



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in
Terapia della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva

L' INFLUENZA DELLO STILE
DI ATTACCAMENTO
SUI DISTURBI
COMPORTAMENTALI

THE INFLUENCE
OF ATTACHMENT STYLE
ON BEHAVIORAL DISORDERS

Relatrice: **Chiar.ma**
Prof.ssa Marilena Flamini

Tesi di Laurea di:
Filippo Paolo Durante

A.A. 2024/2025

„Un bambino privato dell'amore e della sicurezza affettiva cercherà altri modi per colmare quel vuoto”.

John Bowlby

„La qualità dell'attaccamento nella prima infanzia influenza profondamente il comportamento futuro”.

Mary Ainsworth

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1: GLI STILI DI ATTACCAMENTO	3
1.1: L'ATTACCAMENTO PER BOWLBY.....	3
1.2: QUANDO E COME SI FORMA L'ATTACCAMENTO TRA BAMBINO E CAREGIVER?.....	3
1.3: LA TENDENZA INNATA ALL'INTERAZIONE.....	4
1.4: UNA BASE SICURA.....	4
1.5: LE ORIGINI DELLA TEORIA DELL'ATTACCAMENTO.....	5
1.6: LA TEORIA DELL'ATTACCAMENTO.....	6
1.7: LE CARATTERISTICHE DELL'ATTACCAMENTO.....	7
1.8: LE APPLICAZIONI DELLA TEORIA DELL'ATTACCAMENTO NELLA PRATICA CLINICA.....	7
1.9: L'INFLUENZA DELL'ATTACCAMENTO SUL CICLO DI VITA DI UNA PERSONA.....	8
1.10: LE IMPLICAZIONI NELLA VITA ADULTA.....	9
1.11: ATTACCAMENTO E SVILUPPO DEL SE'.....	10
1.12: IL SENSO POSITIVO/NEGATIVO DI SÉ.....	11
1.13: I MODELLI OPERATIVI INTERNI.....	12
1.14: LE FASI DELL'ATTACCAMENTO SECONDO BOWLBY.....	13
1.15: LA STRANGE SITUATION.....	15
1.16: DEFINIZIONE DEGLI STILI DI ATTACCAMENTO.....	17
1.17: DESCRIZIONE DEGLI STILI DI ATTACCAMENTO.....	17
1.18: GLI STILI DI ATTACCAMENTO POSSONO ESSERE MODIFICATI?.....	25
1.19: PREVALENZA DEGLI STILI DI ATTACCAMENTO NELLA POPOLAZIONE.....	25

1.20: STRATEGIE PER RICONOSCERE E LAVORARE SUI PROPRI STILI DI ATTACCAMENTO.....	26
1.21: PATTERN DI COMPORTAMENTO: STRATEGIE.....	26
1.22: STRATEGIE SECONDARIE ATTIVANTI E DISATTIVANTI.....	27
1.23: FIDUCIA O SFIDUCIA IN BASE AL TIPO DI ATTACCAMENTO.....	28
1.24: RAPPRESENTAZIONI INTERNE DEI SOGGETTI INSICURI.....	29
1.25: ATTACCAMENTO E PERCEZIONE DEL SOSTEGNO ALTRUI.....	29
1.26: AUTOCRITICA E STANDARD PERSONALI.....	30
1.27: DAL LEGAME DI ATTACCAMENTO INFANTILE AL LEGAME DI COPPIA IN ETÀ ADULTA.....	31
1.28: IMPLICAZIONI CLINICHE E PSICOPATOLOGICHE DEGLI STILI DI ATTACCAMENTO....	32
CAPITOLO 2: FATTORI CONDIZIONANTI L'ATTACCAMENTO.....	33
2.1: FATTORI CULTURALI E SOCIALI.....	33
2.2: IL RUOLO DEI GENITORI NELL' ATTACCAMENTO.....	33
2.3: ESPERIENZE PRECOCI DI SEPARAZIONE E TRAUMA.....	35
2.4: FATTORI SOCIO-ECONOMICI.....	36
2.5: FATTORI BIOLOGICI E GENETICI DELL'ATTACCAMENTO.....	36
2.6: SCAMBIO CELLULARE ALL'ORIGINE DELL'ATTACCAMENTO.....	37
2.7: IMPORTANZA DELL'AMBIENTE SCOLASTICO.....	39
CAPITOLO 3: DISTURBI DEL COMPORTAMENTO.....	40
3.1: MANIFESTAZIONI DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO.....	40
3.2: SINTOMI DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO.....	40
3.3: I CAMBIAMENTI NEI DISTURBI COMPORTAMENTALI.....	41

3.4: COSA SUCCEDA QUANDO IL BAMBINO PRESENTA UN DISTURBO DEL COMPORAMENTO?.....	42
3.5: COME RICONOSCERE I DISTURBI DEL COMPORAMENTO NEI BAMBINI.....	42
3.6: TIPOLOGIA DI DISTURBI DEL COMPORAMENTO.....	43
3.7: CARATTERISTICHE E SINTOMI DEI DISTURBI DEL COMPORAMENTO.....	44
3.8: DISTURBI DA COMPORAMENTO DIROMPENTE E DELLA CONDOTTA.....	45
3.9: TRATTAMENTO.....	46
3.10: IL DISTURBO OPPOSITIVO PROVOCATORIO (DOP).....	46
3.11: IL DISTURBO DELLA CONDOTTA (DC).....	47
3.12: SINTOMI PRINCIPALI DEL DC.....	47
3.13: CAUSE E FATTORI DI RISCHIO DEI DC.....	48
3.14: IL TRATTAMENTO DEI DC.....	48
3.15: IL DISTURBO ESPLOSIVO INTERMITTENTE.....	48
3.16: I DISTURBI DEL COMPORAMENTO ALIMENTARE (DCA).....	49
3.17: CAUSE E FATTORI DI RISCHIO DEI DISTURBI DEL COMPORAMENTO.....	50
3.18: IL RUOLO DELLA REGOLAZIONE EMOTIVA.....	53
3.19: I DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO.....	54
3.20: DIFFERENZA TRA I DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO E QUELLI COMPORAMENTALI.....	56
3.21: DISTURBI COMPORAMENTALI NEGLI ADULTI.....	59
CAPITOLO 4: TRATTAMENTO DEI DISTURBI COMPORAMENTALI.....	63
4.1: DISTURBI DEL COMPORAMENTO: COME INTERVENIRE.....	63
4.2: DIAGNOSI DEI DISTURBI DEL COMPORAMENTO.....	64

4.3: TERAPIE DEI DISTURBI COMPORTAMENTALI.....	65
4.4: LA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE.....	69
4.5: LA TERAPIA FAMILIARE O SISTEMICA.....	70
4.6: GESTIONE DEL DISTURBO DEL COMPORTAMENTO.....	70
4.7: TERAPIA NEUROPSICOMOTORIA.....	72
OBIETTIVO.....	73
MATERIALI E METODI.....	73
DISCUSSIONE.....	73
CONCLUSIONE.....	94
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	95

ABSTRACT

Nella stesura del seguente elaborato è stata effettuata una revisione narrativa della letteratura utilizzando il motore di ricerca Pubmed per l'utilizzo di vari articoli in cui viene evidenziata la correlazione tra l'attaccamento e i disturbi comportamentali; in quanto, lo scopo di tale elaborato è di indagare l'influenza dei vari stili di attaccamento per quanto concerne lo sviluppo di problematiche comportamentali. Con attaccamento si intende il legame emotivo che si sviluppa tra il bambino e la persona adulta che si prende cura di lui. Il disturbo del comportamento è un problema psicologico caratterizzato da comportamenti ripetitivi e persistenti che violano le norme sociali o i diritti altrui. Diversi fattori influiscono sullo sviluppo dei disturbi comportamentali; tali disturbi necessitano di un trattamento che sia specifico per il singolo individuo.

INTRODUZIONE

In psicologia, il termine attaccamento si riferisce al legame emotivo stretto e duraturo che si sviluppa tra il bambino e la persona adulta che si prende cura di lui (in inglese, caregiver) a partire dalla nascita. L'attaccamento è un sistema comportamentale che si manifesta nel bambino attraverso la ricerca di vicinanza, conforto e protezione dalla figura di attaccamento, soprattutto in situazioni di stress o pericolo, con lo scopo di favorire la sopravvivenza del piccolo poiché ritenuta in grado di affrontare il mondo in modo adeguato. Questo legame è fondamentale per lo sviluppo del bambino, fornendo una base sicura da cui esplorare il mondo e influenzando le sue future relazioni e il benessere emotivo. Il legame di attaccamento influisce sullo sviluppo della personalità come stima di sé ed atteggiamento verso la realtà esterna e offre al bambino gli strumenti per avere nel tempo un senso di sicurezza e fiducia verso le relazioni future. Parlare di attaccamento significa anche costruire le basi per una relazione affettiva consapevole e rispettosa. In sintesi, un attaccamento sicuro durante l'infanzia è un fattore chiave per lo sviluppo di un individuo sano ed equilibrato, con ricadute positive che si protraggono per tutta la vita.

Lo scopo di tale elaborato è di indagare la modalità con cui i vari stili di attaccamento vadano a guidare lo sviluppo futuro dell'individuo, in particolar modo si indaga il collegamento presente tra essi e lo sviluppo di un disturbo comportamentale.

Il disturbo del comportamento è un insieme di manifestazioni problematiche che interessa bambini, adolescenti e talvolta adulti, caratterizzato da schemi di comportamento persistenti e disfunzionali che sono inappropriati per l'età della persona e che violano le norme sociali o i diritti degli altri. In alcuni casi i disturbi del comportamento sono l'espressione di un disagio profondo della persona malata, la quale è turbata o disturbata da qualcosa a cui non riesce a dare significato. Interferiscono con la capacità di una persona di rispondere in modo adeguato alle richieste della vita quotidiana compromettendo il funzionamento sociale, scolastico, familiare o lavorativo. I disturbi del comportamento sono definiti esternalizzanti, in quanto il disagio derivante dai problemi nel controllo delle emozioni e dei comportamenti viene rivolto verso l'esterno e sono caratterizzati dall'incapacità di resistere a un impulso o alla tentazione di controllare un atto, o uno specifico comportamento, dannoso per sé o per gli altri.

Nel primo capitolo vengono presentati gli stili e le fasi dell'attaccamento analizzando le modalità con cui l'attaccamento influisce sulle aree di funzionamento dell'individuo.

Nel secondo capitolo vengono trattati i diversi fattori che influiscono sullo stile di attaccamento sviluppato dal soggetto.

Nel terzo capitolo vengono presentati i sintomi e la classificazione dei disturbi comportamentali analizzando le modalità con cui questi disturbi compromettono il funzionamento dell'individuo.

Nel quarto capitolo sono stati analizzati i vari trattamenti da poter utilizzare verso i soggetti che presentano disturbi comportamentali.

CAPITOLO 1: GLI STILI DI ATTACCAMENTO

1.1: L'attaccamento per Bowlby

John Bowlby, ricercatore e psichiatra britannico, sosteneva che l'attaccamento è parte integrante del comportamento umano dalla culla alla tomba.

Dimostrò come lo sviluppo armonioso della personalità di un individuo dipenda principalmente da un adeguato attaccamento alla figura materna o un suo sostituto.

L'idea chiave di Bowlby è che l'attaccamento sia un bisogno fondamentale per i neonati e i bambini, e l'assenza o la qualità insoddisfacente delle relazioni di attaccamento possano portare a problemi emotivi e comportamentali a lungo termine.

Secondo John Bowlby prendere in braccio il proprio piccolo che piange è la risposta più adeguata, da parte della madre, ad un segnale di disagio espresso dal bambino.

1.2: Quando e come si forma l'attaccamento tra bambino e caregiver?

Il legame di attaccamento non si instaura solo dopo la nascita del bambino, ma comincia a formarsi addirittura ancor prima del parto e in fase perinatale. Tra i fattori che possono contribuire alla buona qualità di tale legame, ci sono anche il desiderio e il tipo di preparazione dei genitori relativamente alla nascita del figlio, lo stato emotivo e mentale della madre durante la gravidanza, il suo livello ormonale e le modalità del parto.

Dopo la nascita, sono fondamentali le ordinarie pratiche di accudimento e la qualità delle interazioni tra caregiver e bambino: l'attaccamento si sviluppa soprattutto attraverso il contatto fisico, la cura, la vicinanza costante tra il bambino e la sua figura di riferimento. Lo scambio reciproco di sguardi, ad esempio, è importantissimo ed è evidente già a partire dai primi due mesi di vita.

La selezione delle figure di attaccamento avviene attraverso le interazioni sociali: il bambino tenderà a piangere quando tali figure si allontanano e mostrerà piacere quando ricompaiono. È così forte il bisogno di attaccamento per la sopravvivenza che i bambini sviluppano un legame di attaccamento anche verso genitori insensibili o maltrattanti.

La tendenza a controllare la disponibilità delle figure di attaccamento e a cercarle nei momenti difficili permane, secondo Bowlby, per tutta la vita (negli adulti di solito è un amico o il partner).

1.3: La tendenza innata all'interazione

L'Infant Research, un filone di ricerca sperimentale, ipotizza la presenza nel neonato di una tendenza sociale innata a interagire e a comunicare con l'altro, usualmente la madre, i genitori biologici (talvolta, per vari motivi, altre figure, da cui la preferenza per il termine inglese caregiver: chi offre la cura, chi si prende cura).

Questa tendenza innata, presente attraverso l'orientamento preferenziale che il lattante manifesta verso la madre a livello di attenzione olfattiva, uditiva e visiva, diventa più marcata dopo poche settimane, con movimenti di orientamento verso la madre e con scambi vocali e mimici, dialogo che diventa più coerente quando il neonato incontra una madre responsiva, cioè che risponde essa stessa con un orientamento nei confronti del lattante, guardandolo intensamente, toccandogli il capo e le mani, utilizzando un particolare tono di voce, incoraggiando in questo modo l'infante ad aprirsi e a ricercare il contatto.

Le difficoltà di interazione, il mancato coordinamento tra infante e caregiver hanno molteplici cause, che si possono genericamente ascrivere non solo all'ambiente, ma anche alle particolarità costituzionali dell'infante.

1.4: Una base sicura

Il concetto di base sicura è stato elaborato da John Bowlby nel 1969, osservando il comportamento dei macachi e quello dei bambini nei primi mesi in cui notò la presenza di schemi di comportamento identici. In particolare, verificò come la madre, e la relazione con lei, fornisce al bambino la "base sicura" dalla quale può allontanarsi per esplorare il mondo e farvi ritorno. Quando il bambino avverte qualche minaccia da parte del mondo esterno, cessa l'esplorazione per raggiungere prontamente la madre per poter ricevere conforto e sicurezza.

Gli esseri umani sono biologicamente predisposti a formare legami affettivi stabili con gli adulti della specie. La figura di attaccamento non è solo fonte di soddisfacimento di

bisogni primari per il bambino, come della fame, ad esempio, ma anche e soprattutto fonte di accudimento, calore, protezione e affetto, rappresentando una “base sicura” nei momenti di bisogno.

Per John Bowlby i legami emotivamente sicuri hanno un valore fondamentale per la sopravvivenza. Dove non esiste base sicura, l'individuo vive uno stato di inquietudine e ricorre a manovre difensive per minimizzare la sofferenza. La scomparsa reale o immaginata della figura di attaccamento evoca sofferenza da separazione.

1.5: Le origini della teoria dell'attaccamento

John Bowlby fu il Precursore della Teoria dell'Attaccamento; per primo indagò sulle motivazioni che legano il bambino alla madre, oltre alla naturale ricerca del cibo.

Bowlby subì l'influenza, nella sua teorizzazione, della scoperta dell'imprinting effettuata da Lorenz: quest'ultimo scoprì che un anatroccolo appena uscito dall'uovo segue il primo oggetto in movimento che compare alla sua vista.

Lorenz propose l'esperimento del “guanto giallo”, in cui un guanto giallo veniva posto, in movimento, allo schiudersi delle uova di anatroccolo. L'elemento cruciale è che l'anatroccolo cominciava a seguire il guanto come se si fosse trattato dell'anatra-madre, nonostante non avesse ricevuto dall'oggetto nessuna delle cure che si pensava stessero alla base del rapporto d'affiliazione.

Tale esperimento ha dimostrato, dunque, la possibilità che si sviluppi un legame verso una figura specifica anche senza che essa fornisca alcuna ricompensa di cibo e calore.

Un'ulteriore fonte di influenza furono, per Bowlby, gli esperimenti di Harlow e Zimmerman con i macachi Rhesus. Harlow è considerato il pioniere degli studi neurobiologici dell'attaccamento.

Gli esperimenti condotti con piccoli di macaco Rhesus si basavano sul fatto che questi ultimi erano allevati in diverse situazioni di accudimento, con due diversi sostituti materni: il primo, costruito in metallo, possedeva un dispensatore di cibo, mentre il secondo non poteva fornire cibo ma era fatto di un tessuto morbido.

Nelle situazioni di pericolo, ad esempio quando veniva introdotto un oggetto estraneo nella gabbia, i piccoli correvano a rifugiarsi nel sostituto materno di stoffa che offriva

loro la possibilità di sperimentare una vicinanza fisica più piacevole e rassicurante, nonostante non soddisfacesse i bisogni di nutrimento.

A partire da ciò, Bowlby cominciò a pensare che, analogamente con quanto osservato negli animali, il bambino costruisca una relazione con gli adulti che lo circondano. Non spinto solo dalla fame o da altri bisogni fisiologici, ma principalmente dalle potenzialità insite nella relazione di fornirgli un contesto entro cui crescere al sicuro.

Partendo da queste osservazioni, lo psichiatra inglese iniziò a interrogarsi su quali fossero le conseguenze dei diversi tipi di attaccamento, facendo una distinzione tra attaccamento sicuro e attaccamento insicuro. Le sue ricerche lo portarono a studiare i meccanismi che si innescano all'interno del rapporto madre-figlio, e a quale fosse il modo migliore per dare ai bambini un attaccamento sicuro.

1.6: La teoria dell'attaccamento

La teoria dell'attaccamento è un costrutto teorico, un paradigma attraverso il quale studiare le modalità con cui si stabiliscono i legami affettivi e il loro significato. È basato a partire dall'etologia e dalla biologia e ha trovato ampio riscontro nelle moderne neuroscienze. L'importanza attribuita alla matrice relazionale ha consentito una definizione del concetto di sé come costrutto in cui si integrano rappresentazioni di sé e degli altri, che si fondano su esperienze ripetute di interazione e che pongono le basi per il successivo sviluppo della personalità di un individuo.

La teoria enunciata da Bowlby ha rappresentato un primo fondamentale tentativo di concettualizzare la propensione che gli esseri umani mostrano nel formare legami affettivi con alcuni individui, e lo stress che segue alla rottura di tale legame. Nella specie umana, una delle massime espressioni di questo sistema motivazionale è l'esperienza amorosa.

La teoria dell'attaccamento offre importanti implicazioni in diverse fasi del ciclo di vita umano. Suggestisce che la qualità dei legami formati nei primi anni di vita possa continuare a influenzare nel tempo le relazioni e il benessere emotivo, favorendo la comprensione di tali dinamiche. È la più lucida spiegazione scientifica del modo in cui le esperienze interpersonali precoci influenzano lo sviluppo psicologico.

Inoltre, fornisce un valido supporto per lo studio di fenomeni legati a storie infantili di gravi abusi e trascuratezza, correlate con lo sviluppo di un ampio spettro di disturbi di personalità, sintomi dissociativi, disturbi d'ansia, depressione e abuso di sostanze alcoliche e stupefacenti.

