizza mentre racconta una storia, il bambino mette in atto il suo vissuto esperienziale e il modo in cui affronta i normali conflitti di routine come fronteggiare una situazione di separazione dai genitori, risolvere un conflitto fra pari, relazionarsi con fratelli, sfidare la paura dell'estraneo, affrontare temi edipici, ecc. L'analisi del racconto permette al clinico di comprendere il modo in cui il bambino organizza internamente le esperienze e la maniera in cui tali esperienze vengono costruite ed elaborate sul piano emozionale.

Alcuni studi suggeriscono che il metodo dello Story Stem permette l'accesso alle competenze prosociali così come può dare indicazioni rispetto alla psicopatologia o al distress (Emde, Wolf, Oppenheim, 2003). Altri studi enfatizzano l'utilizzo del metodo Story Stem per la valutazione sulla popolazione a rischio (von Klitzing et al., 2000; Warren et al., 1996). Il libro *Revealing the Inner World* di Robert N. Emde, Dennis P. Wolf e David Oppenheim documenta una ricca rassegna di ricerche internazionali che hanno utilizzato la procedura del completamento di storia in vari settori. Ad esempio Warren (2003) riporta diversi studi che dimostrano come la tecnica dello story stem possa essere adattata come strumento di valutazione per una varietà di scopi e illustra

come nuovi stem possono essere introdotti nella batteria in modo da sollecitare emozioni particolari e poter valutare la variazione e la regolazione emotiva. La studiosa sottolinea l'importanza dell'utilizzo dello Story Stem nella pratica clinica perchè permette al clinico di cogliere le problematiche più salienti nel bambino con psicopatologia quali l'attaccamento insicuro, la bassa competenza, l'autostima, i problemi esternalizzanti ed internalizzanti e il maltrattamento. Nel campo degli studi sul maltrattamento, Steele et al. 2009 hanno messo in luce come attraverso le storie i bambini maltrattati tendano a rappresentare le figure genitoriali come punitive o aggressive e hanno sottolineato come le loro esperienze di maltrattamento guidino le rappresentazioni e le aspettative in relazione alla figura di attaccamento. Altri hanno esplorato tramite lo Story Stem le rappresentazioni relazionali nei bambini che vivono nei kibbutz.

Alcuni studiosi che hanno indagato la relazione tra lo stile di attaccamento e la psicopatologia hanno ottenuto risultati contraddittori (cfr in Greenberg, 1999). Da una parte sono stati presi in considerazione l'adattamento e il funzionamento psicosociale in relazione all'attaccamento in campioni di bambini normali (Arend, Gove, Sroufe, 1979; Wartner, Grossman, Fremmer-Bombik e Suess, 1994; Zimmerman, Grossman, 1994). I risultati mostrano che i bambini con attaccamento sicuro hanno maggiore fiducia in se stessi, maggiore competenza sociale e autostima e relazioni affettive positive. I bambini insicuri mostrano affetti negativi e comportamenti aggressivi verso i pari. Mentre i bambini evitanti si comportano in maniera ostile nelle relazioni o tendono a isolarsi, i bambini ambivalenti sono considerati più deboli, tendono a lamentarsi o a essere impulsivi nelle relazioni.

Dall'altra parte, alcuni studi hanno trovato scarse associazioni tra attaccamento insicuro e esiti psicopatologici (Bates, Maslin e Frankel, 1985, Fagot e Kavanaugh, 1990). Gli studi a lungo termine invece che hanno valutato l'attaccamento nei campioni con alto rischio psicosociale hanno trovato associazioni significative con la psicopatologia (Egeland, Sroufe, 1981; Greenberg, Spelz, DeKlyen, 1993; Lyons-Ruth, Connel e Zoll, 1989). Sebbene lo stile di 'attaccamento non sia un fattore specifico connesso alla psicopatologia, risulta essere un fattore protettivo (attaccamento sicuro) o di rischio (insicuro) rispetto allo sviluppo di psicopatologia in età successive, soprattutto nei casi in cui il contesto è altamente negativo (es: psicopatologia materna) (Dazzi, Speranza, 2005).

Sebbene questi studi mostrino dei risultati contrastanti, l'attaccamento di tipo ansioso – resistente sembra accrescere la tendenza a manifestare sintomi internalizzanti, visto che l'espressione esagerata di questi è proprio una modalità comportamentale tipica dell'attaccamento ansioso-preoccupato (Allen *et al.*, 1998), mentre l'attaccamento evitante o distanziante, legato alla scarsa disponibilità dei genitori, sembra suscitare nel soggetto rabbia e ostilità, portando quest'ultimo a mettere in atto comportamenti inappropriati e devianti, di natura esternalizzata (Allen e Land, 1999).

Altre ricerche hanno osservato la presenza di un attaccamento di tipo disorganizzato nei bambini con disturbo del comportamento sia sul versante esternalizzante che internalizzante (Lyons -Ruth, Jacobvitz, 1999). Questo dato sembra suggerire che i bambini che hanno problemi sui due versanti non abbiano sviluppato delle strategie efficaci contro l'hyperarousal emotiva e gli alti livelli di ansia che mostrano per alleggerire la loro sofferenza (come ad esempio l'inibizione e l'iper-attivazione del comportamento). Altri studi hanno osservato la prevalenza nei bambini con disturbo del comportamento di attaccamento sia di tipo evitante che disorganizzato. Sempre più spesso nel percorso di valutazione clinica vengono presi in considerazione anche gli stili di attaccamento dei genitori per allargare la comprensione del disturbo del bambino al contesto relazionale entro cui crescono. Riportiamo qui di seguito uno schema illustrativo (si veda la *Tabella 6*) di alcune ricerche attuali che prendono in considerazione la valutazione del mondo rappresentazionale del bambino in relazione a quello dei genitori inserendo come strumento di valutazione la tecnica dello Story Stem nelle varie versioni.

Tabella 6 STUDI RECENTI CHE HANNO UTILIZZATO IL METODO STORY STEM

Articolo	Campione	Story Stem	Altri strumenti	Risultati
Howes et al. (2011)	88 bambini messicani 5 anni	MSSB	AAI PAI	Gli autori hanno rilevato delle associazioni tra i punteggi delle madri ottenuti tramite PAI e AAI con la valutazione delle narrative prodotte dai bambini nel MSSB. I bambini le cui madri hanno ricevuto punteggi elevati di sicurezza tramite l'AAI hanno ottenuto punteggi elevati di sicurezza nel MSSB. Bassi punteggi di invischiamento al PAI predicono il livello di sicurezza nello MSSB.
Page et al. (2011)	46 bambini scolari di 6 anni	MSSB	MacArthur Health & Behavior Questionnaire (HBQ)	I risultati mostrano che i costrutti di attaccamento valutati attraverso le scale della MSSB sono associati ai comportamenti di attaccamento valutati tramite HBQ. Queste scale sono in grado di discriminare i bambini socialmente competenti da

				quelli con problemi di rischio psicosociale specifici come i problemi di natura esternalizzanti e isolamento sociale in accordo con i report delle madri da una parte e i problemi internalizzanti e delle insegnanti dall'altra.
von Klitzing, Emde et al (2000)	652 gemelli; campione non clinico dai 5 ai 7 anni	MSSB	CBCL	I risultati indicano che le femmine producono storie più coerenti e con temi di aggressività minore rispetto ai maschi. I temi di aggressività correlano con problemi nel comportamento. I bambini che hanno prodotto storie con alti livelli di aggressività\incoerenza del racconto mostrano problemi del comportamento rispetto ai bambini con bassi livelli di aggressività\incoerenza del racconto. Il sesso del bambino, il contenuto della storia e l'incoerenza del racconto possono indicare un rischio maggiore per i problemi del comportamento.
Nimroody (2008)	30 bambini tra i 5 e i 6,5 anni. 30 donne		Kirsh Attachment Story Recall Task Locked Box Task, AAI RF (funzionamento riflessivo)	Questo studio esamina la relazione tra il livello di funzione riflessiva delle madri e le narrative prodotte nel gioco dei bambini, la memoria e il grado di frustrazione. I bambini le cui madri hanno ricevuto alti punteggi di funzionamento riflessivo hanno mostrato maggiori rappresentazioni mentali positive e una migliore regolazione emotiva rispetto ai bambini della madri con un basso punteggio di funzionamento riflessivo. Non vengono evidenziate differenze significative rispetto alla capacità di ricordo circa le esperienze passate di attaccamento. Tuttavia le madri con un alto livello di RF mostrano un maggior grado di sintonia verso i loro figli nel segmento di riunione al compito del LBT.
Steele et al. (2009)	58 bambini adottati; precedentemente maltrattati; dai 4 agli 8 anni di età	SSAP	AAI	Questo lavoro descrive i risultati di uno studio longitudinale su bambini adottati e precedentemente maltrattati valutati prima e dopo l'adozione presso le loro nuove famiglie. I risultati indicano che i bambini mostrano un maggior livello di sicurezza nelle storie dopo due anni di adozione. Conoscendo lo stato della mente genitoriale rispetto all'attaccamento, è possibile prevedere le qualità della relazione dal punto di vista del bambino nelle prime fasi dell'adozione e due anni dopo.
Pace, Zavattini (2011)	28 bambini adottati tra i 4 e i 7 anni	MCAST	The separation-reunion procedure (SRP) AAI	I risultati mostrano cambiamenti nei patterns comportamentali di attaccamento nei bambini adottati tardivamente da "insicuro" a "sicuro" dopo 8 mesi dall'adozione. I bambini che hanno presentato tale cambiamento sono stati adottate da madri valutate come sicure all'AAI.

Questi studi mostrano delle correlazioni tra la qualità dell'attaccamento genitoriale e le rappresentazioni di sicurezza nei bambini. In particolare sembrerebbe che l'aggressività dei bambini prodotta attraverso le storie sia un aspetto centrale rispetto alla valutazione globale di attaccamento. Ad esempio lo studio di Steele et al del 2009 mette in evidenza come il livello di aggressività prodotto dai bambini maltrattati sia qualitativamente e quantitativamente maggiore rispetto al gruppo di bambini non maltrattati. Mentre l'aggressività prodotta dai bambini non maltrattati resta su un piano coerente e prevedibile, quella suscitata dai bambini maltrattati mostra contenuti estremi, improvvisi e non risolutivi. Questo aspetto sembrerebbe indicare che i bambini che hanno fatto esperienza di un contesto relazionale traumatico e non responsivo rispetto ai bisogni primari di accudimento avrebbero difficoltà rispetto alla modulazione della propria emotività, in particolare dell'aggressività. Se consideriamo i disturbi del comportamento come caratterizzati da una autoregolazione emotiva deficitaria e da una bassa capacità nel controllo degli impulsi potremmo allargare queste riflessioni anche ai soggetti con disturbo del comportamento e ipotizzare che anche nel disturbo del comportamento l'aggressività sia un fattore legato alla difficoltà del legame tra bambino e caregiver soprattutto dal punto di vista affettivo e regolatorio.

Alcuni autori suggeriscono che uno dei fattori di rischio dei bambini con disturbo del comportamento (oltre a quelli di natura temperamentale, sociale e biologica che concorrono allo sviluppo della psicopatologia), è il clima emozionale fortemente disturbato instaurato nella relazione con la figura di accudimento primaria. Questo aspetto viene inteso come potenzialmente traumatico e associato alla successiva incapacità del bambino di modulare adeguatamente il proprio stato emotivo (cfr in Speranza, 2010).

Un altro studio riportato nella *Tabella 6* mostra come i livelli di aggressività possano differire a seconda del genere sessuale dei bambini. Lo studio di von Klitzing et. al (2000) effettuato su un campione di 652 gemelli mostra come nei maschi il livello di aggressività sia maggiore rispetto alle femmine. Questo dato è da tenere in considerazione soprattutto rispetto ai quei dati, ormai noti in letteratura, che suggeriscono l'esistenza nei maschi di una propensione a collocarsi a livello comportamentale su un versante esternalizzante rispetto a quello internalizzante più solitamente associato alle femmine (Achenbach, McConaught, 1997; Ammaniti, Cimino, Petrocchi, 2005).

Solomon George e De Long (1995), somministrando l'ASCT ad un campione di bambini, hanno messo in luce che i soggetti disorganizzati possono mostrarsi totalmente inibiti o agire scenari catastrofici, come la disintegrazione dei personaggi o rappresentare personaggi aggressivi in misura maggiore rispetto ad altri bambini. Miljkovitch e Pierrehumber (2006) spiegano che le rappresentazioni di attaccamento dei bambini siano parzialmente mediatrici dell'equilibrio psicologico, in quanto consentono di ritornare sulle situazioni che sono state fonti d'inquietudine, riuscendo in tal modo a comprenderle meglio e ad assimilarle. Due gli aspetti necessari a tale lavoro di integrazione: il primo riguarda la capacità di rappresentarsi il problema, il secondo si riferisce all'abilità di sottoporlo a regolazione interna, dopo esserselo rappresentato. Secondo alcuni autori (Slade, 1999, Fonagy, Target, 1998) il ruolo di tali abilità rappresentazionali è quello di impedire il passaggio immediato all'atto, nella misura in cui esse consentono che la gestione dell'angoscia avvenga in altro modo rispetto a una scarica motoria. I livelli di aggressività che mostrano i bambini con disturbo del comportamento e quelli con attaccamento disorganizzato sembrano suggerire che vi è una difficoltà ad integrare l'aspetto rappresentazionale con quello emotivo e a regolare lo stato interno in virtù di rappresentazioni potenzialmente spaventati o che richiamano situazioni traumatiche.

Anche se gli studi possono mettere in risalto la relazione tra la qualità delle cure genitoriali, lo stile di attaccamento e il comportamento aggressivo, questo rapporto andrebbe contestualizzato rispetto ad altri fattori quali l'età, le situazioni, la psicopatologia e il tipo di attribuzione che il bambino fa delle sue esperienze. Bisogna poi tenere in considerazione i parametri individuali di ogni bambino in virtù del suo funzionamento psichico come la qualità delle relazioni oggettuali, l'adattabilità delle difese, il grado di regolazione interna emotiva.

2.6 Aggressività e disturbi del comportamento: contributi di ricerca

L'analisi finora si è incentrata sulle critiche rivolte all'approccio diagnostico sui disturbi comportamentali, approccio che tuttora resta legato a problemi di comorbilità o di riduttività categoriale. Tuttavia abbiamo visto che se nell'osservazione clinica vengono prese in considerazione le linee evolutive e lo sviluppo tipico e atipico del bambino con disturbo del comportamento, oltre ai suoi vissuti soggettivi circa le esperienze relazionali, la comprensione della patologia comportamentale risulta più complessa. Questo approccio multidimensionale¹⁸ fornisce la possibilità di accogliere la patologia del bambino allargando l'osservazione al suo contesto di riferimento e tenendo in mente il modo in cui il bambino interiorizza le sue esperienze relazionali ed emotive.

Attraverso la somministrazione del completamento di storia si prende in considerazione il vissuto del bambino rispetto alle sue esperienze quotidiane e si garantisce un'osservazione che va oltre l'elenco dei sintomi riportati. Abbiamo potuto considerare come uno degli aspetti fondamentali nei disturbi del comportamento, messo in evidenza da vari contributi sopra riportati, è quello legato all'aggressività e alla difficoltà del bambino nel saper regolare adeguatamente il proprio stato interno (si veda anche Cap.1). In questo paragrafo affrontiamo il tema legato all'aggressività considerando sempre la natura relazionale di questa dimensione, che ci sembra importante dover sottolineare per comprendere contestualizzando i disturbi che questi bambini manifestano sul piano comportamentale.

Nell'ambito della clinica e della ricerca, i maggiori contributi derivano dalla teoria dell'attaccamento. In questo senso lo studio dell'aggressività nell'età evolutiva mette in luce che uno dei predittori rispetto agli adattamenti (interpersonali) nelle tappe evolutive successive è l'aggressività rivolta verso i pari (Parker, Asher, 1987, Fonagy, Target, 2002). Esistono evidenze sulla correlazione tra aggressività verso i pari e l'attaccamento sia di tipo disorganizzato che di tipo insicuro (Lyons – Ruth, 1996). In una ricerca in questo campo, Sroufe (1983) osserva che i bambini con attaccamento di tipo evitante maltrattano più spesso i loro compagni di gioco, mentre i bambini valutati

¹⁸ Dimensioni legate sia al mondo interno del bambino (che prende in considerazione il suo vissuto e al significato esperienziale), sia a quello relazionale (che prende in considerazione anche il contesto genitoriale nel processo diagnostico).

con attaccamento di tipo ansioso ambivalente tendono ad essere le vittime quando accoppiati con i bambini evitanti. Da alcuni studi successivi, l'autore osserva che i bambini con attaccamento di tipo evitante tendono ad essere maggiormente aggressivi verso i compagni e a manifestare comportamenti di tipo esternalizzante in misura maggiore rispetto ai bambini con attaccamento di tipo ansioso-resistente (Sroufe, 1985, Sroufe, Fleeson, 1986). Una spiegazione rispetto a questo dato è fornita da Eagle (2013) che, riflettendo sulle rappresentazioni tipiche del bambino evitante, sottolinea come questi, avendo una aspettativa dell'altro connessa al rifiuto e provando ostilità preventiva, metta in atto dei comportamenti di rifiuto. Questo meccanismo piuttosto che metterlo al riparo da situazioni di abbandono facilita e rende più probabili le reazioni di rifiuto. Ciò confermerebbe il suo modello operativo interno che perpetua il circolo vizioso innescato dal bambino quando è in relazione con l'altro.

Un altro studio conferma il ruolo dell'attribuzione di senso che si dà alle esperienze subite piuttosto che alle esperienze di rifiuto o di ostilità di per sé. Dodge osserva che non tutti i ragazzi che hanno ricevuto esperienze di rifiuto o di maltrattamento infantile sviluppano un comportamento aggressivo nelle fasi successive dello sviluppo (Dodge et al., 1995).

Sarebbe proprio chi ha interiorizzato uno "stile attribuzionale negativo" ad attivare aggressività verso gli altri. In questo senso torna ad essere in primo piano il ruolo del significato attribuito alle esperienze e quindi al tipo di rappresentazioni sviluppate sulle esperienze vissute (si veda capitolo 1) piuttosto che una ripetizione passiva di un comportamento relazionale subito precocemente. Come abbiamo visto le esperienze relazionali primarie garantiscono il livello e la qualità della regolazione emotiva del bambino e nei casi di disturbo del comportamento questo sistema sembra essere deficitario in virtù di una mancata sintonia affettiva negli scambi relazionali primari.

A sostegno di questa tesi, uno studio di Oppenheim (2003) mostra come la risoluzione emotionale, osservata attraverso il completamento di storie, sia correlata con il funzionamento comportamentale ed emozionale del bambino e con il distress psicologico genitoriale. In particolare in questo studio longitudinale condotto su 45 bambini di età prescolare e i loro genitori, viene messo in luce che una bassa capacità di risoluzione emotiva dei bambini è associata agli alti livelli di ansia e distress dei genitori osservata soprattutto quando sono impegnati a parlare dei problemi emotivi e comportamentali dei propri figli. Le analisi effettuate sulle narrative dei bambini

riflettono non solo il funzionamento del bambino quanto anche il contesto familiare emozionale entro cui cresce. In altre parole il distress genitoriale influenzerebbe la regolazione emozionale del bambino che a sua volta influenza la qualità delle rappresentazioni mentali sviluppate attraverso il completamento di storia. Questi risultati confermerebbero l'evidenza che l'impatto negativo delle esperienze affettive relazionali con il caregiver è reso evidente attraverso la qualità emotiva e delle narrative prodotte attraverso il racconto di storie riflettendo il significato emozionale che il bambino attribuisce alle proprie esperienze.

Alla luce di questi risultati e considerando l'importanza che hanno gli interscambi e le prime esperienze affettive relazionali che, come abbiamo sottolineato nel corso di questi due capitoli, pongono le basi rispetto all'interiorizzazione e alla qualità del modello regolatorio emozionale, possiamo ipotizzare che i problemi che i bambini con disturbi comportamentali manifestano al livello del comportamento possano riflettere problemi più profondi derivati da una bassa capacità nella modulazione delle emozioni (in particolare dell'aggressività) sia rispetto al mondo esterno, attraverso la natura di comportamenti aggressivi e distruttivi verso i pari e verso le relazioni in generale, sia sul piano interno, attraverso una particolare difficoltà rispetto all'interpretazione dei segnali affettivi ed emotivi durante gli inter-scambi relazionali.

Prendendo in considerazione il temperamento del bambino e la difficoltà del genitore a sintonizzarsi in maniera adeguata alle sue richieste; tenendo presente le reciproche influenze che avvengono prima a livello corporeo poi a livello rappresentazionale ed emotivo nella diade; analizzando la qualità dell'attaccamento e la qualità del sistema regolatorio emozionale interiorizzato dal bambino in virtù delle sue prime esperienze emotive relazionali, possiamo intendere i disturbi comportamentali attraverso una cornice più ampia in cui considerare la natura più profonda dell'aggressività che va oltre la mera categorizzazione nelle sue manifestazioni sintomatologiche.

2.6 Aggressività. Contributi psicoanalitici

Da un punto di vista psicoanalitico l'aggressività è stata largamente analizzata da diversi studiosi. Riportiamo in questo paragrafo alcuni contributi attuali e passati che hanno influenzato il modo di intendere l'aggressività considerando il contesto di sviluppo

entro cui il bambino cresce. Senza addentrarci troppo nei modelli di appartenenza di questi autori ci limiteremo in questa sezione a tracciare un filo conduttore all'interno del concetto di aggressività riportando unicamente il supporto teorico che ancora oggi è utile nella comprensione emozionale e psichica dello sviluppo infantile.

Nell'evoluzione della teoria psicoanalitica si è posto sempre di più l'accento sulle distorsioni emotive che avvengono nell'ambiente primario entro cui il bambino cresce, collocando l'osservazione fin dai primissimi stadi evolutivi della mente del bambino. Nella tradizione psicoanalitica classica Sigmund Freud¹⁹ e Melanie Klein intendono l'aggressività come una pulsione agente fin dalla nascita. Freud parla per la prima volta di aggressività osservando le tendenze ostili nelle manifestazioni cliniche quali la nevrosi ossessiva e la paranoia (Laplanche, Pontalis, 1967). Successivamente lo sviluppo teorico viene ampliato e culmina nel saggio *Al di là del principio del piacere* (1920) con il tentativo di cercare un sostrato pulsionale unico e fondamentale dell'aggressività nel concetto di pulsione di morte .

M. Klein allarga questo concetto al mondo infantile e lo sviluppa in virtù delle forze distruttive che il bambino agisce tramite l'identificazione proiettiva con la madre. Per la Klein, le pulsioni aggressive iniziano a prendere forma nel corso del primo anno di vita e si possono osservare già quando il bambino raggiunge la fase orale. Ad esempio l'autrice spiega che in questa fase dello sviluppo spesso si vedono i bambini mordere il seno della propria madre: questa fissazione sarebbe strettamente legata alle tendenze cannibalesche che verrebbero rimosse, come avviene per le tendenze antisociali, dal Super-Io. Nel primo anno di vita possono essere osservate tutte le fantasie e le tendenze rimosse che vengono conservate nell'inconscio: l'individuo ripete l'evoluzione dell'umanità sia sotto l'aspetto biologico che psichico, per cui la forma cannibalesca con cui il bambino aggredisce il seno della madre, mordendolo, è riconducibile a un aspetto filogenetico inconscio rimosso (Klein, 1927).

Anna Freud analizza il tema prendendo in considerazione la fonte, la meta e l'oggetto dell'aggressività. Rispetto alla fonte l'autrice sottolinea come vi siano diverse posizioni sull'origine dell'aggressività che rispecchiano le controversie teoriche in ambito psicoanalitico. Ad esempio, nel campo delle scienze sociali resta aperto il dibattito tra

¹⁹ Dal momento che la teoria psicoanalitica in generale è molto complessa e richiede approfondimenti dettagliati e dato che ogni concetto freudiano in particolare segue l'evoluzione concettuale delle tre topiche, ci limitiamo in questa sezione a delineare il concetto dell'aggressività nella sua più ampia accezione data dagli autori.

chi crede che il comportamento aggressivo abbia una base filogenetica e chi sostiene una tesi ambientalista, sottolineando che l'aggressività sia determinata dalle risposte apprese dall'ambiente e non abbia nessuna base biologica precostituita. Altri autori segnalano invece l'aspetto chimico del comportamento aggressivo, facendolo dipendere dalla stimolazione elettrica o chimica del cervello. A. Freud nota come vi sia un parallelismo tra le posizioni teoriche descritte e le posizioni degli psicoanalisti: la disputa è tra chi attribuisce l'aggressività all'Io, chi all'Es e chi a entrambi. La controversia tra natura-educazione sulla fonte dell'aggressività resta quindi aperta, ed è interessante cogliere le diverse impostazioni suggerite dagli approcci teorici di riferimento.

Per la meta l'autrice descrive una serie di scopi verso i quali tendere, tra cui quelli dettati dall'Io o dal Super-Io, che possono avere sia tendenze distruttive che costruttive come la vendetta, la guerra, l'onore la clemenza, il dominio, o quelli associati alle linee evolutive, sia positivi che negativi, che includono mete orientate all'autoconservazione fino a mete più mature che coinvolgono il narcisismo e l'ambivalenza, intesi come "timoni" per l'aggressività. Per quanto concerne l'oggetto, A. Freud sostiene che la pulsione aggressiva, a differenza di quella libidica, che assume una costanza dell'oggetto²⁰ per divenire indipendente, resterebbe libera e risponderebbe a qualunque oggetto che per le sue caratteristiche e azioni offra un'adeguata provocazione (A. Freud, 1971). Inoltre per la Freud l'aggressività è in stretta connessione con la libido e può costituire un segno normale di un cambiamento evolutivo o disfunzionale quando non corrispondente alla fase tipica del bambino.

Per Winnicott (1958) l'aggressività ha a che fare con la crudeltà primaria ed è associata all'integrazione della personalità del bambino. L'aggressività sarebbe da intendere come disfunzionale quando non è integrata nella personalità insieme ai sentimenti di amore verso la madre e quando la qualità dell'oggetto accudente non è adeguata alla gratificazione e alla frustrazione che il bambino sperimenta in situazioni normali. In particolare per Winnicott l'aggressività è presente prima della integrazione della personalità, cioè rintracciabile fin dai primi movimenti che il neonato emette nel grembo della madre ed è vista, agli esordi, in maniera parziale come sinonimo di attività, per cui attinente ad una accezione positiva, vitale. Successivamente l'autore

²⁰ L'oggetto preso in considerazione in questo passaggio è la madre che come primo oggetto di investimento di appoggio (cioè basato sulle sue funzioni di soddisfacimento e di frustrazione) assicura l'accoglimento dei bisogni del bambino (Anna Freud, 1971 p.1124)

aggiunge all'aggressività pulsionale una qualità affettiva (l'aggressività affettiva) sottolineando che le due tipologie non possono essere studiate separatamente e neanche isolatamente: il comportamento aggressivo del bambino va compreso attraverso il contesto ambientale e attraverso la qualità affettiva dell'accudimento primario nel tempo. L'autore individua tre situazioni: una in cui il neonato, grazie alla mobilità, contatta e scopre l'ambiente effettuando una *esperienza come individuo*; l'altra in cui le pressioni dell'ambiente che insistono sul feto o sul neonato provocano una *reazione alla pressione*; l'ultima è una situazione esagerata in cui si perde l'esperienza individuale e l'individuo (nucleo) si sviluppa come estensione dell'ambiente (involucro) a discapito dello sviluppo dell'individualità in cui egli *esiste per il fatto di non essere trovato* come individuo (nucleo). L'aggressività è quindi inizialmente intesa come un gesto spontaneo che il neonato emette in virtù delle pressioni esterne²¹, ma successivamente il gesto aggressivo può assumere qualità patologiche lì dove incontra ripetuti impedimenti o quando la qualità affettiva dell'ambiente non promuove quei naturali processi di holding e handling²² che garantiscono lo sviluppo sano del bambino. Winnicott suggerisce che non tutti i bambini hanno un potenziale aggressivo in reazione a un urto dell'ambiente. Tuttavia la qualità e le ripetute esperienze di pressione²³ da parte dell'ambiente primario possono generare risposte aggressive. Queste esperienze, se perpetuate nel tempo, possono portare il bambino a manifestazioni patologiche in cui l'aggressività diventa il canale manifesto più evidente attraverso il quale poter osservare un disagio interno inerente a una mancata sintonizzazione affettiva primaria.

Sempre più spesso nella teoria psicoanalitica contemporanea l'aggressività è inquadrata secondo un approccio intersoggettivista che prende in considerazione la co-influenza delle esperienze e degli interscambi emotivi che avvengono tra il genitore e il bambino durante i primi anni di vita a partire dagli scambi corporei fino a quelli intenzionali, verbali. La teoria di Antonino Ferro, che da anni conduce ricerche sulle emozioni, e in particolare sugli stati della mente definiti come stati proto-emotivi, sottolinea che l'aggressività è quell'emozione che insorge quando l'Io del bambino, che non è ancora maturo, fa esperienza di traumi che non è in grado di contenere o non dispone di un

²¹ La pressione esterna è intesa come sia come urto meccanico dell'ambiente a cui segue una reazione, appunto aggressiva, ma vitale (proveniente dall'esterno verso l'utero della madre) sia come pressione emotiva della madre (Winnicott, 1958, p.263).

²² L'holding è la capacità materna di contenere le angosce del bambino, il termine handling fa riferimento al sostegno fisico con cui la madre tiene tra le sue braccia il proprio figlio

²³ Per pressione da parte dell'ambiente Winnicott intende in questo caso le anomalie psichiatriche e lo stato emozionale della madre. (Winnicott, 1958 pag 263)

contesto facilitante che ne contiene l'angoscia scaturita. Non si tratta di eventi dichiarati, identificati ma richiamano in *après – coup* a un ambiente emotivo fortemente disturbato. Secondo Ferro ogni analista è in grado di sintonizzarsi e recepire quegli stati proto-emotivi che veicolano un certo tipo di aggressività e distruttività attraverso cui il paziente reitera la sua esperienza di mancato contenimento, portandosi dietro disfunzioni nel sistema di regolazione emozionale.

Per Ferro l'aggressività è una forza distruttiva, associata come per Freud alla pulsione di morte, e come per A. Freud implica una fonte, una spinta, una meta e un oggetto, ma non è primaria come per la Klein. Egli sostiene che il bambino è sì invaso da forze distruttive al momento della nascita, intesa come trauma, ma già da subito egli cerca di espellere la sua angoscia di morte proiettandole nello psichismo materno. Sarebbe allora la capacità della madre di accogliere e trasformare, già dal primo contatto con il figlio, “attraverso la reverie le particelle di morte di cui sono fatti gli elementi beta” (Ferro, 2009, pp. 18).