1.7: Le caratteristiche dell'attaccamento

L'intero impianto teorico ruota attorno a tre concetti chiave:

1. la prossimità, cioè il desiderio innato del bambino di rimanere fisicamente vicino alla figura di attaccamento, solitamente la madre o la persona principale che se ne prende cura. La prossimità è cruciale per la sicurezza e il benessere emotivo del bambino.
2. la figura di attaccamento o caregiver, cioè quella persona (spesso la madre o il genitore principale) che fornisce sicurezza, conforto e supporto emotivo al bambino. Il legame con questa figura è essenziale per lo sviluppo sano dell'attaccamento.
3. il rifugio (fornito dalla figura di attaccamento) in cui cercare protezione e conforto quando si sente stressato, spaventato o insicuro. Stare con la figura di attaccamento aiuta il bambino a regolare le proprie emozioni e a maturare una base di sicurezza per esplorare il mondo circostante.

1.8: Le applicazioni della teoria dell'attaccamento nella pratica clinica

La teoria dell'attaccamento ha numerose applicazioni pratiche in campo clinico. Si dimostra così uno strumento fondamentale per comprendere, valutare e affrontare una varietà di situazioni legate alle relazioni interpersonali e al benessere psicoemotivo. I suoi principali ambiti di utilizzo sono:

- psicoterapia: gli psicoterapeuti usano la teoria dell'attaccamento per comprendere le dinamiche interpersonali, specialmente quelle legate alle relazioni significative. Lavorano con i pazienti per migliorare la consapevolezza e l'elaborazione dei modelli di attaccamento per promuovere relazioni più sane e sicure;
- interventi precoci: nell'infanzia, gli interventi basati sulla teoria dell'attaccamento sono cruciali per la costruzione di relazioni genitore-figlio più solide. Programmi di sostegno

alle famiglie e interventi educativi mirano a promuovere una base sicura per lo sviluppo emotivo e relazionale del bambino;

- valutazione clinica: il personale sanitario valuta i modelli di attaccamento durante le fasi di valutazione clinica, comprendendo come questi possano influenzare i comportamenti e le relazioni interpersonali. Questa valutazione aiuta a delineare piani terapeutici mirati;
- psicologia del trauma: la teoria dell'attaccamento aiuta a interpretare le risposte a eventi traumatici. I terapeuti utilizzano questa teoria per comprendere le reazioni dei pazienti e sviluppare strategie terapeutiche per rafforzare le risorse di attaccamento e affrontare i traumi;
- sviluppo delle competenze genitoriali: l'educazione basata sulla teoria dell'attaccamento aiuta i genitori a comprendere e rispondere ai bisogni emotivi dei loro figli. Migliorare le competenze genitoriali può creare legami più sicuri e duraturi con i figli.

1.9: L'influenza dell'attaccamento sul ciclo di vita di una persona

Durante l'infanzia, l'attaccamento svolge un ruolo cruciale nello sviluppo emotivo e comportamentale del bambino, influenzando la sua capacità di creare relazioni significative e di regolare le emozioni. Il legame con il caregiver primario crea un modello interno che influenza le future relazioni.

Nell'adolescenza, il legame di attaccamento può continuare a influire sulla formazione dell'identità e la gestione delle relazioni. L'adolescente potrebbe affrontare sfide nello sviluppo dell'autonomia, nel bilanciare la necessità di indipendenza con la ricerca di vicinanza emotiva.

Nella vita adulta, i modelli interni di attaccamento incidono sulle relazioni interpersonali, inclusi i legami romantici e le dinamiche familiari. Le persone con un attaccamento sicuro tendono ad avere relazioni più stabili e soddisfacenti, mentre chi ha un attaccamento insicuro può sperimentare difficoltà nel costruire e mantenere legami intimi.

1.10: Le implicazioni nella vita adulta

Un buon attaccamento nell'infanzia lascia tracce profonde che accompagnano la persona lungo tutto l'arco della vita.

Dal punto di vista psicologico, l'adulto che ha interiorizzato relazioni affidabili tende a sviluppare una maggiore sicurezza di sé, una migliore capacità di gestire le emozioni e una più solida fiducia negli altri. Questo non significa assenza di fragilità o di difficoltà, ma una maggiore possibilità di affrontarle senza sentirsi sopraffatti o soli. L'adulto che ha conosciuto relazioni educative sicure tende a tollerare meglio l'incertezza, a perseverare di fronte agli ostacoli e a mantenere viva la curiosità, elementi fondamentali non solo per l'apprendimento permanente, ma anche per il benessere personale e professionale.

Dal punto di vista relazionale e pedagogico, un buon attaccamento si riflette nella capacità di costruire legami equilibrati, basati su fiducia e rispetto reciproco. Chi è stato accompagnato da adulti capaci di tenere insieme cura e autonomia è più incline a fare lo stesso con gli altri come adulto di riferimento. In questo senso, l'attaccamento non è solo una questione individuale, ma un'eredità educativa che attraversa le generazioni.

Gli stili di attaccamento formati nell'infanzia possono avere un impatto significativo sulle relazioni interpersonali in età adulta e sull'immagine che l'individuo avrà di sé. La ricerca scientifica ha mostrato come gli individui con un attaccamento sicuro tendono ad avere relazioni più soddisfacenti e stabili, accompagnate da un'immagine di sé come degni di essere amati, ascoltati e considerati. Di contro, individui che hanno fatto esperienza di uno stile insicuro possono sperimentare difficoltà nel formare e mantenere relazioni intime, con livelli di autostima bassi e scarsa fiducia in sé.

Alcuni fattori correlati a una migliore qualità dell'attaccamento sono una buona regolazione emotiva, un migliore funzionamento sociale e più elevate abilità cognitive. Altri studi mostrano come diverse forme di attaccamento insicuro siano associate a rigidità emotiva, difficoltà nelle relazioni sociali, nelle capacità attentive e nell'empatia.

L'insicurezza nell'attaccamento, inoltre, è stato mostrato essere un fattore predisponente per l'insorgenza di alcuni disturbi psicologici, con esordio soprattutto in adolescenza, tra

i quali l'ansia, la depressione, i disturbi alimentari e nei casi più gravi anche i disturbi psicotici.

1.11: Attaccamento e sviluppo del sé

Pur essendo una dimensione intrapsichica il Sé si alimenta e si struttura nel rapporto con gli altri, a cominciare da quello con la madre. Quindi, l'attaccamento gioca un ruolo cruciale nello sviluppo del sé. Le esperienze di attaccamento, in particolare quelle precoci, influenzano la formazione della rappresentazione di sé, degli altri e delle relazioni, gettando le basi per la personalità e il modo in cui l'individuo interagirà con il mondo per tutta la vita.

È dall'infanzia che si pongono le basi per una conoscenza di Sé, perché è in questo periodo sensibile, che va dalla nascita del bambino fino all'età di sei anni, che esso ricerca la sua essenza nell'ambiente e nel supporto degli adulti.

L'attaccamento influenza lo sviluppo del sé attraverso i seguenti fattori:

- **COSTRUZIONE DI MODELLI OPERATIVI INTERNI (MOI)**

Le interazioni con le figure di attaccamento portano il bambino a creare rappresentazioni mentali di sé, dell'altro e della relazione stessa, chiamate MOI. Questi modelli influenzano il modo in cui il bambino percepisce e risponde alle relazioni future, agendo come una sorta di "schema" per l'interazione sociale.

- **SICUREZZA E FIDUCIA**

Un attaccamento sicuro, caratterizzato da risposte sensibili e responsabili dei caregiver, favorisce lo sviluppo di un senso di sicurezza e fiducia nel bambino, che si rifletterà in una maggiore capacità di esplorare il mondo, di gestire le emozioni e di instaurare relazioni positive.

- **SVILUPPO DELL'AUTOSTIMA**

Le esperienze positive di attaccamento contribuiscono alla formazione di un'autostima sana, poiché il bambino impara a percepirsi come degno di amore e attenzione.

- **REGOLAZIONE EMOTIVA**

Le figure di attaccamento aiutano il bambino a regolare le proprie emozioni, insegnandogli a riconoscere, esprimere e gestire le proprie emozioni in modo appropriato. Questo processo è fondamentale per lo sviluppo di una buona competenza emotiva.

- SVILUPPO DELLA TEORIA DELLA MENTE

L'attaccamento sicuro è associato a uno sviluppo più precoce della "teoria della mente", ovvero la capacità di comprendere che gli altri hanno pensieri, sentimenti e intenzioni diversi dai propri. Questa capacità è essenziale per le relazioni sociali complesse e per la comprensione del mondo sociale.

Mikulincer e Shaver hanno individuato delle associazioni tra le differenze di funzionamento del sistema di attaccamento con la percezione degli altri (disponibilità, sostegno, tratti di personalità, intenzionalità del partner) e di sé (il proprio valore per il partner, l'essere amabili, la capacità di affrontare le sfide e le minacce).

1.12: Il senso positivo/negativo di sé

- ATTACCAMENTO SICURO E SENSO POSITIVO DI SÉ

Un bambino trattato bene incorpora nei suoi processi mentali le funzioni di protezione, conforto, approvazione, incoraggiamento ed insegnamento della figura di attaccamento che aumenteranno la sua sicurezza che, in futuro, gli permetteranno di svolgere tali funzioni autonomamente per sé e per gli altri. Secondo Mikulincer e Shaver l'identificazione con le figure di attaccamento e l'incorporazione nel sé delle qualità e delle relazioni con esse facilita il fatto che le persone trattino sé stesse allo stesso modo in cui sono state trattate dalle figure di attaccamento.

Grazie al senso coerente di sé il soggetto "sicuro" si percepisce solido (integro), stabile e sempre uguale (permanente), potendo ragionare con chiarezza anche nelle situazioni di pericolo o di minaccia. Inoltre, il senso coerente di sé facilita lo sviluppo di un senso di resilienza, aiuta a calmarsi durante situazioni stressanti e cura le ferite dell'autostima.

- ATTACCAMENTO INSICURO E SENSO NEGATIVO DI SÉ

L'attaccamento insicuro, invece, contribuisce allo sviluppo di disturbi del sé caratterizzati da mancanza di coesione, dubbi sulla propria coerenza e continuità temporale, autostima instabile e labile.

I soggetti insicuri oltre a mettere in dubbio la stima e l'amore delle figure di attaccamento nei loro confronti, mostrano un'autostima che tende a dipendere troppo dall'approvazione esterna, dal successo e dai fallimenti temporanei, da processi mentali difensivi distorti la realtà. Sono individui fortemente autocritici, dubitano di se stessi, utilizzano difese che distorcono la realtà al fine di contrastare il senso di scarso valore personale.

1.13: I modelli operativi interni

I Modelli Operativi Interni sono rappresentazioni mentali di Sé e della figura di attaccamento che, secondo John Bowlby, si costruiscono nel corso dello sviluppo del bambino a seguito delle ripetute esperienze interattive con la propria figura di attaccamento che vengono interiorizzate. Fondano lo stile di attaccamento del soggetto, consentono lo sviluppo della propria identità (Sé) e permettono di poter prevedere le interazioni future con l'oggetto. Quindi, guidano il comportamento, i pensieri, i sentimenti e possono influenzare la codifica, l'interpretazione e la conservazione dei ricordi delle interazioni con le figure di attaccamento.

Tali modelli includono ricordi autobiografici, convinzioni ed atteggiamenti riguardo a sé stessi e agli altri, conoscenze dichiarative sui rapporti e le interazioni di attaccamento, conoscenze procedurali su come regolare le emozioni e comportarsi efficacemente nel rapporto con gli altri.

Queste rappresentazioni consentono di valutare e analizzare le diverse alternative possibili, scegliendo quella ritenuta migliore per affrontare le difficoltà che si verificano. Quindi influenzeranno la percezione di tutte le altre relazioni interpersonali che con il progredire della crescita il bambino svilupperà anche al di fuori del contesto familiare, definendo le sue abilità sociali e affettive, la capacità di regolare le emozioni e la fiducia nelle relazioni stesse.

I tre elementi fondamentali che si intrecciano nelle rappresentazioni mentali sono: la rappresentazione del caregiver, la rappresentazione di sé e la rappresentazione della relazione tra il caregiver e il sé.

Lo sviluppo dei Modelli Operativi Interni utilizza come cornice teorica lo sviluppo sensorio-motorio di Jean Piaget, riferendosi, principalmente, ai processi di assimilazione e di accomodamento, tipici delle prime fasi dello sviluppo del bambino. Gli schemi

interiorizzati del bambino, nei primi anni di vita, possono continuamente essere ridefiniti sulla base dei cambiamenti della realtà esterna e della relazione con la figura di attaccamento che muta con il tempo e con lo sviluppo.

I bambini con attaccamento sicuro possiedono MOI di ricerca di vicinanza e raggiungimento della sicurezza, quelli con attaccamento evitante dispongono MOI basati sulla disattivazione del sistema di attaccamento, i bambini con attaccamento ansioso mostrano MOI basati sull'iperattivazione del sistema di attaccamento mentre i bambini con attaccamento disorganizzato presentano un crollo delle strategie di attaccamento organizzate.

1.14: Le fasi dell'attaccamento secondo Bowlby

La teoria dell'attaccamento descrive lo sviluppo del legame tra bambino e figura di accudimento come un processo che si articola in diverse fasi, ciascuna caratterizzata da specifici comportamenti e modalità relazionali:

Tabella 1

Fase di Attaccamento	Età	Caratteristiche
Pre-attaccamento	0-6 settimane	Il bambino non è in grado di discriminare le persone che lo circondano nonostante riesca a riconoscere, attraverso l'odore e la voce, la propria madre. Il bambino inizia a sviluppare una preferenza verso le figure umane più vicine e a rispondere a stimoli sociali. Sebbene non ci sia ancora un vero e proprio attaccamento, mostra consapevolezza sociale e può sorridere, piangere o emettere suoni per attirare l'attenzione. Questi segnali servono a favorire la vicinanza e la protezione da parte degli adulti.

Fase di Attaccamento	Età	Caratteristiche
Attaccamento indiscriminato	6 settimane-6/7 mesi	Il bambino inizia a mostrare una preferenza verso le persone familiari come genitori o le figure di cura ricorrenti ma ancora non ci sono segni di preferenza specifica verso una figura di attaccamento. Il bambino è maggiormente discriminante nei confronti delle persone con le quali entra in contatto.
Attaccamento specifico	7-9 mesi-18/24 mesi	Il bambino sviluppa un attaccamento specifico verso una figura di cura primaria, mostrando preferenza per quella persona e cercando la sua presenza per sicurezza e conforto. Compaiono comportamenti come l'ansia da separazione e la ricerca attiva di vicinanza. L'attaccamento con la figura di attaccamento diventa stabile e visibile, richiama l'attenzione della figura di riferimento. Compare l'ansia per l'estraneo.

Fase di Attaccamento	Età	Caratteristiche
Attaccamento consolidato	Dopo i 2 anni	Il bambino sviluppa una maggiore comprensione dei sentimenti e delle intenzioni della figura di attaccamento, diventando più capace di tollerare le separazioni. Usa quella relazione come base sicura per esplorare il mondo. La figura di attaccamento diventa un punto di riferimento sicuro, fonte di supporto emotivo e sicurezza.

Il comportamento di attaccamento si mantiene stabile fino ai tre anni, età in cui il bambino acquisisce la capacità di mantenere tranquillità e sicurezza in un ambiente sconosciuto essendo, però, sempre in compagnia di figure di riferimento secondarie; il bambino ha la certezza che la figura di riferimento farà sempre e presto ritorno. Inoltre, il bambino acquisisce una capacità relazionale più complessa (formazione di una relazione reciproca).

1.15: La Strange Situation

Durante i suoi studi sulla teoria dell'attaccamento, Bowlby ricevette un importante aiuto dalla psicologa canadese Mary Ainsworth, che grazie all'osservazione e lo studio dei comportamenti dei bambini, ha elaborato gli stili di attaccamento in un contesto conosciuto come Strange Situation.

La Strange Situation è un'osservazione strutturata svolta in laboratorio, un esperimento progettato per valutare la qualità del legame tra un bambino e la sua figura di attaccamento, solitamente la madre.

Consisteva in una serie di episodi in cui la madre e il bambino erano lasciati in una stanza con giocattoli e venivano esposti a situazioni di vario tipo al fine di valutare le reazioni emotive e comportamentali del bambino in assenza e presenza della figura materna e di

uno sconosciuto. Gli episodi spaziavano da momenti di esplorazione libera a separazioni temporanee e riunioni per valutare la risposta emotiva e il comportamento del bambino di fronte a diverse situazioni.

La sequenza standard di otto episodi, della durata di tre minuti ognuno, ad eccezione dell'ultimo:

1. In una stanza sono fatti entrare la madre con il proprio figlio e successivamente sono lasciati soli;
2. Nella stanza sono presenti dei giocattoli; il bambino ha così la possibilità di esplorare l'ambiente e giocare;
3. Viene fatto entrare un estraneo che si accomoda su una sedia in silenzio, poi successivamente inizia a parlare con la madre coinvolgendo il piccolo in qualche gioco;
4. La madre esce dalla stanza, lasciando il bambino solo con l'estraneo;
5. La madre rientra nella stanza ed esce lo sconosciuto;
6. La madre lascia di nuovo il bambino da solo nella stanza, questa volta senza la presenza dell'estraneo;
7. Entra l'estraneo e, se necessario, cerca di consolare il bambino;
8. La madre rientra nella stanza.

La Ainsworth dall'osservazione di gruppi di bambini che si ricongiungevano alla madre, dopo essere stati separati, distinse quanto segue: un primo gruppo manifestava sentimenti positivi verso la madre, un secondo mostrava relazioni marcatamente ambivalenti ed un terzo intratteneva con la madre relazioni non espressive, indifferenti o ostili.

La modalità con cui il bambino si comporta nella situazione di separazione e di ricongiunzione è un rilevatore della qualità dell'attaccamento. Osservare la reazione alla separazione è il miglior modo per verificare il legame di attaccamento.

1.16: Definizione degli stili di attaccamento

Per stile d'attaccamento s'intende l'insieme di modelli di aspettative, bisogni, emozioni e comportamenti derivanti dalla storia delle esperienze di attaccamento. Lo stile di attaccamento si riferisce ai MOI sempre accessibili, riguarda il funzionamento tipico del sistema di attaccamento in una relazione specifica (stile di attaccamento della relazione) o di più relazioni (stile di attaccamento generale) e riflette l'azione organizzatrice di una particolare strategia di attaccamento (primaria, secondaria, di iperattivazione o di disattivazione).

Anche se tutti i bambini tendono a stabilire una relazione di attaccamento con la figura che si prende cura di loro, la qualità di questa relazione dipende dalla storia interattiva dei due e tende a mantenersi stabile e a manifestarsi in diversi contesti e momenti. Quando si valuta il legame di attaccamento si valuta dunque la qualità di questo.

Gli stili di attaccamento si manifestano attraverso comportamenti quotidiani osservabili sia durante l'infanzia che nell'età adulta, influenzando le modalità di relazione lungo tutto l'arco della vita.

I modelli di attaccamento si sviluppano durante l'infanzia sulla base delle interazioni ordinarie con le figure di riferimento primarie. Tutti i bambini sviluppano entro i primi 8 mesi di vita uno stile di attaccamento, che si completa entro il loro secondo anno.

Possono verificarsi attaccamenti multipli, che nel corso dello sviluppo sono suscettibili di variazioni.

1.17: Descrizione degli stili di attaccamento

Nel lungo termine il ripetersi delle esperienze di disponibilità della figura di attaccamento ha un effetto duraturo sull'organizzazione intrapsichica e sul comportamento interpersonale.

Queste esperienze relazionali, a livello intrapsichico, facilitano lo sviluppo della resilienza, del benessere emotivo, della salute mentale e l'adattamento. Inoltre, i MOI sicuri di sé e degli altri diventano gli schemi sociali più accessibili.