A tal proposito Fairbairn (1952) sottolinea che quei bambini che hanno avuto esperienze di non scarso accoglimento, che hanno ricevuto rifiuto o hanno avuto esperienze negative nella prima infanzia, idealizzano e ricercano persone che li rifiutano. Egli ipotizza che questo tipo di idealizzazione sia dovuta al fatto che il bambino assume su di sé la cattiveria dell'oggetto per poter tenere viva la rappresentazione di un oggetto buono. Per l'autore l'aggressività nei confronti della madre potrebbe essere spiegata prendendo in considerazione la presa consapevolezza dell'elemento terzo paterno come colui che separa la coppia fusionale diade madre bambino, oppure la nascita di un fratellino. Si crea un conflitto nella diade/triade in entrambe le situazioni e, per non perdere la madre, il bambino difenderebbe il suo rapporto “esclusivo” sviluppando aggressività. Oppure molti comportamenti possono essere innescati dalla madre stessa che attribuendo al bambino avidità quando ad esempio ha fame, lo lascia aspettare finché il piccolo non si agita compulsivamente tanto da confermare il modello della madre che vede in lui l'avidità (e scatenando anche una problematica legata alla regolazione del proprio stato interno). Già Anna Freud (1946) sottolineava spesso questo difetto di interpretazione quando, osservando sistematicamente la diade madre bambino durante l'alimentazione, ne sottolineava il conflitto diade piuttosto che unidirezionale. L'autrice sosteneva che la madre potrebbe leggere il rifiuto del cibo da parte del bambino come un rifiuto diretto a lei personalmente, e questa convinzione

potrebbe causare un'ipersensibilità nell'affrontare il processo alimentare che sottende la lotta per il cibo da parte della madre. In quest'ottica il conflitto è contestualizzato al momento dell'alimentazione, ma se pensiamo al tipo di funzionamento che si innesca potremmo ipotizzare che quel tipo di funzionamento si possa attivare anche in altre circostanze dove la sintonizzazione emotiva e le regolazioni reciproche fanno da sfondo al contesto relazionale. Questo stile comunicativo asintonico potrebbe portare nel bambino ad una difficoltà nel regolare il proprio stato emotivo interno e a sviluppare quote di aggressività, successivamente e in altri contesti in cui non si sente compreso e "nutrito affettivamente" come nella situazione alimentare appena descritta

Mettendo insieme questi contributi teorici possiamo comprendere in maniera più profonda la natura delle manifestazioni aggressive che si osservano nei bambini con disturbo del comportamento. Partendo dall'osservazione dei comportamenti aggressivi e dalla comprensione che tali manifestazioni assumono a partire dai primi scambi affettivi con l'adulto di riferimento e, osservando le dinamiche che intercorrono tra un mondo interno, pieno di fantasie e tendenze, e uno esterno, dato dalle esperienze che il bambino vive con il suo contesto di accudimento primario, la definizione di aggressività assume un significato più profondo e soggettivo a cui approcciarsi quando si ha a che fare con un bambino con disturbo comportamentale.

Ciò che ci preme sottolineare attraverso i contributi fino ad ora riportati è che lo sviluppo dell'aggressività che notiamo nei bambini con disturbo del comportamento potrebbe derivare da tutti quegli incontri non empatici che iniziano quando la madre incontra per la prima volta il suo bambino e che si perpetuano negli scambi affettivi durante lo sviluppo, creando scompigli all'interno del sistema regolatorio emotivo del bambino. Una delle ipotesi che possiamo avanzare è che già dalla nascita del suo bambino, la madre dà una forma primitiva del proprio bebè soprattutto attraverso la sua qualità contenitiva. Quando la madre incontra il bambino trasforma in immagini le sensazioni corporee e le emozioni del suo bambino, raffigurando ed elaborando le esperienze emozionali che egli non è ancora in grado di fare. Lì dove l'incontro tra madre e bambino non è stato sintonico, si può creare un ostacolo in questo processo e l'aggressività potrebbe essere osservata come reazione emotiva al perpetuarsi degli scambi affettivi asintonici. Le forme di aggressività potrebbero diventare maggiormente osservabili con lo scorrere del tempo, fino ad arrivare alle manifestazioni comportamentali nei disturbi del comportamento.

CAPITOLO 3. LA VALUTAZIONE DEL MONDO RAPPRESENTAZIONALE DEI BAMBINI CON DISTURBO COMPORTAMENTALE NELLA SECONDA INFANZIA: UNO STUDIO ESPLORATIVO CON LO *STORY STEM ASSESSMENT PROFILE*

3.1 Obiettivi

La presente ricerca pone come obiettivo generale un confronto tra un gruppo di bambini con disturbi del comportamento e un gruppo di bambini estratti dalla popolazione normale attraverso l'esplorazione del mondo rappresentazionale. Lo studio di questi aspetti è sviluppato analizzando le narrative ottenute tramite una tecnica del completamento di storie, lo *Story Stem Assessment Profile* (SSAP), somministrato ai bambini e tramite un'intervista ai loro genitori. Sarà analizzato il mondo interno del bambino in relazione allo stato della mente dei genitori e valutato l'effetto che questo ha sul sistema rappresentazionale del bambino. In particolare il primo obiettivo è quello di individuare come i vissuti genitoriali possono preparare il terreno per lo sviluppo e per la psicopatologia del bambino e il modo in cui egli rappresenti i suoi vissuti in base a tali esperienze relazionali. Ponendo attenzione alle rappresentazioni mentali sviluppate attraverso lo SSAP è possibile accedere al modo in cui le esperienze affrontate nella vita di tutti i giorni vengano interiorizzate e rappresentate. Mediante le applicazioni dello SSAP sono state valutate le rappresentazioni dei legami di attaccamento messe in scena nelle storie e le aspettative del bambino di ricevere o meno cura e protezione nei momenti di necessità oltre che valutare il livello di aggressività che il bambino può sviluppare nel racconto.

Le risposte narrative dei bambini si basano sia sulle loro esperienze sia su come essi come individui trattano e possono rappresentare queste stesse esperienze. Non esistono rapporti diretti su situazioni autobiografiche, ma una combinazione di rappresentazione di aspettative sottostanti, di interazioni e di indicatori di emozioni e di regolazione emotiva. Le risposte forniscono una "finestra" sugli schemi di base sottostanti rispetto alle relazioni umane e su come questi influiscano sul bambino, in particolare le relazioni con le figure di accudimento primarie. L'utilizzo dello SSBS nella prassi clinica agevola il clinico a mettere in luce il modo in cui il bambino si pone nelle situazioni di conflitto

(ad esempio le strategie che mette in atto in tali situazioni o il tono emotivo attraverso cui si esprime) e a cogliere il tipo di aspettative che sviluppa rispetto alle relazioni significative, la regolazione emotiva (in particolare il livello di aggressività mantenuto nel gioco), la situazione edipica e i meccanismi di difesa messi in atto nel compito. In questo modo è possibile valutare la patologia secondo un'ottica che prenda in considerazione l'aspetto dinamico della sintomatologia.

Per quanto riguarda i genitori l'utilizzo dell'Adult Attachment Interview ci permette di valutare lo stato della mente genitoriale e di considerare il modo in cui il clima emotivo entro cui il bambino cresce e si sviluppa influisca sul suo vissuto esperienziale, funzionando da filtro rispetto alle aspettative relazionali che influenzano reciprocamente il bambino e il caregiver. In linea con i dati in letteratura (si veda *Schema 1*), ci aspettiamo di ottenere delle correlazioni tra i costrutti di attaccamento dei genitori così come valutati tramite l'AAI e i profili di attaccamento ottenuti tramite lo SSAP.

A livello specifico gli obiettivi presi in considerazione saranno i seguenti:

- Esplorare l'eventuale differenza nelle rappresentazioni mentali tra i bambini clinici e il gruppo di controllo. In altre parole ci aspettiamo di individuare un'eventuale differenza tra i costrutti di sicurezza, insicurezza, disorganizzazione, e l'utilizzo di difese di evitamento così come valutati tramite lo SSAP, tra i due campioni. Molte ricerche hanno esaminato le rappresentazioni interne dei bambini con differenti legami di attaccamento attraverso l'analisi delle narrative (si veda *Tabella 7*). Da alcune di queste emerge che i bambini con attaccamento di tipo sicuro hanno rappresentazioni positive di se stessi e degli altri e mostrano attraverso le storie il bambino-protagonista come competente, rispettabile e la bambola-madre come figura di protezione e conforto (Bretherton et al., 1990; Cassidy, 1988; Solomon et al., 1995). In contrasto, i bambini con attaccamento insicuro inscenano nelle storie il bambino protagonista come indifeso, isolato e/o rifiutato, mostrando allo stesso tempo comportamenti negativi e violenti (Cassidy, 1988; Solomon et al., 1995). Inoltre i bambini "sicuri" producono risoluzioni positive, mentre i bambini "insicuri" concludono le storie in maniera negativa (Bretherton et al., 1990), suggerendo che l'insicurezza nell'attaccamento anticipi esiti situazionali negativi.

Tabella 7. Studi che hanno utilizzato i complementi di storia

Articolo	Campione	Story Stem	Risultati
Warren et al. (1996)	35 bambini Caucasic non clinici, da 5 a 6 anni	MSSB più MacArthur emotion story stem	I risultati suggeriscono che i bambini che producono una storia con un finale negativo hanno difficoltà a completare efficacemente quelle storie che includono temi di separazione e rappresentano il bambino protagonista come incapace di affrontare tali situazioni o in cui il chiedere aiuto può causare ansia ai genitori.
Bretherton, Ridgeway, Cassidy (1990)	20 bambini non clinici	ASCT	I bambini di 36 mesi sono in grado di rispondere ai complementi di storia relativi ai temi di attaccamento. Si riscontrano inoltre differenze individuali nelle classificazioni di attaccamento.
Oppenheim (1997)	35 bambini non clinici di età prescolare	ADI (Attachment Doll-Play Interview)	I bambini che hanno ottenuto punteggi più alti nell'apertura emozionale, hanno descritto positivamente le interazioni madre-bambino e risolto in maniera costruttiva i dilemmi presentati.
Bretherton, Page (2004)	71 bambini di 5-6 anni con genitori separati/divorziati	ASCT più MSSB	Le storie riguardanti l'interazione familiare sono prevalentemente positive, ma i ritratti delle situazioni triadiche rivelano l'iniziale capacità del bambino di capire la complessità di queste dinamiche familiari.
Greenberg et al. (1997)	50 bambini maschi di età prescolare, comparazione tra campione clinico e non clinico	ASCT più 3 storie neutre	I bambini "insicuri" sia nel campione clinico che nel gruppo di controllo mostrano alti livelli di aggressività e bassi livelli di ingaggio con l'esaminatore nelle storie di attaccamento rispetto ai bambini "sicuri". Non sono state osservate differenze per quanto riguarda le storie neutre. I bambini del gruppo clinico mostrano una bassa apertura emozionale, più aggressività o più evitamento rispetto a bambini non clinici.
Steele, Hodges, KJaniuk Hillman (2010)	61 bambini adottati (4-8 anni)	SSAP	I bambini le cui madri adottive hanno ricevuto una valutazione di stato della mente irrisolto, mostrano più alti livelli di aggressione e bassi punteggi ai temi "fratelli e pari forniscono aiuto" e "Padronanza attiva della situazione". I bambini le cui madri sono state valutate come "insicure", hanno ottenuto punteggi alti in tutti i temi di aggressività.

Goldwyn et al. (2000)	Bambini (5-7 anni)	Manchester Child Attachment Story Task - AAI	Associazione tra l'attaccamento disorganizzato nei bambini e stato materno irrisolto.
-----------------------	--------------------	--	---

- Il secondo obiettivo analizza il mondo rappresentazionale del bambino in relazione allo stato della mente del genitore valutando l'influenza che questo ha sulla psicopatologia del bambino sul sistema rappresentazionale. Nel panorama attuale della Psicopatologia dello Sviluppo la ricerca e la clinica sono sempre più attente a prendere in considerazione la comprensione del mondo rappresentazionale del bambino in relazione a quello dei genitori e le influenze che ciascuno ha sull'altro. I risultati della ricerca del gruppo di Londra hanno mostrato il ruolo dell'influenza dello stato della mente genitoriale nei contesti di adozione (Steele et al., 2003). Partendo da quegli studi che si sono interessati di verificare in che modo le preoccupazioni, le fantasie, le aspettative genitoriali sui propri figli influenzino lo sviluppo emozionale e psicosociale del bambino, proponiamo di osservare un'eventuale relazione tra lo stato della mente materno e la qualità della regolazione emotiva nei bambini con disturbo del comportamento. In questo senso siamo interessati a verificare se e quanto la figura di attaccamento possa influenzare lo sviluppo emotivo del bambino con disturbo del comportamento considerando in particolare la dimensione rappresentazionale connessa alle relazioni con gli adulti e all'aggressività.
- Un altro degli obiettivi della presente ricerca concerne l'investigazione dell'eventuale presenza di una relazione significativa tra i costrutti di attaccamento valutati tramite lo SSAP e la dimensione psicopatologica ottenuta tramite gli indici della CBCL. Da vent'anni a questa parte le ricerche sull'attaccamento si sono concentrate nel definire con sempre maggiore chiarezza il modo in cui relazioni di attaccamento disfunzionali nella prima infanzia comportino un rischio psicopatologico per le età successive, suggerendo come le strategie di attaccamento agiscano da fattore di rischio o di protezione. Sembrerebbe che la sicurezza dell'attaccamento agisca come fattore protettivo sia rispetto alla risposta ad un evento traumatico sia rispetto alla insorgenza di psicopatologia (Fonagy, Target, 2001, Dazzi, Speranza, 2005, Liotti 2005, Lyons-Ruth, 1996, Ogawa, 1997, Egeland e Sroufe, 1981; Greenberg, Speltz e DeKlyen, 1993). Parallelamente, altre ricerche hanno dimostrato come gli

attaccamenti insicuri possano essere considerati delle strategie poco ottimali tali da incrementare in maniera significativa la probabilità che un disturbo si verifichi, soprattutto quando sono presenti altri fattori di rischio contestuali. Così ad esempio una condizione di rischio psicosociale, come la povertà, l'aver un unico genitore in famiglia, la psicopatologia materna, contribuiscono sia a creare i fattori predisponenti per lo sviluppo di un attaccamento insicuro, sia a funzionare come ulteriori fattori di rischio (cfr. Speranza, 2008).

- L'ultimo obiettivo è quello di esplorare eventuali differenze rispetto alla regolazione delle emozioni, come ad esempio il livello di aggressività tra i due campioni. Alcune ricerche hanno messo in luce come i bambini con patologia tendono a rappresentare nelle storie temi di aggressività in misura maggiore rispetto ai bambini senza patologia. In particolare negli studi sul maltrattamento, Main e Sroufe (Main, George, 1985; Troy, Sroufe, et. al. 1987) hanno osservato alcune differenze nelle narrative tra bambini abusati sessualmente e bambini non abusati di età prescolare. Le risposte dei bambini maltrattati alle storie riguardanti una situazione di angoscia avvertita dai pari erano di natura aggressiva, mentre quelle prodotte dai bambini non abusati erano prevalentemente di natura empatica. Uno studio di Buchsbaum et al (1992) mostra come lo sviluppo della morale sia strettamente correlato alla regolazione dell'emozione, alla qualità dell'attaccamento e alla regolazione dell'aggressività ed evidenziano come nei casi di psicopatologia tale processo sia fortemente disturbato soprattutto rispetto alla sfera emotiva. Pensiamo che nei bambini con disturbi del comportamento queste tematiche siano fortemente danneggiate e possano essere osservate tramite la qualità delle rappresentazioni connesse alle relazioni con gli adulti e al tema dell'aggressività.

3.2 Ipotesi

In base agli obiettivi prefissati nel presente lavoro, ipotizziamo in primo luogo di:

- 1) Osservare una differenza statisticamente significativa nei costrutti di attaccamento valutati attraverso lo SSAP tra il gruppo di bambini con disturbo del comportamento e i bambini del gruppo di controllo. In particolare ci attendiamo, sull'esperienza dei clinici, che i bambini del gruppo di controllo ottengano punteggi maggiori nel costrutto di

Sicurezza rispetto ai bambini con disturbo del comportamento, in quanto consideriamo che nei bambini con disturbo del comportamento gli alti livelli di ansia, di aggressività e la scarsa regolazione delle emozioni siano elementi (caratteristici di questo disturbo) tali da incidere sui livelli di sicurezza nei bambini. Ci aspettiamo inoltre che i bambini con disturbo del comportamento ottengano punteggi maggiori nella dimensione di Insicurezza e Disorganizzazione. L'attaccamento di tipo insicuro, pur essendo una strategia adattiva nei confronti di un ambiente non ottimale, non facilita un livello generale di adattamento emotivo: in questo senso ci aspettiamo che i bambini con disturbo del comportamento siano più insicuri rispetto al gruppo di controllo. L'attaccamento disorganizzato riflette uno stile di comportamento confuso e poco organizzato sul piano comportamentale e rappresentazionale. Per questa ragione ci aspettiamo che i bambini con disturbo del comportamento presentino alti punteggi nell'attaccamento disorganizzato rispetto al gruppo di controllo.

2) Osservare delle differenze statisticamente significative tra la distribuzione degli attaccamenti delle madri in base al gruppo di appartenenza del gruppo dei bambini con disturbo del comportamento e con il gruppo di controllo. In questo senso pensiamo di osservare un maggior numero di mamme con attaccamento insicuro, così come valutato dalla AAI, nel gruppo di bambini con disturbo del comportamento, rispetto al gruppo di controllo. Al contrario ipotizziamo di osservare un maggior numero di mamme con attaccamento di tipo sicuro così come valutato dalla AAI nel gruppo di controllo rispetto al gruppo con disturbo del comportamento. Ipotizziamo inoltre di osservare delle correlazioni tra la qualità del mondo rappresentazionale delle mamme e quelle dei loro figli.

3) Come terza ipotesi ci attendiamo una correlazione positiva tra i costrutti di sicurezza, evitamento difensivo e disorganizzazione valutati dallo SSAP e gli indici psicopatologici misurati tramite i questionari CBCL. In altre parole ipotizziamo che i bambini meno sicuri possano trovarsi in una condizione di rischio psicopatologico maggiore rispetto ai bambini con alto grado di sicurezza.

4) Come ultima ipotesi ci aspettiamo di osservare punteggi più alti negli indici di aggressività in particolare nella forma estrema, così come valutati dallo SSAP, nei bambini con disturbo del comportamento rispetto al gruppo di controllo.

3.3 Partecipanti

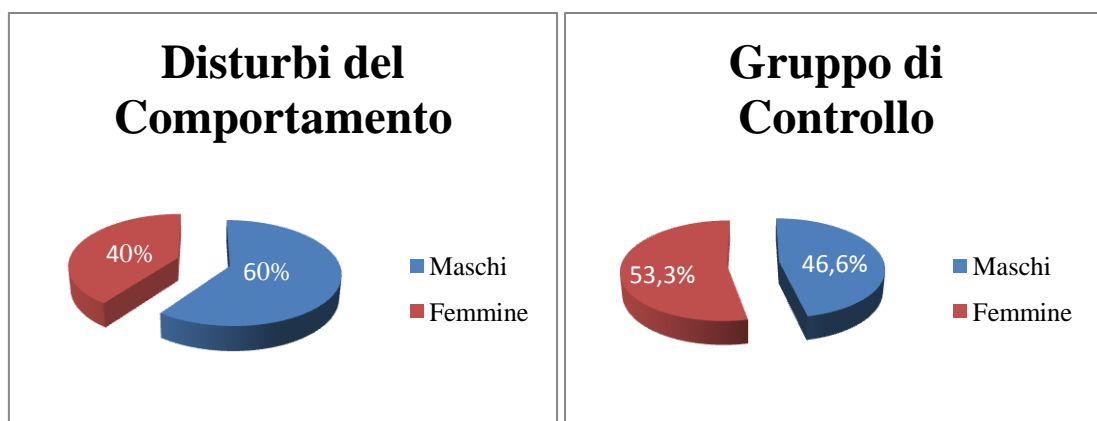
I partecipanti (N=30) che hanno preso parte a questo lavoro sono rappresentati da un gruppo di bambini con disturbo del comportamento nella seconda infanzia dai 4 ai 10 anni che accedono sequenzialmente ad una valutazione psicodiagnostica ad orientamento psicodinamico nel reparto di Neuropsichiatria Infantile dell'Università di Roma La Sapienza e un gruppo di controllo, appaiato per genere e per età, che ha accettato volontariamente di partecipare al progetto.

Tabella 8. Distribuzione Maschi e Femmine nei due campioni

SESSO	DISTURBI DEL COMPORAMENTO	GRUPPO DI CONTROLLO
MASCHIO	9	7
FEMMINA	6	8

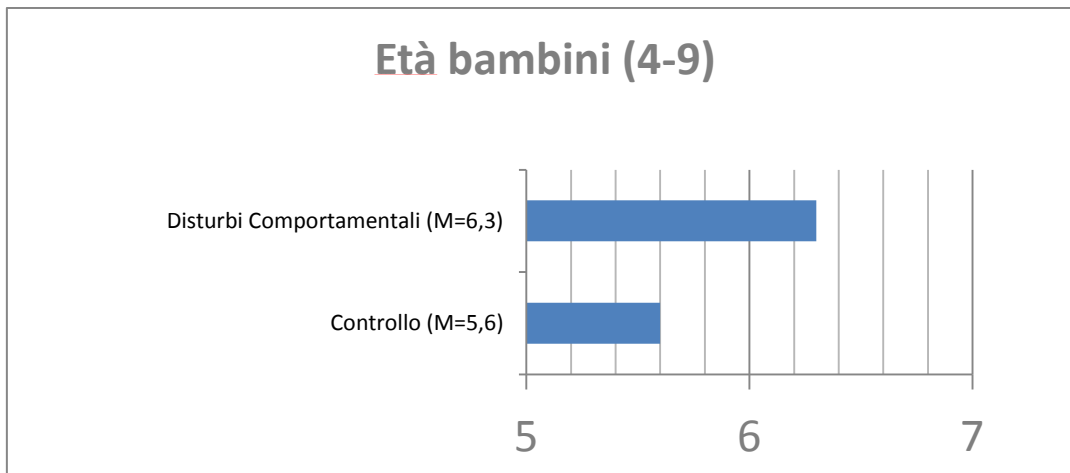
Osservando la Tabella 8 e la Figura 1 è possibile notare la distribuzione dei soggetti per il sesso: nel gruppo di controllo, il 53,3% dei soggetti appartiene al sesso femminile mentre il 46,6% dei soggetti è composto da maschi. Il campione con disturbi del comportamento è composto dal 40% di soggetti femminili e dal 60% di soggetti maschili (si veda Tabella 8 e Figura 1).

Figura 1. Distribuzione Maschi e Femmine nei due campioni



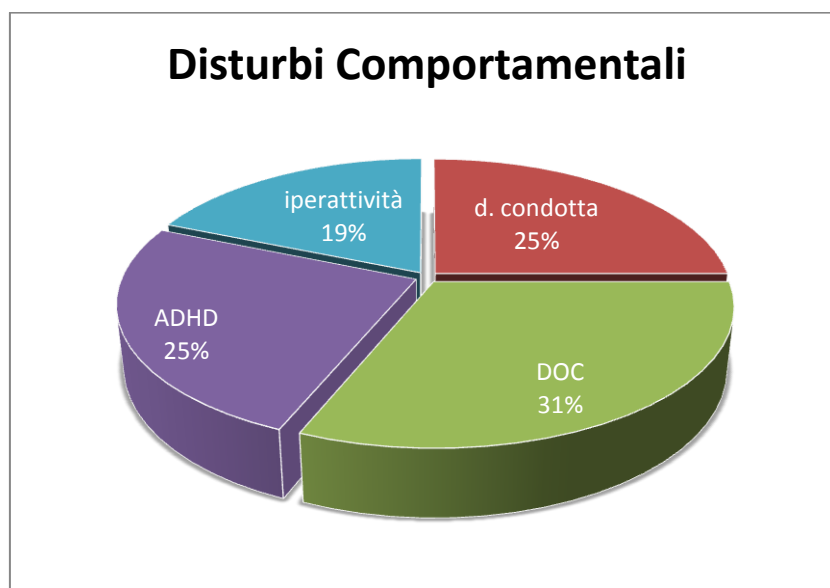
Nella figura 2 osservando le età medie dei partecipanti di entrambi i gruppi e notiamo che si discostano di pochi mesi tra i due gruppi. I bambini del gruppo clinico sono mediamente più grandi rispetto al gruppo di controllo.

Figura 2. Età media gruppo bambini



Rispetto al gruppo clinico la diagnosi dei disturbi comportamentali è suddivisa in Disturbo della Condotta; Disturbo Oppositivo Provocatorio, ADHD, Iperattività (si veda *Figura 3*). Nella tabella osserviamo che i soggetti sono omogeneamente distribuiti nei sottogruppi diagnostici. Un bambino con diagnosi primaria di disturbo della Condotta ha ricevuto una seconda diagnosi di Disturbo Oppositivo-Provocatorio. Tutti i partecipanti sono di origine italiana.

Figura 3 Disturbi comportamentali gruppo di bambini

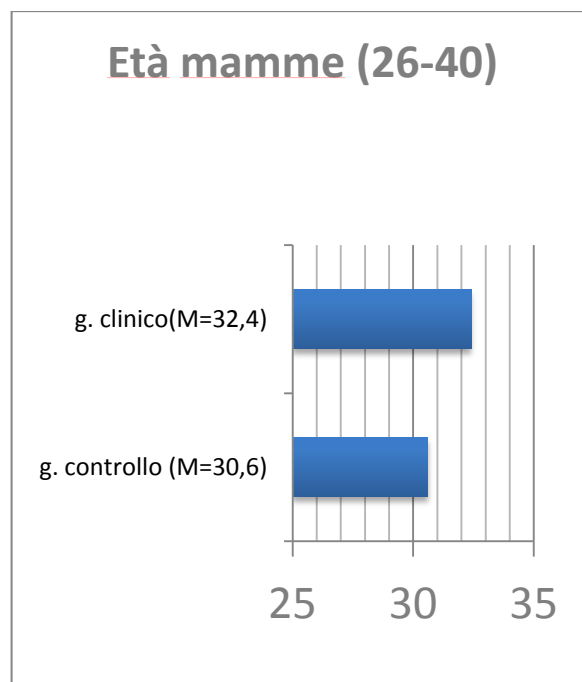


Per il gruppo di controllo le osservazioni e la valutazione sono avvenute a casa dei partecipanti per non interferire e nel rispetto dell'ambiente familiare entro cui il bambino cresce.

Sono stati inoltre reclutati i genitori dei bambini che accedono al servizio nell'iter diagnostico di routine e i genitori dei bambini del gruppo di controllo che volontariamente hanno accettato di partecipare a questa ricerca. Le madri sono state maggiormente coinvolte nel progetto di ricerca e le abbiamo scelte come referenti principali del nucleo familiare in quanto spesso i padri non hanno dato loro disponibilità rispetto alla valutazione testologica. Tuttavia hanno partecipato agli incontri di consultazione clinica. Nella Tabella qui di seguito abbiamo riportato alcuni dati relativi al campione delle mamme sia del gruppo clinico che di ricerca. Lo status socio-economico non si differenzia tra i due gruppi di mamme e la media dell'età è piuttosto omogenea.

Tabella 9. Status socio - economico, età delle mamme

STATUS SOCIO - ECONOMICO		
	Disturbi del comportamento	Gruppo di controllo
Status socio-economico medio	53,4%	61,2%
IMPIEGO MAMME		
	Disturbi del comportamento	Gruppo di controllo
Impiegata	7	8
Casalinga	4	1
Libera Professionista	3	4
Altro	1	2



Considerare la valutazione anche per i genitori rende questo lavoro estremamente importante. In primo luogo essi si sentono partecipi del percorso intrapreso per i figli. Inoltre allo stato clinico attuale e come anticipato nella sezione teorica, la psicopatologia dello sviluppo prende sempre più in considerazione il punto di vista genitoriale nella valutazione infantile, sottolineando il ruolo delle reciproche influenze tra il bambino e il caregiver. In particolare, per quanto riguarda i disturbi della condotta vengono presi in considerazione vari fattori di rischio fra cui quello inerente alla responsività genitoriale associata all'attaccamento insicuro. Alcuni autori suggeriscono come i genitori con stato della mente insicuro tendono ad avere un atteggiamento connotato da aspetti di intrusività, comportamento spaventante e non responsivo nei confronti del bambino (Fonagy, 1998; Speranza, 2001). Queste manifestazioni comporterebbero nel bambino delle risposte comportamentali aggressive strettamente legate ai disturbi del comportamento, alla difficoltà nel controllo degli impulsi, a una scarsa regolazione emozionale e difficoltà relazionali con i pari. Tenendo presente questi dati risulta necessario considerare la valutazione nell'infanzia allargando le nostre osservazioni anche ai genitori. Abbiamo utilizzato una valutazione cross-informant che tiene in considerazione diversi vertici di valutazione (genitore, bambino, clinico). In questo senso sono stati utilizzati tre strumenti: lo *Story Stem Assessment Profile* (Hodges, Hillman e Steele, 2007) per la valutazione del mondo interno del bambino, *L'Adult Attachment Interview* (George, Kaplan, Main, 1984; Main, Goldwyn, 1985) per lo stato mentale dei genitori e la *Child Behavior Check List - Parental Version* (Achenbach, Rescorla, 2001; Frigerio, 2001a) distribuita ad entrambi i genitori, relativa ai problemi internalizzanti ed esternalizzanti del bambino. Come supporto ai questionari sono state utilizzate le schede dei colloqui effettuati nell'iter diagnostico ai bambini e ai genitori. Inoltre al momento della prima visita sono stati distribuiti dei questionari per i genitori che forniscono informazioni sulla anamnesi familiare.

Nel contesto clinico abbiamo condotto tre colloqui con entrambi i genitori e tre osservazioni di gioco con i bambini prima della somministrazione testologica progettata per questo lavoro. Le schede CBCL sono state consegnate e ritirate al primo contatto con i genitori. Ai bambini con disturbo del comportamento è stato somministrato il test di intelligenza WISC per escludere ritardi di tipo cognitivo che avrebbero potuto influenzare l'esito del test proiettivo. Per non interferire con i tempi e l'organizzazione dell'iter di consultazione presso Neuropsichiatria Infantile, le interviste AAI sono state somministrate soltanto ad un genitore, alla madre. La stessa procedura è stata a

mantenuta per il gruppo di controllo. Dal momento che gli incontri con i genitori si sono tenuti in un contesto ospedaliero, la presenza del padre è stata più frequente rispetto al contesto abitativo. Non sempre è stato possibile interfacciarsi con i padri negli incontri con il gruppo di controllo. Per questo abbiamo considerato soltanto le CBCL consegnate dalle madri.