Lo stile di attaccamento che un bambino svilupperà dalla nascita in poi dipende in grande misura dal modo in cui i genitori, o altre figure parentali, interagiscono e da cui si svilupperà uno dei seguenti stili di attaccamento:

- STILE SICURO:

Tabella 2

BAMBINO	CAREGIVER	SEPARAZIONE	RIUNIONE
Esplorazione dell'ambiente e gioco sotto lo sguardo vigile della madre.	Riconoscimento del bisogno di cura che viene giudicato normale e legittimo.	Pianto e protesta, ricerca attiva della figura di attaccamento in fase di allontanamento.	Rasseramento e calma.

Il bambino si fida e si affida al supporto della figura di attaccamento, sia in condizioni normali sia di pericolo mostrando, inoltre, volontà di vicinanza e di contatto fisico con essa.

Il caregiver risponde con prontezza ed efficacia ai segnali di disagio del figlio, questo ricerca attivamente la sua vicinanza, da cui si sente rassicurato e calmato tanto da poter poi far ritorno all'esplorazione. In questo modo il bambino sente che i suoi bisogni hanno valore, che merita di ricevere cura e amore e impara a dare significato al proprio sentire, a differenziare le proprie emozioni e ad esprimerle adeguatamente.

Svilupperà un modello operativo interno della figura d'attaccamento come disponibile, attento, sensibile e coerente nel rispondere alle proprie richieste di aiuto e sostegno, una vera base sicura.

I tratti che caratterizzano questo stile sono: sicurezza nell'esplorazione del mondo, convinzione di essere amabile, capacità di sopportare distacchi prolungati, nessun timore di abbandono, fiducia nelle proprie capacità e in quelle degli altri. L'emozione predominante è la gioia.

INFANZIA:

Un bambino con attaccamento sicuro si mostra sereno nell'esplorare l'ambiente quando la figura di riferimento è presente e mostra segnali di stress quando l'adulto si allontana da lui ma è consolato facilmente al suo ritorno.

ETÀ ADULTA:

La persona con attaccamento sicuro tende a instaurare relazioni stabili, è capace di chiedere supporto nei momenti di difficoltà. È una persona sicura, accogliente e con una comunicazione chiara ed aperta. Ha fiducia in sé e nel prossimo ed è in grado di esprimere i propri sentimenti, di regolare le proprie emozioni, di gestire lo stress e di assumere comportamenti adeguati. Si apre alle relazioni in modo sano e ha capacità e disponibilità a prendersi cura degli altri.

- STILE INSICURO EVITANTE:

Tabella 3

BAMBINO	CAREGIVER	SEPARAZIONE	RIUNIONE
Esplorazione dell'ambiente ignorando la madre. Non ricerca aiuto o stimolazione dai genitori.	Svalutazione dei bisogni di cura e attenzione.	Poche reazioni, indifferenza apparente, ipercontrollo.	Poche reazioni, evitamento del contatto fisico e dello sguardo.

Questo stile deriva da una figura di attaccamento che respinge costantemente il figlio ogni volta che le si avvicina per la ricerca di conforto o protezione. Quindi, il bambino avrà la convinzione che, a una sua richiesta d'aiuto, la figura di attaccamento non solo non sarà disponibile ma manifesterà un rifiuto nei confronti del bisogno.

Così facendo, il bambino costruisce le proprie esperienze facendo esclusivo affidamento solo sulle proprie capacità, senza il sostegno degli altri, ricercando l'autosufficienza anche sul piano emotivo, con la possibilità di arrivare a costruire un falso Sé. Il Sé è visto come positivo e affidabile mentre l'altro come negativo e inaffidabile.

Impara che tali emozioni allontanano la figura di attaccamento anziché avvicinarla, rendendola meno disponibile alla relazione e impara che è meglio non piangere e non protestare. In questo modo disattiva il sistema dell'attaccamento e iperattiva il sistema di esplorazione. Cerca di arrecare quanto meno disturbo possibile, in modo da garantirsi la relazione con il caregiver.

Il genitore non riesce a rispondere con sensibilità e solerzia ai bisogni emotivi del bambino o minimizza le sue richieste e si rapporta a lui in modo freddo, rigido e distaccato; il bambino impara a reprimere la paura e l'angoscia ossia quelle emozioni che attivano il sistema d'attaccamento e che spingono a ricercare la vicinanza del caregiver.

Il modello operativo interno della figura di attaccamento è di mancata disponibilità alle proprie richieste di aiuto e di conforto; mentre quello che riguarda la rappresentazione di sé è di una persona poco degna di attenzione, di scarso valore e che deve in qualche modo tenersi a distanza dall'altro in quanto non si considera capace di suscitare risposte di affetto e di cura.

I tratti che maggiormente caratterizzano questo stile sono: insicurezza nell'esplorazione del mondo, convinzione di non essere amato, percezione del distacco come "prevedibile", tendenza all'evitamento della relazione per convinzione del rifiuto, apparente esclusiva fiducia in sé e nessuna richiesta di aiuto. Le emozioni predominanti sono tristezza e dolore.

INFANZIA:

Il bambino sembra indifferente sia alla presenza che all'assenza della figura di attaccamento e può evitare il contatto fisico e a volte anche quello visivo al suo ritorno.

ETÀ ADULTA:

Gli adulti con questo stile possono avere difficoltà a esprimere i propri bisogni emotivi e tendono a mantenere una certa distanza nelle relazioni intime. Ha aspettative di rifiuto, non si sente degno di ricevere attenzione, protezione, conforto e amore e tende ad esercitare un eccessivo controllo sulle proprie emozioni. È freddo e diffidente, molto indipendente, non si aspetta nulla da nessuno e si fida solo di sé.

- STILE INSICURO ANSIOSO AMBIVALENTE:

Tabella 4

BAMBINO	CAREGIVER	SEPARAZIONE	RIUNIONE
Eccessiva dipendenza dal genitore; inibito per quanto riguarda l'esplorazione autonoma.	Accudimento ambivalente, modalità intrusive e ostili di relazione.	Pianto inconsolabile, grandi proteste, paura dell'abbandono.	Continua protesta, conforto inefficace e rifiuto del contatto.

Tipo di atteggiamento manifestato dal bambino che, da un lato, sembra desiderare la figura d'attaccamento, mentre dall'altro si mostra reticente e a volte sembra addirittura rifiutare il conforto del genitore. È un bambino ansioso e disagio, che prova molta rabbia perché non può contare con certezza sulla protezione del genitore.

Il bambino non ha la certezza che la figura di attaccamento sia disponibile a rispondere ad una richiesta d'aiuto. Per questo motivo l'esplorazione del mondo è esitante, ansiosa. Questo stile è promosso da una figura d'attaccamento che è disponibile in alcune occasioni ma non in altre e da frequenti separazioni, se non addirittura da minacce di abbandono, usate come mezzo coercitivo.

Il caregiver è troppo centrato sui propri bisogni e sul proprio disagio; risponde sì alle richieste del bambino ma in modo saltuario e incoerente e può manifestare comportamenti imprevedibili che vanno dalla distanza all'apprensione fino all'intrusività.

In questo modo non riesce a fornire conforto e protezione adeguati e questo induce il bambino a mantenere sempre attivo il sistema d'attaccamento, per cui non si calma e resta sovrachiato da emozioni disturbanti come rabbia, angoscia e paura che esprime con urla, pianto disperato e iperattività.

Questo accade perché ha imparato che l'esagerazione di tali stati emotivi può sollecitare l'attenzione e la disponibilità della figura di attaccamento, anche se gli risponde in modo infastidito ed esasperato.

Quando riesce a conquistare la sua attenzione non si fida che verrà mantenuta, per cui ha difficoltà a farsi consolare e può anche rifiutare il contatto fisico. Infatti, questa strategia di attaccamento viene anche definita “resistente”.

Il suo sistema esplorativo resta per buona parte disattivato, infatti si tratta di un bambino che gioca poco, che ha difficoltà di concentrazione e che si distrae facilmente, quindi, ha difficoltà a sviluppare fiducia in sé e autonomia.

Il modello operativo interno della figura d’attaccamento è di inaffidabilità, mentre quello di sé è di incapacità a suscitare nell’altro risposte positive, di affetto e di cura e quindi di non poter mai essere rifornito affettivamente a sufficienza.

I tratti che maggiormente caratterizzano questo stile sono: insicurezza nell’esplorazione del mondo, convinzione di non essere amabile, incapacità di sopportare distacchi prolungati, ansia di abbandono, sfiducia nelle proprie capacità e fiducia nelle capacità degli altri.

INFANZIA:

La loro reazione alla separazione è di grande angoscia, e possono mostrare comportamenti contraddittori al ritorno del caregiver. Il bambino mostra grande disagio in seguito alla separazione dalla madre e manifesta rabbia, tensione e adesività, cioè comportamenti finalizzati al mantenimento di una stretta vicinanza, al ritorno della madre. Al momento del ricongiungimento non riescono a farsi consolare, mostrandosi ostili o talvolta passivi. I bambini con questo stile sembrano angosciati anche quando il caregiver è presente perché non sono sicuri della sua effettiva disponibilità. I bambini mostrano un attaccamento marcato nei confronti del genitore e tendono ad essere maggiormente centrati sulla relazione che sull’esplorazione del mondo.

ETÀ ADULTA:

Le persone con attaccamento ambivalente possono essere molto sensibili al rifiuto e vivere le relazioni con ansia e bisogno costante di rassicurazione. È vulnerabile, dipendente, egocentrico, soverchiato dalle proprie emozioni e dai propri bisogni con cui tende ad attrarre l’attenzione degli altri, imponendo i propri stati emotivi. Dagli altri si aspetta inaffidabilità e mancanza di disponibilità, per cui è ipercontrollante, sospettoso ed eccessivamente richiedente.

Dalle osservazioni derivanti della Strange Situation è emerso che alcuni bambini manifestavano comportamenti non riconducibili a nessuno dei tre pattern descritti. Di conseguenza, è stato definito un quarto stile di attaccamento da parte di Main e Salomon: disorientato/disorganizzato.

- STILE DISORIENTATO/DISORGANIZZATO:

Tabella 5

BAMBINO	CAREGIVER	SEPARAZIONE	RIUNIONE
Comportamenti stereotipati ed è disturbato quando la madre si allontana.	Forme di comunicazione disorientate e disorganizzanti.	Comportamenti contraddittori simultanei.	Segnali sequenziali di collera e affetto.

Questo tipo di attaccamento è caratterizzato da un comportamento irregolare e caotico. C'è confusione nei segnali che vengono mandati a chi ha funzione di caregiver e anche confusione nei segnali che si ricevono. Si sviluppa quando i bambini percepiscono la figura d'attaccamento come fortemente scostante o minacciosa.

I bambini appaiono privi di una strategia coerente nella relazione con il genitore. Il comportamento del bambino appare fortemente disorganizzato, sia al momento della separazione che dopo la riunione con il caregiver. Reagiscono alla separazione e al ricongiungimento, con atteggiamenti contraddittori simultanei o in rapida successione che vanno dalla ricerca intensa di contatto a marcati comportamenti di evitamento.

Alcuni studi hanno associato questo tipo di attaccamento a traumi o lutti avvenuti durante l'infanzia o precedentemente ma non ancora elaborati. Il bambino manifesta segni e comportamenti da cui è possibile inferire una mancanza o una perdita di organizzazione nei comportamenti di attaccamento verso la figura di riferimento.

Il caregiver è molto trascurante, violento, fisicamente e/o sessualmente abusante, perde facilmente il controllo o è depresso o soverchiato da un lutto irrisolto o abusa di alcol e/o di stupefacenti o è vittima di violenza domestica; si rivela assolutamente incapace di far

fronte alle richieste d'attaccamento del figlio. Si tratta di un caregiver inadeguato, arrabbiato, spaventato e spaventante, bisognoso di ricevere conforto, per cui non è in grado di offrirlo e, quindi, incapace di far fronte alle richieste di attaccamento.

Il bambino vive così un paradosso, oscilla continuamente tra il desiderio di vicinanza e la paura; quindi, quando attiva il sistema d'attaccamento assume comportamenti contraddittori che vanno da accenni di avvicinamento all'allontanamento dalla madre, poiché questa rappresenta allo stesso tempo una fonte di sicurezza e una fonte di pericolo.

La strategia più facile da attivare per il bambino in risposta a tale contraddizione è l'immobilizzazione e il congelamento o freezing. Con la crescita può sviluppare strategie di attaccamento più strutturate come quella controllante-accudente che consiste nel prendersi cura della madre poiché percepita come vulnerabile; o quella controllante-punitiva con cui sviluppa un potere coercitivo su di essa. Entrambe implicano un'inversione di ruoli con adultizzazione del bambino. Altre strategie possono essere la sottomissione, per limitare gli eccessi di ira del genitore, oppure l'attivazione del sistema motivazionale sessuale mediante cui controlla il genitore sessualizzando la relazione.

Si tratta dunque di bambini vittime di trauma dello sviluppo, che si ripercuoterà nella loro crescita predisponendo a patologie fisiche e a psicopatologie, con una grandissima difficoltà a instaurare relazioni affettive adulte sane.

Le caratteristiche complessive più evidenti tipiche di questi bambini sono la contraddittorietà di alcuni movimenti osservati e/o la sensazione che il piccolo abbia una perdita di orientamento nell'ambiente circostante.

Questo pattern viene definito disorganizzato perché il figlio di genitori traumatizzanti non riesce ad organizzare e a strutturare strategie funzionali all'attaccamento quindi all'ottenimento di quella vicinanza che garantisce protezione.

INFANZIA:

Il bambino si mostra disorientato/disorganizzato, ovvero manifesta ansia, pianto, si butta sul pavimento o porta le mani alla bocca con le spalle curve, gira in tondo, manifesta comportamenti stereotipati, e assume espressioni simili alla trance in risposta alla separazione dalla figura di attaccamento. Sono anche da considerarsi casi di attaccamento

disorganizzato quelli in cui i bambini si muovono verso la figura di attaccamento con la testa girata in altra direzione, in modo da evitarne lo sguardo.

ETÀ ADULTA:

Gli adulti con attaccamento disorganizzato possono sperimentare difficoltà nella regolazione delle emozioni e nelle relazioni, e in alcuni casi presentare una maggiore vulnerabilità a disturbi psicologici.

1.18: Gli stili di attaccamento possono essere modificati?

Gli stili di attaccamento si formano nell'infanzia e possiedono una certa stabilità lungo tutto l'arco di vita ma la ricerca ha ampiamente dimostrato come possano svilupparsi in età adulta relazioni interpersonali sane e adeguate, anche a fronte di esperienze precoci sfavorevoli e avverse.

La consapevolezza degli stili di attaccamento può fornire un'opportunità preziosa per promuovere il benessere emotivo e migliorare le dinamiche relazionali sia nei contesti familiari che extrafamiliari.

Gli interventi psicologici, come la psicoterapia, possono aiutare gli individui a costruire legami di attaccamento adeguati con i propri figli e, attraverso una maggiore consapevolezza dei propri modelli di attaccamento, a instaurare relazioni più positive.

1.19: Prevalenza degli stili di attaccamento nella popolazione

Diversi studi hanno indagato la distribuzione degli stili di attaccamento nella popolazione infantile. Secondo una meta-analisi condotta da van IJzendoorn e Kroonenberg, circa il 65% dei bambini mostra un attaccamento sicuro, mentre il 21% presenta un attaccamento insicuro-evitante, il 14% un attaccamento insicuro-ambivalente e una percentuale minore, variabile tra il 5% e il 15%, un attaccamento disorganizzato.

Questi dati suggeriscono che la maggior parte dei bambini sviluppa un attaccamento sicuro, ma una quota significativa sperimenta forme di attaccamento insicuro, che possono essere associate a possibili ripercussioni sul benessere emotivo e relazionale anche in età adulta.

1.20: Strategie per riconoscere e lavorare sui propri stili di attaccamento

Riconoscere il proprio stile di attaccamento può essere fondamentale per migliorare la qualità delle relazioni e il benessere emotivo. Alcune strategie utili sono:

- Osservare i propri schemi relazionali: prestare attenzione a come si reagisce nelle situazioni di conflitto o separazione può aiutare a individuare i propri modelli di attaccamento.
- Coltivare la consapevolezza emotiva: imparare a riconoscere e nominare le proprie emozioni favorisce una maggiore comprensione di sé e degli altri.
- Cercare il supporto di un professionista: un percorso psicologico può aiutare a esplorare le origini dei propri schemi di attaccamento e a sviluppare strategie più funzionali nelle relazioni.
- Promuovere la sensibilità genitoriale: per i genitori, essere attenti e rispondere in modo coerente ai bisogni emotivi dei figli favorisce lo sviluppo di un attaccamento sicuro.

1.21: Pattern di comportamento: strategie

- Riconoscere e rispettare il tipo di stile di attaccamento che ogni persona può sviluppare può essere utile per costruire insieme alla persona piccola ma anche alle figure adulte di riferimento, un percorso condiviso e di fiducia reciproca.
- Osservare nell'ascolto empatico le caratteristiche emotive di ogni persona è parte preziosa e fondamentale.
- Creare un contesto educativo in cui le famiglie e le persone piccole possano costruire un ponte di fiducia e possano ricevere ascolto nella certezza di essere accolte.
- Costruire una pratica educativa quotidiana strutturata ad hoc e personalizzata in base alle soggettività, che sia da stimolo e rinforzo positivo per i bambini.

1.22: Strategie secondarie attivanti e disattivanti

Le strategie di attaccamento secondarie attivanti intensificano i dubbi sul proprio valore ed efficacia (autostima).

Le strategie di tipo disattivanti mirano a cercare di convincere sé e gli altri di essere autosufficienti ed invincibili, al fine di reprimere i dubbi sul proprio valore personale.

Queste strategie secondarie portano a diversi esiti interpersonali:

- I soggetti ansiosi nutrono sempre la speranza di potere ottenere l'amore, la stima e la protezione dell'altro assumendosi la colpa dell'inaffidabilità dell'altro (l'immagine dell'altro resta intatta e positiva), rimuginano sul loro essere poco amabili e desiderabili e si aggrappano eccessivamente ed ansiosamente alla figura di attaccamento tanto da invalidare il loro senso d'autonomia;
- I soggetti evitanti proteggono la propria immagine di sé con difese inconsce e comportamenti narcisistici, non si preoccupano ed occupano delle minacce e fanno ossessivamente affidamento su se stessi rifiutando di affidarsi agli altri. Negano la loro vulnerabilità, gli aspetti negativi del sé e i ricordi dei fallimenti, cercando di concentrarsi maggiormente su caratteristiche e sentimenti compatibili con l'autosufficienza per poterli esibire, possono irritarsi molto se si chiede loro di cambiare comportamento, di stare più attenti, moderare le difese e ammettere i loro errori.

L'immagine di sé dei soggetti evitanti tende ad essere più positiva e a volte somiglia a quelle dei soggetti sicuri, ma è improbabile che tale immagine positiva rifletta un senso di sé autentico e stabile. È più probabile che dipenda da una valorizzazione di sé difensiva (immagine positiva di sé ingrandita od ipertrofia dell'Io).

Il problema d'integrazione degli aspetti di sé dei soggetti evitanti dipende da una scarsa comprensione di sé e dal desiderio di non assumersi la responsabilità delle proprie scelte ed azioni.

Nonostante le valutazioni di sé opposte a cui arrivano i soggetti evitanti e gli ansiosi, entrambe le forme di insicurezza potrebbero essere associate a forme patologiche di narcisismo. Alcuni autori ritengono che l'evitamento predisponga allo sviluppo del

narcisismo grandioso (overt) mentre l'attaccamento ansioso predisponga per un narcisismo ipervigile, fragile, iperattivato nei confronti delle valutazioni degli altri (o covert).

1.23: Fiducia o sfiducia in base al tipo di attaccamento

Per quanto riguarda le rappresentazioni degli altri, i soggetti sicuri sono caratterizzati da relazioni basate sul senso di fiducia mentre i soggetti insicuri non riescono a fidarsi e formulano idee negative sulle intenzioni e sulle caratteristiche degli altri. Nei soggetti evitanti le strategie di disattivazione portano ad un'immagine negativa degli altri e tali immagini restano immutate poiché vengono allontanate le eventuali prove contrarie.