3.4 Metodologia: fase di screening

Nella prima fase della metodologia è stata somministrato il test intellettuale *Wechsler Intelligence Scale for Children* come screening per escludere i bambini con ritardo cognitivo²⁴.

Wechsler Intelligence Scale for Children III: (Wechsler, 1991) è un test per la valutazione dell'abilità intellettuale per soggetti dai 6 ai 16 anni e 11 mesi. Il test consiste in 13 sub-test ognuno dei quali misura un aspetto diverso dell'intelligenza. Oltre a fornire un punteggio sul QI totale le misure vengono suddivise in QI di performance e QI verbale. La caratteristica peculiare del test di intelligenza WISC è quella di considerare diverse abilità mentali del bambino in riferimento all'età cronologica. Attraverso le diverse prove che formano il test, ai bambini viene data la possibilità di mostrare le loro particolari abilità in ambiti diversi.

Tabella 10. Subtest e loro descrizione della WISC-III

Subtest	Descrizione
Completamento di figure	Figure colorate di scene e oggetti comuni in cui manca un particolare importante che il bambino deve identificare
Informazioni	Una serie di domande presentate oralmente che verificano la conoscenza del bambino su eventi comuni, oggetti, popoli
Cifrario	Una serie di forme semplici o numeri a cui il bambino deve associare un semplice simbolo attinente.
Somiglianze	Vengono presentate oralmente delle coppie di parole e il bambino deve spiegare la somiglianza con oggetti quotidiano
Riordinamento di storie figurate	Serie di figure presentate in disordine che il bambino deve riordinare seguendo la logica della storia
Ragionamento aritmetico	Problemi aritmetici che il bambino deve risolvere

²⁴ Questa scelta è stata effettuata perché i bambini con bassi punteggi nel QI potrebbero avere difficoltà nel completare il test del completamento di storie e i risultati potrebbero interferire nella valutazione totale.

Disegno con i cubi	Il bambino deve riprodurre modelli geometrici con cubetti colorati
Vocabolario	Il bambino deve descrivere le parole che gli vengono presentate
Ricostruzione di oggetti	Vengono presentati degli oggetti ritagliati e il bambino deve metterli in ordine seguendo una logica
Comprensione	Vengono presentate delle domande che richiedono una risoluzione di problemi quotidiani
Ricerca di simboli	Serie di gruppi accoppiati di simboli per i quali il bambino deve trovare il gruppo target e appaiarlo con i simboli
Memoria di cifre	Sequenze di numeri che il bambino ripete nello stesso ordine di presentazione e nell'ordine inverso
Labirinti	Una serie di labirinti di difficoltà crescente

Alcuni subtest richiedono al bambino un ragionamento astratto (completamento di figure), altri si focalizzano sulla memoria (memorie di cifre), altri ancora richiedono abilità percettive (disegno con i cubi). Tutte queste abilità sono valutate a diversi livelli della nostra cultura e tutte di riferiscono al comportamento che è generalmente accettato come intelligente. Nessun subtest, preso singolarmente, può indicare un comportamento intelligente.

Le Scale esaminano il QI prendendo in considerazione diverse aree di intelligenza: per questo motivo l'inserimento di diversi subtest fornisce al bambino varie opportunità di mostrare le sue abilità. I subtest si dividono a formare la Scala Verbale (Informazioni, Somiglianze, Ragionamento aritmetico, Vocabolario, Comprensione, Memoria di cifre) e la Scala di Performance (Completamento di figure, Cifrario, Riordinamento di storie figurate, Disegno con i cubi, Ricostruzione di oggetti, Ricerca di simboli, Labirinti²⁵) e sono somministrati in ordine alterno: si inizia con il subtest Verbale: Informazioni e si conclude con quello di Performance: Ricostruzione di oggetti o Labirinti. La somma dei punteggi ponderati dei subtest verbali dà il QI verbale (QIV) e la somma dei punteggi ponderati dei subtest di performance danno il QI di performance (QIP). La combinazione dei subtest verbali e di performance danno il QI totale (QIT).

²⁵ Ricerca di Simboli e Labirinti sono due subtest facoltativi e opzionali che vengono utilizzati, in linea di massima, quando il bambino desta segnali alto o basso punteggio QI, oppure possono essere sostituiti a altri subtest verbali o di performance a seconda delle necessità del somministratore.

3.5 Metodologia: strumenti utilizzati

Nella seconda fase della metodologia e al fine di comprendere meglio la dimensione rappresentazionale e psicopatologica del bambino e per effettuare una valutazione cross-informant che tenesse in considerazione i diversi vertici di valutazione sono stati utilizzati 3 strumenti. In particolare, i tre vertici di osservazione sono rappresentati (1) dal genitore, cui è stata somministrata un'intervista sul modello di attaccamento (*Adult Attachment Interview: AAI*), e un questionario semi-strutturato relativo ai problemi internalizzanti ed esternalizzanti del bambino (*Child Behavior Check List: CBCL*); (2) dallo psicologo clinico che ha somministrato i tests ai partecipanti hanno condotto gli incontri con i partecipanti al progetto di dottorato; (3) dal bambino che ha compilato le storie tramite lo *Story Stem Assessment Profile*, codificate a sua volta da un codificatore esperto²⁶. Come supporto ai dati ottenuti dai test gli psicoterapeuti che hanno incontrato i genitori e i bambini durante i colloqui hanno prodotto delle cartelle cliniche contribuendo a supportare l'iter clinico di questo progetto. Dal punto di vista metodologico, i tre strumenti utilizzati appartengono a categorie differenti: mentre lo *Story Stem Assessment Profile* è un test proiettivo, la *Child Behavior Check List* è un self report, e l'*Adult Attachment Interview* è un'intervista semi-strutturata. Questa eterogeneità nell'analisi dei vertici di osservazione (genitore, bambino, valutatore) e nell'approccio metodologico permette il superamento dei limiti insiti nell'utilizzo di un singolo strumento.

Lo *Story Stem Assessment Profile* (Hodges, Hillman e Steele, 2007) è una tecnica basata sul racconto di storie associato al gioco che esplora la comprensione e la rappresentazione socio-emozionale del bambino. Il gioco è composto da un set di inizio di storie che un intervistatore esperto propone al bambino utilizzando del materiale giocattolo composto da bambole (i pupazzi della Playmobil) raffiguranti i membri della famiglia, gli animali e gli accessori della casa. Le storie propongono dei dilemmi familiari quotidiani ai quali il bambino è invitato a rispondere servendosi dei giocattoli. Attraverso la domanda "Mostrami e raccontami e mostrami cosa succede dopo?" al bambino viene chiesto di rispondere seguendo il tema presentato dalla storia e raccontando spontaneamente ciò che desidera.

²⁶ È stata accreditata una reliability sullo Story Stem Assessment Profile di 85% e un Inter-rater reliability di 85%

Non esistono risposte giuste o sbagliate e il bambino risponde mettendo in scena ciò che sceglie spontaneamente di rappresentare. Il set degli stem utilizzati include cinque nuove storie ideate da Jill Hodges (1990) 7 stem aggiuntivi selezionati dal MacArthur Story Stem Battery (Bretherton, Ridgeway e Cassidy, 1990; Oppenheim, Emde, Hasson, e Warren, 1997) e una storia sviluppata da Fonagy e collaboratori (Fonagy et al., 1997). Nella *Tabella 11* abbiamo riportato tutti i 13 stem della batteria totale di cui è composto lo SSAP e che abbiamo utilizzato per lavoro.

Tabella 11. Stem dello SSAP

Storie Little Pig - SSAP	Storie MSSB
1) Il Pianto (Hodges et al. 2007)	6) Il succo di frutta versato (Bretherton, Ridgeway, 1990)
2) Il piccolo maiale (Hodges et al. 2007)	7) Mal di testa della mamma (Bretherton, Oppenheim, Buchsbaum, Emde, 1990)
3) L'elefante che calpesta (Hodges et al. 2007)	8) Tre sono troppi (Bretherton, Lundquist, con imput di Oppenheim, 1997)
5) Biciclette (Hodges et al. 2007)	9) Minestra che scotta (Bretherton, Lundquist con imput di Oppenheim, 1997)
4) Il disegno fatto a scuola (Hodges et al. 2007)	10) Chiavi perse (Ridgeway. Bretherton, Ridgeway, 1990)
13) Mostro/Ladro nel buio (Fonagy et al., 1998)	11) L'armadietto del bagno (Buchsbaum, Emde, 1990)
	12) L'esclusione (Buchsbaum, Emde, 1990)

Gli stem vengono somministrati sempre nello stesso ordine (nella *Tabella 11* possiamo visualizzare il numero di presentazione per ciascuna storia). Mentre è impegnato a raccontare una storia, il bambino manipola gli oggetti del gioco collegando la narrazione del racconto ai personaggi della storia. Questo gli permette di sperimentare e di esercitare l'espressione emotiva collegando i contenuti non verbali a significati rappresentazionali. La valutazione del profilo permette di cogliere la qualità delle aspettative del bambino e delle sue percezioni rispetto alle regole familiari, accanto alle dimensioni di attaccamento e di rappresentazioni delle relazioni tra i pari, senza porgli delle domande dirette che potrebbero causare ansia o conflitto. Le storie sono inoltre degli indicatori di altri importanti aspetti del funzionamento del bambino, quali la modulazione dell'aggressività, e i meccanismi di difesa.

La somministrazione delle batteria di storie dura 45 minuti circa e generalmente i bambini si divertono nel compito. Durante la somministrazione viene utilizzata una videocamera per permettere all'esperto di poter assistere il bambino durante il gioco e di poter procedere alla valutazione del compito in un secondo momento senza dover raccogliere appunti che non rispetterebbero la totale spontaneità del compito. Successivamente le narrazioni vengono trascritte. Sono trascritte sia l'insieme di domande e risposte tra intervistatore e bambino sia i comportamenti non verbali rilevanti che il bambino sviluppa durante il racconto. Ad esempio se il bambino produce atteggiamenti aggressivi attraverso i personaggi e nello stesso momento esprime un tono emotivo eccitato o aggressivo questo aspetto viene rilevato nella griglia di codifica. La valutazione del profilo del bambino consiste nella assegnazione di un punteggio per ciascuna storia da parte di un valutatore esperto addestrato. Il punteggio è basato su una scala a tre punti su 39 item per ogni storia: da 0= non presente a 2= molto presente.

Dei 39 temi dello SSAP, 32 sono temi base mentre 7 sono temi addizionali. Questi temi sono suddivisi al fine di valutare quattro costrutti dell'attaccamento. Nella *Tabella 12* possiamo vedere l'elenco dei 32 temi che vanno a costituire i 4 costrutti dell'attaccamento. Mentre nella *Tabella 13* abbiamo inserito i temi addizionali che vengono codificati all'interno dei 32 temi.

Tabella 12. Costrutti/Dimensioni della procedura SSAP

Evitamento Difensivo	Sicuro	Insicuro	Disorganizzazione
<i>Assenza di coinvolgimento</i>	<i>Bambino Chiede Aiuto, Conforto</i>	<i>Bambino in Pericolo</i>	<i>Fantasia Catastrofica</i>
<i>Perdita di coinvolgimento</i>	<i>Fratelli/Pari Danno Aiuto</i>	<i>Bambino Ferito o Morto</i>	<i>Risposte Bizzarre/Atipiche</i>
<i>Avversione Iniziale</i>	<i>Padronanza Attiva della Situazione</i>	<i>Accondiscendenza Eccessiva</i>	<i>Slittamento Buono/Cattivo</i>
<i>Chiusura Prematura</i>	<i>Adulti Forniscono, Aiuto, Conforto Protezione</i>	<i>Adulto Inconsapevole</i>	<i>Inversione di Ruolo Aggressione Estrema</i>
<i>Cambiamento dei vincoli della storia</i>	<i>Adulti Mostrano Affetto Stabilire Limiti</i>	<i>Adulto Attivamente Rifiutante</i>	<i>Onnipotenza Magica</i>
<i>Evitamento all'Interno della Cornice Narrativa</i>	<i>Aggressione Coerente Riconoscimento del</i>	<i>Adulto Ferito o Morto</i>	
		<i>Gettare, Lanciare</i>	

<i>Diniego / Distorsione dell’Affetto</i>	<i>Distress del Bambino</i>	<i>via</i>	
<i>Neutralizzazione / Evitamento dell’Ansia</i>	<i>Riconoscimento del Distress dell’Adulto</i>		
	<i>Eventi Piacevoli di Vita Quotidiana</i>		

Tabella 13. Temi aggiuntivi SSAP

Temi Aggiuntivi

<i>Ritornare in vita – Accoltellamento –Prigione – Trasloco o cambiamento di famiglia</i>	<i>Scappare via – Genitore infantile – Contenuti medici – Altre osservazioni cliniche</i>
---	---

L’approccio di codifica segue un approccio di tipo dimensionale: i punteggi ottenuti non fanno soltanto riferimento alla presenza o assenza del costrutto, piuttosto ne indicano il diverso grado di manifestazione. Questo strumento, infatti, non valuta il successo o il fallimento del compito, ma cerca di esplorare le rappresentazioni interne dei bambini rispetto alle figure di attaccamento attraverso il racconto e il modo di affrontare i dilemmi proposti.

Ogni sottocategoria di ogni costrutto viene codificata per tutte le 13 le storie. Ad esempio, per quanto riguarda l’Evitamento Difensivo la sottocategoria *Assenza di Chiusura* viene attribuita quando il bambino è catturato da una ripetizione senza fine di accadimenti e non riesce a portare a termine la storia, prolungandosi in discorsi poco inerenti alla storia proposta. Il tema *Diniego* viene attribuito ogni volta che il bambino rifiuta esplicitamente di riconoscere uno stato emozionale negativo come ad esempio l’angoscia o l’ansia. Oppure il tema *Cambiamento dei vincoli narrativi* viene codificato quando il bambino altera attivamente i vincoli motivazionali dati attraverso lo stem, pur continuando a centrare il dilemma principale della storia. Per il costrutto Sicuro il tema *Bambino chiede aiuto* viene attribuito ogni volta che il bambino mostra il protagonista o una figura bambino chiedere aiuto verso qualcuno. Il punteggio assegnato per questo tema è sempre 2. Il tema *Adulti forniscono aiuto* è attribuito ogni volta che il bambino rappresenta nella storia un adulto fornire aiuto pratico al bambino, ovvero quando il

bambino mostra un adulto che mette un cerotto su una ferita del figlio o chiama l'ambulanza in caso di necessità.

Mentre il tema *Adulto mostra affetto* viene valutato quando l'adulto conforta il bambino in caso di bisogno attraverso gesti affettuosi: lo prende in braccio, lo accarezza o tramite parole confortanti: non ti preoccupare, ammirazioni, apprezzamenti. Prendendo uno dei temi che costituiscono il costrutto Insicuro, come ad esempio *Bambino in pericolo*, attribuiamo un punteggio alto quando il bambino mostra attraverso la storia la figura del bambino che si mette in situazioni rischiose come ad esempio: finisce sotto un camion, minaccia la morte di uno dei protagonisti o si fa male attraverso ferite o incidenti. Come esempio di valutazione per la dimensione Disorganizzata il tema *Fantasia catastrofica* viene assegnata quando la storia contiene incidenti sproporzionati o avvenimenti tragici raccontati con un forte coinvolgimento emotivo. Alcuni esempi di aggressione estrema vengono anche codificati in questa categoria come incidenti mortali, trasformazioni di personaggi in mostri, etc.

Oltre ai costrutti presentati è possibile interpretare i punteggi dei temi attraverso altre dimensioni. Questo permette di valutare anche altri aspetti del mondo interno del bambino, quali il tono emotivo (attraverso la presenza di livelli di aggressività estremi o coerenti) o la padronanza rispetto alla risoluzione o meno del dilemma presentato. Lo SSAP permette una valutazione delle aspettative del bambino, del modo in cui egli percepisce i ruoli familiari, della tipologia di attaccamento e delle sue rappresentazioni relazionali senza porre domande dirette, che in caso di situazioni problematiche potrebbero indurre conflitto o ansia. L'utilizzo del materiale-giocattolo presenta infatti, il vantaggio di permettere al bambino l'accesso a mezzi di comunicazioni verbali e non verbali e di esprimere attraverso questi canali comunicativi i temi relazionali prevalenti nella sua vita quotidiana, il modo in cui rappresenta sé stesso e la sua relazione con il caregiver, le modalità di modulazione degli affetti e di gestione dell'angoscia.

Questo aspetto dello strumento è importante poiché consente l'accesso a memorie e aspettative che talvolta il bambino non ha la volontà o è incapace di mettere in parole. Alcuni stem indagano aspetti specifici come ad esempio, la sicurezza dell'attaccamento. La sicurezza può essere rilevata ad esempio nel caso in cui il bambino rappresenti le figure genitoriali come sensibili e attente ai suoi bisogni in quelle situazioni che mettono in pericolo il piccolo protagonista, oppure quando il bambino rappresenta sé stesso come capace di chiedere esplicitamente aiuto o protezione alle figure genitoriali.

Gli *stem* sono anche indicatori di altri importanti aspetti del funzionamento del bambino quali il livello aggressività mostrata o la sua modulazione, il tipo di relazioni con i pari e con i fratelli, nonché le prevalenti strategie di coping e di difesa. Per maggiori informazioni rispetto ai contenuti delle storie e agli approfondimento relativa alla codifica si veda il paragrafo 1.7 del Capitolo 1 di questo lavoro.

L'Adult Attachment Interview, AAI (George, Kaplan, Main, 1985): è una intervista semistrutturata che valuta i Modelli Operativi Interni (MOI) interiorizzati dagli individui. Con il concetto di MOI, proposto da Bowlby (1973), si fa riferimento a quell'insieme di regole consce e inconsce per (1) organizzare l'informazione rilevante per l'attaccamento costituita a partire dalle esperienze, sentimenti e pensieri circa le prime relazioni di attaccamento e (2) per ottenere o limitare l'accesso a tale informazione (Main et al., 1985). L'intervista AAI è basata sui ricordi di episodi relativi alle relazioni intime: vengono poste 18 domande alcune delle quali relative ai legami di attaccamento infantile e il modo in cui le prime esperienze relazionali sono state interiorizzate.

Le domande aperte lasciano spazio al soggetto intervistato di parlare circa la propria storia sentendosi guidato nei contenuti del suo discorso. L'AAI è strutturata non solo sul piano dei contenuti e delle narrazioni, ma anche sul piano semantico. Questo aspetto permette di individuare il modo in cui l'intervistato si rappresenta le proprie esperienze di attaccamento e di valutare lo stato attuale della mente rispetto ai temi di attaccamento (Main, Goldwin, 1994). Al fine di investigare lo stato della mente rispetto all'attaccamento, la valutazione è basata sulla coerenza o incoerenza del trascritto ottenuto dai racconti dell'intervistato. I criteri utilizzati per valutare la modalità di attaccamento sono basati sulle quattro massime postulate dal filosofo H. P. Grace: *qualità* della narrazione fornita; *quantità* delle informazioni prodotte; *pertinenza* delle risposte date; *stile o modo espressivo* utilizzato.

Inizialmente il protocollo era rivolto a gruppi di genitori a basso rischio psicosociale. Successivamente è stato utilizzato per gli adolescenti, bambini dai 10 ai 14 anni (Ammaniti et al., 2000), per gli adulti ad alto rischio psicopatologico e per adulti appartenenti a campioni clinici (van IJzerdoorn et al., 1996, Adam et al., 1996; Allen et al., 1996; Slade 1999).

La codifica della AAI è basata sull'analisi del trascritto fornito dal soggetto intervistato. Le risposte vengono registrate durante la somministrazione e successivamente codificate. Il trascritto viene valutato sulla base di due tipologie di scale: le *scale dell'Esperienza* e le *scale della Mente*. Dal momento che i modelli di attaccamento emergono soprattutto dal modo in cui il ricordo relativo alle esperienze è organizzato, rivalutato e rinegoziato attraverso le successive esperienze di vita, prendere in considerazione le scale della mente e le scale dell'esperienze permette di accedere a come il pensiero dell'intervistato è organizzato sulla base del proprio stato mentale attuale, sia sulla probabile esperienza circa le relazioni di attaccamento (Dazzi et al. 1999).

Nella Tabella qui di seguito (si veda *Tabella 14*) abbiamo elencato le scale suddividendo quelle dell'Esperienza da quelle della Mente. Sulla colonna destra osserviamo il gruppo delle scale della mente che vanno a costituire il modello di attaccamento. Ad esempio alti punteggi nelle scale Coerenza del Trascritto, Coerenza della mente e Monitoraggio Metacognitivo costituiscono l'attaccamento di tipo *Sicuro/Autonoma* (F), mentre le scale di Rabbia Coinvolgente e Passività dei Processi di Pensiero costituiscono lo stile di attaccamento di tipo *Preoccupato* (E). Le scale Idealizzazione dei Genitori, Insistenza sulla Mancanza del Ricordo, Svalutazione e Paura della Perdita fanno parte dell'attaccamento di tipo *Distanziante* (Ds). Viene preso in considerazione anche lo stato della mente Irrisolto *Irrisolto* (U) che comprende le seguenti scale: Irrisoluzione della Perdita, Identificazione delle Esperienze di Abuso e Trauma non Risolto.

Tabella 14 Scale AAI

SCALE ESPERIENZA	SCALE DELLA MENTE	ATTACCAMENTO (Stato della Mente)
Amorevolezza	Coerenza del trascritto	Sicuro Autonomo
Rifiuto	Monitoraggio meta cognitivo	
Coinvolgimento inversione ruolo	Coerenza complessiva della mente	Distanziante
Trascuratezza	Idealizzazione dei genitori	
Pressione a realizzarsi, raggiungere risultati	Insistenza sulla mancanza del ricordo	
	Svalutazione	
	Paura della perdita	
	Rabbia coinvolgente	Preoccupato
	Passività dei processi di pensiero	
	Irrisoluzione della perdita	Irrisolto/ Disorganizzato
	Irrisoluzione del trauma	

Per ogni scala viene attribuito un punteggio a 9 punti. Il sistema di codifica segue le quattro categorie di attaccamento: F - *Secure/Autome* (Sicuro/Autonomo) indica che il soggetto ha un atteggiamento positivo, coerente rispetto ai primi legami di attaccamento. La persona sicura è in grado di raccontare le proprie esperienze positive e/o negative, con le figure di riferimento, riportando esempi coerenti con quanto descritto; Ds - *Dismissing* (Distanziante) sono soggetti distanzianti rispetto alle loro esperienze e alle relazioni di attaccamento, hanno difficoltà nell'esprimere e comunicare i propri affetti e a richiamare i propri ricordi infantili. Questi soggetti hanno difficoltà a contattare le emozioni relative ai propri affetti e tendono ad allontanare o a sminuire il lato affettivo dei propri ricordi rispetto ai legami di attaccamento. Dal racconto emergono descrizioni delle figure di attaccamento positive e idealizzate. Tuttavia tali descrizioni non sono supportate da specifici ricordi o da racconti di episodi positivi, ma al contrario possono emergere ricordi che svalutano le figure di attaccamento contraddicendo l'iniziale descrizione positiva. I soggetti Distanzianti possono minimizzare l'influenza degli episodi negativi accaduti nella propria infanzia o omettere

di ricordare avvenimenti negativi; E - *Preoccupied/Entangled* (Preoccupato/Invischiato) sono soggetti ancora invischiati, in modo passivo e conflittuale, nei propri legami di attaccamento. Dal racconto emergono descrizioni circa le relazioni con le figure di attaccamento che mostrano il forte coinvolgimento, la preoccupazione eccessiva e la dipendenza che continuano ad agire sul loro stato attuale della mente. I racconti sono spesso lunghi e connotati da passività del discorso e rabbia verso le figure di attaccamento. I ricordi infantili sono molto vividi e vengono raccontati con particolari dettagliati soprattutto al livello affettivo ed emotivo. Queste categorie sono a loro volta suddivise in sottocategorie che permettono di cogliere dettagliatamente l'espressione dei modelli operativi interni prevalenti.

Nel sistema di codifica sono state successivamente aggiunte due categorie ulteriori: U *Unresolved* (Non Risolto) riguarda principalmente quelle persone che non hanno superato ed elaborato un lutto o un trauma nei legami di attaccamento. Questa categoria non è da considerarsi un vero e proprio stile di attaccamento, ma si sovrappone alle altre categorie e si contraddistingue per uno stato mentale disorganizzato e disorientato quando il soggetto comunica la propria esperienza traumatica come la scomparsa o la perdita di uno dei genitori o di una persona cara. Spesso il soggetto intervistato parla della persona scomparsa come se fosse ancora in vita e può riportare aggettivi che denotano il suo coinvolgimento affettivo ancora presente che ne indica una mancata elaborazione; CC - *Cannot Classify* (Non Classificabile) sottolinea la presenza nei soggetti con stati mentali particolarmente contraddittori e incompatibili tra loro o connessi a stati mentali scissi in cui compaiono nella narrazione sia caratteristiche invischiata che distanzianti rispetto ai legami di attaccamento.

La AAI è stata sviluppata per prevedere la qualità dell'attaccamento tra genitore e bambino, come osservato nella Strange Situation di Ainsworth, e per prevedere la prontezza della risposta dei genitori ai segnali di attaccamento del bambino. In uno studio del 1995, van IJzendoorn su un campione di N=854 soggetti ha analizzato la validità predittiva dello strumento. I risultati mostrano una validità predittiva per quanto riguarda la sicurezza dell'attaccamento tra genitore e bambino: l'associazione tra l'attaccamento sicuro valutato tramite l'AAI e l'attaccamento sicuro del bambino valutato con la Strange Situation è risultata molto ampia (75%; $k = .49$). Al contrario per quanto riguarda l'insicurezza del genitore non è stata rilevata una corrispondenza significativa con l'attaccamento del bambino (van IJzendoorn, 1995).

Altre ricerche che hanno utilizzato questo strumento hanno fornito delle evidenze empiriche sulla trasmissione intergenerazionale dei modelli di attaccamento tra genitore e figlio, dimostrando che i bambini internalizzano specifici pattern relazionali con i propri genitori e li ripropongono nelle relazioni intime durante il corso della propria vita (Ammaniti, Candelori, Pola, Speranza, Tambelli, 1995; Fonagy, 1994; Main 1991; Sroufe, Flession, 1986; Zeanah, 1993).

La *Child Behavior Check List 6-18*: (Achenbach, Rescorla, 2001; Frigerio, 2001a) è uno strumento di valutazione che fa parte del pacchetto ASEBA²⁷ (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*) e permette di valutare i problemi internalizzanti ed esternalizzanti del bambino attraverso una serie di affermazioni che il genitore deve compilare esprimendo un punteggio su una scala *Likert* a 3 punti (il genitore assegna un punteggio da 0 a 2 a seconda dell'intensità e della frequenza della dimensione valutata: il punteggio "2" è assegnato quando la descrizione della dimensione è *molto vera o spesso vera*, il punteggio "1" viene attribuito quando la dimensione valutata è *in parte o qualche volta vera*, mentre il punteggio "0" è assegnato quando la descrizione non è rappresentativa del comportamento o delle difficoltà del bambino). Il modello di Achenbach offre al clinico la possibilità di valutare i problemi emotivi e sociali del bambino attraverso diversi informatori e con riferimento a contesti e situazioni differenziate: ogni informatore, quindi, fornisce una propria prospettiva del funzionamento del bambino a seconda del contesto in cui lo osserva (Lucarelli, Piperno, Balbo, 2008; Achenbach, McConaughy, 1997).

La CBCL consente al clinico di analizzare il comportamento del soggetto in base a livelli gerarchicamente ordinati che vanno dal singolo sintomo, a pattern di problemi correlati tra loro (sindromi), al quadro generale di problematicità. In altre parole, questi livelli possono essere valutati attraverso i singoli item, le scale sindromiche, le scale di Internalizzazione ed Esternalizzazione (costituite dalla somma di alcune scale sindromiche) e la scala Totale dei Problemi. Per la fascia di età scolare, sono state

²⁷ Il sistema di valutazione ASEBA, *Achenbach System of Empirically Based Assessment*, creato da Achenbach e collaboratori, include un insieme di strumenti standardizzati per la valutazione dei problemi emotivo-comportamentali e del funzionamento adattivo. Una caratteristica particolare degli strumenti ASEBA è quella di permettere la valutazione del funzionamento globale del bambino o dell'adolescente attraverso vertici osservativi multipli. In questo modo vengono coinvolti i genitori, gli insegnanti, gli educatori o gli operatori che si occupano della gestione del ragazzo o del bambino (Achenbach, McConaughy, 1997, 2003).

individuare 8 scale relative ai quadri sindromici emersi per la fascia d'età scolare e 6 scale DSM-oriented, orientate alle categorie e ai criteri diagnostici del DSM-IV. Queste ultime permettono al clinico di affiancare la presenza di psicopatologia alla formulazione diagnostica del Manuale, aggiungendo informazioni da più fonti (genitori, insegnanti, ma anche dal soggetto stesso tramite il report form YSR²⁸). Le scale orientate al DSM-IV e le scale sindromiche sono state costruite attraverso un approccio sia di tipo *bottom-up*, ovvero a partire dai dati empirici, sia *top-down* ovvero partendo dalle definizioni teoriche del DSM.

Le scale infatti sono costruite a partire dalle analisi fattoriali effettuate sulle valutazioni dei genitori, degli insegnanti e dei clinici di 4.994 bambini della popolazione clinica e su 1.753 soggetti di età da 6 a 18 anni estratti dalla popolazione generale. Nella *Tabella 15* abbiamo suddiviso le scale sindromiche da quelle DSM-oriented. Sulla colonna di destra abbiamo raggruppato le scale nei Problemi di tipo Esternalizzante e Internalizzante.

²⁸ YSR- Youth Self Report (Achenbach, 1991b) è un self report contenuto nel pacchetto ASEBA che può essere compilato dal ragazzo. In particolare si utilizza per ragazzi adolescenti, mentre per i bambini si preferisce far compilare il questionario al genitore.