Ciò dipende da dei processi psicologici: le strategie disattivanti distolgono l'attenzione dalle informazioni sull'attaccamento e ne consegue che i segnali di sostegno e amore genuini degli altri possono non essere percepiti e quando lo sono vengono appresi in maniera superficiale.

Questo perché le strategie di disattivazione favoriscono una valorizzazione difensiva di sé che portano i soggetti evitanti a proiettare sugli altri i propri aspetti negativi repressi e a rinforzare l'idea di essere unici e di maggior valore rispetto agli altri.

Tale proiezione è stata definita da Freud, "proiezione difensiva" secondo cui "l'oggetto da difendere è l'Io o qualche aspetto costituente tale entità; il pericolo è rappresentato da qualsiasi quid che possa essere valutato come dotato di un potere danneggiante per l'Io". Alcuni soggetti evitanti tentano di sviluppare una rappresentazione idealizzata difensiva di alcune persone significative. Tale idea difensiva però confligge con il loro desiderio di mantenere le distanze e blocca la proiezione dei propri difetti sugli altri.

Questo problema viene evitato limitando l'idealizzazione ad alcune persone e mantenendo un'immagine negativa di tutte le altre.

I soggetti con attaccamento ansioso credono che se intensificano gli sforzi di ricerca di vicinanza possono attirare l'attenzione, la stima e la protezione dell'altro. Non possono conservare un'idea negativa degli altri altrimenti i loro sforzi di vicinanza sarebbero vani, di conseguenza si assume la colpa del rifiuto e della distanza emotiva degli altri. Però le strategie di iperattivazione attivando il senso di vicinanza e di amore comportano una

proiezione dei propri aspetti negativi sugli altri in modo da riuscire a creare un senso illusorio di somiglianza ed unione.

In uno studio condotto da Bell l'insicurezza nell'attaccamento si associa a descrizioni di una famiglia conflittuale, poco coesa, poco disposta ad esprimere le emozioni e ad incoraggiare la crescita.

1.24: Rappresentazioni interne dei soggetti insicuri

Gli studi sul tema non riescono a chiarire se le rappresentazioni negative dei genitori dei soggetti insicuri sono accurate o frutto di una distorsione della memoria derivanti da strategie di attaccamento secondarie.

L'attaccamento ansioso è associato ad aggettivi meno positivi riguardanti la descrizione del rapporto con la madre durante l'infanzia. Sia l'ansia che l'evitamento sono associati a ricordi meno positivi. Più è alto il livello di evitamento tanto maggiore risulta essere la discrepanza tra aggettivi e ricordi della prima infanzia.

I soggetti con attaccamento insicuro tendono ad avere rappresentazioni degli altri poco sviluppate, indifferenziate e confuse che possono interferire con una comprensione precisa delle emozioni, preoccupazioni e azione degli altri. Le rappresentazioni negative degli altri emergono anche dal modo in cui interpretano le espressioni del viso.

Da studi di Zayas e Shoda è emerso che i soggetti con attaccamento insicuro esposti al nome della madre o del partner attivano in automatico associazioni con caratteristiche negative, ciò fa supporre l'esistenza di rappresentazioni implicite negative del partner all'interno di una rete mnestica associativa.

1.25: Attaccamento e percezione del sostegno altrui

I soggetti sicuri percepiscono gli altri come disposti a sostenerli, mostrano una maggiore fiducia circa il fatto che il proprio partner possa sostenerli e maggiore soddisfazione per il sostegno ricevuto. La percezione degli altri è guidata da un interesse sincero di conoscere e capire gli altri probabilmente perché tali informazioni mirano a formare rapporti maturi e soddisfacenti. Tale interesse sincero nei confronti degli altri può essere rivolto anche a persone che non fanno parte del gruppo d'appartenenza.

Invece i soggetti insicuri riferiscono di aver ricevuto meno sostegno e di essere meno soddisfatti. Secondo alcuni autori, questi soggetti scelgono partner meno solleciti e possono interferire attivamente con i comportamenti solleciti del partner così che possano rinforzare e confermare i propri dubbi sulla disponibilità degli altri ad aiutarli (profezia che si autoavvera).

I soggetti evitanti intendono mantenere le distanze tra sé e gli altri, si sentono superiori se non addirittura perfetti e le loro percezioni sono condizionate dal sentirsi diversi ed unici, svalutando gli altri.

I soggetti ansiosi invece vogliono essere amati ed accettati di conseguenza le loro percezioni tendono ad essere condizionate da una tendenza a sentirsi simili e vicini e a cercare di trovare un accordo. Questo bisogno di vicinanza spinge tali individui ad attivare l'identificazione proiettiva. Considerano i soggetti di altri gruppi come minacciosi e mostrano comportamenti ostili e dispregiativi verso questi gruppi.

1.26: Autocritica e standard personali

Se l'atteggiamento autocritico può aggravare la bassa autostima dei soggetti ansiosi, gli standard personali troppo elevati possono aiutare i soggetti evitanti a mantenere un'elevata autostima con funzione difensiva.

I soggetti insicuri possono incorporare le qualità negative delle figure di attaccamento nelle loro rappresentazioni di sé e di conseguenza possono valutarsi e trattarsi nello stesso modo critico e di disapprovazione con cui sono stati tratti dai caregivers.

Le strategie disattivanti possono spingere i soggetti evitanti al perfezionismo come modo per nascondere le imperfezioni, il proprio valore e giustificare la loro scelta di affidarsi solo a se stessi.

Rice e colleghi hanno scoperto che vi è un'associazione tra attaccamento evitante e la percezione delle critiche dei genitori cioè l'interiorizzazione di un "genitore critico" determina il senso di sé dei soggetti evitanti.

1.27: Dal legame di attaccamento infantile al legame di coppia in età adulta

Non è chiaro quando avvenga esattamente il passaggio dall'attaccamento genitoriale a quello tra i pari. Nell'adolescenza, però, l'attaccamento attraversa un periodo di transizione. L'adolescente si allontana intenzionalmente dalla relazione con i genitori e familiari, per costruire relazioni nuove con coetanei, relazioni amicali e amorose.

La teoria dell'attaccamento fornisce una cornice all'interno della quale è possibile comprendere meglio alcune dinamiche di coppia: le modalità con cui ci leghiamo affettivamente ad una persona possono riflettere, infatti, le nostre primarie esperienze di attaccamento.

Lo stesso Bowlby ipotizzava che le relazioni di attaccamento primarie rappresentassero il prototipo di tutte le relazioni d'amore successive. Il rapporto di coppia può essere infatti inteso come una particolare forma di legame di attaccamento.

Sono da evidenziare delle differenze tra questi due tipi di relazione:

- nella coppia la relazione è reciproca e simmetrica a differenza della relazione genitore-bambino che è fortemente asimmetrica;
- essa coinvolge il sistema motivazionale sessuale e comprende anche la funzione biologica della riproduzione.

A partire da ciò alcuni ricercatori si sono interessati allo studio dell'attaccamento all'interno della relazione di coppia mettendo in evidenza che l'individuo che si è costruito uno schema mentale, per di più inconsapevole, di come è l'altro e di come lo tratterà, finisce per selezionare proprio le persone che hanno quelle caratteristiche. Inoltre, il suo comportamento sarà complementare e finirà per rinforzare quello dell'altro in una sorta di circolo vizioso.

Alcuni studi hanno rilevato che angoscia ed evitamento sono associati a valutazioni più basse della prevedibilità, affidabilità e fedeltà del partner.

I soggetti con attaccamento insicuro hanno accesso più veloce ai ricordi dolorosi di tradimento della fiducia da parte dei partner e dicono di avere avuto meno esperienze in

cui il partner si è comportato in modo affidabile. I soggetti ansiosi fanno valutazioni più positive del partner rispetto agli evitanti che ne fanno di più negative nei momenti di interazioni più conflittuali.

Le liti vengono interpretate dai soggetti con attaccamento ansioso come momenti in cui l'altro ha prestato meno attenzione a loro mentre per gli evitanti a seguito della lite l'altro è definito frustrante e scoraggiante, inoltre dubitano del proprio valore. I soggetti con attaccamento evitante, a quel punto, possono cercare di ristabilire l'autostima e l'autonomia svalutando la posizione del partner e proiettando sull'altro i propri tratti negativi.

1.28: Implicazioni cliniche e psicopatologiche degli stili di attaccamento

La ricerca scientifica ha evidenziato come gli stili di attaccamento possano essere associati a una maggiore vulnerabilità a specifici disturbi psicologici nel corso della vita.

L'attaccamento insicuro-evitante è stato spesso associato a una maggiore probabilità di sviluppare disturbi d'ansia sociale e difficoltà nell'espressione delle emozioni.

L'attaccamento insicuro-ambivalente può essere associato a una maggiore vulnerabilità a disturbi dell'umore, come la depressione, e a una maggiore instabilità nelle relazioni affettive.

L'attaccamento disorganizzato è considerato un fattore di rischio significativo per lo sviluppo di disturbi gravi, come il disturbo borderline di personalità e altre forme di psicopatologia, secondo quanto riportato da Lyons-Ruth e Jacobvitz.

CAPITOLO 2: FATTORI CONDIZIONANTI L'ATTACCAMENTO

2.1: Fattori culturali e sociali

I fattori culturali e sociali giocano un ruolo significativo nella formazione e nell'espressione dei legami di attaccamento, influenzando il modo in cui i bambini sviluppano fiducia e sicurezza nelle loro relazioni primarie. Le diverse culture possono avere aspettative e pratiche genitoriali variabili, che a loro volta influenzano gli stili di attaccamento che i bambini sviluppano.

Le culture individualiste, come quelle occidentali, tendono a valorizzare l'indipendenza e l'autonomia, mentre le culture collettiviste, come quelle asiatiche, tendono a enfatizzare l'interdipendenza e il legame familiare.

Le pratiche di cura, come l'allattamento, il contatto fisico e il sonno, possono variare tra le culture e influenzare il tipo di attaccamento che i bambini sviluppano. Ad esempio, in alcune culture potrebbe essere più comune l'allattamento a richiesta, mentre in altre si potrebbe seguire un programma più rigido, il che potrebbe influenzare la responsività del genitore e, di conseguenza, lo stile di attaccamento del bambino.

Il supporto sociale per i genitori, come il sostegno familiare, amicale o istituzionale, può influenzare la loro capacità di rispondere in modo sensibile ai bisogni dei loro figli. Genitori che ricevono supporto possono essere più capaci di creare un ambiente di attaccamento sicuro, mentre genitori che vivono in condizioni di stress e mancanza di supporto potrebbero avere maggiori difficoltà.

2.2: Il ruolo dei genitori nell'attaccamento

La sensibilità genitoriale intesa come la capacità di percepire, interpretare e rispondere in modo tempestivo ai segnali del bambino risulta fondamentale per la formazione di un attaccamento sicuro. Generalmente, il legame con i genitori rappresenta una fonte primaria di protezione, amore e sicurezza, contribuendo in modo determinante al benessere emotivo e psicologico del bambino e influenzando tutte le sue funzioni fisiche e psichiche.

La relazione genitore-bambino è una componente fondamentale per lo sviluppo di quest'ultimo in quanto costituisce il suo mondo affettivo e sociale, determina la struttura

delle sue difese. La famiglia si presenta come nucleo all'interno della quale si intrecciano fattori di rischio e fattori protettivi che influenzano lo sviluppo dell'infante e risulta quindi di primaria importanza analizzare le molteplici situazioni che si pongono come l'origine di numerosi disturbi, tra cui la depressione.

La genitorialità non coincide con la nascita di un figlio, ma è il risultato di un lungo processo di elaborazione e riorganizzazione delle proprie esperienze di vita e dei propri vissuti, che determina l'alterazione degli equilibri dell'individuo e della coppia, fino a poter giungere al crollo psicologico.

Diventare genitori comporta anche un processo definito il "lavoro del lutto" che implica la rinuncia al ruolo di bambino che si ricopriva con i propri genitori e il doversi identificare con questi ultimi per poter svolgere la funzione genitoriale.

Al bambino, il genitore delega una parte dei suoi desideri e bisogni infantili attraverso meccanismi di identificazione proiettiva, non necessariamente patologici, ma che, anzi, solitamente permettono lo stabilirsi dell'empatia e favoriscono lo sviluppo psichico del bambino.

Le identificazioni genitoriali preconce iniziano già durante l'infanzia, organizzano la struttura intrapsichica e si rafforzano con l'arrivo del bambino, scatenando spesso la "depressività" insita nella genitorialità. Tale depressività deriva dalle identificazioni con i propri genitori ai quali, durante l'infanzia e l'adolescenza, si sono rivolti rimproveri e accuse, che, nel momento dell'arrivo di un figlio, possono rivolgersi anche contro se stessi.

Il "lutto dello sviluppo" implicato nella genitorialità reca in sé la possibilità, quindi, di generare depressività, determinando lo sviluppo di una conflittualità genitoriale che dipende dall'elaborazione dei lutti della propria infanzia, cioè quelli riguardanti un oggetto realmente perduto e quelli che implicano invece un oggetto fantasmatico.

In questa fase il compito evolutivo più importante riguarda la riorganizzazione ed elaborazione delle proprie esperienze infantili per dar vita ad una nuova parte di sé: la parte genitoriale.

Ognuno porta nella relazione con i figli il proprio stile relazionale, tracce della propria storia infantile e i propri desideri consapevoli e inconsapevoli.

2.3: Esperienze precoci di separazione e trauma

L'indicatore per eccellenza che il legame di attaccamento è stabilito, si identifica nell'angoscia da separazione.

La separazione dalla figura di riferimento si snoda, secondo John Bowlby, in tre momenti: la protesta per la separazione, la disperazione dovuta all'assenza della figura e il distacco finale. La separazione può risultare meno dolorosa se vi sono alcune circostanze favorevoli come la presenza di figure sostitutive o di un ambiente accogliente.

Le esperienze precoci di separazione e trauma possono avere un impatto profondo e duraturo sullo sviluppo emotivo e psicologico di un individuo a seconda della durata e del periodo in cui si verifica la separazione.

Queste esperienze possono compromettere la capacità di regolare le emozioni, stabilire relazioni significative e sviluppare un senso di sé stabile e sano, portando a difficoltà nel gestire rabbia, tristezza, ansia e paura e causando sentimenti di vergogna, colpa, inadeguatezza e difficoltà a riconoscere il proprio valore.

Le difficoltà nella regolazione emotiva possono influenzare la qualità delle relazioni, causando problemi di fiducia, attaccamento insicuro e difficoltà a mantenere relazioni sane.

Le esperienze di separazione e trauma possono aumentare il rischio di sviluppare disturbi psicologici come ansia, depressione, disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e disturbi della personalità.

Le tipologie di trauma infantile sono:

- Perdita di un genitore: sia per morte che per separazione, può causare un profondo dolore e un senso di vuoto, influenzando lo sviluppo emotivo e la capacità di creare legami affettivi.
- Abbandono: sia fisico che emotivo, può lasciare cicatrici durature, compromettendo la fiducia e la sicurezza emotiva.
- Abuso: fisico, emotivo o sessuale può avere conseguenze devastanti sullo sviluppo, causando traumi profondi e difficoltà nel gestire le emozioni e le relazioni.

2.4: Fattori socio-economici

I fattori socio-economici giocano un ruolo significativo nello sviluppo dell'attaccamento, influenzando sia la qualità che la tipologia dell'attaccamento stesso. Possono influenzare la capacità dei genitori di rispondere in modo sensibile ai bisogni del bambino, creando un ambiente più o meno sicuro per lo sviluppo dell'attaccamento.

I fattori socio-economici che influenzano l'attaccamento sono:

- **Reddito e risorse:** famiglie con redditi limitati potrebbero affrontare maggiori stress e difficoltà nel soddisfare i bisogni di base del bambino, come cibo, vestiti e cure mediche. Questo può portare a una maggiore incertezza e ansia nel caregiver, influenzando la qualità della risposta e dell'interazione con il bambino.
- **Stabilità abitativa:** la mancanza di una casa stabile o il dover affrontare frequenti spostamenti possono interrompere le routine e le relazioni del bambino, rendendo più difficile per il caregiver fornire un ambiente sicuro e prevedibile.
- **Accesso a servizi:** l'accesso a servizi di supporto per i genitori, come asili nido, centri per l'infanzia e programmi di aiuto familiare, può influenzare positivamente la capacità dei genitori di fornire cure sensibili e di rispondere ai bisogni del bambino.
- **Stress e supporto sociale:** le famiglie che affrontano alti livelli di stress a causa di problemi finanziari, isolamento sociale o mancanza di supporto possono avere difficoltà a creare un ambiente emotivamente stabile per il bambino.

Interventi mirati che affrontano le sfide socio-economiche e offrono supporto ai genitori possono ridurre il rischio di problemi emotivi e comportamentali a lungo termine.

2.5: Fattori biologici e genetici dell'attaccamento

L'attaccamento materno è un processo complesso che coinvolge tutte le componenti l'essere umano, ma soprattutto è un processo indispensabile per la sopravvivenza del cucciolo umano e quindi fortemente protetto filogeneticamente e biologicamente.

Un neonato non può sopravvivere senza cure materne, quindi nasce con delle competenze specifiche e mette in atto delle strategie decise per promuovere e ottenere l'attenzione e

il sentimento materno. Il canale filogeneticamente più vecchio dell'attaccamento è quello genetico.

I canali biologici e genetici promuovono il sentimento dell'attaccamento e accudimento, facilitano i processi emozionali di conoscenza e adattamento, inducono codici comportamentali, offrono opportunità di imprinting piacevole dell'accudimento, in breve, aprono, avviano, la comunicazione, la relazione tra madre e bambino.

Lo stesso patrimonio genetico che garantisce al bambino, ancor prima della nascita, la formazione delle strutture cerebrali è soggetto a processi epigenetici che determineranno in misura significativa le modalità di espressione genica e di sviluppo cerebrale.

I canali biologici attivano fortemente i vissuti personali, mettendoli in dinamica durante il percorso della maternità. Rappresentano un'opportunità di apertura e revisione della storia personale e offrono un forte potenziale di trasformazione. Ma possono altresì essere inibiti dalla storia personale e dare, in tale caso, origine a problemi di salute in gravidanza, durante il parto o l'esogestazione.

2.6: Scambio cellulare all'origine dell'attaccamento

La scienza spiega che all'origine dell'attaccamento vi è uno scambio cellulare bidirezionale di cellule tra madre e feto. Tale scambio determina veri e propri mutamenti in diversi organi e, in particolare, nel cervello.

Attraverso la ricerca sono state scoperte le cosiddette cellule progenitrici associate alla gravidanza (pregnancy-associated progenitor cells PAPCs) che agiscono in maniera specifica sul corpo della madre. In particolare, dopo avere attraversato la placenta, vanno a colonizzare vari organi materni. Una volta raggiunta la meta operano in maniera differente a seconda dell'organo colonizzato. Tra questi i polmoni, il cuore, il midollo, la milza, i reni, il fegato e persino il cervello.

Tale scambio cellulare madre-feto inizia dalla quinta settimana di gravidanza e prosegue fino al parto. Definito in termini scientifici microchimerismo, indica la presenza di cellule estranee rispetto a quelle dell'ospite (le cellule fetali, infatti, hanno un patrimonio genetico al 50% di origine materna e al 50% di origine paterna). La sopravvivenza di queste cellule nella donna dura per almeno 27 anni.

Si ipotizzano diverse funzioni che queste cellule svolgono nel corpo materno:

- Ottimizzazione della tolleranza immunologica verso il feto che possiede un 50% di DNA paterno, quindi estraneo alla madre.
- Capacità rigenerativa di tessuti materni lesi (la ricerca è ancora in corso ma sembrerebbe fornire dati interessanti riguardo alcune malattie degenerative).
- Modulazione della neo-neurogenesi ovvero la capacità di giungere al cervello materno e generare nuovi neuroni che, fondendosi con quelli materni, daranno vita a nuove sinapsi integrate con quelle della madre.

La migrazione delle cellule progenitrici associate alla gravidanza, PAPCs, è maggiore nel lobo limbico del cervello materno. Si tratta della porzione di cervello che controlla l'affettività, la memoria e le emozioni, più nello specifico le regioni dell'amigdala e dell'ippocampo; in questi dipartimenti l'attività rigenerativa delle PAPCs è particolarmente elevata.

Una delle più straordinarie conseguenze di tale processo è la formazione di nuove connessioni cerebrali che influiscono sulle capacità empatiche della donna. Si tratta, dunque, di un processo che porta la madre ad essere maggiormente predisposta ad intendere e cogliere le emozioni altrui. Quindi, oltre all'indole e al carattere della donna, anche la biologia cerebrale interviene per predisporla all'accoglimento del bambino.

Se l'attaccamento materno è dunque spesso istintuale, non è solo per via di una legge di sopravvivenza creata apposta dalla natura. Di mezzo ci sono anche la biologia e lo scambio cellulare madre-figlio. La neo-neurogenesi, ovvero questo dialogo neurale madre figlio, parrebbe protrarsi addirittura per i primi due anni dopo la nascita del bambino.

Il feto inizia molto presto ad inviare messaggi biologici alla sua mamma, addirittura a livello embrionale, e continua a farlo per tutto il corso della gravidanza. Questi messaggi modificano le reazioni cerebrali materne inducendo un attaccamento che non è più solo istintuale bensì chimico-biologico.

Gli effetti sono a lungo termine e possono addirittura trasferirsi ai figli successivi al primo. La ricerca ha infatti recentemente suggerito la trasmissione al feto di cellule dei figli maggiori fino addirittura ad arrivare a cellule della nonna materna.

2.7: Importanza dell'ambiente scolastico

I legami di attaccamento non si creano solo con i familiari ma anche con gli insegnanti, gli amici e con i partner. Il primo legame di attaccamento è sicuramente quello con la madre ma non è l'unico importante per il bambino.

Nella scuola primaria, l'attaccamento non chiede fusioni né sostituzioni, ma relazioni affidabili, coerenti e rispettose. Il bambino non cerca una seconda madre, ma un adulto capace di offrire stabilità emotiva, riconoscimento e fiducia.

Il passaggio dall'attaccamento primario con la madre alla relazione con l'insegnante non è una rottura, ma una continuità che si trasforma. È un processo già avviato nella scuola dell'infanzia ma che nella scuola primaria assume una profondità nuova, perché si intreccia con richieste cognitive più complesse e con una maggiore esposizione al giudizio e al confronto.

La maestra diventa una figura di riferimento stabile che accompagna il bambino in una fase cruciale dello sviluppo. Non è solo colei che trasmette saperi, ma una presenza che regola emotivamente e che offre contenimento.

Maestre e mamme non abitano ruoli contrapposti, ma complementari. Quando tra scuola e famiglia esiste un'alleanza autentica, il bambino percepisce continuità e coerenza, due elementi fondamentali per la costruzione di una sicurezza interna stabile. Dal punto di vista psicologico, questa continuità riduce l'attivazione dell'ansia e del senso di disorientamento, permettendo al bambino di investire le proprie energie emotive e cognitive nell'apprendimento e nelle relazioni.

La psicologia dello sviluppo sottolinea come il bambino abbia bisogno di adulti che sappiano cooperare pur mantenendo ruoli distinti. La differenza non è una frattura, ma una ricchezza, se vissuta dentro un quadro di fiducia reciproca.

L'ambiente scolastico è fondamentale per lo sviluppo sociale del bambino, in quanto oltre a permetterne una maturazione cognitiva e culturale, rappresenta un contesto di elezione all'interno del quale si possono creare dei legami di attaccamento extra familiari fondamentali per lo sviluppo sociale del bambino.

CAPITOLO 3: DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

3.1: Manifestazioni dei disturbi del comportamento

I disturbi del comportamento comprendono una vasta gamma di problemi comportamentali che si manifestano attraverso segnali che possono variare in base all'età e al contesto.

Questi comportamenti possono includere:

- Distruttività: danni a proprietà o oggetti.
- Aggressività: scatti di rabbia, attacchi verbali o fisici verso persone o animali.
- Impulsività: difficoltà a controllare reazioni immediate e inappropriate.
- Iperattività: eccessiva attività fisica e difficoltà di concentrazione.
- Comportamenti antisociali: truffe, inganni, vandalismo, sottrazione di beni, bugie ripetute e difficoltà a rispettare l'autorità.
- Violazione di regole: assenze scolastiche ingiustificate, fuga da casa, trasgressioni delle norme sociali.
- Opposizione e provocazione: resistenza alle regole o richieste degli adulti, discussioni e litigi frequenti.

Queste manifestazioni vengono caratterizzate sulla base dei sintomi dei disturbi del comportamento.

3.2: Sintomi dei disturbi del comportamento

I sintomi possono variare notevolmente da persona a persona.

La prima categoria più diffusa è quella dei sintomi psicotici. Tra questi vi sono naturalmente le forme di delirio e allucinazione: di fatto la persona appare convinta di qualcosa che non è reale e crede che cose non vere stiano veramente accadendo.

In secondo luogo, i disturbi del comportamento si possono manifestare attraverso sintomi di natura affettiva, come nel caso di depressione, ansia e apatia. Lo stato d'animo della

persona può dunque spaziare dall'ansia alla rabbia, ma anche dalla preoccupazione alla mancanza di stimoli.

I cosiddetti “sintomi positivi”, tra cui agitazione, aggressività, irritabilità, labilità emotiva e disinibizione, sono generalmente quelli che creano maggiore disorientamento all'interlocutore della persona fragile, che mostra segni di agitazione e continui cambi repentini di stato d'animo.

Più evidenti anche a livello fisico sono invece le alterazioni delle funzioni motorie come il vagabondaggio, quando cioè la persona esprime il bisogno di comunicare irrequietezza, noia e bisogno di muoversi oppure tenta di rendere proprio un ambiente nuovo; o come l'affaccendamento, mediamente movimenti incessanti, ripetitivi e inconcludenti.

I disturbi neurovegetativi, infine, sono di tre tipi: i disturbi alimentari, quelli nel sonno o la cosiddetta “sindrome del tramonto”, con l'aumento verso sera di disorientamento, irrequietezza, reattività.

Le persone con tali disturbi possono manifestare, inoltre, difficoltà nell'autoregolazione emotiva e comportamentale. I segnali variano in intensità e durata, influenzando negativamente la vita quotidiana. Nei bambini, questi segnali possono emergere principalmente in contesti scolastici o familiari, mentre negli adolescenti si notano spesso anche in ambiti sociali più ampi.

3.3: I cambiamenti nei disturbi comportamentali

Se non trattati, i disturbi del comportamento possono evolversi nel tempo, portando allo sviluppo di condizioni più gravi come il disturbo antisociale di personalità e problemi legati, ad esempio, all'abuso di sostanze.

I cambiamenti nel comportamento rappresentano una delle condizioni più complesse, dolorose e stressanti da affrontare, sia per la persona malata, sia per coloro che assistono. Aumentano il rischio che la persona possa intraprendere attività pericolose per sé e per gli altri e possono innescare delle “reazioni a catena”, come ad esempio, il vagabondaggio, che può essere la conseguenza di un delirio che, a sua volta, può sfociare in una reazione aggressiva.

3.4: Cosa succede quando il bambino presenta un disturbo del comportamento?

Attualmente si ritiene che un deficit nell'autoregolazione sia relativamente stabile durante l'infanzia e che giochi un ruolo decisivo nell'insorgenza di alcuni problemi di adattamento e della regolazione del comportamento a un'età più avanzata.

Un bambino con difficoltà nella regolazione emotiva e comportamentale mostra solitamente comportamenti aggressivi atti a violare i diritti degli altri. Spesso il bambino o il ragazzo può entrare in contrasto con le norme sociali oppure opporsi a figure che rappresentano l'autorità.

La compromissione dell'autoregolazione dà origine a un comportamento disinibito, caratterizzato dall'incapacità di resistere a un impulso. Da ciò si evince che il bambino che presenta un disturbo del comportamento mostra anche una forte componente di impulsività.

L'atteggiamento di sfida che spesso caratterizza questi bambini, mostra anche un basso livello di paura e di empatia verso l'altro.

Inoltre, si è visto che nei bambini con disturbo del comportamento, i sistemi di risposta allo stress, a seguito di una punizione, non si attivano.

3.5: Come riconoscere i disturbi del comportamento nei bambini

Non sempre opposizione, collera improvvisa, urla e reazioni inaspettate sono sintomo di disturbi del comportamento. Anche se a volte la bambina o il bambino ha atteggiamenti o reazioni inappropriate non sempre si tratta di veri e propri disturbi del comportamento.

In età prescolare e scolare, gli eccessi comportamentali possono verificarsi in modo isolato e temporaneo, quando ad esempio sono legati ad aspetti situazionali o alla particolare fase di sviluppo in cui si trova il bambino, oppure possono rappresentare dei veri e propri campanelli d'allarme per l'insorgenza di futuri disturbi del comportamento.

E' importante riuscire a distinguere i disturbi del comportamento dai comportamenti legati a particolari fasi dello sviluppo o a particolari situazioni che il bambino sta magari vivendo in quel momento.

I disturbi del comportamento hanno determinate caratteristiche, e per cercare di individuarli bisogna porsi tre domande:

1. Da quanto tempo si verificano questi episodi? I disturbi di comportamento sono reiterati nel tempo, quindi ripetuti e non occasionali.
2. Con che frequenza si ripetono questi comportamenti? Nel caso dei bambini con un disturbo del comportamento si ripetono con una frequenza elevatissima.
3. Siamo certi che questi comportamenti vengano messi in atto in almeno due contesti? Nei disturbi del comportamento i comportamenti problematici sono pervasivi e si presentano trasversalmente nei diversi contesti di vita.

Quindi, i disturbi del comportamento si discostano dalla norma per intensità, frequenza e durata. Altro aspetto importante da tenere in considerazione è che nei disturbi del comportamento gli episodi assumono caratteristiche “estreme” tanto da risultare molto diversi dai comportamenti dei bambini di pari età (sono molto più frequenti e molto più intensi), oltre ad avere conseguenze negative per il bambino stesso e per gli altri (coetanei e adulti).

3.6: Tipologia di disturbi del comportamento

I disturbi del comportamento coprono un'ampia gamma di condizioni, che vanno da difficoltà lievi a problemi più seri.

I principali disturbi del comportamento, riconosciuti dal DSM-5 e rilevati in tutte le fasce d'età, dall'infanzia all'età adulta fino agli anziani sono:

- disturbo oppositivo provocatorio (DOP)
- disturbo della condotta (DC)
- disturbo esplosivo intermittente
- disturbi del comportamento alimentare (DCA)

I disturbi del comportamento nei bambini possono quindi manifestarsi in diverse fasce d'età: alcune caratteristiche del disturbo oppositivo provocatorio (DOP) possono iniziare a presentarsi già nell'età prescolare, intorno ai 3-5 anni; altri disturbi, come il disturbo

della condotta, possono manifestarsi anche più tardi, intorno ai 6-12 anni. Tuttavia, l'età esatta di insorgenza può variare da individuo a individuo.

3.7: Caratteristiche e sintomi dei disturbi del comportamento

Tabella 6

Disturbo del comportamento	Caratteristiche e sintomi
Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP)	<p>Caratterizzato da un comportamento oppositivo, disobbediente e provocatorio persistente verso figure di autorità. È più frequente in età evolutiva, ma può persistere anche negli adulti.</p>
Disturbo della Condotta (DC)	<p>Si contraddistingue per un comportamento antisociale che viola i diritti degli altri che può includere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aggressività verso persone o animali • distruzione di proprietà • frode • furto • gravi violazioni della legge

<p>Disturbo Esplosivo Intermittente</p>	<p>È caratterizzato da esplosioni di rabbia e violenza sproporzionate alle circostanze che le scatenano.</p>
<p>Disturbi del Comportamento Alimentare</p>	<p>Sono caratterizzati da gravi alterazioni nel modo di alimentarsi e nell'immagine corporea. Includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anoressia nervosa • anoressia atipica • bulimia nervosa • binge-eating disorder

Ognuno presenta caratteristiche specifiche e richiede un approccio diagnostico e terapeutico personalizzato per aiutare il bambino a migliorare.

3.8: Disturbi da comportamento dirompente e della condotta

I Disturbi da comportamento dirompente e della condotta comprendono condizioni che comportano problemi di autocontrollo delle emozioni e dei comportamenti. Si manifestano attraverso condotte che violano i diritti altrui e/o mettono l'individuo in contrasto significativo con le norme sociali o gli individui che rappresentano l'autorità.

Molti dei sintomi che definiscono i Disturbi da comportamento dirompente e della condotta consistono in comportamenti che possono verificarsi, in certa misura, durante il normale sviluppo degli individui. Perché rappresentino effettivamente i sintomi di un disturbo è necessario che risultino pervasivi e che causino una compromissione del funzionamento globale (ambiente familiare, scolastico, sociale), difficoltà di

adattamento, fino alla comparsa di comportamenti a rischio di gravità crescente: dall'abbandono scolastico, all'uso di sostanze, fino a condotte antisociali.

Questi disturbi tendono a manifestarsi per la prima volta durante l'infanzia e l'adolescenza. La Prevalenza di tali disturbi in età evolutiva è stimata tra il 6% ed il 16% per i maschi e tra il 2% ed il 9% per le femmine.

In questa categoria troviamo:

- Disturbo oppositivo provocatorio
- Disturbo della condotta

3.9: Trattamento

Nonostante la prognosi di questi disturbi sia generalmente negativa (con frequente evoluzione verso il Disturbo di Personalità Antisociale), per via della pervasività dei comportamenti disfunzionali e della scarsa compliance al trattamento del nucleo familiare, un intervento multimodale, di cui la psicoterapia cognitivo-comportamentale individuale è parte integrante, può avere una certa efficacia.

Il trattamento deve dunque prevedere interventi psicosociali sul minore, psicoterapeutici sui genitori e di counseling per gli operatori che interagiscono con il ragazzo nei diversi contesti (scuola, sport, sociale).

Si può ricorrere anche all'uso di farmaci stabilizzatori del tono dell'umore, antipsicotici atipici e serotoninergici, al fine di contenere gli aspetti di aggressività e impulsività.

3.10: Il disturbo oppositivo provocatorio (dop)

I bambini con disturbo oppositivo provocatorio (DOP) manifestano atteggiamenti oppositivi e provocatori molto più elevati, più intensi e più ricorrenti dei loro coetanei. Un certo grado di oppositività è tipico dei bambini nelle diverse fasi della crescita ed è dunque fisiologico. Diversamente, nelle situazioni di disturbo oppositivo provocatorio vi è una ricorrenza molto alta e con tendenza alla cronicizzazione di alcuni comportamenti: in particolare, il mancato rispetto delle regole e la sfida rispetto alle richieste dell'adulto.

Caratteristica essenziale del disturbo è un pattern frequente e persistente di umore collerico/irritabile (l'individuo è spesso in collera o risentito), di comportamento

polemico/provocatorio (litiga spesso con le persone che rappresentano l'autorità perché si rifiuta di rispettarne le richieste o perché le sfida attivamente; frequentemente, irrita deliberatamente gli altri o li accusa del proprio comportamento scorretto) e vendicatività.

Dal momento che questi comportamenti sono comuni tra fratelli, devono essere osservati anche nell'interazione con persone che non siano tali.

Inoltre, l'anomalia del comportamento deve essere associata a stress nell'individuo o in chi lo circonda e avere un impatto negativo nell'area sociale, scolastica, lavorativa o in altre importanti aree di funzionamento.

3.11: Il disturbo della condotta (dc)

Il disturbo della condotta (DC) è un disturbo comportamentale caratterizzato da un modello persistente di comportamenti aggressivi, antisociali e violenti che violano i diritti degli altri e le norme sociali. Il DC si manifesta spesso in bambini e adolescenti e può includere comportamenti come bullismo, distruzione di proprietà, furto e violazione di regole importanti, come saltare la scuola o fuggire da casa.

Il disturbo della condotta si differenzia dal disturbo oppositivo provocatorio per l'insorgere di comportamenti devianti (come ad esempio furti, distruzione di oggetti e gravi violazioni di regole come scappare di casa, trascorrere fuori la notte senza permesso, marinare la scuola) e comportamenti di aggressività molto accentuati verso persone e animali.

3.12: Sintomi principali del dc

- Aggressività verso persone e animali: Comportamenti come bullismo, minacce, risse, e, in alcuni casi, crudeltà verso animali o persone.
- Distruzione di proprietà: Atti di vandalismo e danni intenzionali a oggetti o strutture.
- Furto e inganno: Rubare, mentire frequentemente o truffare per ottenere vantaggi personali.
- Gravi violazioni delle regole: Saltare la scuola, rimanere fuori casa di nascosto, fuggire e comportamenti che vanno contro le regole stabilite dai genitori o dalle autorità.

3.13: Cause e fattori di rischio dei dc

Il disturbo della condotta può essere influenzato da fattori genetici, come una storia familiare di disturbi comportamentali o mentali, e fattori ambientali, come un ambiente familiare instabile, l'esposizione alla violenza o relazioni problematiche con figure di riferimento. Anche difficoltà a scuola e problemi di gestione della rabbia e delle emozioni possono aumentare il rischio.

3.14: Il trattamento dei dc

Il trattamento del DC si basa su un approccio multidisciplinare e spesso include:

- **Psicoterapia:** La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e la terapia familiare aiutano a migliorare le abilità di gestione delle emozioni e del comportamento.
- **Parent training:** Programmi di supporto per i genitori, per insegnare strategie efficaci di disciplina e comunicazione.
- **Interventi scolastici:** Programmi di supporto e strategie di gestione comportamentale a scuola.
- **Farmaci:** In alcuni casi, i farmaci possono essere prescritti per trattare sintomi associati come irritabilità o impulsività.

Il disturbo della condotta richiede un intervento tempestivo per ridurre i comportamenti problematici e prevenire la loro evoluzione verso problemi più gravi in età adulta, come il disturbo antisociale di personalità.

3.15: Il disturbo esplosivo intermittente

Il disturbo esplosivo intermittente è un disturbo del controllo degli impulsi caratterizzato da episodi di rabbia improvvisa e sproporzionata rispetto alla situazione che li ha scatenati.

Le persone che ne soffrono possono avere scatti di rabbia verbale o fisica, con comportamenti aggressivi come urla, insulti, minacce o anche danni a oggetti e atti di violenza. Questi episodi sono solitamente brevi, durano pochi minuti e sono seguiti da sensi di colpa o vergogna.

3.16: I disturbi del comportamento alimentare (dca)

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono condizioni psicologiche caratterizzate da un rapporto disfunzionale con il cibo, il peso e l'immagine corporea. Questi disturbi si manifestano attraverso comportamenti estremi e malsani legati all'alimentazione e alla percezione del proprio corpo, che possono avere gravi conseguenze sulla salute fisica e mentale.