Tabella 15. Scale Sindromiche e Scale DSM-Oriented CBCL

	Scale Sindromiche	Scale DSM- Oriented
INTERNALIZZANTI	Ansia/Depressione	Problemi Affettivi
	Ritiro/Depressione	Problemi d'Ansia
	Lamentele Somatiche	Problemi Somatici
	Problemi Sociali	Problemi di Attenzione/Iperattività
	Problemi del Pensiero	
	Problemi Affettivi	Problemi di tipo Oppositivo/Provocatorio
ESTERNALIZZANTI	Comportamento di Trasgressione delle Regole	Problemi della Condotta
	Comportamento Aggressivo	

Le scala sindromica Ansia/Depressione raccoglie tutti quegli item che descrivono stati depressivi e stati di ansia. La scala Ritiro/Depressione riguarda principalmente atteggiamenti di isolamento e di scarsa ricerca di contatto con gli altri. La scala Lamentele Somatiche include malesseri fisici, non sostenuti da cause mediche riconoscibili. La scala Problemi Sociali concerne essenzialmente le difficoltà a rapportarsi con gli altri. La scala Problemi del Pensiero si riferisce ad aspetti ossessivi e bizzarri sia dell'ideazione che del comportamento. La scala dei Problemi Attentivi è composta da item collegati a problemi di instabilità motoria e difficoltà attentive. La scala Comportamento di Trasgressione delle Regole concerne condotte di tipo antisociale e deviante, mentre la scala Comportamento Aggressivo rileva comportamenti caratterizzati da scarso controllo dell'aggressività. come ad esempio: piange spesso, ha problemi di appetito, si sente inutile o inferiore.

Per quanto riguarda la scala DSM-Oriented, la scala dei Problemi Affettivi include item quali: ci sono poche cose che lo interessano, piange spesso, cerca di farsi male ha tendenze suicide, dorme di meno o dorme di più rispetto alla maggioranza dei compagni, ha un sonno agitato, è infelice triste depresso. Gli item che caratterizzano la scala Problemi d'Ansia riguardano: vuole stare sempre con gli adulti o dipende da loro in modo eccessivo, ha paura di certi animali, situazioni o luoghi, ha paura di andare a scuola, ha paure o ansie eccessive, è sempre preoccupato.

Gli item della scala Problemi Somatici riguardano principalmente lamentele e disturbi fisici senza cause mediche accertate quali: dolori, malesseri generali, mal di testa, nausea, disturbi alla vista, eruzioni o altri problemi cutanei, mal di pancia, vomito o conati. La scala Problemi di Attenzione/Iperattività contiene item relativi al comportamento quali: non riesce a finire le cose che inizia, non riesce a stare seduto o fermo, è impulsivo o reagisce senza riflettere e quelli relativi alla disattenzione: è disattento e si distrae facilmente, parla eccessivamente. La scala dei Problemi di tipo Oppositivo Provocatorio include item relativi al comportamento e all'atteggiamento: fa spesso discussioni, non obbedisce a casa e/o a scuola; o a stati d'animo: è testardo, scontroso, irritabile. La scala dei Problemi della Condotta è caratterizzata da item che sottolineano la condotta deviante o antisociale quali ad esempio: è crudele con gli animali, è prepotente o cattivo con gli altri, fa il bullo, maltratta gli oggetti di casa o le cose dei compagni, non si sente in colpa quando si comporta male, aggredisce fisicamente gli altri, gioca spesso con il fuoco, ha comportamenti vandalici.

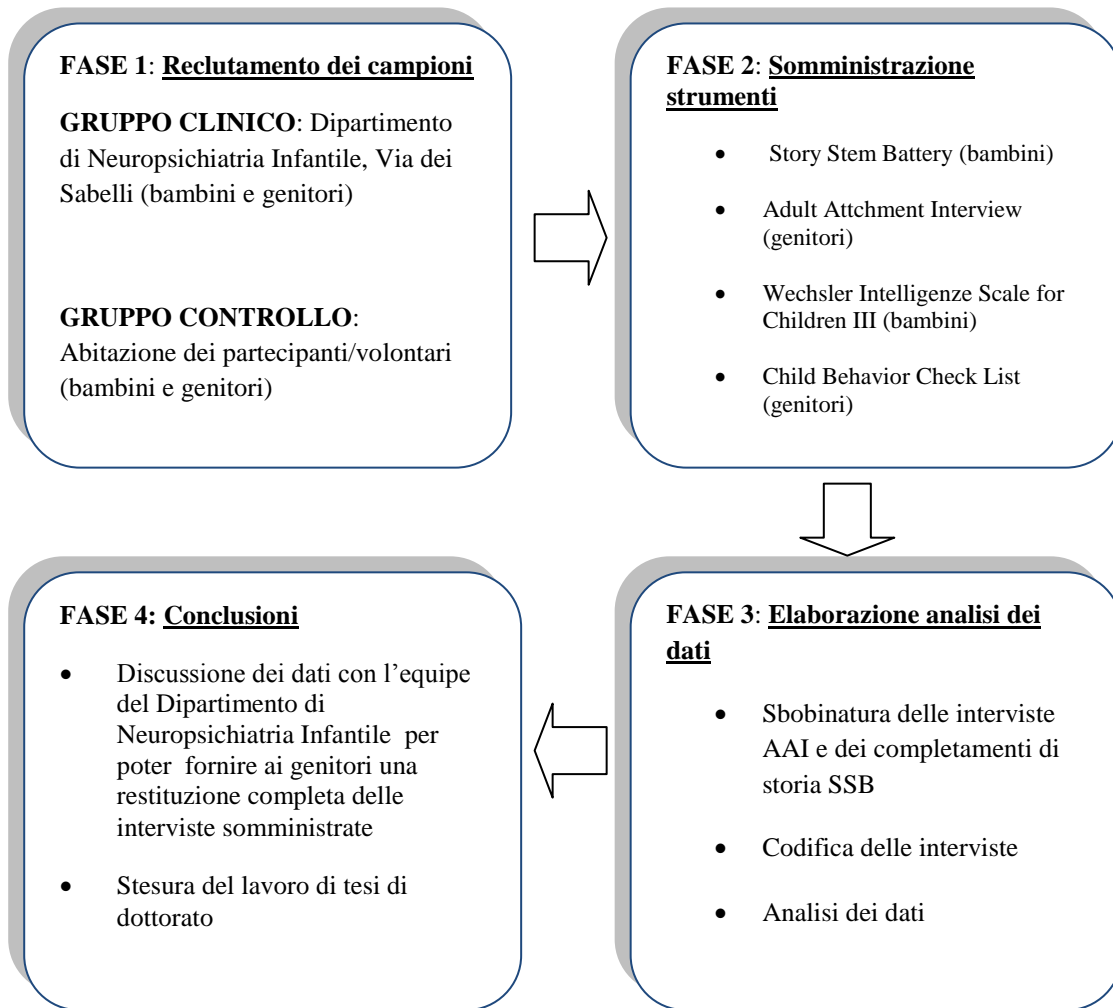
Per ogni scala sono stati individuati dei cut-off, che delimitano le fasce dei punteggi nella norma, "borderline" e clinici, permettendo in questo modo di orientare il clinico nella valutazione del "rischio evolutivo" del bambino (Lucarelli et al., 2008; McConaughy, Achenbach, 2001). Il profilo, come nella maggior parte dei self report, si ottiene confrontando i risultati del singolo soggetto ottenuti nelle varie scale con i punteggi normativi derivati da campioni di riferimento della medesima età.

3.5 Procedura

I soggetti di entrambi i campioni sono stati sottoposti ad una valutazione multi strumentale che comprende: (1) il completamento di inizi di storie tramite la procedura *Story Stem Assessment Profile* (Hodges, Hillman e Steele, 2007) somministrata ai bambini dai 4 ai 10 anni e codificata da un valutatore addestrato; (2) L'intervista *Adult Attachment Interview* (George, Kaplan, Main, 1985) somministrata ai genitori e codificata da due valutatori indipendenti; (3) il questionario *Child Behavior Check List* (Achenbach, Rescorla, 2001; Frigerio, 2001a) compilato dai genitori; (4) il test intellettivo *Wechsler Intelligence Scale for Children* rivolto ai bambini con disturbo del comportamento con lo scopo di escludere dal campione totale i bambini che presentano ritardo mentale. Gli strumenti sono stati somministrati all'interno del Servizio di Neuropsichiatria Infantile di Consultazione e Diagnosi per i pazienti che accedono al Servizio di visita ambulatoriale dell'Università La Sapienza.

I soggetti sono stati reclutati selezionando i bambini con disturbi del comportamento dalla lista di attesa che aspettavano di essere contattati dopo aver effettuato un primo colloquio di routine con il neuropsichiatra. Per non interferire con la prassi clinica la valutazione è avvenuta durante l'orario di consultazione presso l'Istituto. Come di routine a tutti i pazienti che accedono al reparto vengono offerti i seguenti servizi: una prima visita con il neuropsichiatra che incontra i genitori e il bambino (prima separatamente, poi insieme); sei incontri di approfondimento psicologico (3 al bambino e 3 ai genitori); due incontri con il bambino per la somministrazione di test intellettivi e proiettivi; due incontri di restituzione con genitori. Durante un primo contatto telefonico i genitori sono stati informati rispetto all'iter ambulatoriale e alla possibilità di valutazione testologica. Anche i bambini sono stati informati dall'operatore una volta accompagnati all'Istituto.

Figura 3. Fasi dello Studio



Dal momento che l'utilizzo dello SSAP richiede che la valutazione avvenga attraverso la codifica del resoconto del bambino parola per parola, oltre all'osservazione dei comportamenti non verbali, abbiamo utilizzato una telecamera per videoregistrare il compito. La videoregistrazione permette di avere sia una valutazione accurata (proprio perché suddivisa in due momenti: durante l'interazione con il bambino e successivamente utilizzando il video) sia un rapporto neutrale con il bambino durante la prova. In questo senso la videoregistrazione permette al somministratore di assistere il bambino in qualsiasi momento durante la prova, senza dovere prendere nota di quello che accade durante la valutazione.

Al bambino è stato spiegato il motivo principale che rende necessaria la videoregistrazione. In questo modo i bambini si sono sentiti liberi di giocare senza interferenze o inibizioni. Tutte le procedure SSAP sono state videoregistrate e i bambini

hanno partecipato divertendosi. I genitori hanno firmato un consenso informato per la partecipazione del figlio alla videoregistrazione. Per quanto riguarda le interviste AAI ci siamo servite di audio registrazione per protocollare le risposte del genitore e valutarle in un secondo momento in modo indipendente. Per dare la possibilità al bambino di familiarizzare con l'operatore, la somministrazione dello SSAP è stata effettuata dopo il primo colloquio psicologico. Per metterli a loro agio, le videoregistrazioni sono avvenute in una stanza dell'istituto predisposta ad incontri con i bambini. Tutti i bambini a cui è stata proposta la somministrazione hanno partecipato. Essendo lo SSAP una procedura non intrusiva che utilizza il gioco associato al racconto i bambini si sono divertiti e sentiti liberi di raccontare le storie stimulate dalla somministrazione.

Per la somministrazione abbiamo seguito un training specifico presso l'Anna Freud Centre di Londra e conseguito gli attestati per la somministrazione, la valutazione e la codifica²⁹. Abbiamo utilizzato l'intera batteria SSAP che comprende tredici inizi (steli o *stem*) di storie che includono degli scenari familiari, ciascuno dei quali include un dilemma o un problema da risolvere. I bambini sono stati invitati a completare e a risolvere le storie e sollecitati a portare esperienze personali, rappresentazioni interne del loro mondo sociale e della creatività. Il compito ha richiesto 45 minuti c/a per ogni bambino. Per ogni gruppo di soggetti (genitori + bambino) sono stati rispettati i tempi del reparto. Generalmente dopo un primo contatto con il neuropsichiatra ai genitori viene dato un appuntamento dal medico per le visite successive seguendo la lista di attesa.

Una volta chiamati vengono prescritti sei incontri di consultazione diagnostica per ogni gruppo di soggetti più due incontri di restituzione: uno al bambino e uno ai genitori. Gli incontri vengono prenotati a distanza di una settimana dall'altro (3 per il bambino e 3 per i genitori e due di restituzione). Per non aggravare ulteriormente sull'iter del servizio, abbiamo concordato di volta in volta l'appuntamento per la somministrazione dei test. Per raggiungere il campione totale abbiamo impiegato circa 2 anni. In questo arco di tempo abbiamo di volta in volta elaborato le relazioni finali per ciascun bambino valutato e consegnato il materiale al capo reparto perché potesse inserire il materiale nella restituzione ai genitori.

²⁹ Attraverso le dovute esercitazioni ho raggiunto l'87% di accordo con la valutazione standard.

Abbiamo partecipato a tutti i colloqui diagnostici (o con i bambini o con i genitori a seconda dei casi) e partecipato a quasi tutti gli incontri di restituzione. Allo stesso tempo ai genitori incontrati per il gruppo di controllo che hanno richiesto la restituzione abbiamo concesso un appuntamento successivo alle interviste rendendoli partecipi di quanto osservato.

Il questionario CBCL è stato consegnato ai genitori al primo contatto. Mentre erano in sala d'attesa, hanno compilato le schede e le hanno restituite al primo colloquio con l'operatore. In questo modo è stata data loro la possibilità di chiedere chiarimenti direttamente all'operatore nel caso in cui non avessero compreso alcune domande. In alcuni casi i colloqui sono iniziati con gli approfondimenti alle domande della CBCL. Ciò ha reso la conversazione fluida e confidenziale fin da subito. Le interviste AAI sono state somministrate dopo i primi tre colloqui con i genitori. Tutte le mamme hanno partecipato all'intervista.

Per il gruppo di controllo, i partecipanti sono stati reclutati attraverso un servizio di volontariato. Ogni partecipante è stato contattato telefonicamente e informato personalmente sull'iter testologico. Inizialmente abbiamo preso contatti con 22 mamme. Tra queste 15 hanno partecipato al progetto, le altre 7 hanno declinato l'invito. Per non interferire con l'ambiente naturale entro cui il bambino cresce abbiamo somministrato la batteria testologica a casa dei partecipanti.

Prima di recarci a casa loro abbiamo contattato personalmente le mamme invitandole a preparare il bambino sul nostro incontro. Una volta a casa abbiamo iniziato a somministrare il test al bambino. Parallelamente abbiamo consegnato la CBCL al genitore rendendoci disponibili su qualsiasi chiarimento o difficoltà nella compilazione soltanto dopo aver terminato il gioco con il bambino. Questa comunicazione ha favorito da subito una buona alleanza con il somministratore anche con i bambini maggiormente inibiti limitando le intrusioni del genitore durante il gioco. Vedendo l'altro dedicare tempo al somministratore entrambi si sono sentiti partecipi e motivati nell'esecuzione del compito. Una mamma ha detto: "è stato bello condividere con mio figlio un momento in cui entrambi eravamo in stanze diverse, ma facevamo la stessa cosa". Finito il test con il bambino abbiamo permesso al bambino di utilizzare ancora i nostri giochi e invitato a inventare storie liberamente con il materiale a disposizione. Tutti i bambini hanno accettato e si sono divertiti. Per i bambini più piccoli questo invito ha

anche facilitato la separazione dal gioco e ha permesso di procedere con l'intervista AAI alla mamma senza particolari problemi.

Successivamente agli incontri, sono state trascritte tutte le narrative prodotte dalle interviste AAI e SSAP registrate durante la somministrazione. Le WISC, le CBCL, le AAI e le SSAP sono state codificate e sono state inserite nel materiale di relazione e discusse insieme all'equipe del reparto.

3.6 Risultati

A partire dalla **prima ipotesi** formulata, ovvero che fosse possibile riscontrare un diverso stile di attaccamento tra i due campioni, e in particolare che i bambini con disturbo del comportamento avessero delle rappresentazioni con il caregiver caratterizzate da una minore sicurezza rispetto ai bambini del gruppo di controllo, riscontriamo delle differenze statisticamente significative nei punteggi rispetto alle dimensioni di Sicurezza, Insicurezza e Disorganizzazione tra i due campioni. Abbiamo utilizzato il test U di Mann Whitney per confrontare le mediane di ogni costrutto tra i due campioni. In questo studio l'ipotesi nulla H_0 sottoposta a verifica ipotizza l'uguaglianza fra le mediane dei punteggi ai quattro costrutti di Sicurezza, Insicurezza Disorganizzazione ed Evitamento Difensivo nei due campioni di bambini esaminati, per cui $H_0: \theta_1 = \theta_2$. L'ipotesi alternativa H_1 postula invece che esistano differenze nei costrutti dello SSAP tra i due campioni. L'output ottenuto tramite il programma SPSS (si vedano Tab. 16 e 17) ci informa sulla differenza nei punteggi dei ranghi medi ottenuti per ciascun costrutto.

Osservando i dati possiamo notare che i bambini del gruppo di controllo hanno mostrato, rispetto ai bambini con disturbo del comportamento, punteggi più elevati al costrutto *Sicuro* ($M = 19,97$; $p = ,004$), e punteggi più bassi ai costrutti *Insicuro* ($M = 9,03$; $p = ,000$) e *Disorganizzato* ($M = 9,70$; $p = ,000$). Rileviamo quindi nei bambini con disturbo del comportamento la presenza, statisticamente significativa pur nell'esiguità del campione, di un minor livello di sicurezza e maggior livello di insicurezza e disorganizzazione.

Tabella 16. Distribuzione ranghi medi, Test U Mann Whitney

		<i>Rango Medio</i>	<i>Somma dei Ranghi</i>
<i>EVI/DIF</i>	<i>Gruppo di controllo</i>	<i>14,27</i>	<i>214,00</i>
	<i>Disturbi del comportamento</i>	<i>16,73</i>	<i>251,00</i>
<i>SICURO</i>	<i>Gruppo di controllo</i>	<i>19,97</i>	<i>299,50</i>
	<i>Disturbi del comportamento</i>	<i>11,03</i>	<i>165,50</i>
<i>INSICURO</i>	<i>Gruppo di controllo</i>	<i>9,03</i>	<i>135,50</i>
	<i>Disturbi del comportamento</i>	<i>21,97</i>	<i>329,50</i>
<i>DISORG</i>	<i>Gruppo di controllo</i>	<i>9,70</i>	<i>145,50</i>
	<i>Disturbi del comportamento</i>	<i>21,30</i>	<i>319,50</i>

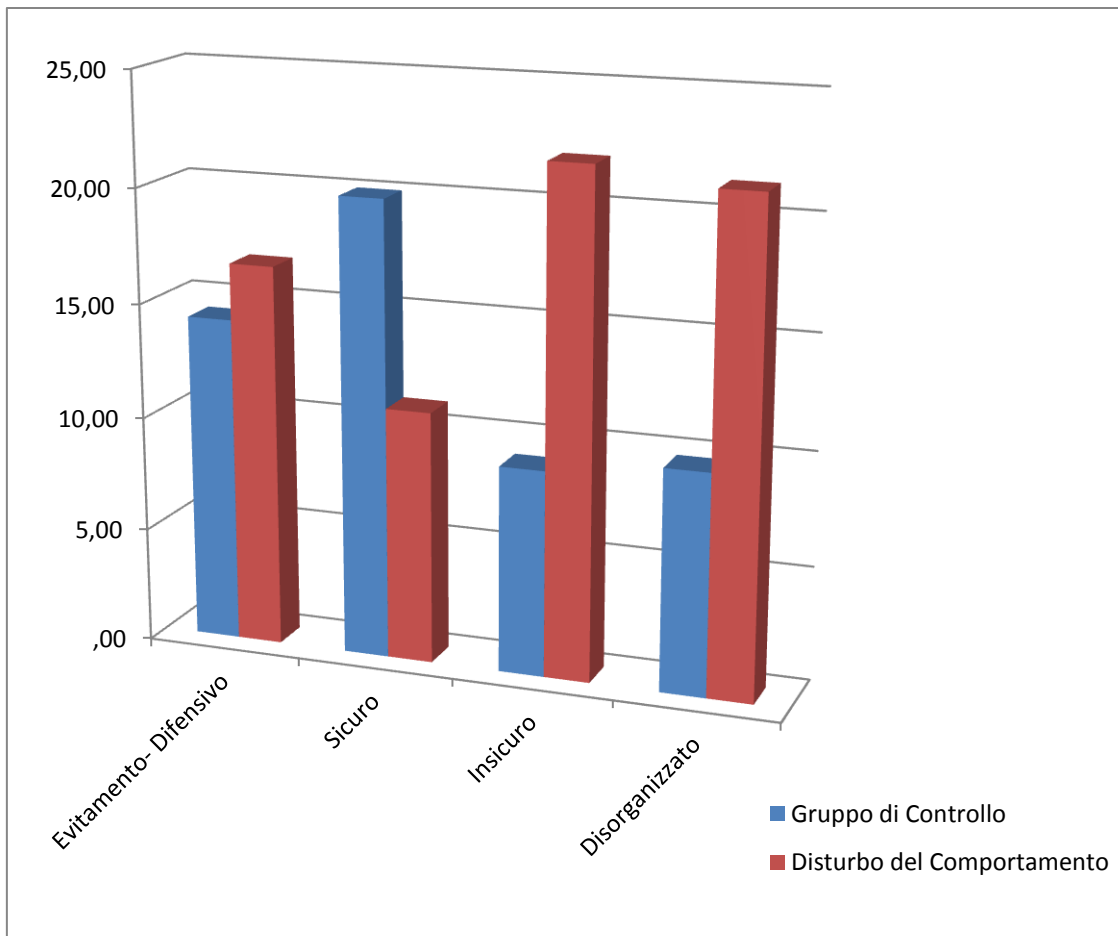
Tabella 17. Test Statistico (b)

	<i>EVI_DIF</i>	<i>SICURO</i>	<i>INSICURO</i>	<i>DISORG</i>
<i>Mann-Whitney U</i>	<i>94,000</i>	<i>45,500</i>	<i>15,500</i>	<i>25,500</i>
<i>Wilcoxon W</i>	<i>214,000</i>	<i>165,500</i>	<i>135,500</i>	<i>145,500</i>
<i>Z</i>	<i>-,770</i>	<i>-2,780</i>	<i>-4,033</i>	<i>-3,619</i>
<i>Asymp. Sig. (2-tailed)</i>	<i>,441</i>	<i>,005</i>	<i>,000</i>	<i>,000</i>
<i>Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]</i>	<i>,461</i>	<i>,004**</i>	<i>,000***</i>	<i>,000***</i>

*** p<.001; ** p<.01; * p<.05

Da come possiamo notare nella *Tabella 17* i valori di significatività $\alpha = .01$ mostrano una differenza statisticamente significativa tra campione clinico e non clinico nei costrutti, *Sicuro* ($U = 45,5$; $p = ,004$ $p < \alpha$) *Insicuro* ($U = 15,5$; $p = ,000$; $p < \alpha$) e *Disorganizzato* ($U = 25,5$; $p = ,000$; $p < \alpha$). Fatta eccezione per il costrutto Evitamento Difensivo possiamo accettare l'ipotesi alternativa che conferma la presenza di differenze statisticamente significative tra i punteggi ottenuti nei costrutti dei due campioni

Figura 4. Valori delle Mediane nel gruppo clinico e nel gruppo di controllo



La dimensione globale dell'Evitamento Difensivo, pur non essendo risultata statisticamente significativa all'interno dei due gruppi di bambini presi in considerazione, presenta delle differenze statisticamente significative all'interno delle sottodimensioni. In particolare, osservando i dati per ogni costrutto che abbiamo riportato nella Tabella qui di seguito (si veda *Tabella 18*), possiamo considerare delle differenze statisticamente significative nelle tematiche di *Perdita del Coinvolgimento* ($U = 42,5$; $p = ,003$ $p < \alpha$), a favore dei bambini del gruppo di controllo; *Chiusura Prematura* ($U = 64,5$ $p = ,045$ $p < \alpha$) con media più alta nei bambini con disturbo del comportamento, *Cambiamento dei Vincoli della Storia* ($U = 48,5$; $p = ,007$ $p < \alpha$) con punteggio maggiore nei bambini con disturbo del comportamento, *Evitamento all'Interno della Cornice Narrativa* ($U = 47,5$; $p = ,006$ $p < \alpha$) con media più alta nei bambini con disturbo del comportamento; *Diniego/ Distorsione dell'Affetto* ($U = 64$; $p = ,045$ $p < \alpha$), con punteggi medi più alti per i bambini con disturbo del comportamento;

Neutralizzazione / Evitamento dell'Ansia ($U = 44$; $p = ,045$ $p < \alpha$) con punteggi più alti per i bambini con disturbo del comportamento.

Tabella 18. Distribuzione ranghi medi, Test U di Mann Whitney Scale Evitamento Difensivo; SSAP

EVIT/DIF SSAP SCALE	CAMPIONE	Ranghi Somma		U	Z	Sig.
		Medi	Ranghi			
Assenza del Coinvolgimento	Gruppo di controllo	15	225,00	105,00	-1	,775
	Disturbi del comportamento	16	240,00			
Perdita del Coinvolgimento	Gruppo di controllo	20,17	302,50	42,50	-3,154	,003**
	Disturbi del comportamento	10,83	162,50			
Avversione Iniziale	Gruppo di controllo	17,1	256,50	88,50	-1,154	,325
	Disturbi del comportamento	13,9	208,50			
Chiusura Prematura	Gruppo di controllo	18,7	280,50	64,50	-2,034	,045**
	Disturbi del comportamento	12,3	184,50			
Cambiamenti dei Vincoli Narrativi	Gruppo di controllo	11,23	168,50	48,50	-3,165	,007**
	Disturbi del comportamento	19,77	296,50			
Evitamento all'Interno della Cornice Narrativa	Gruppo di controllo	11,17	167,50	47,50	-2,704	,006**
	Disturbi del comportamento	19,83	297,50			
Diniego/Distorzione dell'Affetto	Gruppo di controllo	12,27	184,00	64,00	-2,589	,045**
	Disturbi del comportamento	18,73	281,00			
Neutralizzazione/Evitamento dell'Ansia	Gruppo di controllo	10,93	164,00	44,00	-2,903	,004**
	Disturbi del comportamento	20,07	301,00			

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Differenze significative con punteggi maggiori a carico del gruppo di controllo si rilevano anche nelle tematiche di: Padronanza Attiva della Situazione ($U = 25$; $p = ,000$ $p < \alpha$), Adulti Forniscono Comforto ($U = 42,5$; $p = ,003$ $p < \alpha$), Eventi Piacevoli di Vita Quotidiana ($U = 15$; $p = ,000$ $p < \alpha$) relative alla Dimensione *Sicuro*;

Tabella 19. Distribuzione ranghi medi, Test U di Mann Whitney Scale Secure SSAP

SECURE SSAP SCALE	CAMPIONE	Ranghi		Somma	U	Z	Sig.
		Medi	Ranghi				
Bambino chiede Aiuto, Comfort	Gruppo di controllo	18,17	272,50	72,50	-1,664	,098	
	Disturbi del comportamento	12,83	192,50				
Fratelli/Pari danno Aiuto, Comfort	Gruppo di controllo	17,53	263,00	82,00	-1,270	,217	
	Disturbi del comportamento	13,47	202,00				
Padronanza Attiva della Situazione	Gruppo di controllo	21,33	320,00	25,00	-3,639	,000***	
	Disturbi del comportamento	9,67	145,00				
Adulti Forniscono Comfort	Gruppo di controllo	20,17	302,50	42,50	-2,919	,003**	
	Disturbi del comportamento	10,83	162,50				
Adulti Forniscono Aiuto	Gruppo di controllo	17,67	265,00	80,00	-1,351	,187	
	Disturbi del comportamento	13,33	200,00				
Adulti Mostrano Affetto	Gruppo di controllo	17,30	259,50	85,50	-1,133	,267	
	Disturbi del comportamento	13,70	205,50				
Stabilire Limiti	Gruppo di controllo	13,07	196,00	76,00	-1,528	,137	
	Disturbi del comportamento	17,93	269,00				
Aggressione Coerente	Gruppo di controllo	12,63	189,50	69,50	-1,809	,074	
	Disturbi del comportamento	18,37	275,50				
Riconoscimento del Distress del Bambino	Gruppo di controllo	18,00	270,00	75,00	-1,561	,126	
	Disturbi del comportamento	13,00	195,00				
Riconoscimento del Distress dell'Adulto	Gruppo di controllo	18,10	271,50	73,50	-1,690	,106	
	Disturbi del comportamento	12,90	193,50				
Eventi Piacevoli di Vita Quotidiana	Gruppo di controllo	22,00	330,00	15,00	-4,094	,000***	
	Disturbi del comportamento	9,00	135,00				

*** p<.001; ** p<.01; * p<.05;

Ulteriori differenze tra campione clinico e di controllo, con medie maggiori nel gruppo di bambini con disturbo del comportamento, sono emerse nelle tematiche di Bambino in Pericolo (U = 44; p = ,004 p < α), Accondiscendenza Eccessiva (U = 44; p = ,004 p < α), Adulto Inconsapevole (U = 64; p = ,001 p < α), Adulto Attivamente Rifiutante (U =

18; $p = ,000$ $p < \alpha$), Adulto Ferito/Morto ($U = 57$; $p = ,021$ $p < \alpha$) relative al Costrutto *Insicuro*;

Tabella 20. Distribuzione ranghi medi, Test U di Mann Whitney Scale Insecure SSAP

INSECURE SSAP SCALE	CAMPIONE	Ranghi Medi	Somma Ranghi	U	Z	Sig.
Bambino in Pericolo	Gruppo di controllo	10,93	164,00	44,00	-2,902	,004**
	Disturbi del comportamento	20,07	301,00			
Bambino Ferito/Morto	Gruppo di controllo	13,40	201,00	81,00	-1,314	,202
	Disturbi del comportamento	17,60	264,00			
Accondiscendenza Eccessiva	Gruppo di controllo	10,93	164,00	44,00	-2,857	,004**
	Disturbi del comportamento	20,07	301,00			
Adulto Inconsapevole	Gruppo di controllo	10,33	155,00	35,00	-3,234	,001***
	Disturbi del comportamento	20,67	310,00			
Adulto Attivamente Rifiutante	Gruppo di controllo	9,23	138,50	18,50	-4,015	,000***
	Disturbi del comportamento	21,77	326,50			
Adulto Ferito/Morto	Gruppo di controllo	11,80	177,00	57,00	-2,462	,021**
	Disturbi del comportamento	19,20	288,00			
Gettare, Lanciare via	Gruppo di controllo	14,00	210,00	90,00	-1,200	,367
	Disturbi del comportamento	17,00	255,00			

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Per quanto infine riguarda il Costrutto *Disorganizzato*, differenze significative con punteggi più elevati nei bambini con disturbo del comportamento si rilevano nelle tematiche di Fantasia Catastrofica ($U = 59,5$; $p = ,026$ $p < \alpha$), Risposte Atipiche/Bizzarre ($U = 50$; $p = ,009$ $p < \alpha$) Slittamento Buono/Cattivo ($U = 37,5$; $p = ,001$ $p < \alpha$), Aggressione Estrema ($U = 61,5$; $p = ,033$ $p < \alpha$).