Principali disturbi del comportamento alimentare:

1. **Anoressia nervosa:** Caratterizzata da una restrizione volontaria dell'assunzione di cibo, paura intensa di ingrassare e una percezione distorta del proprio corpo. Le persone con anoressia mantengono un peso corporeo molto basso e possono mettere in atto pratiche estreme per perdere peso, come l'esercizio fisico eccessivo e il digiuno prolungato.
2. **Bulimia nervosa:** Consiste in episodi ricorrenti di abbuffate seguiti da comportamenti compensatori inappropriati, come vomito autoindotto, uso di lassativi o eccesso di esercizio fisico. Chi soffre di bulimia tende a sentirsi in colpa dopo le abbuffate e prova vergogna per il proprio comportamento.
3. **Disturbo da alimentazione incontrollata (binge eating disorder):** Comporta episodi di abbuffate senza comportamenti compensatori. Le persone con questo disturbo mangiano grandi quantità di cibo in poco tempo, spesso fino a sentirsi molto pieni, e provano senso di colpa e vergogna dopo l'episodio.
4. **Altri disturbi alimentari specifici:**
 - **Ortoressia:** Ossessione per il cibo "sano", con una rigida selezione degli alimenti.
 - **Vigoressia:** Preoccupazione eccessiva per il proprio aspetto muscoloso, spesso legata all'abuso di esercizio fisico e diete iperproteiche.
 - **Disturbo da ruminazione:** Consiste nel rigurgitare il cibo ingerito per poi risputarlo o rimasticarlo.

3.17: Cause e fattori di rischio dei disturbi del comportamento

Le cause dei disturbi del comportamento sono complesse e multifattoriali e spesso si intrecciano tra loro. Tra i fattori più comuni troviamo:

- Fattori genetici
- Fattori ambientali
- Fattori psicologici
- Condizioni mediche

Conoscere le cause aiuta a comprendere meglio l'origine del disturbo e a strutturare interventi mirati.

Tabella 7

Tipo di Fattore	Condizione	Descrizione
Fattori Genetici	Predisposizione genetica	Alcuni disturbi del comportamento possono avere una componente ereditaria. Per esempio, specifici geni possono essere associati all'ADHD.
	Squilibri neurochimici	Alterazioni di certi neurotrasmettitori nel cervello, come serotonina e dopamina, possono contribuire a disturbi come i disturbi della condotta e l'ADHD.

Tipo di Fattore	Condizione	Descrizione
	Problemi durante la Gravidanza e il Parto	<p>Possono influenzare lo sviluppo neurologico del feto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • esposizione a sostanze tossiche • problemi di nutrizione • uso di alcol e droghe durante la gravidanza • complicanze del parto • nascita prematura
Fattori Ambientali	Ambiente Familiare	<ul style="list-style-type: none"> • dinamiche familiari problematiche • abuso • trascuratezza • conflitti genitoriali • educazione poco coerente
	Esperienze di Vita	<ul style="list-style-type: none"> • eventi traumatici come abuso fisico o emotivo

Tipo di Fattore	Condizione	Descrizione
		<ul style="list-style-type: none"> • bullismo • perdita di persone care
	Condizioni Socioeconomiche	<ul style="list-style-type: none"> • situazioni di povertà • esposizione alla violenza • mancanza di opportunità educative
Fattori Psicologici	Temperamento e Personalità	Tratti di personalità individuale, come: <ul style="list-style-type: none"> • impulsività • temperamento difficile
	Stress Psicologico	<ul style="list-style-type: none"> • inefficace gestione dello stress • ansia
	Danni al cervello	Le lesioni cerebrali possono interferire con il controllo

Tipo di Fattore	Condizione	Descrizione
Condizioni Mediche		comportamentale e l'autoregolazione.
	Epilessia	Alcuni tipi di epilessia possono influenzare il comportamento e aumentare il rischio di disturbi comportamentali.
	Deficit sensoriali	Alcuni deficit visivi o uditivi possono influire sul comportamento, contribuendo a disagi sociali e comportamentali.

3.18: Il ruolo della regolazione emotiva

La capacità di agire in maniera appropriata rispetto alle norme sociali e di regolare autonomamente il proprio comportamento costituiscono due aspetti basilari dello sviluppo del bambino. Si tratta, tuttavia, di capacità complesse che vengono acquisite gradualmente, anche con il supporto degli adulti di riferimento.

Quando un bambino si sente agitato, arrabbiato o impaurito, l'adulto interviene per calmarlo, offrendo strategie utili e spiegazioni adeguate. Attraverso gesti affettuosi, parole e segnali come espressioni facciali, il bambino impara a modulare il proprio comportamento nei diversi contesti sociali.

La regolazione emotiva aiuta il bambino a modulare anche il proprio comportamento. Questo processo inizia già nel periodo neonatale (primi tre anni di vita) e si sviluppa gradualmente nel corso degli anni, tra l'infanzia e l'adolescenza. Vengono coinvolti sia aspetti genetici dell'individuo che influenze sociali e relazionali del contesto in cui si nasce e si cresce.

Per prevenire i disturbi della regolazione e del comportamento dei bambini, servono quindi attenzione e sensibilità. È un percorso che i genitori possono affrontare da soli o insieme a delle figure specializzate di sostegno alla genitorialità.

La presenza dell'adulto nella regolazione delle emozioni e del comportamento è fondamentale. Infatti, quando un bambino è agitato o arrabbiato, mostra paura o piange, sarà l'adulto a calmarlo e a fornirgli le migliori strategie per risolvere il proprio conflitto interno, attraverso comportamenti affettuosi e adeguate spiegazioni. Così il bambino impara a cogliere i segnali dell'adulto, come le espressioni del viso, le comunicazioni verbali e i gesti, per riuscire a modulare il proprio modo di esprimersi nei vari contesti.

I genitori, quindi, possono essere dei buoni co-regolatori se insegnano al bambino a riconoscere le proprie emozioni e a validarle. Quando questo non succede, ciò può influire in modo significativo sullo sviluppo dei comportamenti esternalizzanti durante l'infanzia.

Ulteriori studi hanno dimostrato che delle buone capacità di regolazione delle emozioni influiscono positivamente sugli aspetti emotivi e cognitivi della moralità nell'infanzia, cioè, contribuiscono ad agire moralmente.

3.19: I disturbi del neurosviluppo

I disturbi del neurosviluppo sono una categoria di disturbi che influenzano il corretto sviluppo del sistema nervoso e delle funzioni cognitive, emotive e sociali di un individuo. I disturbi del neuro-sviluppo si manifestano durante lo sviluppo del sistema nervoso centrale, nelle prime fasi della vita della persona e che hanno effetti significativi sul comportamento. Il range dei deficit varia da limitazioni molto specifiche fino alla compromissione generale delle abilità sociali e intellettive.

La categoria diagnostica dei disturbi del neurosviluppo nel DSM-5 comprende:

- **Disabilità Intellettiva: (ex ritardo mentale)** si tratta di un disturbo caratterizzato da limitazioni significative nel funzionamento intellettuale generale che influenzano il funzionamento adattivo. Le difficoltà possono riguardare abilità concettuali, sociali e pratiche della vita quotidiana. Questo disturbo si manifesta durante il periodo dello sviluppo e ha un impatto significativo sulle attività quotidiane dell'individuo. Le limitazioni intellettuali sono generalmente identificate attraverso il punteggio di un test di intelligenza (quoziente intellettivo o QI) che è di solito inferiore a una certa soglia, come un punteggio inferiore a 70. La diagnosi richiede una valutazione completa non solo delle abilità intellettuali ma anche delle capacità adattive dell'individuo.
- **Disturbi dello Spettro dell'Autismo:** è un disturbo caratterizzato da difficoltà nella comunicazione sociale, nell'interazione sociale e dalla presenza di comportamenti ripetitivi o ristretti. Può variare da lieve, moderato a grave e può presentarsi con una vasta gamma di sintomi.
- **DSA (disturbi specifici dell'apprendimento):** questi disturbi includono la dislessia (difficoltà nella lettura), la discalculia (difficoltà nella matematica) e la disgrafia (difficoltà nella scrittura), che possono influenzare l'acquisizione delle abilità accademiche.
- **Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD):** Caratterizzato da sintomi di disattenzione, iperattività e impulsività che interferiscono con il funzionamento quotidiano e lo sviluppo. L'ADHD inizia di solito durante l'infanzia e può persistere anche in età adulta. Questi sintomi interferiscono con la capacità della persona di concentrarsi, completare compiti e mantenere l'attenzione, influenzando così la vita scolastica, lavorativa e le relazioni interpersonali. Questo disturbo porta a non pensare alle conseguenze delle proprie azioni, si ha una bassa tolleranza alla frustrazione e difficoltà a modificare il loro comportamento sulla base dei loro errori. Queste caratteristiche possono essere presenti in proporzioni variabili.
- **Disturbi del linguaggio:** questi disturbi coinvolgono difficoltà nella produzione e comprensione del linguaggio, come il disturbo della comunicazione sociale, che

riguarda difficoltà nella comprensione e nell'uso del linguaggio verbale e non verbale.

- Disturbi motori: che comprendono disturbi come la sindrome di Tourette, cioè una condizione neurologica caratterizzata da tic motori e vocali cronici o il disturbo da tic caratterizzato da movimenti involontari e vocalizzazioni che possono essere intermittenti e transitori.

3.20: Differenza tra i disturbi del neurosviluppo e quelli comportamentali

I disturbi del neurosviluppo sono una categoria di condizioni psicologiche che differiscono da quelli comportamentali per la loro natura e caratteristiche. Talvolta i due termini sono usati impropriamente come intercambiabili ma fanno riferimento a insiemi ben definiti con specifiche descritte dettagliatamente nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, il DSM-5. La confusione può derivare dall'apparente sovrapposizione nei sintomi e nei comportamenti dei disturbi delle due categorie.

Le manifestazioni comportamentali simili riguardano, per esempio:

1. **Aggressività:** L'aggressività è un comportamento che può essere osservato in una varietà di disturbi, inclusi disturbi del comportamento dirompente come il disturbo oppositivo-provocatorio e disturbi del neurosviluppo come il disturbo dello spettro autistico. Nei disturbi del comportamento dirompente, l'aggressività può manifestarsi come una risposta diretta alla frustrazione o al conflitto interpersonale. Nei disturbi del neurosviluppo, l'aggressività può essere espressa in risposta a stimoli sensoriali intensi, difficoltà nella comunicazione o nel comprendere le norme sociali.
2. **Irritabilità:** Anche l'irritabilità è un sintomo che può essere presente in una gamma di disturbi, inclusi disturbi del comportamento dirompente e disturbi del neurosviluppo. Nei disturbi del comportamento dirompente, l'irritabilità può essere associata a un basso livello di tolleranza alla frustrazione e può manifestarsi come reazioni esagerate a situazioni stressanti o a richieste di adattamento. Nei disturbi del neurosviluppo, l'irritabilità può essere legata a difficoltà sensoriali, comunicative o di regolazione emotiva.

3. Impulsività: L'impulsività è un'altra caratteristica che può essere presente in entrambi i tipi di disturbi. Nei disturbi del comportamento dirompente, l'impulsività può manifestarsi come azioni impulsive senza pensarci, come interrompere gli altri o comportamenti rischiosi. Nei disturbi del neurosviluppo, l'impulsività può essere legata a difficoltà nel pianificare e nel prevedere le conseguenze delle proprie azioni, come nel disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD).

Ad esempio, l'ADHD può manifestarsi attraverso comportamenti impulsivi, che possono essere erroneamente attribuiti a un disturbo comportamentale. Tuttavia, è cruciale comprendere che l'ADHD è un disturbo del neurosviluppo con basi neurobiologiche, mentre i disturbi comportamentali sono solitamente legati a fattori ambientali o esperienze traumatiche.

Le manifestazioni comportamentali simili possono, quindi, rendere difficile distinguere tra disturbi del comportamento dirompente e disturbi del neurosviluppo perché queste caratteristiche possono essere presenti in entrambi i tipi di disturbi e possono variare notevolmente da individuo a individuo.

Altro elemento che spesso può indurre in errore è la loro età di insorgenza: entrambi tendono a manifestarsi o a destare le prime preoccupazioni soprattutto durante l'infanzia e l'età scolare.

Inoltre, sia i disturbi del neurosviluppo che i disturbi del comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta possono portare a problemi scolastici.

I disturbi del neurosviluppo come il disturbo dello spettro autistico, il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) e i disturbi specifici dell'apprendimento possono influenzare negativamente le abilità accademiche di un individuo. Ad esempio, i bambini con ADHD possono avere difficoltà a mantenere l'attenzione in classe e a completare i compiti e quelli con disturbi specifici dell'apprendimento come la dislessia possono avere difficoltà nella lettura e nella scrittura.

Anche i comportamenti disturbanti e oppositivi tipici dei soggetti con disturbi del comportamento che possono interferire con il successo accademico. Ad esempio, i bambini con disturbo da condotta possono essere disubbidienti, disobbedienti e ostili

verso gli insegnanti e i compagni di classe, rendendo difficile l'apprendimento e la partecipazione in classe.

Le due categorie diagnostiche, disturbi del comportamento dirompente e disturbi del neurosviluppo, differiscono principalmente per la loro origine, le loro caratteristiche principali e il loro impatto sul funzionamento globale dell'individuo.

In particolare:

1. ORIGINE E CAUSE SOTTOSTANTI:

- Disturbi del comportamento: questi disturbi hanno spesso cause multifattoriali e possono essere influenzati da una combinazione di fattori genetici, ambientali e psicologici. Alcuni dei fattori di rischio nella loro insorgenza includono l'esposizione a eventi traumatici, l'instabilità familiare, l'abuso di sostanze, l'influenza di modelli di comportamento negativi e la mancanza di un ambiente di supporto emotivo.
- Disturbi del neurosviluppo: questi disturbi hanno radici principalmente neurobiologiche e possono essere attribuiti a variazioni nello sviluppo del sistema nervoso centrale. Coinvolgono spesso difetti strutturali o funzionali nel cervello e possono influenzare una vasta gamma di abilità cognitive, linguistiche, sociali e motorie. Sono così chiamati proprio perché si riferiscono a condizioni che coinvolgono il sistema nervoso centrale durante il periodo dello sviluppo. Questi disturbi emergono durante la fase di crescita e sviluppo del cervello, che inizia prima della nascita e continua attraverso l'infanzia e l'adolescenza.

2. CARATTERISTICHE PRINCIPALI:

- Disturbi del comportamento: le caratteristiche principali includono comportamenti oppositivo-provocatorie, irascibilità, aggressività, disobbedienza e violazione delle regole sociali. Questi disturbi si manifestano spesso come conflitti interpersonali, comportamenti disturbanti a scuola o a casa, e possono essere associati a problemi di adattamento sociale.
- Disturbi del neurosviluppo: le caratteristiche principali variano a seconda del disturbo specifico, ma possono includere difficoltà nella comunicazione sociale,

comportamenti ripetitivi o ristretti, deficit nell'attenzione e nell'autoregolazione, e difficoltà motorie o di apprendimento.

3. IMPATTO SUL FUNZIONAMENTO GLOBALE:

- Disturbi del comportamento: questi disturbi possono influenzare negativamente il funzionamento globale dell'individuo, interferendo con il successo accademico, le relazioni interpersonali, l'occupazione e il benessere emotivo.
- Disturbi del neurosviluppo: questi disturbi possono avere un impatto significativo sul funzionamento globale, influenzando una vasta gamma di abilità e comportamenti. Possono presentarsi con sfide che vanno dalla comunicazione e dall'interazione sociale, all'acquisizione delle abilità accademiche e all'indipendenza quotidiana.

Una valutazione approfondita che prende in considerazione i sintomi specifici, il contesto di sviluppo e altri fattori individuali e sociali è essenziale per una diagnosi accurata e per l'implementazione di un piano di trattamento mirato.

3.21: Disturbi comportamentali negli adulti

I disturbi del comportamento negli adulti sono spesso diagnosticati sulla base delle manifestazioni comportamentali che causano problemi nei loro ambienti familiari e lavorativi e alterazioni nella sfera affettiva, cognitiva e sociale. Presentano principalmente sintomi emotivi e fisici riconducibili a quadri più complessi ed articolati di disordine mentale, demenza o disturbi di personalità. Spesso hanno come conseguenza la difficoltà a mantenere il posto di lavoro, l'instabilità nelle relazioni interpersonali e l'incapacità di assumersi le responsabilità tipiche dell'età.

Alcuni di questi disturbi non sono legati a condizioni pregresse infantili ma a condizioni successive come eventi traumatici, abuso di sostanze, bassa autostima o coinvolgimento in attività criminali.

Tra i principali disturbi del comportamento degli adulti ci sono:

- DISTURBO DELLA CONDOTTA

Il disturbo della condotta è un tipo di disturbo del comportamento che si manifesta tipicamente durante l'età infantile e si manifesta attraverso atti di disobbedienza, trasgressione delle regole e scarsa attenzione per i diritti degli altri.

Negli adulti il disturbo della condotta inizia a presentarsi nella tarda adolescenza con comportamenti che sfidano le regole, condotte antisociali e la mancanza di empatia.

Con il passare del tempo gli adulti potrebbero attuare condotte criminali come rubare, minacciare, violare le proprietà private, manifestare violenza fisica o aggressività verbale in forme spesso esagerate e prive di reali motivazioni.

- **DISTURBO OPPOSITIVO PROVOCATORIO**

I disturbi del comportamento oppositivo provocatorio negli adulti si presentano con i seguenti sintomi:

- facile irascibilità e irrequietezza;
- bassa soglia di tolleranza della frustrazione;
- litigi frequenti per motivi futili;
- comportamenti vendicativi;
- bassa autostima.

Durante l'infanzia i bambini tendono a fare capricci e avanzare richieste nella speranza di vedere soddisfatti i loro desideri. Quando però agiscono sistematicamente per ottenere ciò che vogliono inscenando una messa in discussione delle regole e dell'autorità genitoriale allora è possibile interpretare questi comportamenti come segnali di un disturbo oppositivo provocatorio. Se questi atteggiamenti non vengono trattati durante l'infanzia o sono sottovalutati è possibile che persistano anche nell'età adulta.

- **DISTURBI DI PERSONALITÀ**

Quando si parla di disturbi del comportamento negli adulti non si può tralasciare l'importanza che assumono i disturbi di personalità. Nel Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali (DSM) i disturbi di personalità sono classificati sulla base delle caratteristiche comportamentali più evidenti nel soggetto adulto.

Per diagnosticare i disturbi del comportamento negli adulti è dunque necessario fare riferimento ai disturbi di personalità che si cominciano a manifestare solo al termine della tarda adolescenza. I bambini con disturbi della condotta non trattati efficacemente con molte probabilità nell'età adulta vanno incontro allo sviluppo di alcuni disturbi di personalità.

In particolare tra questi ci sono il disturbo antisociale di personalità, il disturbo borderline e il disturbo ossessivo compulsivo.

- **DISTURBO ANTISOCIALE**

Il termine antisociale fa riferimento alla costante e ripetuta trasgressione delle norme da parte di un soggetto. Solitamente chi soffre del disturbo antisociale di personalità manifesta una scarsa propensione all'empatia e non sviluppa sensi di colpa in seguito ad una intenzionale condotta antisociale.

Se durante l'infanzia erano presenti disturbi della condotta è più probabile che nell'età adulta si vada incontro allo sviluppo di un disturbo antisociale di personalità.

Dal punto di vista delle relazioni interpersonali gli adulti con questi disturbi del comportamento sono distaccati, freddi e indifferenti e per questo motivo possono spesso apparire come noncuranti dei rapporti e poco capaci di amare.

- **DISTURBO BORDERLINE**

Il disturbo borderline di personalità è uno dei disturbi del comportamento che si presenta negli adulti con manifestazioni comportamentali ambivalenti e contraddittorie.

Il segno distintivo in questo caso è l'impulsività che possiamo trovare nelle scelte avventate e poco ponderate così come negli atteggiamenti di scarso controllo degli impulsi.

Un bambino che abbia sofferto di ADHD potrebbe con buone probabilità sviluppare da adulto un disturbo borderline di personalità. Gli adulti con questi disturbi del comportamento sono poco affidabili nei contesti lavorativi e spesso tendono a cambiare lavoro frequentemente.

Anche nelle relazioni interpersonali hanno comportamenti di eccessiva vicinanza che si alternano a condotte di distanza fisica ed emotiva apparentemente senza alcun motivo razionale.

- **DISTURBO OSSESSIVO**

Il disturbo ossessivo di personalità si presenta come un insieme di condotte finalizzate ad esercitare un eccessivo controllo sulle azioni, sui pensieri e sugli affetti.

Anche in questo caso è possibile che questi disturbi del comportamento si presentino in quegli adulti che durante l'infanzia hanno dovuto trovare delle strategie per difendersi dallo scarso autocontrollo degli impulsi come, ad esempio, in conseguenza ad un disturbo oppositivo provocatorio.

In contrapposizione a questi sintomi pregressi nel corso dello sviluppo potrebbe nascere il desiderio dell'ipercontrollo ossessivo in ogni ambito della vita.

Il soggetto che soffre di questo disturbo di personalità può cercare costantemente segnali di approvazione, stima e rispetto da parte degli altri. Quando non ottiene questi riscontri potrebbe sviluppare comportamenti aggressivi e indesiderati.

CAPITOLO 4: TRATTAMENTO DEI DISTURBI COMPORTAMENTALI

4.1: Disturbi del comportamento: come intervenire

Ogni sintomo dei disturbi del comportamento ha una sua differente modalità di intervento:

- **Deliri:** non contraddire, non deridere e non cercare di convincere la persona che ciò che crede non è reale, in quanto questo aumenterebbe la sua paura, la rabbia e l'angoscia. Occorre inoltre rispettare le sue convinzioni, sapendo che queste rispondono ad esigenze emotive altrimenti non gestibili in presenza di gravi deficit cognitivi.
- **Allucinazioni:** è fondamentale cercare di riportare la persona al contatto con la realtà con un atteggiamento rassicurante e protettivo, ascoltando e mostrando comprensione. Se vi è consapevolezza, è bene aiutarla a superare l'angoscia e valorizzare le aree di funzionamento integre.
- **Depressione:** sono sempre utili i rinforzi positivi per aumentare l'autostima, ma anche stimolare attività ed occupazioni e far sentire utile la persona, gratificandola e valorizzandone il ruolo attivo.
- **Ansia:** evitare sempre di dire alla persona se deve arrivare qualcuno oppure se deve fare attività particolari, avvisandola solo quando è il momento di prepararsi. Ma anche cercare di tenerla impegnata in attività quotidiane, che gli facciano vivere momenti di gratificazione riducendo la noia e la frustrazione.
- **Apatia:** rispettare i suoi tempi e prevedere dei momenti di pausa/recupero, oltre a stimolarla in ogni occasione cercando di attirare la sua attenzione su quelle attività precedentemente predilette.
- **Agitazione, aggressività e irritabilità:** la prima cosa da fare è ridurre le situazioni che la persona potrebbe vivere come minacciose, stando attenti a non rimarcare le difficoltà e non rimproverarla. Inoltre, è bene distrarla, attirando l'attenzione su stimoli piacevoli.
- **Vagabondaggio/Wandering:** il tentativo di limitare questo comportamento può essere scorretto e scatenargli aggressività e agitazione: per questo è bene

assecondare l'esigenza, accettando e creando un ambiente sicuro. Sorvegliando la persona.

- Disturbi alimentari: evitare di lasciare nell'ambiente cibo che il soggetto non deve mangiare, preparando pasti adeguati, i quali devono essere "ritualizzati".
- Sindrome del tramonto: è fondamentale ridurre richieste e stimoli ed aumentare l'illuminazione, evitando che si creino zone d'ombra, rifrangenze o abbagliamento.

4.2: Diagnosi dei disturbi del comportamento

Alcune difficoltà nella regolazione del comportamento possono essere osservate già durante l'età prescolare. Questo è un aspetto molto importante in quanto può permettere al genitore, o agli altri adulti che si prendono cura del minore, di attivare interventi tempestivi. I disturbi del comportamento possono certamente essere trattati, e più il trattamento è precoce, maggiori saranno le probabilità che vi sia un'evoluzione rispetto al disturbo e, di conseguenza, una prognosi migliore. Quindi, riconoscere precocemente i disturbi del comportamento è essenziale per intervenire in modo efficace e promuovere il benessere della persona.

Conoscere e riconoscere i disturbi del comportamento, aiuta chi assiste a:

- individuare le strategie più corrette per prevenirne l'insorgenza (quando è possibile)
- limitarne la frequenza e la gravità
- adottare le più appropriate strategie di approccio e comunicazione
- prevenire situazioni di potenziale rischio per la persona malata e per chi la assiste
- evitare/limitare reazioni catastrofiche

La diagnosi richiede una valutazione approfondita da parte di professionisti qualificati, come psicologi, psicoterapeuti o neuropsichiatri infantili. Questo processo include colloqui clinici, osservazione diretta e talvolta test specifici per valutare la gravità dei sintomi.

I professionisti sanitari utilizzano il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM) come linea guida per confrontare i sintomi manifestati dalla persona con i criteri stabiliti per specifici disturbi comportamentali. Durante le interviste, il professionista raccoglie informazioni dettagliate su:

- la storia del comportamento del bambino o dell'adulto
- le prestazioni scolastiche
- le interazioni familiari e sociali.

Test supplementari possono includere valutazioni neuropsicologiche per escludere altre condizioni mediche che potrebbero influenzare il comportamento. Una diagnosi accurata è fondamentale per determinare il percorso terapeutico più efficace.

4.3: Terapie dei disturbi comportamentali

L'intervento deve essere centrato sull'attivazione delle risorse e dei fattori protettivi del bambino a diversi livelli: personale, familiare, amicale e scolastico. Avrà come obiettivo quello di potenziare le abilità di gestione dell'impulsività, il miglioramento delle abilità sociali o la riduzione dei comportamenti aggressivi. Può essere individuale oppure di gruppo ed è gestito da un team multidisciplinare, che può includere psicologi, neuropsichiatri infantili e terapisti comportamentali.

I moduli che compongono l'intervento terapeutico in presenza di un disturbo del comportamento sono:

- Psicoeducazione al disturbo: conoscere le principali caratteristiche del disturbo e migliorare la consapevolezza dei fattori che influenzano il comportamento può aiutare il minore a comprendere meglio sé stesso e ad adottare strategie più efficaci per affrontare le sfide
- Cambiamento dei modelli di pensiero: aiutare il minore a identificare e modificare i pensieri disfunzionali che influenzano il comportamento problematico. Questo può coinvolgere l'apprendimento di strategie di ristrutturazione cognitiva per sostituire i pensieri negativi con pensieri più adattivi e realistici

- Tecniche per la riduzione della disregolazione emotiva e dell'impulsività: insegnare strategie per imparare a riconoscere e gestire le proprie emozioni così da diminuire la loro intensità e le conseguenti crisi comportamentali. Inoltre, il minore acquisirà competenze per migliorare la tolleranza alla frustrazione
- Apprendimento di nuove abilità comportamentali: insegnare al minore abilità pratiche per affrontare le situazioni in modo più efficace, come la risoluzione dei problemi, la gestione delle emozioni, la comunicazione assertiva e l'autocontrollo
- Coinvolgimento della famiglia: coinvolgere la famiglia nel processo terapeutico, fornendo supporto, istruzioni e strategie per sostenere il bambino/ragazzo nel cambiamento comportamentale. La collaborazione con la famiglia è essenziale per garantire un ambiente di supporto, coerenza, prevedibilità e stabilità. Inoltre, fornisce una visione completa del comportamento del paziente in diversi ambienti.

Tali moduli verranno poi adattati a seconda della fase di sviluppo in cui si trova il minore e del disturbo diagnosticato.

Il trattamento dei disturbi comportamentali è personalizzato e può variare in base alla tipologia e alla gravità del disturbo, ma possono includere percorsi di psicoterapia individuali, familiari o di gruppo per migliorare la gestione delle emozioni e il rispetto delle regole.

Durante questi percorsi è fondamentale il supporto educativo, attraverso interventi di parent training per genitori e formazione per gli insegnanti in merito alle strategie comportamentali efficaci. Gli approcci terapeutici includono spesso la psicoterapia. Nei casi più gravi, il neuropsichiatra può valutare l'utilizzo di farmaci per disturbi concomitanti quali ADHD, depressione o ansia. Inoltre, interventi educativi e di supporto sono essenziali per sviluppare competenze sociali e comportamentali e per offrire sostegno a pazienti e famiglie.

Il monitoraggio continuo dell'andamento del trattamento è vitale, con un'attenzione alla necessità di un follow-up regolare per assicurarsi che il trattamento sia il più efficace possibile.

Tabella 8

Tipo di Intervento	Tipi di Terapia	A cosa serve
Psicoterapia	Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT)	Aiuta a identificare e modificare pensieri e comportamenti disfunzionali.
	Terapia comportamentale	Utilizzata soprattutto nei bambini. Prevede: <ul style="list-style-type: none"> • il rinforzo dei comportamenti positivi • l'apprendimento di competenze sociali.
	Terapia familiare	Coinvolge i membri della famiglia nel processo terapeutico per migliorare la dinamica e il sostegno familiare.

Tipo di Intervento	Tipi di Terapia	A cosa serve
Farmacoterapia	Antidepressivi	Utilizzati per trattare depressione o ansia.
	Stabilizzatori dell'umore	Utili in caso di sbalzi emotivi estremi.
	Antipsicotici	<p>A volte utilizzati per trattare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • comportamenti aggressivi • gravi disturbi comportamentali.
Interventi Educativi e di Supporto	Piani educativi personalizzati	Necessari per bambini con difficoltà comportamentali a scuola.
	Gruppi di supporto per pazienti e famiglie	Fondamentali per condividere esperienze e strategie di coping.

Tipo di Intervento	Tipi di Terapia	A cosa serve
Modifiche Ambientali	Adattamento dell'ambiente	Sono mirati a: <ul style="list-style-type: none"> • facilitare comportamenti più funzionali • ridurre i fattori scatenanti di comportamenti problematici.
Strategie di Gestione dello Stress e di Rilassamento	Meditazione e yoga	Contribuiscono a controllare i sintomi associati ai disturbi del comportamento.

4.4: La terapia cognitivo-comportamentale

La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) è un tipo di psicoterapia basata sull'idea che pensieri, emozioni e comportamenti siano interconnessi e che cambiando i pensieri negativi o disfunzionali si possa migliorare il benessere emotivo e modificare i comportamenti problematici.

La CBT è ampiamente utilizzata per trattare una vasta gamma di disturbi psicologici e del comportamento, tra cui depressione, ansia, disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), fobie, disturbo da stress post-traumatico (PTSD), e disturbi alimentari.

4.5: La terapia familiare o sistemica

La terapia familiare è un tipo di psicoterapia che coinvolge i membri di una famiglia per migliorare le dinamiche relazionali, risolvere conflitti e affrontare problematiche che riguardano uno o più componenti del nucleo familiare.

L'obiettivo principale della terapia familiare è promuovere la comunicazione, l'empatia e la comprensione reciproca tra i membri della famiglia, creando un ambiente che supporti il benessere individuale e collettivo.

4.6: Gestione del disturbo del comportamento

È importante mantenere la calma e offrire un ambiente strutturato e prevedibile. Rinforzare i comportamenti positivi e stabilire regole chiare aiuta a gestire le situazioni difficili. Collaborare con specialisti, come terapeuti o insegnanti, può supportare il bambino nel migliorare le sue abilità sociali ed emotive.

Un corretto atteggiamento ed un corretto modo di comunicare con la persona malata possono contribuire in modo significativo a mitigare il disturbo del comportamento:

- Ascoltare in modo partecipe ed attento ciò che la persona esprime: sentirsi ascoltata la aiuterà molto ad attenuare la sua ansia.
- Assumere espressioni rassicuranti ed un tono di voce calmo: la persona si sentirà compresa e non sarà influenzata dalla nostra stessa paura.
- Utilizzare una gestualità lenta e tranquilla: evitare movimenti bruschi aiuterà la persona a non interpretare i gesti come minacciosi o violenti.
- Introdurre in modo garbato elementi di realtà: come ad esempio dei riferimenti spazio-temporali, informazioni rispetto la propria identità e il proprio ruolo). Aiuterà la persona a riorientarsi.
- Offrire delle alternative con tatto e pazienza: come, ad esempio, offrendo un cibo o un'attività gradita. Aiuterà la persona a spostare gradualmente l'attenzione dalla situazione che ha scatenato il problema per dirigerla verso situazioni più piacevoli e gradite.

- Evitare di discutere, contrastare, ostacolare: più la persona si sentirà osteggiata, maggiore sarà il suo bisogno di affermare e rafforzare le convinzioni che l'hanno portata a reagire in modo catastrofico, la sua rabbia anziché diminuire aumenterà.
- Se ci sono più persone presenti lasciare che sia una sola ad interagire con il malato: le comunicazioni a più voci potrebbero spaventare la persona ed aumentare la sua volontà di difendersi
- Non ritenersi mai personalmente presi di mira: la persona malata può essere presa da false convinzioni che toccano da vicino chi assiste (ad esempio nei deliri di furto) e che spesso mettono a dura prova. In queste situazioni è importante tenere presente che il disturbo del comportamento è parte integrante della malattia e, come tale, non è mai da ritenere una presa di posizione intenzionale.

Non sempre gli sforzi di chi assiste sono sufficienti ad evitare che alcune situazioni esplodano, in questi casi è bene rivolgersi al medico specialista per verificare assieme a lui se è opportuno un intervento farmacologico.

La “reazione catastrofica” è un termine tecnico che indica un comportamento della persona malata che ai nostri occhi è sproporzionato, rispetto a quanto sta avvenendo. Le cause potrebbero essere fisiche o ambientali.

È opportuno analizzare la situazione per individuare e rimuovere l'eventuale causa scatenante. Osservare ed analizzare la situazione aiuta a capire quali potrebbero essere le eventuali cause scatenanti sulle quali intervenire.

Esaminare la situazione e trovare la costante rispetto a:

- DOVE

Comprendere se la causa scatenante il comportamento sia legata ad un particolare luogo di cui si analizzeranno le caratteristiche (è un luogo familiare, non familiare, rumoroso, disordinato, buio...).

- QUANDO

Comprendere se vi sia un momento particolare della giornata in cui si manifestano determinati comportamenti. Ad esempio: più spesso alla sera quando la persona è stanca,

prima di pranzo quando magari ha appetito, al risveglio quando potrebbe essere più confusa e disorientata.

- CON CHI

È possibile che alcune persone che interagiscono con il malato, formulino troppe richieste, abbiano un atteggiamento giudicante, o assomiglino a qualcuno di sgradito alla persona malata scatenando reazioni oppositive o aggressive.

- IN RAPPORTO A QUALE SITUAZIONE

Osservare se determinate situazioni si verificano frequentemente durante lo svolgimento di specifiche attività. (igiene personale, pranzo, televisione).

4.7: Terapia neuropsicomotoria

La terapia neuropsicomotoria è un intervento individuale, perciò personalizzato in base alle caratteristiche e i bisogni di ogni singolo bambino. È a mediazione corporea, si basa quindi sul gioco a valenza ludico-cognitiva, sulla relazione, e sul dialogo tonico tra terapeuta e bambino: il compito principale è quello di attivare il piacere senso-motorio, che garantisce un maggiore coinvolgimento nell'attività e di conseguenza un'alta motivazione, contribuendo alla strutturazione di un'immagine positiva di sé. Tutto questo porta ad un potenziamento in tutte le aree: motoria, percettiva, comunicativo-linguistica, emozionale, relazionale e cognitiva.

Attraverso un approccio globale e precoce, il TNPEE:

- sostiene l'integrazione delle funzioni motorie-percettive dando valore agli atti come rivelatori dei processi adattivi e mentali del bambino;
- promuove l'organizzazione delle competenze emergenti e la modificazione dei comportamenti atipici;
- sviluppa le potenzialità presenti ed accresce il senso di efficacia e l'autostima;
- sollecita i processi di riorganizzazione funzionale contribuendo alla regolazione e alla stabilizzazione di uno sviluppo armonico.

OBIETTIVO

Lo scopo di questo elaborato è di indagare la modalità con cui i vari stili di attaccamento riescano ad influenzare il funzionamento futuro dell'individuo nelle varie aree di vita condizionandone la qualità della vita.

In particolare, si indaga il collegamento presente tra gli stili di attaccamento e lo sviluppo di un disturbo comportamentale.

MATERIALI E METODI

È stata effettuata una revisione narrativa della letteratura, una tipologia di studio basata su un'analisi della letteratura scientifica riguardante un determinato argomento.

Per l'elaborazione di tale revisione narrativa sono stati utilizzati vari articoli reperibili su Pubmed, un motore di ricerca per la letteratura scientifica biomedica gestito dalla National Library of Medicine (NLM).

DISCUSSIONE

Nella seguente tabella vengono riportati vari articoli che analizzano le modalità con cui la genesi di problematiche comportamentali di varia natura sia legata agli stili di attaccamento sviluppati con il caregiver.