Tabella 21. Distribuzione ranghi medi, Test U di Mann Whitney Scale Disorganised SSAP

DISORGANISED SSAP SCALE	CAMPIONE	Ranghi Medi	Somma Ranghi	U	Z	Sig.
Fantasia Catastrofica	Gruppo di controllo	11,97	179,50	59,50	-2,390	,026**
	Disturbi del comportamento	19,03	285,50			
Risposte Bizzarre/Atipiche	Gruppo di controllo	11,33	170,00	50,00	-2,708	,009**

	Disturbi del comportamento	19,67	295,00			
Slittamento Buono/Cattivo	Gruppo di controllo	10,50	157,50	37,50	-3,710	,001***
	Disturbi del comportamento	20,50	307,50			
Inversione di Ruolo	Gruppo di controllo	12,63	189,50	69,50	-1,864	,074
	Disturbi del comportamento	18,37	275,50			
Aggressione Estrema	Gruppo di controllo	12,10	181,50	61,50	-2,192	,033**
	Disturbi del comportamento	18,90	283,50			
Onnipotenza Magica	Gruppo di controllo	12,47	187,00	67,00	-2,188	,061
	Disturbi del comportamento	18,53	278,00			

*** p<.001 ** p<.01; * p<.05

Al fine di esplorare l'eventuale relazione dello stato mentale della madre sul mondo rappresentazionale del bambino oltre che sul versante psicopatologico ed emotivo e quindi per verificare la **seconda ipotesi**, abbiamo esaminato la distribuzione dell'attaccamento materno in base all'appartenenza del gruppo clinico e di controllo dei figli. Successivamente abbiamo analizzato le tematiche ottenute dai racconti di storia somministrati ai bambini in relazione alle rappresentazioni mentali delle madri e in base al loro attaccamento. Al fine di osservare l'eventuale relazione tra il mondo rappresentazionale del bambino e lo stato della mente della madre abbiamo verificato l'eventuale correlazione tra le tematiche rappresentazionali del bambino e quelle della propria madre. Infine abbiamo preso in considerazione le eventuali relazioni tra l'attaccamento delle madri e quello dei loro figli.

Prendendo in considerazione lo stato della mente relativo all'attaccamento delle madri del gruppo di controllo e delle madri del gruppo clinico sul campione totale (si veda *Tabella 22, e Grafico 5*), osserviamo la seguente distribuzione: 10 interviste sono state classificate Sicuro - Autonomo; 3 sono state classificate Insicuro - Distanziante; 1 è stata classificata Insicuro - Preoccupato; 12 mamme hanno ricevuto la valutazione di attaccamento Irrisolto, 9 delle quali Sicure e secondariamente Autonome; 2 Insicuro-Distanziante; 1 Insicuro-Preoccupato. Quattro mamme sono state giudicate Non

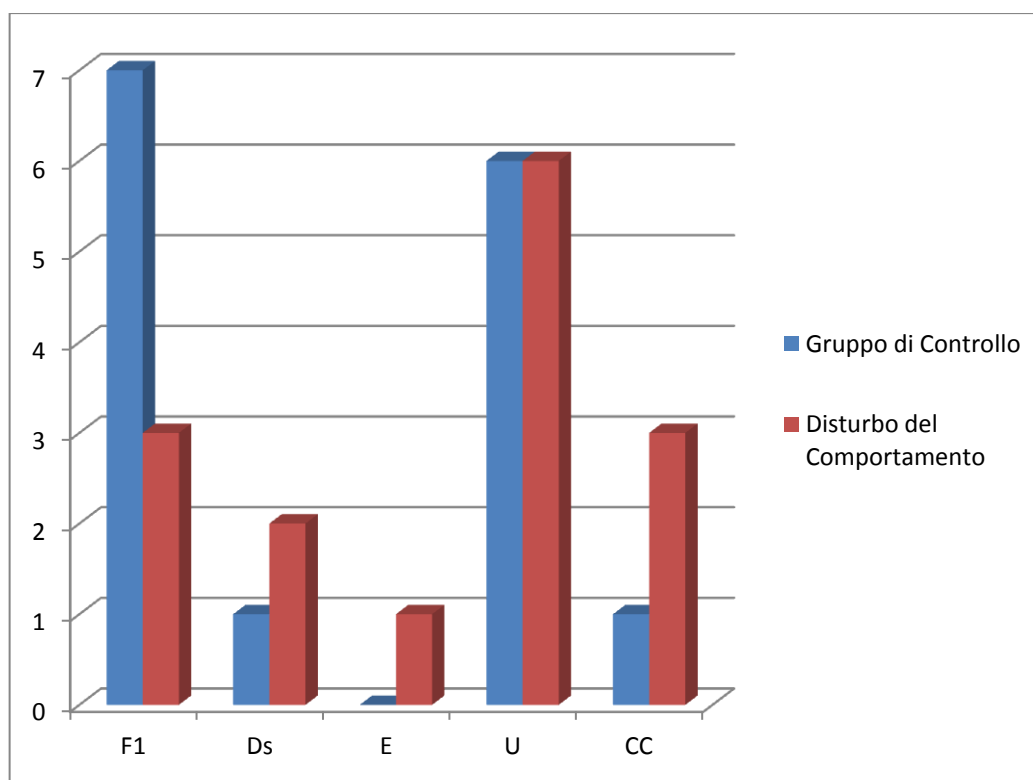
Classificabili. Nella classificazione a 5 vie non è stato effettuato il chi quadro per l'alta variabilità della distribuzione delle mamme nelle sottocategorie.

Tabella 22. Distribuzione Attaccamento a 5 vie delle mamme tra i gruppi.

AAI - CLASSIFICAZIONE a 5 vie

	F	Ds	E	U	CC	Tot
Gruppo di controllo	7 (46,60%)	1 (6,70%)	0 (0,00%)	6 (40,00%)	1 (6,70%)	15
Disturbi del comportamento	3 (20,00%)	2 (13,30%)	1 (6,70%)	6 (40,00%)	3 (20,00%)	15
Totali	10 (33,30%)	3 (10,00%)	1 (3,30%)	12 (40,00%)	4 (13,30%)	30

Figura 4. Grafico Distribuzione Attaccamento Madri tra i due gruppi. 5 vie



Prendendo in considerazione la classificazione a due vie Sicuro / Non Sicuro³⁰ (si veda *Tabella 23*) osserviamo la distribuzione degli attaccamenti valutati tramite la AAI: 20 mamme sono state classificate con stato della mente Sicuro e 10 con stato della mente Insicuro; 7 mamme classificate come Sicure hanno il proprio figlio con Disturbo del

³⁰ Si è considerata la categoria Sicuro includendo anche le madri che hanno ricevuto la seconda classificazione U/F.

Comportamento e 13 classificate come sicure hanno il figlio nel gruppo di controllo. Rispetto alle mamme classificate con attaccamento di tipo Non Sicuro, 2 appartengono al gruppo di controllo e 8 hanno il figlio con disturbo del comportamento.

Per rintracciare le eventuali differenze tra lo stato della mente delle madri che hanno i propri figli con disturbo comportamentale e lo stato delle mente delle madri i cui figli appartengono al gruppo di controllo, abbiamo utilizzato il chi quadrato. Considerando la distribuzione dell'attaccamento delle mamme in base all'appartenenza del gruppo dei figli (si veda *Tabella 23*) possiamo osservare delle differenze statisticamente significative per $\alpha = 0,05$ tra le madri del gruppo dei bambini con disturbo del comportamento e le madri dei bambini appartenenti al gruppo di controllo ($x^2 = 5,400$; $gdl = 1$; $p = 0,020$; $p < \alpha$).

Tabella 23. Chi quadro 2 vie. Confronto distribuzione attaccamento madri in base al gruppo di appartenenza del figlio.

AAI - CLASSIFICAZIONE a 2 vie						
	Sicuro	Non sicuro	Tot	x^2	Gdl	Sig.
Gruppo di controllo	13	2	15	5,400^a	1	0,020*
Disturbi del comportamento	7	8	15			
Totali	20	10	30			

* $p < .05$

Possiamo notare una tendenza alla significatività (si veda *Tabella 24*) anche prendendo in considerazione la classificazione a 4 vie Sicuro (Autonomo) / Insicuro (Distanziante/Preoccupato) e CC (Non Classificabile) ($x^2 = 7,379$; $gdl = 3$; $p = 0,061$). Pur consapevoli dei limiti statistici dovuti alla numerosità del campione e al fatto che la tabella di contingenza è 2×5 , si è ritenuto informativo eseguire un test del Chi quadrato. Il risultato, tendente alla significatività, lascia supporre che con un campione più numeroso l'effetto possa essere chiaramente rilevato. Tuttavia è interessante osservare descrittivamente la distribuzione delle frequenze nelle diverse celle, che evidenzia una distribuzione non del tutto omogenea degli attaccamenti delle madri in base all'appartenenza al gruppo clinico vs di controllo del bambino. In particolare gli attaccamenti sicuri prevalgono nelle madri dei bambini di controllo.

Tabella 24. Chi quadro 4 vie. Confronto distribuzione attaccamento madri in base al gruppo di appartenenza del figlio.

AAI - CLASSIFICAZIONE a 4 vie

	F	Ds	E	CC	Tot	χ^2	Gdl	Sig.
Gruppo di controllo	13	1	0	1	15	7,379 ^a	3	0,061
Disturbi del comportamento	6	4	2	3	15			
Totali	19	5	2	4	30			

Per rintracciare una relazione statisticamente significativa tra lo stato della mente del genitore e quelle del figlio abbiamo confrontato tramite il t-test le tematiche dello SSAP in base all'attaccamento della madre (sicuro-non sicuro). Attraverso queste analisi sono emerse delle differenze statisticamente significative rispetto alle tematiche di Difese di Evitamento (vedi Figura 6): *Perdita del Coinvolgimento* ($t = 2,279$; $gdl = 28$; $p = ,030$; $p < \alpha$); di Rappresentazioni dell'Adulto: *Adulti Forniscono Protezione* ($t = 1,978$; $gdl = 28$; $p = 0,050$ $p < \alpha$); *Adulti Attivamente Rifiutanti* ($t = -2,457$; $gdl = 28$; $p = ,020$; $p < \alpha$); e di Disorganizzazione: *Slittamento Buono/Cattivo* ($t = -2,264$; $gdl = 28$; $p = ,031$; $p < \alpha$). In altri termini i bambini le cui madri sono sicure manifestano temi legati a rappresentazioni di adulti positive, fonte di protezione in misura maggiore rispetto ai bambino con madri non sicure.

Al contrario i bambini le cui madri rientrano nella classificazione non sicuro tendono a utilizzare maggiormente manovre difensive disorganizzate quali la scissione del personaggio (buono/cattivo) e a rappresentarsi la figura dell'adulto come rifiutante rispetto alla richiesta di protezione da parte del bambino in misura maggiore rispetto ai bambini le cui madri sono classificate come sicure.

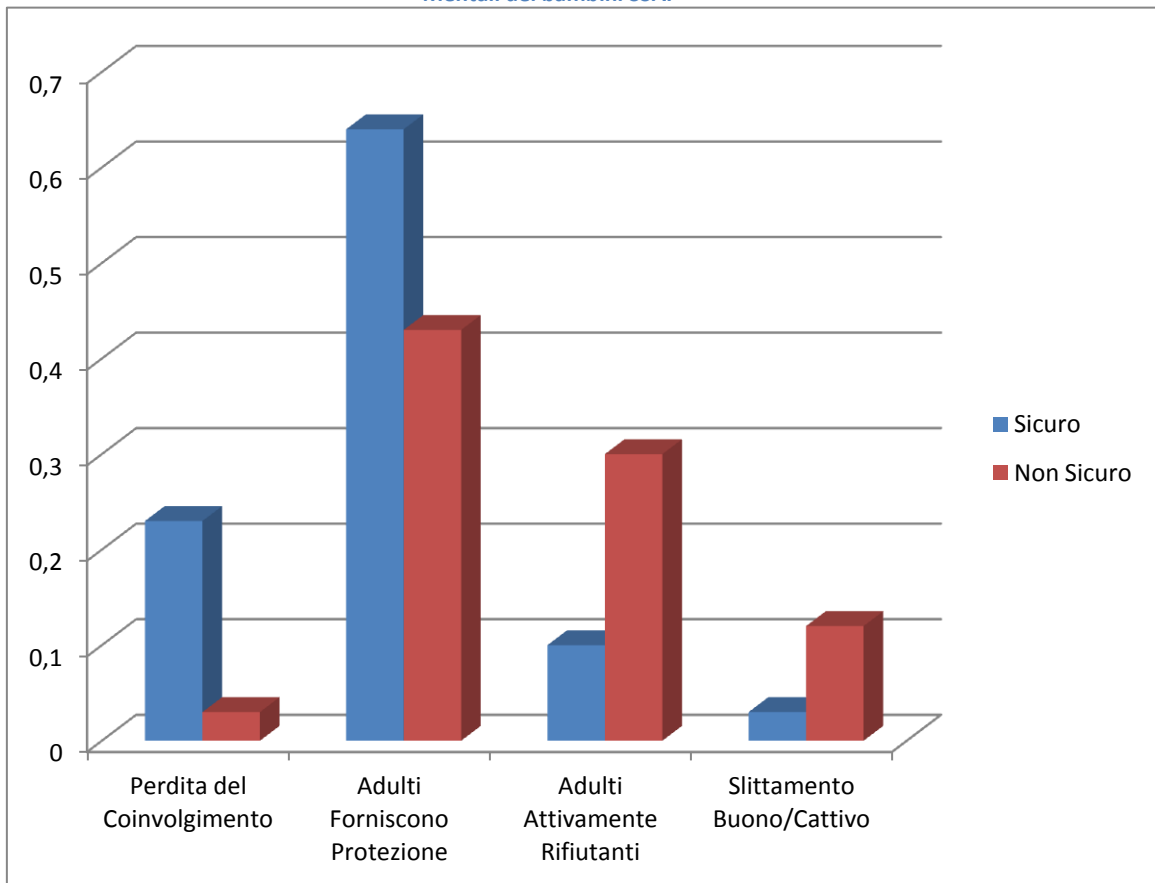
Figura 6. t Test confronto delle medie nel gruppo delle mamme Sicuro/Non Sicuro sulle Rappresentazioni Mentali dei bambini SSAP

RAPPRESENTAZIONI MENTALI BAMBINO - SSAP	STATO DELLA MENTE MADRE - AAI	N°	Media	t	Gdl	Sig
Perdita del coinvolgimento	Sicuro	20	,23	2,279	28,00	,03*
	Insicuro	10	,03			
Adulti forniscono protezione	Sicuro	20	,64	1,978	28,00	,05*
	Insicuro	10	,43			
Adulti Attivamente rifiutanti	Sicuro	20	,10	-2,457	28,00	,02*
	Insicuro	10	,31			

Slittamento buono/cattivo	Sicuro	20	,03	-2,264	28,00	,03*
	Insicuro	10	,12			

* p<.05

Figura 6. t Test confronto delle medie nel gruppo delle mamme Sicuro/Non Sicuro sulle Rappresentazioni Mentali dei bambini SSAP



Abbiamo inoltre correlato le dimensioni delle rappresentazioni mentali dei bambino con quelle dei genitori (si vedano *Tablelle 25 e 26*).

Nelle *Tablelle 25 e 26* abbiamo riportato le correlazioni statisticamente positive tra le tematiche valutate tramite lo SSAP dei bambini del nostro campione e le rappresentazioni mentali delle madri dei bambini valutate tramite le interviste AAI. Abbiamo suddiviso i risultati in due parti: una relativa agli output delle correlazioni tra le dimensioni di attaccamento del bambino di Sicuro e di Evitamento Difensivo con le dimensioni valutate dell'AAI e l'altra relativa agli output delle correlazioni tra le dimensioni di attaccamento del bambino di Insicuro e di Disorganizzato con le dimensioni valutate dall'AAI. Nella lettura dei risultati abbiamo suddiviso le scale della

mente valutate dalle AAI da quelle delle esperienze. Nella tabella 11 osserviamo delle correlazioni

Nella *Tabella 25* osserviamo delle correlazioni statisticamente significative e positive tra la scala dell'AAI *Rifiuto* con il tema SSAP *Stabilire Limiti* ($r = ,579$) e tra la scala AAI della *Coerenza del Trascritto* e il tema SSAP *Adulti Forniscono Comfort* ($r = ,410$). Abbiamo inoltre trovato una correlazione negativa statisticamente significativa tra la scala AAI *Coerenza del Trascritto* e il tema SSAP *Neutralizzazione dell'Ansia* ($r = -,518$); una correlazione statisticamente significativa e positiva tra la scala AAI *Trascuratezza* e il tema SSAP *Aggressione Coerente* ($r = ,671$); una correlazione statisticamente significativa e positiva tra la scala AAI *Idealizzazione* e il tema SSAP *Neutralizzazione dell'Ansia* ($r = ,382$). Infine notiamo una correlazione positiva e statisticamente significativa tra la scala AAI *Passività del Discorso* e il tema SSAP *Neutralizzazione dell'Ansia*. In altre parole notiamo che i bambini che tendono a mostrare nelle storie punteggi alti alle tematiche relative alla punizione, all'aggressione (seppur non estrema) e utilizzano manovre difensive per gestire gli alti livelli di ansia hanno madri che descrivono la propria esperienza infantile con sentimenti di rifiuto e trascuratezza ricevendo pertanto punteggi alti sotto queste dimensioni evidenziate nel racconto di storia. Mentre i bambini le cui mamme hanno ricevuto punteggi elevati alle scale relative alla *Coerenza del Trascritto* e dello *Stato della Mente* (dimostrando coerenza nei sistemi del pensiero, dei valori e del sistema delle proprie credenze), mostrano attraverso lo SSAP punteggi alti ai contenuti relativi alle rappresentazioni dell'adulto come colui che fornisce conforto e dimostrando in questo senso di utilizzare un buon grado di fiducia verso le figure genitoriali che interagiscono nel racconto di storia. Inoltre, maggiore è il punteggio ottenuto sia nella scala della *Coerenza del Trascritto* che in quella relativa alla *Coerenza della Mente*, minore sarà il punteggio nella tematica relativa alla *neutralizzazione dell'ansia*, strategia non funzionale collegata all'arresto improvviso delle difese del protagonista e della storia di fronte a contenuti angosciosi.

Tabella 25. Coefficiente r di Pearson: Correlazioni significative tra AAI e SSAP (Evitamento Difensivo/Sicuro)

	Scale AAI/SSAP (Secure/Evit..Def)		Stabilire Limiti	Adulti Forniscono Comfort	Aggressione Coerente	Neutralizzazione dell'Ansia
SCALE ESPERIENZA	Rifiuto	Correlation Coefficient	,579**		,528*	
		Sig. (2-tailed)	,007		,024	
	Trascuratezza	Correlation Coefficient			,671***	
		Sig. (2-tailed)			,000	
SCALE DELLA MENTE	Coerenza trascritto	Correlation Coefficient		,410*		-,518**
		Sig. (2-tailed)		,024		,003
	Coerenza Mente	Correlation Coefficient		,410*		-,518**
		Sig. (2-tailed)		,024		,003
	Idealizzazione	Correlation Coefficient				,382*
		Sig. (2-tailed)				,045
	Passività	Correlation Coefficient				,520**
		Sig. (2-tailed)				,003

**p<.01; p<.05*

Osservando gli output nella *Tabella 26* osserviamo delle correlazioni statisticamente significative e positive tra la tematica SSAP *Inversione di Ruolo* e le scale AAI *Rabbia* ($r = ,380$), *Rifiuto* ($r = ,464$) e una correlazione statisticamente significativa e negativa tra il tema SSAP *Inversione di Ruolo* e la scala AAI *Amorevolezza* ($r = -,451$); delle correlazioni statisticamente significative e positive tra la scala AAI *Idealizzazione* e i temi SSP *Adulti Inconsapevoli* ($r = ,472$) e *Adulti Attivamente Rifiutanti* ($r = ,433$); una correlazione statisticamente significativa e negativa tra il tema SSAP *Accondiscendenza Eccessiva* e la scala AAI *Coerenza del Trascritto* ($r = -,433$).

In altri termini più il genitore percepisce un vissuto di rabbia nei confronti dei suoi genitori e racconta in termini di rifiuto le sue esperienze infantili, maggiormente emergono nei racconti dei propri figli tematiche legate al controllo genitoriale e all'inversione di ruolo del piccolo protagonista. Ipotizziamo che i bambini esprimano tale contenuto al fine di risarcire il genitore dell'affetto e delle cure che non ha esperito nella propria infanzia. L'inversione di ruolo espressa dai bambini tramite il racconto di storia viene utilizzato come manovra per colmare quel vuoto affettivo che il genitore

non sente di aver percepito nella propria infanzia. La rabbia nei confronti dei propri genitori non permette alla madre di sintonizzarsi empaticamente sui sentimenti del figlio, in particolare quelli negativi. Come abbiamo visto i bambini con disturbo del comportamento presentano livelli di aggressività molto elevati e questo dato spiegherebbe, almeno in parte, la circolarità di quelle emozioni negative che fanno da sfondo alle problematiche familiari dei bambini con disturbo del comportamento. Osserviamo inoltre delle correlazioni statisticamente significative e negative tra la scala *Amorevolezza* e il tema *Adulti Inconsapevoli* ($r = -,436$), *Inversione di Ruolo* ($r = -,451$); una correlazione statisticamente positiva tra la scala *Pressione a Realizzarsi, Raggiungere Risultati* e il tema *Adulti Inconsapevoli* ($r = ,389$); e delle correlazioni statisticamente significative e positive tra la scala *Idealizzazione* e i temi di *Adulti Inconsapevoli* ($r = ,472$) e di *Adulti Attivamente Rifiutanti* ($r = ,433$).

Questi dati sottolineano ancora una volta una bassa empatia emotiva tra genitore e figlio. Più il genitore descrive le esperienze ricevute dai propri genitori come poco affettuose, più il figlio si rappresenta gli adulti come inconsapevoli e rifiutanti rispetto al disagio emotivo. Oppure maggiormente il genitore si descrive come persona che è obbligata forzatamente a raggiungere gli obiettivi e allo stesso tempo idealizza le proprie figure genitoriali, attraverso racconti contraddittori, maggiormente il proprio figlio presenta contenuti rappresentazionali legati all'inconsapevolezza emotiva genitoriale e al rifiuto.

Un ultimo dato suggerisce che maggiori sono i punteggi delle mamme relative alla *Coerenza della Mente*, minori sono i punteggi dei propri figli relativi al comportamento accomodante (*Accondiscendenza Eccessiva*) e al sentimento di colpa che il bambino mette in scena nel racconto di storia ($r = -,433$).

Tabella 26. Coefficiente r di Pearson: Correlazioni significative tra AAI e SSAP (Disorganizzato/Insicuro)

	Scale AAI/SSAP (Disorg./Insecure)		Adulti Inconsapevoli	Accondiscendenza Eccessiva	Adulti Attivamente Rifiutanti	Inversione di Ruolo	
SCALE DELLA MENTE	Rabbia (f)	Correlation Coefficient				,380*	
		Sig. (2-tailed)				,038	
	Rabbia (m)	Correlation Coefficient				,418*	
		Sig. (2-tailed)				,024	
	Idealizzazione	Correlation Coefficient	,472**		,433**		
		Sig. (2-tailed)	,011		,018		
	Coerenza Mente	Correlation Coefficient			-,433**		
		Sig. (2-tailed)			,017		
	SCALE ESPERIENZA	Rifiuto	Correlation Coefficient				,464*
			Sig. (2-tailed)				,039
Amorevolezza (m)		Correlation Coefficient	-,436**			-,451**	
		Sig. (2-tailed)	,018			,014	
Amorevolezza (f)		Correlation Coefficient				-,397*	
		Sig. (2-tailed)				,036	
Pressione a realizzarsi, raggiungere risultati (f)		Correlation Coefficient	,389*				
		Sig. (2-tailed)	,034				

**p<.01; p<.05*

Confrontando i punteggi di attaccamento dei bambini in base all'attaccamento materno (sicuro/non sicuro e organizzato/disorganizzato) non abbiamo riscontrato differenze statisticamente significative né nel campione clinico né in quello di controllo.

Ciò potrebbe indicare che i bambini che hanno preso parte a questa ricerca – tanto quelli clinici che quelli di controllo - non presentano punteggi diversi sulle scale di attaccamento a seconda dell'attaccamento materno. Il risultato è almeno in parte imputabile all'esiguità del campione ed alla distribuzione omogenea dell'attaccamento materno, pertanto risulta meritevole di ulteriori approfondimenti.

Osservando la *Tabella 27* e facendo riferimento alla **terza ipotesi** del nostro studio, ovvero che stili di attaccamento sicuro hanno una correlazione negativa con i livelli di rischio psicopatologico e stili di attaccamento insicuro e disorganizzato hanno una correlazione positiva con i livelli di rischio psicopatologico, possiamo rilevare che l'indice di sicurezza correla negativamente con gli indici CBCL e gli indici di insicurezza e disorganizzazione correlano positivamente con gli indici CBCL.

Tabella 27. Coefficiente rho di Spearman. Correlazione tra i costrutti dello SSAP e le scale della CBCL

Scale CBCL		EVI_DIF TOT	SICURO TOT	INSICURO TOT	DISORG. TOT
PROBLEMI INTERNALIZZANTI	Correlation	-,064	-,215	,388	,360
	Coefficient Sig. (2-tailed)	,738	,254	,034	,050
PROBLEMI ESTERNALIZZANTI	Correlation	-,079	-,349	,563***	,633***
	Coefficient Sig. (2-tailed)	,680	,059	,001	,000
PROBLEMI TOTALI	Correlation	-,086	-,270	,555***	,591***
	Coefficient Sig. (2-tailed)	,651	,150	,001	,001
RITIRO	Correlation	,072	-,277	,309	,227
	Coefficient Sig. (2-tailed)	,706	,138	,097	,227
LAMENTELE SOMATICHE	Correlation	-,090	-,018	,240	,308
	Coefficient Sig. (2-tailed)	,635	,923	,201	,097
ANSIA DEPRESSIONE	Correlation	-,024	-,170	,282	,260
	Coefficient Sig. (2-tailed)	,900	,370	,132	,166
PROBLEMI SOCIALI	Correlation	,090	-,221	,518**	,433*
	Coefficient Sig. (2-tailed)	,636	,240	,003	,017
PROBLEMI PENSIERO	Correlation	-,194	-,109	,173	,177
	Coefficient Sig. (2-tailed)	,303	,567	,359	,349
PROBLEMI ATTENZIONE	Correlation	-,149	-,243	,490**	,547**
	Coefficient Sig. (2-tailed)	,431	,196	,006	,002
COMPORTAMENTO TRASGRESSIVO	Correlation	,029	-,326	,477**	,598***
	Coefficient Sig. (2-tailed)	,878	,078	,008	,000
COMPORTAMENTO AGGRESSIVO	Correlation	-,076	-,315	,486**	,512**
	Coefficient Sig. (2-tailed)	,690	,090	,006	,004
PROBLEMI AFFETTIVI	Correlation	-,121	-,011	,262	,223
	Coefficient Sig. (2-tailed)	,525	,953	,162	,237
PROBLEMI ANSIA	Correlation	-,015	-,133	,255	,253
	Coefficient Sig. (2-tailed)	,939	,484	,173	,177
PROBLEMI SOMATICI	Correlation	,069	-,157	,314	,441**
	Coefficient Sig. (2-tailed)	,716	,408	,091	,015
PROBLEMI ATTENZIONE/	Correlation	-,359	-,263	,477**	,519**
	Coefficient				

IPERATTIVITA'					
	Sig. (2-tailed)	,052	,159	,008	,003
PROBLEMI OPPOSITIVI PROVOCATORI	Correlation Coefficient	-,046	-,241	,353	,336
	Sig. (2-tailed)	,810	,199	,055	,070
PROBLEMI CONDOTTA	Correlation Coefficient	-,086	-,376	,512**	,622***
	Sig. (2-tailed)	,652	,041	,004	,000
RALLENTAMENTO COGNITIVO	Correlation Coefficient	-,058	,001	,059	,134
	Sig. (2-tailed)	,760	,995	,759	,481
PROBLEMI OSSESSIVI COMPULSIVI	Correlation Coefficient	-,082	-,187	,185	,213
	Sig. (2-tailed)	,667	,323	,327	,259
PROBLEMI POST TRAUMATICI STRESS	Correlation Coefficient	-,091	-,186	,392	,363
	Sig. (2-tailed)	,634	,326	,032	,049

*** p<.001**p<.01; * p<.05

Abbiamo trovato delle correlazioni positive significative tra il costrutto *Insicuro*, così come viene valutato dagli indici SSAP e gli indici di *Problemi Internalizzanti* ($r_s = ,388$); *Problemi Esternalizzanti* ($r_s = ,563$); *Problemi Totali* ($r_s = ,555$); *Problemi Sociali* ($r_s = ,518$); *Problemi dell'Attenzione* ($r_s = ,490$); *Comportamento Trasgressivo* ($r_s = ,477$); *Comportamento Aggressivo* ($r_s = ,486$); *Problemi dell'Attenzione/Iperattività* ($r_s = ,477$); *Problemi Oppositivo/Provocatorio* ($r_s = ,353$); *Problemi della Condotta* ($r_s = ,512$); *Problemi Post Traumatici da Stress* ($r_s = ,392$) così come valutati dalla CBCL.

Consideriamo inoltre una correlazione positiva tra il costrutto *Disorganizzato*, così come valutato dagli indici SSAP e gli indici di *Problemi Internalizzanti* ($r_s = ,360$); *Problemi Esternalizzanti* ($r_s = ,633$); *Problemi Totali* ($r_s = ,591$); *Problemi Sociali* ($r_s = ,433$); *Problemi di Attenzione* ($r_s = ,547$); *Comportamento Trasgressivo* ($r_s = ,598$); *Comportamento Aggressivo* ($r_s = ,512$); *Problemi Somatici* ($r_s = ,441$); *Problemi di Attenzione/Iperattività* ($r_s = ,519$); *Problemi della Condotta* ($r_s = ,622$); *Problemi Post Traumatici da Stress* ($r_s = ,363$) così come valutati dalla CBCL. Per quanto riguarda il costrutto *Sicuro* abbiamo riscontrato delle correlazioni negative significative con le scale CBCL *Problemi Esternalizzanti* ($r_s = -,349$); *Problemi della Condotta* ($r_s = -,376$). Rispetto all'*Evitamento Difensivo* abbiamo riscontrato una correlazione negativa significativa con la scala *Problemi di Attenzione/Iperattività* ($r_s = -,359$) così come valutata dagli indici CBCL. Se quindi ad un maggior livello di disorganizzazione e insicurezza aumenta il rischio psicopatologico, all'aumentare della sicurezza diminuisce

il rischio psicopatologico. In particolare sia nei *Problemi* di tipo *Esternalizzante* che quelli di tipo *Internalizzante* osserviamo che all'aumentare dei livelli di disorganizzazione e insicurezza diminuiscono i livelli di sicurezza.

Confrontando i punteggi sulle Scale Totali dei problemi possiamo notare delle differenze significative tra il gruppo di bambini con disturbo del comportamento e i bambini del gruppo di controllo. Osservando la tabella 6 notiamo che i valori di significatività per $\alpha = .001$ mostrano una differenza statisticamente significativa tra i due campioni in tutti gli indici totali della CBCL: *Problemi Esternalizzanti* ($t = -4,1$; $df = 28$; $p = ,000$; $p < \alpha$), *Problemi Internalizzanti* ($t = -4,5$; $df = 28$; $p = ,000$; $p < \alpha$) e *Problemi Totali* ($t = -5,3$; $df = 28$; $p = ,000$; $p < \alpha$). Questi dati confermano ulteriormente l'ipotesi tre suggerendo che gli indici totali CBCL indicano un maggior rischio psicopatologico nei bambini appartenenti al gruppo clinico rispetto al gruppo di controllo. Ci aspettavamo di osservare una maggiore sintomatologia di tipo esternalizzante nei bambini con disturbo del comportamento, ma abbiamo trovato anche una maggiore sintomatologia internalizzante e totale.

Tabella 28. Confronto medie scale totali CBCL tra i due campioni, t test per campioni indipendenti.

Scale CBCL Totali / Valori	Campione	Mean	Std. Deviation	T	Df	Sig.
CBCL Problemi internalizzanti	disturbi del comportamento	62,20	9,73	-4,10	28	.000*
	gruppo di controllo	47,20	10,15			
CBCL Problemi esternalizzanti	disturbi del comportamento	63,20	8,88	-4,50	28	.000*
	gruppo di controllo	50,20	6,81			
CBCL Problemi totali	disturbi del comportamento	65,40	9,40	-5,30	28	.000*
	gruppo di controllo	48,46	7,97			

* $p < .001$

In particolare abbiamo trovato delle differenze statisticamente significative (si veda Tabella 29) con $\alpha = ,001$ nelle sia nelle *Scale Sindromiche*: Ansia/Depressione ($t = -3,87$; $gdl = 28$; $p = ,001$); Problemi Sociali ($t = -3,7$; $gdl = 28$; $p = ,001$); Problemi di Attenzione ($t = -3,93$; $gdl = 28$; $p = ,001$); Comportamento Aggressivo ($t = -3,78$; $gdl = 8$; $p = ,001$), sia nelle *Scale DSM Orientate*: Problemi di Attenzione/Iperattività ($t = -3,83$; $gdl = 28$; $p = ,001$); Problemi Oppositivi/Provocatori ($t = -3,59$; $gdl = 28$; $p = ,001$); Problemi Post Traumatici da Stress ($t = -4,7$; $gdl = 28$; $p = ,000$). Prendendo $\alpha = ,01$

abbiamo riscontrato delle differenze statisticamente significative nelle *Scale Sindromiche*: Problemi del Pensiero ($t = -3,8$ gdl = 28; $p = ,005$) e nelle *Scale DSM Orientate*: Problemi Affettivi ($t = -3,36$; gdl = 28; $p = 002$); Problemi di Ansia ($t = -3,18$; gdl = 28; $p = ,004$); Problemi della Condotta ($t = -2,97$; gdl = 28; $p = ,006$); Problemi Somatici ($t = -2,5$; gdl = 28; $p = ,019$).

Tabella 29. Confronto scale CBCL fra i due campioni, test per campioni indipendenti.

CBCL SCALE	CAMPIONE	Std.		t	df	Sig.
		Mean	Deviation			
Ansioso Depresso	Gruppo di controllo	52,93	3,76	-3,87	28	.001***
	Disturbi del comportamento	62,80	9,11			
Problemi sociali	Gruppo di controllo	54,40	3,90	-3,70	28	.001***
	Disturbi del comportamento	62,40	7,40			
Problemi del pensiero	Gruppo di controllo	53,13	4,27	-3,08	28	.005**
	Disturbi del comportamento	59,86	7,29			
Problemi di attenzione	Gruppo di controllo	52,93	3,51	-3,93	28	.001***
	Disturbi del comportamento	62,93	9,19			
Comportamento aggressivo	Gruppo di controllo	53,86	4,85	-3,78	28	.001***
	Disturbi del comportamento	64,60	9,85			
Problemi affettivi	Gruppo di controllo	55,26	6,30	-3,36	28	.002**
	Disturbi del comportamento	64,00	7,81			
Problemi di ansia	Gruppo di controllo	53,13	4,82	-3,18	28	.004**
	Disturbi del comportamento	60,86	8,08			
Problemi somatici	Gruppo di controllo	52,46	3,77	-2,50	28	.019*
	Disturbi del comportamento	57,40	6,64			
Problemi di attenzione iperattività	Gruppo di controllo	52,13	2,74	-3,83	28	.001***
	Disturbi del comportamento	60,93	8,46			
Problemi oppositivi/provocatori	Gruppo di controllo	53,20	3,52	-3,59	28	.001***

	Disturbi del comportamento	62,00	8,80			
Problemi di condotta	Gruppo di controllo	53,20	4,85	-2,97	28	.006**
	Disturbi del comportamento	61,33	9,39			
Problemi ossessivo compulsivi	Gruppo di controllo	52,20	3,21	-2,99	28	.006**
	Disturbi del comportamento	60,46	10,19			
Problemi post traumatici da stress	Gruppo di controllo	53,60	3,71	-4,70	28	.000***
	Disturbi del comportamento	65,53	9,10			

*** p<.001 ** p<.01; * p<.05

Osservando la *Tabella 30* e facendo riferimento alla **quarta ipotesi** ovvero che i bambini con disturbo del comportamento presentano livelli maggiori di aggressività rispetto al gruppo di controllo, osserviamo delle differenze statisticamente significative nelle scale relative alle rappresentazioni di Aggressività così come valutate dallo SSAP tra il gruppo di bambini con il disturbo del comportamento e il gruppo di controllo. In particolare osserviamo delle differenze statisticamente significative nelle scale di *Aggressione Estrema* ($U = 61,50$; $p = ,033$ $p < \alpha$); *Fantasia Catastrofica* ($U = 59,50$; $p = ,026$ $p < \alpha$); *Risposte Atipiche/Bizzarre* ($U = 50$; $p = ,009$ $p < \alpha$); *Bambino in Pericolo* ($U = 44$; $p = ,004$ $p < \alpha$); *Adulti Feriti/Morti* ($U = 57$; $p = ,021$ $p < \alpha$).

Tabella 30. Rappresentazioni di Aggressività, Test U di Mann Whitney

Aggression Representation	CAMPIONE	Ranghi Somma		U	Z	Sig.
		Medi	Ranghi			
Aggressione Coerente	Gruppo di controllo	12,63	189,50	69,50	-1,809	,074 ^a
	Disturbi del comportamento	18,37	275,50			
Aggressione Estrema	Gruppo di controllo	12,10	181,50	61,50	-2,192	,033*
	Disturbi del comportamento	18,90	283,50			
Fantasia Catastrofica	Gruppo di controllo	11,97	179,50	59,50	-2,390	,026*
	Disturbi del comportamento	19,03	285,50			
Risposte Atipiche/Bizzarre	Gruppo di controllo	11,33	170,00	50,00	-2,708	,009**
	Disturbi del	19,67	295,00			

		comportamento				
Bambino in Pericolo	Gruppo di controllo	10,93	164,00	44,00	-2,902	,004**
	Disturbi del comportamento	20,07	301,00			
Adulti Feriti/Morti	Gruppo di controllo	11,80	177,00	57,00	-2,462	,021*
	Disturbi del comportamento	19,20	288,00			
Bambino Ferito/Morto	Gruppo di controllo	13,40	201,00	81,00	-1,314	,202
	Disturbi del comportamento	17,60	264,00			

*** p<.001 ** p<.01; * p<.05

Abbiamo preso in considerazione anche le altre dimensioni relative al mondo rappresentazionale del bambino valutato tramite lo SSAP. Confrontando i dati per ogni dimensione tra il gruppo di bambini con disturbo del comportamento e quello di controllo abbiamo osservato delle differenze statisticamente significative sia per quanto riguarda le *Rappresentazioni del bambino*: Padronanza Attiva della Situazione (U = 25; p = ,000 p < α), Bambino in Pericolo (U = 44; p = ,004 p < α), Accondiscendenza Eccessiva (U = 44; p = ,004 p < α);

Tabella 31. Rappresentazioni del Bambino, Test U di Mann Whitney

Child Representation	CAMPIONE	Ranghi Medi	Somma Ranghi	U	Z	Sig.
Bambino chiede Aiuto/Comfort/Protezione	Gruppo di controllo	18,17	272,50	72,50	-1,664	,098
	Disturbi del comportamento	12,83	192,50			
Fratelli/Pari danno Aiuto	Gruppo di controllo	17,53	263,00	82,00	-1,270	,217
	Disturbi del comportamento	13,47	202,00			
Padronanza Attiva della Situazione	Gruppo di controllo	21,33	320,00	25,00	-3,639	,000***
	Disturbi del comportamento	9,67	145,00			
Bambino in Pericolo	Gruppo di controllo	10,93	164,00	44,00	-2,902	,004**
	Disturbi del comportamento	20,07	301,00			
Accondiscendenza Eccessiva	Gruppo di controllo	10,93	164,00	44,00	-2,857	,004**

	Disturbi del comportamento	20,07	301,00			
Inversione di Ruolo	Gruppo di controllo	12,63	189,50	69,50	-1,864	,074
	Disturbi del comportamento	18,37	275,50			

*** p<.001 ** p<.01; * p<.05;

sia sulle *Rappresentazioni dell'Adulto*: Adulti Forniscono Comfort (U = 42,5; p = ,003 p < α), Adulti Inconsapevoli (U = 44; p = ,004 p < α), Adulti Attivamente Rifiutanti (U = 18,5; p = ,000 p < α),; Adulti Feriti/Morti (U = 57; p = ,021 p < α)

Tabella 32. Rappresentazioni dell'Adulto, Test U di Mann Whitney

Adult Representation	CAMPIONE	Ranghi Medi	Somma Ranghi	U	Z	Sig.
Adulti Forniscono Comfort	Gruppo di controllo	20,17	302,50	42,50	-2,919	,003**
	Disturbi del comportamento	10,83	162,50			
Adulti danno aiuto	Gruppo di controllo	17,67	265,00	80,00	-1,351	,187
	Disturbi del comportamento	13,33	200,00			
Adulti Mostrano Affetto	Gruppo di controllo	17,30	259,50	85,50	-1,133	,267
	Disturbi del comportamento	13,70	205,50			
Adulti Inconsapevoli	Gruppo di controllo	10,33	155,00	35,00	-3,234	,001***
	Disturbi del comportamento	20,67	310,00			
Adulti Attivamente Rifiutanti	Gruppo di controllo	9,23	138,50	18,50	-4,015	,000***
	Disturbi del comportamento	21,77	326,50			
Adulti Feriti/Morti	Gruppo di controllo	11,80	177,00	57,00	-2,462	,021*
	Disturbi del comportamento	19,20	288,00			
Stabilire Limiti	Gruppo di controllo	13,07	196,00	76,00	-1,528	,137
	Disturbi del comportamento	17,93	269,00			

*** p<.001 ** p<.01; * p<.05;

sia sul *Sistema Difensivo*: Diniego/Distorsione dell'Affetto (U = 64; p = ,006 p < α), Neutralizzazione/Evitamento dell'Affetto (U = 44; p = ,045 p < α) e sulle altre

Dimensioni Rappresentazionali del bambino: Eventi Piacevoli di Vita Quotidiana ($U = 15$; $p = ,000$ $p < \alpha$).

Tabella 33. Meccanismi Difensivi e Altri Contenuti di Rappresentabilità, Test U di Mann Whitney

Other Defensive and Content Representation	CAMPIONE	Ranghi		U	Z	Sig.
		Medi	Somma Ranghi			
Riconoscimento del Distress del Bambino	Gruppo di controllo	18,00	270,00	75,00	-1,561	,126
	Disturbi del comportamento	13,00	195,00			
Riconoscimento del Distress dell'Adulto	Gruppo di controllo	18,10	271,50	73,50	-1,690	,106
	Disturbi del comportamento	12,90	193,50			
Diniego/Distorsione dell'Ansia	Gruppo di controllo	12,27	184,00	64,00	-2,589	,006**
	Disturbi del comportamento	18,73	281,00			
Neutralizzazione/Diversione dell'Affetto	Gruppo di controllo	10,93	164,00	44,00	-2,903	,045*
	Disturbi del comportamento	20,07	301,00			
Eventi Piacevoli di Vita	Gruppo di controllo	22,00	330,00	15,00	-4,094	,000***
	Disturbi del comportamento	9,00	135,00			
Gettare, Lanciare Via	Gruppo di controllo	14,00	210,00	90,00	-1,200	,367
	Disturbi del comportamento	17,00	255,00			
Onnipotenza Magica	Gruppo di controllo	12,47	187,00	67,00	-2,188	,061
		18,53	278,00			

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

3.7 Discussione

In questa sezione analizzeremo in primo luogo i risultati ottenuti dagli strumenti utilizzati, illustrando in dettaglio i temi emersi dalle narrative dei bambini che ci sono sembrati più rilevanti. Esamineremo le rappresentazioni mentali dei bambini rispetto alle figure di attaccamento cercando di approfondire le differenze di contenuto tra i bambini con disturbo del comportamento e i bambini del gruppo di controllo rispetto ad alcune tematiche. Successivamente affronteremo il rapporto tra lo stato mentale delle

madri e le rappresentazioni mentali dei bambini e infine valuteremo gli indici psicopatologici nei due gruppi di bambini. Occorre tuttavia precisare che la presente ricerca costituisce uno studio esplorativo: considerate l'esiguità del campione e le procedure di selezione dello stesso, non possiamo allargare i risultati emersi alla popolazione generale traendone conclusioni di tipo più ampio.

3.8 Differenze nei costrutti di attaccamento

Gli esiti di questo studio, anche se condotto su un esiguo gruppo di bambini, mostrano delle differenze significative nel grado di Sicurezza, Disorganizzazione e Insicurezza così come valutati dallo SSAP, tra il campione di bambini con disturbo del comportamento e quello di controllo. I bambini con disturbo del comportamento sono meno sicuri e più disorganizzati e insicuri rispetto al gruppo di controllo. In generale rispetto ai bambini con disturbo del comportamento, i bambini del gruppo di controllo esibiscono allo SSAP temi in cui la figura dell'adulto è rappresentata come capace di fornire aiuto e conforto nei momenti di angoscia e di bisogno del bambino. Allo stesso tempo il bambino è in grado di fare riferimento a loro o alle figure dei pari quando si trova in situazioni di pericolo.

Al contrario, i bambini con disturbo del comportamento, pur chiedendo aiuto alle figure adulte nei momenti di pericolo, non ricevono conforto e protezione: anzi la figura dell'adulto non solo è rappresentata come una figura rifiutante nei confronti dei bisogni del bambino, ma sembra non riconoscere i sentimenti e le emozioni alla base dell'angoscia del bambino mostrato in pericolo. Spesso gli adulti sono uccisi e il bambino descrive situazioni catastrofiche e /o bizzarre. Per quanto riguarda l'aggressività è interessante notare come questa sia differenzialmente utilizzata fra i due campioni. Nei bambini del gruppo di controllo l'aggressività è funzionalmente inscenata e resta su piani coerenti ed efficaci. Al contrario i bambini con disturbo del comportamento manifestano un'aggressività nella forma estrema. Spesso i loro racconti sono ricchi di contenuti aggressivi in cui tutti i personaggi muoiono in maniera improvvisa e catastrofica, quasi a segnalare una bassa padronanza del conflitto e una scarsa modulazione dell'aggressività e dell'emozione che è avvertita soltanto nella sua forma estrema.

La valutazione dell'attaccamento attraverso lo SSAP non rientra soltanto all'interno di una prospettiva categoriale, ovvero non valuta se i vari costrutti siano presenti o assenti,

ma ci informa piuttosto da un punto di vista dimensionale: ovvero informa il valutatore su quanto un bambino sia sicuro, e allo stesso tempo su quanto sia disorganizzato. In base a questa valutazione osserviamo la qualità rappresentazionale e la frequenza con cui il bambino inscena determinati contenuti rappresentativi.

3.9 Temi di aggressività

Analizzando nel dettaglio le narrative espresse nei racconti di storia, i bambini con disturbo del comportamento riportano in misura maggiore temi di aggressività rispetto al gruppo di controllo. Lo SSAP distingue tra forme di aggressività di tipo Estrema e forme di aggressività di tipo Coerente. L'aggressività di tipo coerente è un aspetto che rientra nel costrutto di sicurezza, in quanto è considerata prevedibile e può essere manifestata dai bambini in generale. Il gruppo di Londra mette in luce che livelli di aggressività limitata possono emergere soprattutto quando vengono utilizzati gli animali nel racconto di una storia (Hodges et al., 2007).

Comportamenti tipici che si possono riscontrare per questa categoria includono una lotta tra animali, litigi o discussioni tra i personaggi della storia, infortuni o incidenti con accettabili livelli di aggressività. Ad esempio la storia *L'Elefante che Calpesta* contiene di per sé un livello intrinseco di aggressività: al bambino viene mostrata una vignetta in cui arriva un elefante che spaventa arrivando tutti i personaggi della storia. Solitamente, nella nostra esperienza i bambini potrebbero continuare questa storia fornendo comportamenti di lotta tra gli animali come reazione efficace allo spavento procurato dall'elefante. Queste reazioni vengono interpretate come risposta di aggressività coerente proprio perché i livelli di aggressività sono attesi e restano su piani non elevati. Al contrario l'Aggressione di tipo Estrema si riferisce alla presenza di alti livelli di aggressività più consistenti. Spesso questo tipo di aggressività viene manifestata senza nessuna escalation nel grado di violenza tra i personaggi e può essere improvvisa e catastrofica. Il bambino può sviluppare temi relativi alla morte improvvisa di un personaggio, inscenando incidenti o ferite gravi.

Pertanto tale livello di aggressività viene conteggiato all'interno del costrutto di Disorganizzazione. Le storie con contenuti di aggressività sviluppate da i bambini senza disturbo del comportamento sono spesso connotate da contenuti riparatori e/o di protezione da parte della figura adulta. Ad esempio la storia *L'Elefante che Calpesta*

mostra l'arrivo di un elefante mentre la famiglia sta consumando un pic-nic in un parco in cui sono presenti anche tutti gli altri animali. All'arrivo dell'elefante tutti i personaggi si spaventano. Vediamo qui di seguito le narrative sviluppate da un bambino senza disturbo del comportamento e da un bambino con disturbo del comportamento:

Bambino 1³¹ (controllo)

I: mostrami e raccontami cosa succede dopo

B: loro (la famiglia) scappano e lasciano tutta la roba da mangiare qua. L'elefante arriva, cerca di prendere loro, solo che sente l'odore del cibo e allora comincia a mangiare il cibo. Dopo arriva un leone grande e in qualche modo cerca di riprendergli tutta la roba (mostra il leone dare un colpo all'elefante) per ridarlo alla famiglia. L'elefante cerca di levarlo, di farlo andare via facendogli male. Dopo di nascosto lui (figura del bambino) si alza di nascosto e cerca di aiutarlo

I: a chi?

B: al leone, per riprendere la roba. Si alza va sotto le gambe e lui si era fermato un'altra volta a mangiare (l'elefante), e di nascosto lo prende (il cibo) e lo porta a loro. poi arriva anche l'altro leone che cerca di levare...ehm di farlo andare via e comincia a morderlo (il bambino fa vedere il leone che morde l'orecchio dell'elefante) e intanto quest'altro è andato lì sotto (le gambe dell'elefante) per prendere il cibo. A un certo punto l'elefante va via, va in un laghetto prende dell'acqua e la sputa. I leoni si arrabbiano tantissimo, vanno dall'elefante e lo mordono. Allora l'elefante corre via e i leoni si rimettono qui. Loro (la famiglia), si alzano vanno a riprendere il cibo e lo danno ai leoni e però in questa guerra loro (gli altri animali) cercavano di urlare per far spaventare l'elefante...

Bambino 2 (disturbo del comportamento)

I: mostrami e raccontami cosa succede dopo

B: ahhhhh un mammut (parla il bambino piccolo) aaaaaa nooooo è un elefante nooooo (con tono aggressivo, urla il padre) incomprensibile. Poi fa vedere il bambino piccolo che con calcio scaraventa il padre fuori dal gioco.

I: cosa è successo?

B: aaaaa aaaaa fa vedere l'elefante che rincorre il padre (rinvenuto). "Scappiamoo", urlano il padre e il bambino. Ajaaaa fa vedere il bambino il padre e la madre cadere dalla scrivania

I: perché sono a terra?

B: perché sono inciampati aaaaa

I: stanno scappando?

³¹ B = bambino; I = Intervistatore

B: sì. Mostra l'elefante che sbrana la mucca e poi dargli delle botte mentre è a terra

I: la mucca prende la proboscide dell'elefante

B: poi arriva la famiglia dei leoni e ci fanno pranzo e cena

I: se lo stavano mangiando.

B: "grazie" leoni dice il piccolo maiale al leone. Aaaaaa il leone ruggisce al maialino. Il maialino scappa. E lui si mangia il maialino e la madre. tieni la bocca chiusa

I: chi glielo dice?

B: Il papà

I: come finisce questa storia?

B: che l'elefante viene ucciso e i genitori con i bambini vissero felici e contenti a fare il pic nic.

Analizzando questi due frammenti osserviamo come le narrative sviluppate dal bambino 1 restino su un piano di aggressività coerente e aspettata. Il bambino mostra una lotta tra gli animali in reazione a una prepotenza subita da parte dell'elefante. La lotta resta su livelli bassi di aggressività e c'è una coerenza rispetto alla lite messa in atto. Uno dei gruppi di animali patteggia e difende la famiglia degli umani, creando alleanza e unione tra i gruppi di personaggi presenti nella storia. Il bambino riesce a risolvere il conflitto con creatività.

Al contrario nel secondo frammento notiamo livelli di aggressività violenti che rientrano nella categoria di aggressività estrema. L'elefante viene fatto fuori improvvisamente, non c'è combattimento e la violenza è portata immediatamente a livelli alti ed estremi. Inoltre il conflitto presentato attraverso la storia non viene affrontato in maniera funzionale né risolto adeguatamente. Il bambino alla fine del racconto considera la fine della storia annunciando "tutti vissero felici e contenti", mentre durante il racconto mostra i personaggi scappare cadendo spaventati all'arrivo degli animali. Questo contenuto manifesta una difficoltà a gestire l'angoscia e in particolare l'aggressività tanto che viene o rappresentata a livelli estremi o trasformata nel suo contrario: "vissero tutti felici e contenti". Inoltre all'inizio del racconto il bambino mostra uno dei personaggi dare un calcio ad un altro scaraventandolo fuori dal gioco e senza un apparente motivo logico.

La violenza anche in questo caso è manifestata in forma improvvisa, senza logica e a livelli alti, poco gestibili. Avendo la possibilità di osservare il comportamento non verbale nel video, abbiamo notato che il bambino manifestava la sua agitazione e angoscia anche da un punto di vista del comportamento motorio, non verbale: non sta fermo sulla sedia e si muove caoticamente a scatti da una parte all'altra della stanza, sbattendo sulle sedie e urtando spesso contro la scrivania. Alla luce di queste manifestazioni possiamo considerare come i bambini con disturbo del comportamento che manifestano alti livelli di aggressività abbiano difficoltà a filtrare tramite il controllo inibitorio l'impulso aggressivo e sviluppino risposte catastrofiche in maniera improvvisa come a segnalare un hyperarousal emotivo che non trova un contenimento interno efficace, né può essere riparato dall'esterno tramite rappresentazioni degli altri confortevoli.

Questo dato indica problemi sia sul piano intrapsichico (scarica aggressiva estrema) che interpersonale (assenza di riparazione da parte degli altri protagonisti: adulti e pari). Nello studio di Grey and Yates (2014) in cui hanno partecipato 250 bambini di razze diverse, viene sottolineato che i contenuti di aggressività sviluppati tramite il racconto di storie sono correlati ad un basso grado di controllo inibitorio e a rappresentazioni della madre negative. In accordo con questi dati emersi in letteratura e in accordo con gli studi effettuati dal gruppo di Londra (Hodges et al 2007) possiamo ipotizzare nei bambini con disturbo del comportamento, osservati in questo studio, una bassa capacità di regolazione emotiva che si manifesta a livello rappresentazionale tramite contenuti di aggressività sviluppati in forma estrema. Consideriamo qui di seguito le rappresentazioni che i bambini hanno dell'adulto che come anticipato precedentemente siano connotate da contenuti negativi legati al rifiuto e alla bassa consapevolezza del disagio del bambino.

3.10 Rappresentazioni dell'adulto

E' interessante notare che, seppure non ci siano differenze tra i bambini con disturbo del comportamento e i bambini del gruppo di controllo nel mostrare la figura del bambino chiedere aiuto (*Bambino Chiede Aiuto*, si veda *Tabella 31*), la risposta a tale richiesta cambia e si differenzia tra i due gruppi. I bambini con disturbo del comportamento mostrano rappresentazioni di adulti inconsapevoli rispetto all'angoscia o al disagio

emotivo del bambino e/o rifiutanti rispetto alla richiesta di aiuto. Al contrario bambini del gruppo di controllo mostrano nel gioco adulti che forniscono affetto e conforto quando il bambino è in pericolo o richiede esplicitamente il loro intervento. Un altro aspetto interessante che abbiamo osservato è relativo al fatto che i due gruppi non differiscono nel mostrare concretamente un adulto intento ad aiutare la figura del bambino, ma piuttosto differiscono rispetto alla tipologia di aiuto. Nel primo caso il bambino con disturbo del comportamento mostra un adulto che offre aiuto pratico e concreto, nel secondo caso il bambino del gruppo di controllo mostra un adulto attento ai bisogni emotivi del bambino offrendogli conforto, consolazione e protezione. Ad esempio nella storia “*Little Pig*” viene presentata una scena in cui il piccolo maiale va a fare una passeggiata e a un certo punto non trova più la strada di casa.

Nella storia sono presenti i gruppi di altri animali sia grandi sia piccoli. Si chiede al bambino di mostrare e raccontare cosa succede dopo. Vediamo qui sotto la stessa storia raccontata prima da un bambino di 8 anni del gruppo con disturbo del comportamento e successivamente da un bambino di 5 anni appartenente al gruppo di controllo:

Bambino 1 (disturbo del comportamento)

I: Mostrami e raccontami cosa succede dopo

B: Il leone ruggisce. Little Pig: Oh no Mi sono perso, aiuto. Ma era troppo tardi, tutti gli animali sono arrivati anche i genitori.

I: Come avevano fatto a trovarlo?

B: Aarg! La Mamma dice: “tu sai bene perché sei andato qui, no?”. Little pig: Per fare una passeggiata”. Mamma: No, per farti a pezziiiiiii! Il maialino corre, gli animali lo inseguono. Il maialino cade e il leone lo mangia. Maialino morto. Il papà dice: “meno male che era morto perché quello era uno stupido maialino ed era molto cattivo”. Il padre era cattivo. Non si poteva fare niente. Dopo un po’ si rianima, poi torna il leone. Argggg vede il maialino e poi era tornato contento e dice: “ma sono stato stupido quando ho mangiato il maialino, sono contento che è tornato in vita”

Bambino 2 (controllo)

I: Mostrami e raccontami cosa succede dopo

B: Prende il piccolo maiale e dice: che incontra di nuovo il coccodrillo, incontra le mucche, le giraffe, i leoni e poi la sua mamma, il suo fratellino e il suo papà.

I: Qualcuno gli dice qualcosa quando lo vedono?

B: La giraffa piccola chiede: “ma dove sei andato? Il maiale risponde “a fare una passeggiata ”. giraffa: “PICCOLO, vuoi venire a cena con noi?”. Maialino: “Aspetta che lo chiedo a mamma e papà, Giraffa: “anche io, mamma il piccolo maialino può venire a cena da noi?”. Giraffa grande: “va bene”

I: Va bene. Senti ma i maiali sapevano dove era andato il piccolo maiale?

B: Sì, perché lo aveva detto alla Giraffa e loro lo avevano sentito. Mostra animali che si abbracciano.

Osservando questi due racconti possiamo notare delle differenze nel modo in cui vengono rappresentate le figure genitoriali. Il bambino con disturbo del comportamento rappresenta l'adulto come fonte di pericolo e tutt'altro che disponibile verso il protagonista “bambino” in difficoltà. Entrambe le figure genitoriali vengono rappresentate come negative e aggressive sia a livello verbale che comportamentale. Il bambino protagonista teme di essere fatto a pezzi dalla madre, viene ucciso da altre figure adulte e riceve aggressioni verbali da parte della figura paterna. Possiamo notare inoltre che le figure adulte non vengono rappresentate né come figure empatiche nei confronti del bambino protagonista in pericolo (non rispondono al disagio del piccolo maiale che si è perso), né come fonte di aiuto o protezione (attaccano la figura del bambino con insulti e minacce). Infine le rappresentazioni sull'adulto sono connotate da contenuti di rifiuto: quando il bambino sposta prontamente gli altri animali adulti accanto al piccolo maiale sembrerebbe manifestare il riconoscimento del pericolo da parte del protagonista e il bisogno di aiuto.

Tuttavia, immediatamente dopo, verbalizza questo gesto con le minacce di morte da parte della figura della madre segnalando in questo modo non solo il rifiuto di aiuto da parte dei genitori, ma anche l'estrema aggressività evidenziata in maniera ancora più conclamata nel frammento successivo: maialino mangiato dal leone e morto.

Ne frammento del bambino 2 vediamo invece come gli adulti sono utilizzati e rappresentati come figure accoglienti e in linea con i bisogni del bambino: li rappresenta nel gioco in sintonia con lo stato di bisogno del piccolo protagonista e muove prontamente gli attori affinché si affrettino a trovarlo. Dimostra in questo senso di percepire il disagio del protagonista e utilizza adeguatamente le figure adulte. Inoltre le figure adulte esprimono aggettivi qualitativamente affettuosi (“piccolo”) e ciò denota che il bambino è in grado di rappresentarsi figure adulte affettuose e che confortano il bambino quando questi è in pericolo (il maialino si è perso, ma viene ritrovato e accolto una volta a casa).

Nella seguente storia viene mostrato al bambino un gioco tra i due protagonisti. Sono presenti anche il fratello più piccolo e i genitori del protagonista. I genitori avvertono i bambini di non correre troppo con la bicicletta, ma mentre pedalano uno dei protagonisti cade. Viene chiesto al bambino di proseguire la storia. Qui di seguito mostriamo la risposta di uno dei bambini con disturbo del comportamento.

I: mostrami e raccontami cosa succede dopo

B. l'amico dice al protagonista (b3): poppante. Aja urla il protagonista (b1). b2: Amico come stai?. B1: sto male non vedi? Portami a casa. arrivati a casa, la madre url: cosa è successo?. Prende la sedia e la scaraventa addosso al bambino, picchiandolo. B1 viene lanciato fuori dalla scrivania. b1: perché mi hai menato? M: perché ti avevo detto che non ci dovevi andare e non dovevi rispondere così a tuo fratello.

I: poi cosa succede

B. la madre se la prende anche con l'amico e gli ordina di andare a casa. M: sta zitto vattene a casa tua. Lo lancia via. Brutta stupida urla il bambino e cattiva. Cade. Piange. La madre gli butta la sedia addosso, stacca la tv e la butta via.

In questo frammento osserviamo come i contenuti di violenza siano particolarmente alti. Anche in questo caso sembrerebbero scatenarsi improvvisamente come se il bambino risperimentasse, mentre racconta, un vissuto emotivamente carico tale da farlo agitare e perdere il controllo della situazione. La figura della madre oltre che estremamente violenta nei confronti del bambino è percepita dal protagonista stesso come rifiutante. Mentre racconta la storia il bambino si chiede come mai la madre è cattiva e cerca inizialmente un aiuto da parte dell'amico e dei genitori: chiede di tornare a casa, ma in risposta a questa richiesta riceve schiaffi e aggressione da parte della figura materna.

3.11 Risoluzione del dilemma o padronanza del conflitto

Un altro contenuto interessante emerso in questo lavoro ha a che fare con la risoluzione del dilemma. Abbiamo visto che i due gruppi si differenziano nelle risposte su questa tematica, osservando come i bambini del gruppo di controllo ottengano punteggi più alti in questa dimensione rispetto ai bambini con disturbo del comportamento (si veda *Tabella 31*). Spesso i bambini con disturbo del comportamento non ottengono punteggi in questa dimensione proprio perché non sono in grado di risolvere il dilemma proposto dalla storia. Pensiamo che i bambini con disturbo del comportamento abbiano difficoltà a risolvere il conflitto proposto e a fronteggiare entrambi i lati del dilemma perché gli

alti livelli di aggressività, sviluppati mentre giocano, gli impediscono di regolare adeguatamente l'aspetto emotivo del gioco.

I bambini di questo gruppo reagiscono ad alcune tematiche sviluppando livelli di ansia molto elevati che non gli permettono di esprimersi creativamente nella risoluzione del problema. Al contrario questa situazione fortemente emotiva li mette in una condizione di stress da cui è difficile uscirne attraverso una risoluzione funzionale. Sigmund Freud (1920) discutendo sulla famosa osservazione sul nipote intento nel gioco del rocchetto, considerava il modo in cui il bambino, attraverso quel gioco stereotipato ed esclamando le parole "fort-da", riuscisse a trasformare una situazione emotiva vissuta passivamente (separazione della madre) in un gioco attivo. Padroneggiando la situazione emotiva, facendo finta di far scomparire e riapparire in prima persona la madre, attraverso il rocchetto, aveva la possibilità di fare esperienza su una situazione emotivamente carica e di trasformarla grazie al gioco in una situazione di piacere. Ma, se per il nipote di Freud il gioco resta un'esperienza piacevole, nel nostro caso i bambini con disturbi del comportamento sembrano sperimentare angoscia e stress, rimanendo imbrigliati in scene aggressive e poco risolutive che non sfociano in risoluzioni efficaci. La modalità della coazione a ripetere non favorisce in questo caso la sperimentazione attiva della situazione conflittuale. Piuttosto gli alti livelli di aggressività e la scarsa modulazione delle emozioni non danno possibilità al bambino di uscire dal conflitto o di padroneggiarlo. In altre parole la ripetizione di un'esperienza con contenuti aggressivi fortemente violenti se da una parte mette i bambini con disturbo del comportamento di questo lavoro di fronte ad una continua sofferenza, segnala dall'altra parte il tentativo di dominare l'afflusso eccessivo di eccitamento attraverso il gioco.

In questo caso però la coazione a ripetere non segue il principio di piacere in quanto gli alti livelli di aggressività, messi in atto nel gioco, spingono l'apparato psichico ad una scarica urgente: è come se questi bambini non fossero venuti a capo di alcune situazioni atmosferiche traumatiche. Qui di seguito riportiamo due frammenti di narrative. Il primo è il racconto di un bambino del gruppo di controllo nella storia Little Pig il cui incipit è quello di mostrare al bambino un piccolo maialino che dopo essersi allontanato dalla famiglia dei maiali si perde.

Bambino 1 (controllo)

I: mostrami e raccontami cosa succede dopo

B: Si muovono i maiali grandi chiamando il nome di Little Pig. Mostra i maiali cercare il piccolo maiale. Il maiale grande va sotto le grandi mucche a cercarlo. La mamma chiede: avete visto Spok (il maialino)? La mucca risponde: E' passato di qui poco tempo fa.

I: il bambino ripete questa scena coinvolgendo tutti gli altri animali. Poi mostra il maiale piccolo incontrare quelli grandi. Poi prosegue il racconto

B: era la Vigilia di Natale e genitori mettevano Spok sulla groppa e anche Spuk (il fratello) e li portarono a casa per farli andare a letto per fargli la sorpresa di Natale. Mostra personaggi abbracciarsi.

Il secondo frammento è il proseguimento della storia un bambino del gruppo con disturbo del comportamento. Al bambino viene mostrato il ritorno a casa del piccolo protagonista che porta con sé un bellissimo disegno effettuato a scuola. A casa ci sono i membri della famiglia.

Bambino 2 (disturbo del comportamento)

B: il bambino apre la porta e “ahhhh”, riceve uno schiaffo. “Vai a sederti”, ordina la madre. Mostra il bambino sedersi sul divano. Poi la madre di avvicina al piccolo protagonista e urla: “vai in camera tua a vedere la tv”. Ecco è finita.

I: e il disegno? Qualcuno gli aveva detto qualcosa.

B: No.

Come vediamo in questo secondo frammento il bambino mostra una scena violenta in cui la madre colpisce il figlio con uno schiaffo, lo mette in punizione e la storia viene interrotta bruscamente. Probabilmente i livelli di ansia così alti non permettono al bambino di elaborare una possibile soluzione e l'aggressività agita, attraverso la figura materna, viene immediatamente bloccata, concludendo la storia in maniera brusca e senza possibilità di risoluzione. Anche il suggerimento dell'intervistatore di ritornare sull'incipit del disegno non viene preso in considerazione e la modalità di risposta è rigidamente conclusa.

3.12 Rapporto tra rappresentazioni materne e rappresentazioni del bambino con disturbo del comportamento

Dai risultati ottenuti attraverso l'analisi possiamo considerare, seppur consapevoli dei limiti statistici dovuta alla numerosità del campione, una prevalenza di attaccamenti di tipo insicuro nelle madri del gruppo di bambini con disturbo del comportamento. In

particolare sembrerebbe che le rappresentazioni dei bambini le cui madri hanno un attaccamento di tipo insicuro sono connotate da difese di evitamento, rappresentazioni dell'adulto rifiutante e meccanismi di scissione buono / cattivo. Nello studio di Steele et al (2003) gli autori hanno messo a confronto le narrative dei bambini adottati con lo stato della mente delle madri adottive dopo tre mesi dall'adozione. I risultati illustrano come quei bambini, le cui madri sono state giudicate come "non sicure" attraverso la AAI, tendano a fornire rappresentazioni dell'adulto come rifiutante e poco in sintonia con i bisogni e le richieste di aiuto o protezione da parte del protagonista, rispetto ai bambini le cui madri sono state giudicate come sicure. Allo stesso tempo, nel nostro studio i bambini le cui madri sono state giudicate come non sicure mostrano attraverso le storie rappresentazioni di adulti come rifiutanti in misura maggiore rispetto ai bambini le cui madri sono state valutate come sicure.

Al contrario, i bambini le cui madri hanno uno stato della mente sicuro manifestano attraverso il gioco rappresentazioni di adulti positive e fonti di protezione e conforto. Potremmo ipotizzare che i bambini di questo studio che hanno mamme insicure tendono a rappresentarsi esperienze negative con l'adulto di riferimento, mentre i bambini con madri sicure hanno rappresentazioni positive tali da offrirgli fiducia e disponibilità verso le relazioni.

Sottolineiamo inoltre una particolare relazione rispetto ad alcune tematiche peculiari emerse nelle rappresentazioni materne con quelle dei propri figli. In particolare i figli le cui madri hanno uno stato della mente sicuro e descrivono le proprie storie in maniera coerente sviluppano rappresentazioni dell'adulto come confortevole e fiducioso di ricevere protezione al momento del bisogno.

Mentre i figli le cui madri che hanno ottenuto punteggi bassi nella coerenza del racconto sulle proprie esperienze infantili, non sanno utilizzare strategie funzionali per gestire l'ansia, e la neutralizzano senza nessuna risoluzione o capacità inibitoria adeguata. Come mostrano Hill e coll. in uno studio del 2007 in cui è stato utilizzato lo story stem in soggetti con disturbo del comportamento, i bambini manifestano evidenze di una ridotta interpretazione interpersonale degli eventi che coinvolge il sistema di regolazione emozionale, in particolare la regolazione della rabbia e della paura, e la comprensione sociale poiché influiscono sulle strategie che il bambino sviluppa per

fronteggiare i cambiamenti sociali e emotivi. Gli autori specificano che il bambino che affronta tramite il comportamento, al livello fisico, l'ansia e la paura può diventare vulnerabile al comportamento antisociale in quattro modi. In primo luogo egli riduce la sua capacità di elaborare i dettagli della situazione sociale e la sua capacità di rispondere in modo adeguato; non è in grado di regolare l'ansia e di inibire le azioni impulsive; in terzo luogo, le capacità empatiche e la reattività emozionale verso l'altro sono ridotte, e da ultimo, prendendo distanza dallo stato mentale dell'altro, diventa indifferente alle conseguenze dannose delle sue azioni.

In relazione a questi dati, nel nostro studio, la presenza di difese legate alla neutralizzazione dell'ansia del bambino con disturbo del comportamento, connessa ai bassi punteggi di coerenza nel racconto delle loro madri, ci fa supporre che questi bambini abbiano difficoltà a modulare e a inibire i livelli di ansia interpretando male i segnali che gli provengono dall'interno e dall'esterno proprio perché potrebbero aver ricevuto (o interiorizzato, vissuto) uno stile educativo poco coerente, non in grado di filtrare adeguatamente i segnali attivati da una forte emotività. Se consideriamo il concetto di Meccanismo Interpretativo Interpersonale avanzato da Gergely (2007) e Fonagy (Fonagy et al. 2002), che abbiamo trattato nel primo capitolo di questo lavoro (si veda pag. 15), potremmo ipotizzare che nei bambini con disturbo del comportamento di questo studio, il livello d'ansia e di aggressività sviluppati nel corso delle narrative, indica disfunzioni in questo processo, per cui la difficoltà a regolare il proprio stato interno deriverebbe da una inadeguata lettura e interpretazione dei segnali affettivi relazionali provenienti dall'esterno. Questa mancata interpretazione porterebbe il bambino ad attivare il proprio stato interno per segnalare e comunicare verso l'esterno il proprio disagio emotivo interno, tramite l'aggressività e le altre disfunzioni comportamentali.

Come abbiamo sottolineato precedentemente i bambini con disturbo del comportamento segnalano rappresentazioni dell'adulto come poco empatico rispetto al proprio disagio, mostrando in questo senso un vissuto di bassa empatia nei confronti dei propri disagi emotivi. Sembra difficile in questo modo interiorizzare un modello di regolazione emotiva adeguata a controllare le scariche aggressive che questi bambini manifestano durante il gioco del racconto di storia. Ricontriamo inoltre delle relazioni tra le rappresentazioni del bambino rispetto all'adulto rifiutante connesse a idealizzazione della madre rispetto alle proprie figure di attaccamento e delle relazioni

tra le tematiche relative all'inversione di ruolo del bambino connesse a bassi punteggi nella madre rispetto alla amorevolezza e sostegno percepito nella propria infanzia e a una bassa spinta ad assumersi la responsabilità genitoriale. Infine abbiamo riscontrato delle relazioni tra l'inversione di ruolo espresso dal bambino e il vissuto di rifiuto e rabbia del genitore rispetto alla propria infanzia.

Questi ultimi dati sembrerebbero sottolineare ancora più marcatamente la circolarità in queste famiglie di vissuti emotivi negativi connessi alla rabbia e alla scarsa approvazione dell'affetto. Ipotizziamo che il bambino applichi l'inversione di ruolo per compensare e risarcire il genitore di quell'affetto che sente di non aver ricevuto nella propria infanzia. Mettendosi al posto del genitore, il bambino tiene viva la speranza del genitore di essere accudito come avrebbe desiderato. Tuttavia i segnali di rabbia che le madri segnalano attraverso i propri racconti e l'aggressività che i bambini manifestano attraverso le narrative, segnalano un disagio al livello del controllo inibitorio legato alle situazioni emotivamente cariche.

3.13 Correlazioni tra i costrutti di attaccamento e gli indici di psicopatologia

Dalla valutazione narrativa effettuata tramite la procedura dello SSAP è emerso che i bambini appartenenti al gruppo dei disturbo del comportamento hanno ricevuto punteggi maggiori nei costrutti di Disorganizzazione e Insicurezza e punteggi minori nel costrutto di Sicurezza rispetto ai bambini del gruppo di controllo. Dall'osservazione dei risultati *Tabella 27* emerge come vi sia una correlazione negativa tra il costrutto di sicurezza e gli indici psicopatologici della CBCL. In questo senso nel nostro campione maggiore è il punteggio di sicurezza del bambino, minore è il suo punteggio di rischio psicopatologico. Inoltre i bambini con maggior Disorganizzazione e Insicurezza ottengono alla CBCL punteggi maggiori nelle scale dei problemi Internalizzanti ed Esternalizzanti. Questo ci fa ipotizzare che i bambini con alti livelli di Disorganizzazione e Insicurezza tendano ad avere un maggior rischio psicopatologico e conferma i dati noti in letteratura che hanno dimostrato la presenza di un attaccamento di tipo disorganizzato e insicuro nei bambini con disturbo del comportamento sia sul piano internalizzante che esternalizzante (Lyons-Ruth, Jacobvitz, 1999). Ipotizziamo che i bambini con disturbo del comportamento che hanno problemi sia sul versante

internalizzante che esternalizzante non abbiano sviluppato delle strategie efficaci rispetto alla regolazione della propria emotività che risulta compromessa sia quando osservata sul piano esterno, manifesto: problemi sul piano comportamentale, che su quello interno: difficoltà a gestire l'ansia con conseguente inibizione del comportamento. I bambini più sicuri tendono nelle storie figure genitoriali positive, non aggressive e che forniscono protezione al bambino in difficoltà.

Allo stesso tempo la figura del bambino è rappresentata come capace di far riferimento a sé stesso e agli altri nei momenti di difficoltà e si aspetta risposte positive dagli altri quando richiede aiuto e conforto. Questi aspetti lascerebbero pensare che un maggior grado di sicurezza nell'attaccamento funzioni da fattore protettivo rispetto al rischio psicopatologico valutato tramite CBCL. Questo conferma quanto emerge dalla letteratura, ovvero che la sicurezza nell'attaccamento agisca da fattore protettivo rispetto al rischio psicopatologico (Dazzi, Speranza, 2005; Egeland, Soufre, 1981; Warren, Huston, Egeland, Soufre, 1997; Lyons-Ruth, Connel e Zonn, 1989). Inoltre Susan L. Warren (2003) ha notato che i bambini che nelle storie presentano temi di aggressività includenti ferite o morte di uno o tutti i protagonisti, risposte catastrofiche e bizzarre (che nello SSAP rientrano nel costrutto di Disorganizzazione e Insicuro), esibiscono un maggior numero di problemi di tipo esternalizzante valutati attraverso i report della madre alla CBCL (Warren, 2003). Allo stesso tempo nel nostro campione abbiamo osservato un maggior rischio psicopatologico nei bambini con alti livelli di Disorganizzazione e di Insicurezza.

Conclusioni

Dalla discussione effettuata possiamo considerare che i bambini con disturbo del comportamento tendono a mostrare, attraverso il gioco, rappresentazioni delle figure adulte negative e alti livelli di aggressività rispetto ai bambini del gruppo di controllo. In particolare emergono rappresentazioni dell'adulto come rifiutanti quando il bambino esplicita e richiede aiuto e rappresentazioni dell'adulto inconsapevole rispetto allo stato di disagio del bambino. Le risposte dell'adulto rifiutante che il bambino si rappresenta tenderebbero ad attivare nel bambino aggressività. Ipotizziamo che queste risposte aggressive siano un estremo tentativo del bambino di comunicare all'esterno una difficoltà emotiva interna impossibile da gestire e regolare sufficientemente e autonomamente. Alcuni autori hanno identificato un cluster di fattori che mette insieme maltrattamento, attaccamento di tipo insicuro e disorganizzato e comportamento

aggressivo (Cicchetti, Rogosch, Toth, 2006; Eagle, 2013). In linea con questi risultati ipotizziamo una relazione tra la dimensione dell'attaccamento insicuro e disorganizzato, il disturbo del comportamento e i livelli di aggressività. Il conflitto intrapsichico che questi bambini sperimentano si esprime attraverso gli alti livelli di aggressività, presumiamo nell'impossibilità di integrare le esperienze emotive con quelle rappresentazionali dal momento che un basso controllo inibitorio e una scarsa capacità di regolazione emotiva ostacolano questo processo.

Rappresentarsi l'adulto come inconsapevole rispetto al disagio che il bambino esprime fa pensare, da una parte, che il bambino con disturbo del comportamento tenga aperta la comunicazione del proprio disagio emotivo e cerchi, attraverso lo sviluppo dell'aggressività, di attivare risposte nell'altro; dall'altra parte segnala il vissuto percepito di fallimento da parte dell'adulto nel cogliere lo stato di disagio emotivo. Le risposte aggressive di tipo catastrofico sembrano rispecchiare una difficoltà sottostante nell'arginare gli alti livelli di ansia che attivano nell'altro risposte di rifiuto, non tanto al bambino come soggetto, ma all'ansia che questi scatena e verso la quale il genitore non riesce a fare da filtro e mette le distanze, rifiutandolo. Questa dinamica sembrerebbe creare un circuito vizioso in cui il mancato riconoscimento del disagio del bambino scatena risposte sempre più aggressive che gli impediscono di controllare e abbassare i livelli di ansia e comportano manovre di rifiuto da parte dell'adulto che non si sente in grado di fornire affetto e supporto, ma al contrario si sente minacciato dal figlio.

Molti studi hanno osservato come vi sia una difficoltà negli scambi comunicativi caratterizzati da evitamento delle interazioni e affetti negativi quali la rabbia, l'ostilità visti come comportamenti aggressivi (Ammaniti, Lucarelli, Cimino, D'Olimpo, 2004 Ammaniti, Ambruzzi, Lucarelli et al, 2004). In questo senso ognuno produce nell'altro quote di angoscia difficili da regolare e ciò è segnalato sia dai contenuti delle storie dei bambini, sia attraverso le modalità di attaccamento del genitore. Spesso i genitori che intraprendono il percorso di consultazione negano il problema: sono le insegnanti a inviarli alla struttura, e mentre i padri dichiarano di essere venuti al colloquio perché costretti dalle mogli e dalle insegnanti, le madri faticano a rispettare gli appuntamenti o sbagliano gli orari segnalando una confusione della mente rispetto alle regole. Questo atteggiamento segnala la difficoltà da parte di alcuni genitori, che hanno preso parte a questo studio, di accettare la problematica nel figlio e di riconoscerla. In linea con i vissuti rappresentati nel test proiettivo dal figlio, vi è una bassa percezione del disagio

emotivo da parte dell'adulto e una disfunzione al livello del controllo inibitorio del bambino per cui i livelli di ansia e aggressività risultano alti e manifestati in maniera improvvisa e catastrofica.

Tuttavia va sottolineata l'importanza del gioco in quanto consente ai bambini con disturbo del comportamento la possibilità di comunicare e rappresentare la propria aggressività in un contesto di gioco piuttosto che manifestarla direttamente nel comportamento. L'utilizzo dello SSAP nella prassi clinica permette una valida opportunità al bambino di comunicare in forma strutturata il proprio disagio emotivo rappresentando ciò che internamente supera il filtro protettivo del pensiero. Spostando sul gioco il proprio disagio, il bambino ha la possibilità di contattare a livello rappresentazionale e simbolico ciò che altrimenti resterebbe a un livello emotivo rudimentale interno e che generalmente è espresso con disagio nel comportamento. Osservando le narrative prodotte nello SSAP è possibile accedere a ciò che il bambino ha assimilato dentro di sé e cogliere dalla sue rappresentazioni emotive il suo modello di gestione emotiva e affettiva.

Attraverso una prospettiva multidimensionale che garantisce nel percorso di consultazione l'osservazione del bambino all'interno del suo contesto primario di riferimento, la comprensione del mondo rappresentazionale del bambino e dei suoi genitori viene intesa come modalità diagnostica che si apre all'intrapsichico e all'interpersonale mettendo in contatto il clinico con i vissuti e le esperienze emotive dei pazienti e allargando il mero elenco di sintomi a una comprensione psicopatologica complessa.

Sebbene il nostro studio non ci permetta di allargare i risultati ottenuti alla popolazione generale, dal momento che il campione preso in considerazione per questo studio è costituito da un numero limitato di soggetti, sarebbe interessante replicare questo studio su una popolazione più ampia.

BIBLIOGRAFIA

- Abdrews, g., Pine, D., Hobbs, M., Anderson, T. (2009), Neurodevelopment disorders: Cluster 2 of the proposed metastructure for DSM-5 and ICD-10. *Psychological Medicine*, 39, pp. 2013-2023.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001), *Manual for ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T.M. & McConaughy, S.H. (1997), *Empirically Based Assessment of Child and Adolescent Psychopathology: Practical Applications*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Achenbach, T.M. & McConaughy, S.H. (2003), The Achenbach System of empirically assessment. In C.R. Reynolds & R.W. Kamphaus (a cura di), *Handbook of Psychological and Educational Assessment of Children. Personality, Behavior, and Context, II ed.* New York: Guilford Press, pp.407-430.
- Achenbach, T.M. (1991b), *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington.
- Adam, K.S., Sheldon-Keller, A.E., West, M. (1996), Attachment organization and history of suicidal behavior in clinical adolescents. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64(2), pp. 264-272.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M., Waters, E., Wall, S. (1978), *Patterns of Attachment and Social Development: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Allen, J. P., & Land, D. (1999), Attachment in adolescence. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*, pp. 319-335. New York, NY: The Guilford Press.
- Allen, J.P., Hauser, S.T., Borman-Spurrell, E. (1996), Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: An 11-

year follow-up study. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64(2), pp.254-263.

Allen, J.P., Moore, C.M., Kuperminc, G.P. & Bell, K.L. (1998), Attachment and adolescent psychosocial functioning. *Child Development*, 69, pp. 1406-1419.

Alvarez, A., Phillips, A. (1988), The importance of play: a child psychotherapist's view. *Child Psychology and Psychiatric Review*, 39 (3), pp. 99-105.

American Psychiatric Association (1968), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition (DSM-II)*. Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association (1995), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quarta Edizione (DSM-IV)*. Tr. it. Milano: Masson, 1996.

American Psychiatric Association (1980), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Terza edizione. (DSM-III)*. Tr. it. Milano: Masson, 1983.

American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Washington, DC: APA.

Ammaniti M., Ambruzzi A.M., Lucarelli L., Cimino S., D'Olimpio F. (2004), Malnutrition and dysfunctional mother-child feeding interactions: Clinical assessment and research implications, *Journal of the American College of Nutrition*, 23, 3, pp. 259-271.

Ammaniti M., Cimino S., Petrocchi M. (2005), Adolescenza ed esperienze traumatiche: influenze sul funzionamento emotivo-adattivo, *Infanzia e Adolescenza*, 4, pp. 145-155.

Ammaniti M., Lucarelli L., Cimino S. (2006), Psicopatologia dell'infanzia e follow-up dei disturbi della sfera alimentare, *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, 26, pp. 79-91.

Ammaniti M., Speranza A.M., Tambelli R., Muscetta S., Lucarelli L., Vismara L., Odorisio F., Cimino S. (2006), A prevention and promotion intervention program in the field of mother-infant relationship. *Infant Mental Health Journal*, 27, 70-90.

Ammaniti, M. (2001), *Manuale di Psicopatologia dell'Infanzia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Ammaniti, M. (2014), La nascita dell'intersoggettività: Psicoanalisi ed Infant Research. XVII Congresso SPI: *Alle Origini dell'Esperienza Psicica*, Milano, 22-25 Maggio 2014.

Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M., Speranza, A.M., Tambelli, R., (1994), Influenze culturali e dinamiche relazionali nell'attaccamento infantile. Indagine su un campione clinico italiano. *Età Evolutiva*, 47, pp.99-109.

Ammaniti, M., Cimino, S., Trentini, C., (2007), *Quando le madri non sono felici. La depressione post-partum*. Roma: il Pensiero Scientifico Editore.

Ammaniti, M., van IJzendoorn, M.H., Speranza, A.M., Tambelli, R. (2000), Internal working models of attachment during late childhood and early adolescence: An exploration of stability and change. *Attachment & Human Development*, 2(3), pp. 328-346.

Arend, R., Gove, F.L., Sroufe, L.A. (1979), Continuity of individual adaptation from infancy to kindergarten: A predictive study of ego-resiliency and curiosity in preschoolers. *Child Development*, 50, pp. 950-959.

Barkley, R. A. (1997), *Defiant Children: A Clinician's Manual for Assessment and Parent Training*. New York: Guilford Press.

Bates JE, Maslin CA, Frankel KA. (1985), Attachment security, mother-child interaction, and temperament as predictors of behavior problem ratings at age three years (Special issue) *Society for Research in Child Development Monographs: Growing Points in Attachment Theory and Research*, 50:1-2. Serial No. 209.

Beebe, B. & Lachmann, F. (2003), The relational turn in psychoanalysis: A dyadic systems view from infant research. *Contemporary Psychoanalysis*, 39 (3), pp. 379-409.

Benoit, D. (1993), Difficoltà di accrescimento e disturbi alimentari. Tr. it. In G. Fava Vizziello (a cura di), *Manuale di salute mentale infantile*, pp. 317-331. Milano: Masson, 1996.

Beresford C, Robinson J, Holmberg J, Ross R. (2007), Story stem responses of preschoolers with mood disturbances. *Attachment Human Development*. 2007;9, pp. 255-270.

- Blatt, S.J, Levy, K.N. (1998), A Psychodynamic Approach to the Diagnosis of Psychopathology. In J.W., Barron (Eds.), *Making Diagnosis Meaningful*. Washington: American Psychological Association, pp. 73-109.
- Bleiberg, E. (2001), *Il trattamento dei disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti. Un approccio relazionale*, 2005. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Bowlby, J. (1969), *Attaccamento e perdita: l'attaccamento alla madre*, Vol. 1. Tr. it. Torino: Boringhieri, 1972
- Bowlby, J. (1973), *Attachment and Loss*, Vol. 2, Separation, Anxiety and Anger. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1980), *Attaccamento e Perdita: la Perdita della Madre*, Vol. 3. New York: Tr. it. Torino: Boringhieri, 1983.
- Bretherton, I. (1984), Representing the social world in symbolic play: Reality and fantasy. In Bretherton (Eds.), *Symbolic Play: The Development of Social Understanding*, pp. 3-41. New York: Academic Press.
- Bretherton, I. (1985), Attachment Theory: Retrospect and Prospect. In I. Bretherton & F. Waters (Eds.), *Growing points of Attachment Theory and Research: Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, pp. 3-35. Chicago: The University of Chicago Press.
- Bretherton, I., Oppenheim, D., Buchsbaum, H., Emde, R. N., & The MacArthur Narrative Group (1990), *MacArthur Story Stem Battery*. Unpublished Manuscript.
- Bretherton, I., Page, T.F. (2004), Shared or Conflicting Working Models? Relationship in Postdivorce Families as Seen Through the Eyes of mother and their Preschool Children. *Development and Psychopathology*, 16, pp. 551-575.
- Bretherton, I., Ridgeway D. (1990), An Attachment Story Completion Task to Assess Young Children's Internal Working Models of child and Parents in the Attachment Relationship. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti, E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research, and Intervention*, pp. 300-308. Chicago: University of Chicago Press.

Bretherton, I., Ridgeway, D. (1986), *The Parent Attachment Interview*. Unpublished manual, University of Wisconsin-Madison.

Bretherton, I., Ridgeway, D., Cassidy, J. (1990), Assessing Internal Working Models of the Attachment Relationship: An Attachment Story Completion Task for 3-year-olds. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti, E.M. Cummings, (Eds.), *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention*, pp. 273-308. Chicago, University of Chicago Press.

Buchsbaum, H. K., Emde R. N. (1990), Play Narrative in 36-Month-Old Children: Early Moral Development and Family Relationships. *Psychoanalytic Study of the Child*. 40, pp.129-153.

Buchsbaum, H. K., Emde R. N. (1990), Play Narrative in 36-Month-Old Children: Early Moral Development and Family Relationships. *Psychoanalytic Study of the Child*. 40, pp.129-153.

Buchsbaum, H.K., Toth, S.L., Clyman, R.B., Cicchetti, D., Emde, R.N. (1993), The Use of a Narrative Story Stem Technique with Maltreated Children: Implications for Theory and Practice. *Development and Psychopathology*, 4, pp. 603-625.

Buchsbaum, H.K., Toth, S.L., Clyman, R.B., Cicchetti, D., Emde, R.N. (1992), The Use of a Narrative Story Stem Technique with Maltreated Children: Implications for Theory and Practice. *Development and Psychopathology*, 4, pp. 603-625.

Camaioni, L. (1993b). The Social Construction of Meaning in Early Infant-Parent and Infant Peer Relations. In J. Nadel & L. Camaioni (Eds.), *New Perspectives in Early Communicative Development* , pp. 159-170. London: Routledge.

Camaioni, L. (2001), *Psicologia dello Sviluppo del Linguaggio*. Bologna: Il Mulino.

Camaioni, L., Longombardi, E. (1997), Referenze a stati interni nella produzione linguistica spontanea a venti mesi. *Età Evolutiva*, 55, pp. 42-52.

Cassidy, J. (1988), Child-mother attachment and the self in six-year-olds. *Child Development*, 59, 121-134.

- Chess, S., Thomas, A., Birch, H.G., Hertzog, M. (1960), Implications of a longitudinal study of child development for child psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 117, pp. 434-441.
- Chicchetti, D., Cohen D.J., (1995), Perspectives on developmental psychopathology. In: D. Cicchetti, D.J. Cohen (Eds) *Developmental Psychopathology*, (Vol. 1, Theory and Methods), Wiley, New York, pp. 3-20.
- Chicchetti, D., Rogosch, F.A., Toth, S.L. (2006), Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. In *Development and Psychopathology*, 18, pp. 623-650.
- Crittenden, P.M. (1985), Maltreated Infants: Vulnerability and Resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, pp. 85-96.
- Crittenden, P.M. (1987), Non Organic Failure to Thrive: Deprivation or Distortion? *Infant Mental Health Journal*, 8, pp. 51-64.
- Csibra, G., Gergely, G. (2006), Social learning and social cognition: the case for pedagogy. In M.H. Johnson & Y. Munakata (Eds.), *Progress Change in Brain and Cognitive Development. Attention and Performance XXI*, pp. 249-274. Oxford University Press.
- Damasio, A.R. (1994), *Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*. New York: Putman.
- Dazzi, N., Speranza, A.M. (2005), Attaccamento e psicopatologia. *Infanzia e Adolescenza*, 4, pp. 18-30.
- Dennett, D.C. (1991), *Consciousness Explained*. Boston, MA: Little, Brown.
- Dishion TJ, Patterson GR (2006), The development and ecology of antisocial behavior in children and adolescents. In: Cicchetti D, Cohen DJ, editors. *Developmental psychopathology: Vol. 3. Risk, disorder, and adaptation*. Wiley; New York: pp. 503–541.
- Dodge, K.A., Pettit, G.S., Bates, J.E., Valente, E. (1995), Social information processing patterns partially mediate the effect of early abuse on later conduct problems. In *Journal of Abnormal Psychology*, 104, pp. 632-643.

- Eagle, M. (2013), *Attaccamento e Psicoanalisi. Teoria, Ricerca e Implicazioni Cliniche*, 2013. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Egeland, B., Sroufe, L.A. (1981), Developmental sequelae of maltreatment in infancy. *New Directions for Child Development*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Emde, R., N. (2003), Early Narrative: A Windows to the Child's Inner World. In Emde, R., N., Wolf. D., P., Oppenheim, D.(Eds.), *Revealing the Inner Worlds of Young Children. The MacArthur Story Stem Battery and Parent-Child Narratives*, pp. 3-26. Oxford: Oxford University Press.
- Emde, R., N., Wolf. D., P., Oppenheim, D.(2003), *Revealing the Inner Worlds of Young Children. The MacArthur Story Stem Battery and Parent-Child Narratives*. Oxford: Oxford University Press.
- Emde, R.N. (1990), Mobilizing Fundamental Models of Development: Emphatic Availability and Therapeutic Action. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38, pp. 881-913.
- Emde, R.N., Biringen, Z., Clyman, R. B., & Oppenheim, D. (1991), The Moral Self of Infancy: Affective Core and Procedural Development Knowledge. *Developmental Review*, 11, pp. 251-270.
- Fagot, B.I., Kavanaugh, K. (1990), The prediction of antisocial behavior from avoidant attachment classifications. *Child Development*, 61, 864-873.
- Fairbairn, W. R. D. (1952), *Psychological Studies of the Personality*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Fein, G.G. (1981), Pretend play in childhood: An integrative review. *Child Development*, 2, pp. 362-385.
- Fenichel, O. (1945), *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York: Norton.
- Ferro, A. (2009), Continenibilità ed incontinenibilità delle emozioni. Decostruzione e rinarrazione. In V.P. Pellicanò (a cura di) *Aggressività, Trasformazione e Contenimento*. Roma: Borla.
- Fonagy, P. (1995), Psychoanalytic and Empirical Approaches to Developmental Psychopathology: An Object-Relations Perspective. In T. Shapiro, R.N. Emde (Eds.),

Research in Psychoanalysis: Process, Development Outcome, pp. 245-260. Madison, CT: Int. Univ. Press.

Fonagy, P., (1994), Mental representation from an intergenerational cognitive science perspective. *Infant Mental Health Journal*, 15, pp.57-68.

Fonagy, P., Gergerly, G., Jurist, E.L., Target, M. (2002), La sfida della genetica del comportamento al modello psicosociale dello sviluppo della mentalizzazione. *Regolazione Affettiva, Mentalizzazione e Sviluppo del Sé*. Tr. it. Milano: Raffaello Cortina, 2005.

Fonagy, P., Gergerly, G., Jurist, E.L., Target, M. (2002), *Regolazione Affettiva, Mentalizzazione e Sviluppo del Sé*. Tr. it. Milano: Raffaello Cortina, 2005.

Fonagy, P., Target, M. (1996), *Attaccamento e Funzione Riflessiva*., Milano: Raffaello Cortina, 2001.

Fonagy, P., Target, M. (1996), Giocare con la realtà. i. teoria della mente e sviluppo normale della realtà psichica. Tr. it. *Attaccamento e Funzione Riflessiva*. Raffaello Cortina, Milano 2001, pp.249-271.

Fonagy, P., Target, M. (1997), Attachment and reflective function: the role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, pp.87-114.

Fonagy, P., Target, M. (2001), *Attaccamento e Funzione Riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina.

Fonagy, P., Target, M., (2002), The History and Current Status of Outcome Research at the Anna Freud Centre. In *Psychoanalytic Study of the Child*, 57:, pp. 27-60.

Fonagy, P., Target, M., Steele, H., Steele, M. (1998), *Reflective-Functioning Manual, Version 5.0, for Application to Adult Attachment Interviews*. London: University College of London.

Fonagy, P., Target, M., Steele, H., Steele, M. (1998), *Reflective-Functioning Manual, Version 5.0, for Application to Adult Attachment Interviews*. London: University College of London.

Freud, A. (1946a.), *Il trattamento psicoanalitico dei bambini*. Tr. it. Torino: Boringhieri, 1972.

Freud, A. (1965), *Normalità e patologia del bambino*. . In Anna Freud *Opere* 1965-1975 vol. 3, Bollati Boringhieri: Torino, 1979.

Freud, A., (1971), Commenti sull'Aggressività. In Anna Freud *Opere* 1965-1975 vol. 3, Bollati Boringhieri: Torino, 1979.

Freud, S. (1920), Al di là del principio del piacere. In *Opere* 1917-1923, vol.9. Torino: Bollati Boringhieri, 1972.

Frick, P.J., Moffit, T.E. (2010), A proposal to DSM-5 Childhood disorder and ADHD Destructive Behavior Disorders Work Groups to include a specifier of Conduct Disorder based on the presence of Callous-Unemotional Traits. *American Psychiatric Association DSM-5 Proposal Online*, pp. 1-36.

Gallese, V. (2014), Quali Neuroscienze e quale Psicoanalisi? Soggetto e Intersoggettività: appunti per un dialogo. *All'Origine dell'Esperienza Psicologica*. XVII Congresso SPI: Milano, 22-25 Maggio 2014.

George, C., Kaplan, N., Main, M. (1984), *Adult Attachment Interview*. Unpublished Manuscript.

Gergely, G. (2007), The social construction of the subjective self: the role of affect-mirroring, markedness, and ostensive communication in self-development. In L. Mayes, P. Fonagy, M. Target (Eds.), *Developmental Science and Psychoanalysis: Integration and Innovation*, pp. 159-191. London: Karnac.

Gergely, G., Watson, J. (1996), The Social Biofeedback model of Parental Affect-mirroring. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, pp. 1181-1212.

Goldwyn, R., Stanley, C., Smith, V., Green, J. (2000), The Manchester Child Attachment Story Task. Relationships with parental AAI, SAT and Child behavior. In *Attachment and Human Development*, 2, pp. 71-84.

Greenberg, J., Solomon, S., & Pyszczynski, T. (1997), Terror management theory of self-esteem and social behavior: Empirical assessments and conceptual refinements. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, 29, pp. 61–139. New York: Academic Press.

- Greenberg, M.T. (1999), Attachment and psychopathology in childhood. In J. Cassidy, P., Shaver (a cura di), *Handbook of Attachment Theory and Research*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, M.T., Speltz, M.L., DeKlyen, M. (1993), The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 5 pp. 191-213.
- Grey, I.K., Yates, T.M. (2014), Preschoolers' narrative representations and childhood adaptation in an ethnoracially diverse sample. *Attachment & Human Development*, 16(6), pp. 1-20.
- Hegel, G.W.F. (1807), *Fenomenologia dello Spirito*. Tr. it. Milano: Rusconi, 1995.
- Heilman K.M, Voeller K.K, Nadeau S.E (1991), A possible pathophysiologic substrate of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Neurology*, 6, pp. 76-81.
- Hill, J., Fonagy, P., Lancaster, G., Broyden, N. (2007), Aggression and Intentionality responses conflict and distress story stem: An investigation of boys with disruptive behavior problems. *Attachment & Human Development*, 9 (3), pp. 223-237.
- Hodges, J. (1990), *Rating Manual for the Little Pg Story Stem Assessment*. Unpublished manuscript, London: Anna Freud Centre.
- Hodges, J., Hillman, S., Steele, M. (2007), *Story Stem Assessment Profile (SSAP) Coding Manual*. Unpublished Manuscript.
- Hodges, J., Steele, M., Hillman, S., Henderson, K. (2003), In Emde, R., N., Wolf. D., P., Oppenheim, D.(Eds), *Revealing the Inner Worlds of Young Children. The MacArthur Story Stem Battery and Parent-Child Narratives*. Oxford: Oxford University Press, pp. 240-267.
- Holmberg, J., Robinson, J., Corbitt-Price, J., Wiener P. (2007), Using Narrative to Assess Competencies and Risks in Young Children: Experience with High Risk and Normal Populations. *Infant Mental Health Journal*, 28(6), pp. 647-666.
- Howes, C., Vu, J. A., & Hamilton, C. (2011), Mother-child attachment representation and relationships over time in Mexican-heritage families. *Journal of Research in Childhood Education*, 25, pp. 228–247.

- Hudziack J.J., Achenbach, T.M., Pine, D.S. (2007), A dimensional approach to developmental psychopathology. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16S, pp. 16-23.
- Hutchison, A.K, Beresford, C., Robinson, J., and Ross, R.G. (2010), Assessing Disordered Thoughts in Preschoolers with Dysregulated Mood. *Child Psychiatry Human Development*, 41(5), pp. 479–489.
- ICD-10 (1992), *International statistical classification of disease, injuries and causes of death* (10th revision). World Health Organization, Geneva.
- Kerns, K.A., (2008), L'attaccamento nella seconda infanzia. In J. Cassidy, P. Shaver (a cura di) *Manuale dell'Attaccamento. Teoria, Ricerca e Applicazioni Cliniche*. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2010.
- Klagsbrun, K., Bowlby, J. (1976), Responses to Separation from Parents: A Clinical Test for Young Children. *British Journal of Projective Psychology*, 21, pp. 7-21.
- Klein, G.S (1993), *Teoria Psicoanalitica I Fondamenti*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Klein, M. (1927), Tendenze criminali nei bambini normali. In *Scritti 1921-1858*, Torino: Bollati Boringhieri, 2006.
- Klein, M. (1932), *La psicoanalisi dei bambini*. Tr. it. Firenze: Martinelli, 1969.
- Kohut, H. (1971), *The Analysis of the Self*. New York: Int. Univ. Press.
- Kratochvil C, Vaughan B, Barker A, Corr L, Wheeler A, Madaan V. (2009), Review of pediatric attention deficit/hyperactivity disorder for the general psychiatrist. *Psychiatric Clinical North American*. 2009;32, pp. 39–56.
- Laplace, J. Pontalis, J.B. (1967), *Enciclopedia della Psicoanalisi*, Tomo Primo, 2007, Bari: Editori Laterza.
- Laufer, M., denhoff, E. (2006), Huperkinetic behavior syndrome in children. *Journal of Pediatrics*50: 463-474.
- Lavigne, J.V., Gibbons, R.D., Christoffel, K.K., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H., et al. (1996), Prevalence rates amd correlates of psychiatric disorders among preschool

children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, pp. 204-214.

Leibenluft E, Dickstein, D.P. (2008), Bipolar disorder in children and adolescents. In M. Rutter (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, pp. 613-627. Malden, M.A.: Blackwell.

Leibenluft, Dickstein, 2008), *Ùbipolar Disorder in Children and Adolescents* Vedi sopra stesso libro

Leslie, A. M. (1987). Pretense and representation: The Origins of "Theory of Mind." *Psychological Review* 94(4), pp. 412-426.

Lingiardi V. (2005), Personalità dipendente e dipendenza relazionale. In “Le dipendenze patologiche” a cura di Caretti V. e La Barbera D., Raffaello Cortina Editore, Milano.

Lingiardi V., Ammaniti M., Dazzi N., Del Corno F., Liotti G., Maffei C., Mancini F., Migone P., Rossi Monti M., Semerari A. & Zennaro A. (2011), Personality Disorders and DSM-5. Submitted for publication. Edizione su Internet in appendice a questa pagina: <http://cognitivismo.wordpress.com/2011/04/22/i-disturbi-di-personalita-dal-dsm-iv-al-dsm-v-che-cosa-succedera-ai-pazienti-narcisisti>.

Liotti, G. (2005), Trauma e dissociazione alla luce delle teorie dell'attaccamento. *Infanzia e Adolescenza*, 3, pp. 130-144.

Luby J, Belden A. (2009), Clinical characteristics of bipolar vs. unipolar depression in preschool children: an empirical investigation. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2008;69:1960–1969.

Lucarelli, L., Piperno, F., Balbo, M. (2008), *Metodi e Strumenti di Valutazione in Psicopatologia dello Sviluppo*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Lyons-Ruth, K. (1996), Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64,1, pp.64-73.

Lyons-Ruth, K., Connell, D.B., Zoll, D. (1989), Patterns of maternal behavior among infants at risk for abuse: Relations with infant attachment behavior and infant

development at 12 months of age. In D. Cicchetti, V. Carlson (a cura di), *Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequence of Child Abuse and Neglect*. New York: Cambridge University Press.

Lyons-Ruth, K., Connell, D.B., Zoll, D., Stahl, J. (1987), Infants at Social Risk: Relationships among Infant Maltreatment Maternal Behavior and infant Attachment Behavior. *Developmental Psychology*, 23, pp. 223-232.

Lyons-Ruth, K., Jacobvits, D. (1999), Attachment disorganization. Unresolved loss, relation violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In J. Cassidy, P. Shavers (Eds.), *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Implications*. New York-London: Guilford Press, pp. 521-554.

Maccoby, E.E. (1984), Middle childhood in the context of the family. In W.A. Collins (Ed.), *Development During Middle Childhood*, pp. 184-239. Washington, DC: National Academy Press.

Main, M. (1991), Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) model of attachment: Findings and directions for future research. In C.M. Pakers & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *Attachment across the Life Cycle*, pp. 127-159. New York, NY: Tavistock/Routledge.

Main, M. George, C. (1985), Response of Abused and Disadvantaged Toddlers to Distress in Agemates: A Study in the Daycare Setting. *Developmental Psychology*, 21 (3), pp. 407-412.

Main, M., & Cassidy, J. (1988), Categories of response to reunion with the parent at age six: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental psychology*, 24, pp. 415-426.

Main, M., & Goldwyn, R. (1985), *Adult attachment scoring and classification system*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.

Main, M., Kaplan, N., Cassidy, J. (1985), Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation. In Breterthon, I., Waters, E. (Eds.) *Growing Points of Attachment Theory and Research*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50, 1-2, pp. 67-104.

- Main, M., Salomon, J. (1990), Procedure for identifying Infants as Disorganized/Disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti, E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention*, pp. 121-160. Chicago: University of Chicago Press.
- Mandler, J.M. (1983), Representation. In J.H. Flavell & E.M. Markman (Eds.), *Handbook of Child Psychology, Vol.3: Cognitive Development* (pp. 420-494). New York: Wiley.
- Marohn, R.C. (1991), Psychoterapy of adolescents with behavioral disorders. In Slomowitz (Ed.), *Adolescent Psychoterapy*, pp. 141-161, Washington DC: American Psychiatric Press.
- Mayes, L., Fonagy, P., Target, M. (2007), *Developmental science and psychoanalysis. Integration and innovation*. London: Karnac Book.
- McConaughy, S.H., Achenbach, T.M. (2001), *Manual for the Semistructured Clinical interview for Children and Adolescents, 2nd ed.* Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth % Famimily.
- Miljkovitch, R., Pierrehumber, B. (2006), Rappresentazioni dell'attaccamento e disturbi del comportamento. In B.Ongari (a cura di) *La valutazione dell'Attaccamento nella Seconda Infanzia. L'Attachment Story Completion Task (ASCT): Aspetti Metodologici e Applicativi*, pp.189-197, Milano: Edizioni Unicopli.
- Minnis, H., Millward, R., Sinclair, C., Kennedy, E., Greig, A., Towlson, K., Read, W., Hill, J. (2006), The Computerized MacArthur Story Stem Battery – a pilot study of a novel medium for assessing children's representations of relationships. *In International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15(4) pp. 207–214.
- National Center for Clinical Infant Programs (1994), *Classificazione diagnostica: 0-3. Classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'infanzia*. Tr. it. Milano: Masson, 1997.
- Nelson, K. Gruendel, J. (1981), generalized event representetions: Basic building blocks of cognitive development. In M.E Lamb, A.L Brown (Eds.), *Advances in Developmental Psychology*, vol. 1, pp. 131-158. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Nimroody, T. (2008), The impact of mother's level of reflective functioning on child's play narratives, memory, and frustration tolerance. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*.

Oppenheim, D. (1997), The Attachment Doll-Play Interview for Preschoolers. *International Journal of Behavioral Development*, 20 (4), pp. 681-697.

Oppenheim, D. (2003), Children's emotional resolution of MSSB narrative: Relations with child behavior problems and parent psychological distress, . In R.N. Emde, D.P. Wolf, D. Oppenheim, (Eds.), *Revealing the Inner Worlds of Young Children. The MacArthur Story Stem Battery and Parent-Child Narratives*, pp. 146-162. Oxford: Oxford University Press.

Oppenheim, D., Emde R.N., Hasson, M., Warren, S. (1997), Preschoolers Face Moral Dilemmas: A Longitudinal Study of Acknowledging and Resolving Internal Conflict. *Journal Psycho-Analytic.*, 78, pp. 943-957.

Pace C.S. & Zavattini G.C. (2011), Adoption and attachment theory. The attachment models of adoptive mothers and the revision of attachment patterns of their late-adopted children. *Child: Care, Health and Development*, 37(1), pp. 82-88.

Page, T., Boris, N.W, Sherry, H. (2011), Narrative story stems with high risk six year-olds: Differential associations with mother- and teacher-reported psycho-social adjustment. *Attachment & Human Development*, 13 (4), pp.359-380.

Parker, J. G., Asher, S.R., (1987), Peer Relations and Later Personal Adjustment: Are Low-Accepted Children at Risk? In *Psychological Bulletin*, 12, pp. 357-389.

Parker, J.G., Asher, S.R. (1987), Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk?. In *Psychological Bulletin*, 12, pp.357-389.

PDM Task Force (2006), PDM. *Manuale diagnostico psicodinamico*. Tr.it. Milano: Raffaello Cortina, 2008.

PDM Task Force, (2006), *Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Tr. it.(a cura di Del Corno, Lingiardi) Raffaello Cortina, Milano 2008.

Plomin, R., & Daniels, D. (1987a). Why are children in the same family so different from one another? *Behavioral and Brain Sciences*, 10, pp. 1-16.

- Plomin, R., Fulker, D.W., Corley, R., DEFries, J.C. (1997), "Nature, nurture, and cognitive development from 1 to 16 years: A parent-offspring adoption study". In *Psychological Science*, 8, pp. 442-447.
- Rapaport, D. (1967), A Theoretical Analysis of the Superego Concept. In *The Collected Papers of David Rapaport*. New York: Basic Books, pp. 685-709.
- Robinson, J., Mantz-Simmons, L., Macfie, J., & the MacArthur Narrative Working Group (1992), *The Narrative Coding Manual*. Unpublished manuscript, University of Colorado, Boulder.
- Reiss, A.L, Eliez S, Schmitt JE, Straus E, Lai Z, Jones W, Bellugi U. (2000), IV. Neuroanatomy of Williams syndrome: a high-resolution MRI study. *Journal of Cognitive Neuroscience* 12 (Suppl. 1): 65–73.
- Rutter, M. (2008), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 5th Edition. Oxford: Blackwell Scientific.
- Rutter, M., Silberg J., O'Connor, T., Simonoff, E. (1999a), Genetics and child psychiatry: I. Advances in quantitative and molecular genetics. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, pp.3-18.
- Rutter, M., Silberg J., O'Connor, T., Simonoff, E. (1999b), Genetics and child psychiatry: II. Empirical research findings. *Journal of child psychology and psychiatry*, 40, pp. 19-55.
- Sandler, J. (1960), On the Concept of the Superego. *Psychoanalytic Study of the Child*, 15, pp. 128-162.
- Schore A.N. (2003), *La Regolazione degli Affetti e la Riparazione del Sè*. Roma, Astrolabio, 2008.
- Schore A.N. (2012), *The science of the Art of Psychotherapy*. NY, London, W.W. Norton&Company.
- Shapiro, D. (1965), *Neurotic styles*. New York, Basic Books.
- Shedler, J., Beck, A., Fonagy, P., Gabbard, G.O., Gunderson, J., Kernberg, O., Michels, R., Westen, D. (2010), "Commentary. Personality disorders in DSM- 5". In *American Journal of Psychiatry*, A67 (9), pp. 1026-1028.

Slade, A. (1999), Attachment theory and research: implications for the theory and practice of individual psychotherapy with adults. In J. Cassidy, P.R. Sahaver (Eds), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*, pp. 575-594. New York: Guilford Press.

Slade, A. (1999), Representation, symbolization, and affect regulation in the concomitant treatment of a mother and child: attachment theory and child psychotherapy. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, pp.797-830.

Solomon, J., George, C., DeJong, A. (1995), Children Classified as Controlling at Age of Six: Evidence of Disorganized Representational Strategies and Aggression at Home and at School. *Developmental and Psychopathology*, 7, pp. 447-464.

Speranza, A.M., (2008), La valutazione dell'attaccamento madre-bambino: la Strange Situation. In L. Lucarelli, F. Piperno, M. Balbo (a cura di), *Metodi e strumenti di valutazione in psicopatologia dello sviluppo*, pp.106-120. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Speranza, A.M., (2010), Disturbi comportamentali. M. Ammaniti (a cura di) *Psicopatologia dello Sviluppo*, pp.202-221. Milano: Raffaello Cortina.

Speranza, A.M., Odorisio, F. (2001), Disturbi dell'attaccamento. In M. Ammaniti (a cura di). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*, pp. 259-280. Milano: Raffaello Cortina.

Sroufe, L.A. (1983), Infant caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: The role of maladaptation and competence. In Perlmutter, M. (a cura di), *Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood*. Guilford, New York.

Sroufe, L.A. (1985), Attachment classification from the perspective of infant-caregiver relationships and infant temperament. In *Child Development*, 56, 1, pp. 1-14.

Sroufe, L.A., Fleeson, J., (1986), Attachment and the construction relationships. In : Hartup, W., Rubin, K. (a cura di) *Relationship and Development*. Erlbaum, Hillsdale, pp.51-71.

Steele, M. Hodges, J., Kaniuk, J., Steele, H., Asquith, K., & Hillman, S. (2009), Attachment Representations and Adoption Outcome: On the use of narrative assessments to track the adaptation of previously maltreated children in their new

families. In B. Neil & G. Wrobel (Eds.), *International Advances in Adoption Research for Practice*, pp 193-216. New York: Wiley.

Steele, M., Henderson, K., Hodges, J., Kaniuk, J., Hillman, S., Steel, H. (2007), In the best interest of the late placed-child. A report from the attachment representation and adoption outcome study. In L. Mayes, P. Fonagy, M. Target (Eds.), *Developmental science and psychoanalysis: Integration and innovation*, pp. 159-191. London: Karnac.

Steele, M., Hodges, J., Kaniuk, J., & Steele, H. (2010), Mental representation and change: Developing attachment relationships in an adoption context. *Psychoanalytic Inquiry*, 30, pp. 25-40.

Steele, M., Hodges, J., Kaniuk, J., Hillman, S., Henderson, K. (2003), Attachment Representations and Adoption: Associations Between Maternal States of Mind and Emotion Narrative in Previously Maltreated Children. *Journal of Child Psychotherapy*, 29, pp. 187-205.

Steele, M., Kaniuk, J., Hodges, J., Asquith, K., Hillman, S., Steele, H. (2008), Measuring mentalization across context: Links between representation childhood and representation of parenting in adoption sample. In E.L. Jurist, A. Slade, S. Bergner (Eds.) *Mind to mind: infant research, neuroscience, and psychoanalysis*, pp.115-136. New York: Order Press.

Stern DN (1985), *Il mondo interpersonale del bambino*. Tr. it. Torino: Bollati Boringhieri, 1987

Stern, D. N. (1985), *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.

Still, F. (1902), Some abnormal psychical conditions in children: the Goulstonian lectures. *The Lancet* 1, pp. 1008-12.

Taylor, E., Sonuga-Barke, E., (2008), Disorder of Attention and Activity. In M., Rutter, D., Bishop, D., Pine, S., Scott, J., Stevenson, E., Taylor, A., Thapar. *Child and Adolescent Psychiatry*, 5

Taylor, E., Sonuga-Barke, E. (2008), Disorder of attention and activity. In *Rutter's Child and Adolescent Psychiatric 5th Edition*. Oxford: Blackwell Scientific.

- Tronick, E.Z., & Cohn, J.F. (1989), Infant – mother face to face interaction: Age and Gender Differences in Coordination and the Occurrence of Miscoordination. *Child Development*, 60, pp. 85-92.
- Tronick, E.Z., Cohn, J. (1989), Infant-Mother Face to Face interaction: Age and Gender Differences in Coordination and Miscoordination. *Child Development*, 59, pp. 85-92.
- Troy, M., & Sroufe, L. A. (1987), Victimization among preschoolers: The role of attachment relationship history. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26(2), pp. 166-172.
- van IJzendoorn, M.H. (1995), Adult attachment representation, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, pp. 387-403.
- van IJzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J. (1996), Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64(1), pp. 8-21.
- von Bertalanffy, L., (1968), *Teoria Generale dei sistemi*. Tr. it Mondadori: Milano: 2004.
- von Klitzing, K., Kelsay, K., Emde, R.N., Robison, J., Schmitz, S. (2000), Gender Specific characteristics of 5-years-olds' play narrative and associations with behavior ratings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, pp.1017-1023.
- Waelder, R. (1933), The Psychoanalytic Theory of Play. *Psychoanalytic Quarterly*, 2, 208-224.
- Warren, S. L., Huston, L., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (1997), Childhood anxiety disorders and attachment. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 637-644.
- Warren, S., L. (2003), Narrative Emotion Coding System (NEC). In R.N. Emde, D.P. Wolf, D. Oppenheim, (Eds.), *Revealing the Inner Worlds of Young Children. The MacArthur Story Stem Battery and Parent-Child Narratives* (pp. 92-105). Oxford: Oxford University Press.

- Warren, S.L., Oppenheim, D., Emde, R. (1996), Can emotions and themes in children's play predict behavior problems? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, pp. 1331-1337.
- Wartner, U.G., Grossman, K., Fremmer-Bombik E., Suess, G. (1994), Attachment patterns at age six in South Germany: Predictability from infancy and implications for preschool behavior. *Child Development*, 65, pp.1014-1027.
- Waters, H.S. Rodrigues, L.M., Ridgeway, D. (1998), Cognitive underinnings of narrative attachment assessment. *Journal of Experimental Child Psychology*, 71, pp. 211-234.
- Wechsler, D. (1991), *WISC-III Wechsler Intelligence Scale for Children*. Tr. it. A (cura di) A. Orsini, L. Picone. Firenze: Organizzazioni Speciali, 2006.
- Wellman, H. (1990), *The Child's Theory of Mind*. Cambridge: MIT Press.
- Wellman, H., Liu, D. (2004), Scaling of Theory of Mind. *Child Development*, 75, pp. 523-541.
- Welsh M.C., Pennington B.F., Groisser D.B. (1991), A normative developmental study of executive function: A window on prefrontal function in children. *Developmental Neuropsychology*, 7, 2, pp. 131-149.
- Wimmer, H., Perner, J. (1983), "Beliefs about beliefs: representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception", *Cognition*, 13(1), pp. 103-128
- Winnicott, D. (1965a), *Sviluppo affettivo e ambiente*. Tr. it. Roma: Armando Editore, 1981.
- Winnicott, D.W. (1958), *Aggressività e Sviluppo Emozionale. Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*. Martinelli: Firenze, 1975.
- Winnicott, D.W. (1958), *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*. Firenze: Maritnelli, 1975.
- Wolf, D., P. (2003), *Making Meaning from Emotional Experience in Early Narrative In R.N.*

Wolf, D.P., Rygh, J., Altshuler, J., (1984), Agency and experience: Actions and states in play narrative. In Breterthon (Ed.), *Symbolic Play: The Development of Social Understanding* (pp. 195-217). Orlando: FL: Academic Press.

Emde, D.P. Wolf, D. Oppenheim, (Eds.), *Revealing the Inner Worlds of Young Children. The MacArthur Story Stem Battery and Parent-Child Narratives*, pp. 27-54. Oxford: Oxford University Press.

Yehuda, R. (1998), Neuroendocrinology of Trauma and Post Traumatic Stress Disorder. In R. Yehuda (Ed.), *Psychological Trauma*, pp 97-131. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Zeanah, C.H. (1993), (a cura di) *Manuale di salute mentale infantile*. Tr. it. Masson, Milano 1996.

Zimmerman, P., Grossamn, K.E., (1994), Attaccamento, emozione e comportamento aggressivo. *Età Evolutiva*, 47, pp.92-98.