Tabella 9

Autori	Titolo	Metodi	Obiettivo
Rosenstein, D. S., & Horowitz, H. A... (1996).	Attaccamento e psicopatologia adolescenziale.	Utilizzo di un gruppo di 60 adolescenti ospedalizzati psichiatricamente. La concordanza della classificazione dell'attaccamento è stata esaminata in 27 coppie adolescenti-madre.	Esaminare le relazioni tra la classificazione dell'attaccamento, la psicopatologia e i tratti della personalità.
Isabella Laporta-Herrero, Ignacio	Attaccamento, apprezzamento del	Utilizzo di un campione comprendente 260	Determinare il legame tra lo stile di

Jáuregui-Lobera, Eduardo Serrano-Troncoso, Miguel Garcia-Argibay, Mari Carmen Cortijo-Alcarria, Miguel-Angelo Santed-Germán.	corpo e qualità della vita dell'immagine corporea negli adolescenti con disturbi alimentari.	adolescenti (età M = 15,35, età SD = 1.461): 129 partecipanti non clinici e 131 adolescenti con disturbi alimentari che hanno ricevuto un trattamento in cinque unità di disturbi alimentari situate in diverse regioni della Spagna. Sono stati valutati tramite l'inventario dell'allegato genitore e pari (IPPA), la scala di apprezzamento del corpo (BAS) e l'inventario della qualità della vita dell'immagine corporea (BIQLI).	attaccamento dei genitori e l'apprezzamento del corpo negli adolescenti con e senza disturbi alimentari, ed esplorare l'associazione tra attaccamento, aspetti positivi dell'immagine del corpo e qualità dell'immagine corporea della vita.
Ching-Lin Wu, Yi-Ting Huang, Pin-Yu Wang, Categoria: Hsueh-Chih Chen.	Attaccamento genitore-figlio come mediatore della relazione tra stile genitoriale e gelotofobia tra gli adolescenti.	Analisi delle relazioni tra la gelotofobia, la genitorialità percepita dei figli e l'attaccamento genitore-figlio, nonché il ruolo di mediazione dell'attaccamento tra la genitorialità e la gelotofobia dei bambini, utilizzando un campione di 373 studenti delle scuole superiori.	Comprendere se è lo stile della genitorialità o l'esito della genitorialità (cioè l'attaccamento) ad influenzare la gelotofobia di un bambino.
Tamme W Goecke, Gudrun I Schöberl,	Lo stile di attaccamento materno e il suo benessere perinatale	Utilizzo di uno studio prospettico con 161 donne primipare;	Valutare se la depressione materna e le sue rappresentazioni

Matthias W Beckmann , Andrea M Beetz.	influenzano lo sviluppo della prima infanzia	tramite questionari standardizzati durante il terzo trimestre, sono stati valutati 3 settimane, 6 mesi e 18 mesi post partum, attaccamento prenatale della madre al nascituro, il suo stile di attaccamento generale e la depressione post-partum nonché la disregolazione del bambino a 18 mesi.	di attaccamento influenzino lo sviluppo del bambino.
Giulia Bassi, Elisa Mancinelli, Silvia Spaggiari, Adriana Lis, Silvia Salcuni, Daniela Di Riso	Lo stile di attaccamento e le sue relazioni con i primi ricordi di ansia da separazione e sintomi di ansia da separazione degli adulti tra gli adulti emergenti.	Utilizzo di un campione comunitario di N = 394 adulti emergenti italiani (Mage = 23.64, SD = 4,00, 70% femmine) che ha completato le misure di auto-relazione. L'età e il sesso sono stati inclusi come covariate.	Analizzare l'influenza dei ricordi retrospettivi associati ai sintomi dell'ansia da separazione infantile sugli stili di allegamento romantici degli adulti emergenti rispetto a quelli di attaccamento ansioso, compresi i sintomi dell'ansia da separazione degli adulti come mediatori.
Andra-Iuliana Tanase, Amelia-Damiana Trifu, Simona Trifu.	L'impatto della depressione sui meccanismi di difesa negli adulti: il ruolo moderato dello stile di attaccamento.	Utilizzo di un campione comunitario che ha completato misure standardizzate per valutare i sintomi depressivi, i meccanismi di difesa (maturi, nevrotici, immaturi) e le dimensioni di	Analizzare le associazioni tra gravità della depressione, meccanismi di difesa e stili di attaccamento degli adulti, esplorando potenziali effetti di moderazione del genere.

		attaccamento (ansioso, evitante).	
Björn Meyer, Paul A Pilkonis, Christopher G Beevers.	Cosa c'è in una faccia (neutra)? Disturbi della personalità, stili di attaccamento e valutazione di segnali sociali ambigui.	Utilizzo di questionari completati da 176 studenti universitari che misurano gli stili di attaccamento e le caratteristiche del disturbo di personalità, e ciascuno studente ha valutato 10 volti emotivamente neutri su 18 dimensioni di valutazione bipolare.	Analizzare se le variazioni di attaccamento insicuro nei disturbi borderline, evitanti e di personalità schizoidica influenzano il modo in cui gli altri sono percepiti o valutati.
Andrzej Śliwerski, Karolina Kossakowska, Karolina Jarecka, Giulita Świtalska, Eleonora Bielawska-Batorowicz.	L'effetto della depressione materna sull'attaccamento infantile: una revisione sistematica.	Lo studio ha seguito le linee guida di dichiarazione Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). È stata condotta una ricerca di letteratura sui database EBSCO (Academic Search Complete; Health Source: Nursing/Academic Edition; MEDLINE; PsycARTICLES) e sui database PubMed, con <i>attaccamento infantile</i> E <i>depressione</i> come termini di ricerca con gli operatori booleani. La progettazione dello studio o la dimensione del campione non	Riassumere i risultati chiave degli studi empirici che valutano l'influenza della depressione materna sulla sicurezza dell'attaccamento dei bambini misurata prima di 24 mesi dopo la nascita.

		hanno influenzato l'inclusione. Dopo la proiezione, 29 delle 1510 pubblicazioni uniche originariamente identificate sono state incluse nella revisione.	
Yuchen Li, Luming Liu, Wenchao Wang.	Differenze di sesso nella relazione tra la vittima del bullismo scolastico e il complesso disturbo da stress post-traumatico: i ruoli dell'attaccamento insicuro.	Lo studio <i>age</i> ha valutato la vittimizzazione del bullismo, l'orientamento all'attaccamento e i sintomi del CPTSD (cioè i sintomi del PTSD e i sintomi del DSO) in 675 studenti universitari (65,2% femmine; $M_{età} = 19,6$, $SD = 1.34$) dalla Cina che avevano riportato esperienze di bullismo in due diversi punti temporali, a 6 mesi di distanza.	Analisi del ruolo di mediazione dell'attaccamento insicuro tra la vittimizzazione del bullismo scolastico e i sintomi del CPTSD nei maschi e nelle femmine.
Grzegorz Iniewicz, Karolina Dziekan, Dominika Wiśniewska, Agnieszka Czuszkiewicz.	Modelli di attaccamento e ansia negli adolescenti affetti da disturbi misti di condotta ed emozioni.	Sia il gruppo clinico che quello di controllo hanno completato lo strumento di legame parentale e l'inventario dell'ansia da tratto statale. Il primo questionario misura lo stile genitoriale come percepito dal bambino, è costituito da due scale: cura e controllo. La seconda la condizione temporanea	Analisi sui modelli di attaccamento e sull'ansia negli adolescenti affetti da disturbi contrastanti di condotta ed emozioni.

		di "ansia di stato" e la qualità più generale e di lunga data di "ansia da tratto".	
Steven A Branstetter, Wyndol Furman, Lesley Cottrell.	L'influenza delle rappresentazioni di attaccamento, la qualità della relazione materno-adolescente e il monitoraggio materno sull'uso di sostanze adolescenti: un esame longitudinale di 2 anni.	Utilizzo di un campione di 200 adolescenti (M = 14-16 anni), le loro madri e gli amici intimi sono stati valutati in 2 anni.	Analisi delle ipotesi secondo cui le rappresentazioni più sicure degli attaccamenti ai genitori siano associate al minor consumo di sostanze adolescenti nel tempo e che questo legame venga mediato attraverso la qualità e il monitoraggio delle relazioni.
Marc-Andre Wulf, Jennifer Machado Apolinário, Wolfgang Tress.	L'influenza delle dimensioni dell'attaccamento "ansia" ed "evitamento" sulle denunce psicosomatiche.	Prima di un colloquio diagnostico iniziale, 166 pazienti di un reparto ambulatoriale psicosomatico sono stati testati con i questionari ECR-RD e SCL-90-R. È stato utilizzato un modello di due dimensioni di attaccamento latente, paura (BANG) ed evitamento (BVER) in relazioni strette, alla base delle scale dell'ECR-RD (Ehrental et al. 2009). Il GSI è stato scelto come un buon valore globale convalidato da SCL-90-R (Franke	Analisi della misura in cui l'ansia legata all'attaccamento e l'evitamento sono correlati con l'intensità dei reclami psicosomatici.

		2002) per misurare la pressione psicosomatica causata da reclami.	
Maria Licata, Anna-Lena Zietlow, Birgit Träuble, Beate Sodian, Reck di Corinna.	Disponibilità emotiva materna e la sua associazione con la psicopatologia materna, l'insicurezza dello stile di attaccamento e la teoria della mente.	Utilizzo di un campione composto da 56 madri e dai loro figli in età prescolare. A metà delle madri è stata diagnosticata la depressione post-partum e o disturbi d'ansia secondo il DSM-IV, e l'altra metà erano controlli sani.	Analisi di diverse caratteristiche materne, vale a dire la psicopatologia materna, l'insicurezza dello stile di attaccamento materno e la teoria della mente (ToM), come possibili fattori che influenzano la disponibilità emotiva materna.
Maja Gregersen, Ditte Ellersgaard, Anne Søndergaard, Camilla Christiani, Nicoline Hemager, Katrine Søborg Spang, Birgitte Klee Burton, Md Jamal Uddin, Jessica Ohland, Ditte Gantriis, Aja Greve, Carsten Hjorthøj, Ole Mors, Kerstin Jessica Plessen, Merete Nordentoft, Lars Clemmensen, Jens Richardt Møllegaard Jepsen, Anne Amalie Elgaard Thorup.	Rappresentazioni di attaccamento nei bambini di 7 anni ad alto rischio familiare di schizofrenia o disturbo bipolare: Associazioni con disturbi mentali e funzionamento quotidiano.	Confronto tra le rappresentazioni di attaccamento in un campione danese di 482 bambini di età compresa tra 7 anni a rischio familiare di schizofrenia, disturbo bipolare e controlli basati sulla popolazione e associazioni esaminate tra attaccamento e disturbi mentali e funzionamento quotidiano. Le rappresentazioni di allegati sono state esaminate con il Story Stem Assessment Profile (SSAP). I disturbi mentali sono	Analisi delle rappresentazioni di attaccamento e dei loro correlati nei bambini nati da genitori con schizofrenia e disturbo bipolare.

		<p>stati accertati nelle interviste diagnostiche. Il funzionamento quotidiano è stato valutato con la scala di valutazione globale dei bambini.</p>	
<p>Klemfuss, J. Z., Wallin, A. R., & Quas, J. A. (2018).</p>	<p>Attaccamento, caos domestico e salute dei bambini</p>	<p>Valutazioni delle associazioni dirette e interattive di attaccamento dei genitori e caos domestico con la salute mentale e fisica dei bambini in età prescolare attraverso la compilazione da parte di novantaquattro genitori di questionari sui loro stili di attaccamento, disorganizzazione e confusione in casa, e il funzionamento della salute dei loro figli.</p>	<p>Analisi di come i fattori sociocontestuali e il funzionamento comportamentale dei bambini, in combinazione, si riferiscono a risultati di salute o variano attraverso il benessere mentale e fisico.</p>
<p>F Pedrosa Gil, R Rupprecht</p>	<p>Aspetti attuali della teoria dell'attaccamento e della psicologia dello sviluppo, nonché aspetti neurobiologici nei disturbi psichiatrici e psicosomatici.</p>	<p>Utilizzo di una revisione narrativa della letteratura.</p>	<p>Analisi dei principi di base della ricerca di attaccamento e la sua relazione e le implicazioni per i disturbi psichiatrici e psicosomatici.</p>
<p>Nicole Moriarty, Keith Gaynor, Elif Beyza Koş Yalvaç, Mujgan Inozu.</p>	<p>Il ruolo della disregolazione emotiva e dello stile di attaccamento come indicatori di sensibilità</p>	<p>Duecentoventisei partecipanti con i sintomi compulsivi ossessivi sono stati reclutati online e hanno compilato in forma</p>	<p>Esaminare se un modello costituito da disregolazione emotiva e relativi costrutti di capacità di regolazione delle emozioni, stili di</p>

	ossessiva dei sintomi compulsivi.	anonima 6 questionari. Il modello è stato testato attraverso regressioni lineari gerarchiche e analisi di mediazione. L'approvazione etica è stata concessa dall'University College Dublin's Ethics Committee. Lo studio ha utilizzato un disegno trasversale e la causalità non può essere derivata dai risultati. L'uso di scale di auto-report può consentire risposte di parte e un campione prevalentemente irlandese limita la generalizzabilità dello studio.	attaccamento e regolazione delle emozioni interpersonali prevedeva una gravità ossessiva dei sintomi compulsivi ed esaminare il ruolo di mediazione della disregolazione emotiva tra stile di attaccamento e DOC in un campione comunitario.
S Mathews, J Onwumere, S Bissoli, M Ruggeri, E Kuipers, L Valmaggia.	Misurazione dell'attaccamento e del legame genitoriale nella psicosi e nelle sue implicazioni cliniche.	Utilizzo di una revisione narrativa delle misure di attaccamento e legame genitoriale nella psicosi.	Integrare le recenti revisioni sistematiche fornendo una panoramica della teoria dell'attaccamento, la sua applicazione alla psicosi, compresa la comprensione dei problemi di misurazione e delle implicazioni cliniche offerte.
Jessica E Cooke, Nicole Racine, Andre Plamondon, Suzanne Dura, Sheri Madigan.	Esperienze infantili avverse materne, stile di attaccamento e salute mentale: percorsi di	I partecipanti sono stati le diadi madre-figlio 1994 da una coorte longitudinale	Per esaminare la cascata dalle esperienze infantili avverse delle madri al rischio di

	trasmissione ai problemi di comportamento dei bambini.	prospettica raccolta da gennaio 2011 a ottobre 2014. Le madri hanno riferito retrospettivamente le loro esperienze infantili avverse quando i bambini avevano 36 mesi di età. Quando i bambini avevano 60 mesi di età, le madri completavano le misure del loro stile di attaccamento, della depressione e dei sintomi dell'ansia e dei problemi comportamentali dei loro figli.	problemi comportamentali dei bambini a cinque anni di età, attraverso l'insicurezza dell'attaccamento delle madri e la salute mentale.
Natalie Barazzone, Ines Santos, Giovanni McGowan, Eloise Donaghay-Spire.	I legami tra attaccamento adulto e stress post-traumatico: una revisione sistematica.	Le ricerche sono state condotte utilizzando PsycINFO, Cochrane Library, Medline e Google Scholar per identificare gli studi empirici incentrati sul PTS negli adulti.	Sintetizzare, descrivere e criticare le prove che dimostrano i legami tra attaccamento e PTS negli adulti. Inoltre, anche esplorare se il rapporto tra attaccamento e PTS differisce in base alla natura dell'evento traumatico.
Monica Sood, Caterina B Carnelley, Katherine Newman-Taylor.	In che modo l'attaccamento insicuro porta alla paranoia? Una revisione critica sistematica dei meccanismi cognitivi, affettivi e comportamentali.	Utilizzo di tre ricerche sistematiche in sei database (PsycINFO, CINAHL, Medline, Web of Science, Embase e Google Scholar), dall'inizio a settembre 2021, per	Revisione in modo critico e sistematico della ricerca che esamina i processi cognitivi, affettivi e comportamentali rilevanti, che possono spiegare come

		<p>indagare i processi cognitivi, affettivi e comportamentali chiave nell'associazione attacca-paranoia. Sono stati identificati un totale di articoli del 1930 e ne sono stati esaminati criticamente 16.</p>	<p>l'insicurezza dell'attaccamento porta alla paranoia e costituiscono obiettivi chiave negli interventi psicoterapeutici per le persone con psicosi.</p>
<p>Noemi Szeifert, Oláh, Xenia Gonda.</p>	<p>Monika Barnabás</p> <p>Il ruolo mediatore degli stili di attaccamento degli adulti tra traumi precoci e comportamenti suicidi.</p>	<p>Utilizzo di un totale di 357 soggetti di età compresa tra 18 e 85 anni (media = 37,02, SD = 12,86) che sono stati inclusi nell'analisi; il 33,6% era di sesso maschile e il 66,4% femminile. Il campione era composto da 146 individui con una storia di suicidio, 154 partecipanti clinici senza una storia di suicidio e 57 da una popolazione non clinica. La scala di attaccamento degli adulti (AAS) e il questionario sul trauma infantile (CTQ) sono stati utilizzati come strumenti di valutazione. Per modellare le relazioni tra variabili, regressione logistica, modelli lineari</p>	<p>Evidenziare il ruolo di mediazione cruciale che gli stili di attaccamento degli adulti svolgono nella relazione tra traumi precoci e comportamenti suicidi, modellando il modo in cui gli individui elaborano e rispondono alle esperienze traumatiche.</p>

		generalizzati e analisi di mediazione sono state condotte. Tutti i modelli sono stati aggiustati per le variabili demografiche di base.	
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

L'articolo "Attaccamento e psicopatologia adolescenziale" ha ottenuto i seguenti risultati: sia lo stato di attaccamento adolescenziale che materno erano estremamente insicuri ed erano altamente concordanti. Gli adolescenti che mostravano un'organizzazione di attaccamento che respingeva avevano maggiori probabilità di avere un disturbo da condotta o abuso di sostanze, un disturbo narcisistico o antisociale di personalità e tratti di personalità narcisistica, antisociale e paranoica. Gli adolescenti che mostravano un'organizzazione di attaccamento preoccupata avevano maggiori probabilità di avere un disturbo affettivo, un disturbo ossessivo-compulsivo, istrionico, borderline o schizotipico e tratti di personalità evitanti, ansiosi e distimici. Questi risultati supportano un modello di sviluppo della psicopatologia basato in parte sulle esperienze relazionali con i genitori.

L'articolo "Attaccamento, apprezzamento del corpo e qualità della vita dell'immagine corporea negli adolescenti con disturbi alimentari" ha ottenuto i seguenti risultati: c'era una relazione significativa tra l'attaccamento sicuro e l'apprezzamento del corpo in entrambi i gruppi e l'apprezzamento del corpo era positivamente correlato alla qualità della vita dell'immagine del corpo. I pazienti con disturbi alimentari avevano una maggiore qualità della vita dell'immagine corporea quando percepivano una migliore comunicazione e fiducia con il padre, che era mediato dall'apprezzamento del corpo che mostravano. Gli adolescenti senza disturbi alimentari hanno mostrato questa stessa forma di relazione con la madre.

La paura di essere riso e l'interazione familiare sono molto correlati. Il controllo generale e l'iper-protezione influenzano l'ansia eccessiva dei bambini per essere risi. Al contrario, l'attaccamento dei genitori è un indice importante della relazione genitore-figlio ed è strettamente correlato alla gelotofobia dei bambini. L'articolo "Attaccamento genitore-figlio come mediatore della relazione tra stile genitoriale e gelotofobia tra gli adolescenti" ha ottenuto i seguenti risultati: essere altamente comunicativi e un attento attaccamento

hanno completamente indebolito la correlazione negativa tra la genitorialità calda e premurosa e la gelotofobia del bambino; inoltre, essere altamente comunicativo e stretto attaccamento, insieme alla genitorialità iper-protettiva e sovra-controllante, influenzano la gelotofobia dei bambini. In sintesi, questo studio indica che l'attaccamento genitore-figlio ha un'influenza diretta e indiretta sull'assistenza e protezione dei genitori percepiti e sulla paura dei bambini di essere riso.

Un numero crescente di bambini mostra segni di problemi comportamentali e disregolazione nella prima infanzia. L'articolo "Lo stile di attaccamento materno e il suo benessere perinatale influenzano lo sviluppo della prima infanzia" ha ottenuto i seguenti risultati: Nel GLM, la depressività pre e post-partum più duratura e la rappresentazione insicura dell'attaccamento al partenariato sono state associate alla disregolazione infantile. Pertanto, la diagnosi precoce della depressione pre e post-partum è importante al fine di sostenere sia le donne colpite che i bambini per un migliore sviluppo del bambino.

L'età adulta emergente riguarda il passaggio dall'adolescenza all'età adulta. Prevede la separazione dalla famiglia e la creazione di nuove relazioni significative, per cui specifici stili di attaccamento potrebbero essere attivati quando si affrontano queste sfide. L'articolo "Lo stile di attaccamento e le sue relazioni con i primi ricordi di ansia da separazione e sintomi di ansia da separazione degli adulti tra gli adulti emergenti" ha ottenuto i seguenti risultati: i partecipanti hanno presentato un maggiore attaccamento ansioso piuttosto che uno stile di attaccamento evitante. Inoltre, sia l'ansia da separazione adulta che i ricordi dell'ansia da separazione precoce erano positivamente e significativamente associati all'attaccamento ansioso e non all'attaccamento evitante. Un modello di mediazione condotto e focalizzato sull'attaccamento ansioso ha dimostrato che, sebbene non direttamente associato, l'ansia da separazione del bambino ha mostrato un significativo effetto indiretto positivo sull'attaccamento ansioso come mediato dai sintomi dell'ansia da separazione degli adulti. Pertanto, i risultati hanno evidenziato l'influenza dei sintomi dell'ansia da separazione degli adulti e dei ricordi retrospettivi dell'infanzia dell'ansia da separazione sull'attaccamento romantico adulto ansioso, ma non sullo stile di attaccamento evitante.

I disturbi depressivi sono fortemente influenzati dall'organizzazione della personalità, dallo stile di attaccamento e dal funzionamento difensivo. L'articolo "L'impatto della depressione sui meccanismi di difesa negli adulti: il ruolo moderato dello stile di attaccamento" ha ottenuto i seguenti risultati: le analisi correlazionali e di regressione hanno indicato che una maggiore gravità depressiva era negativamente associata alla negazione e alla dissociazione, mentre non emergevano legami significativi per la proiezione o le difese mature. L'attaccamento ansioso prevedeva un maggiore uso della proiezione, ma la depressione non ha moderato questa associazione. L'analisi del cluster ha identificato due profili distinti: uno con depressione moderata e negazione superiore, e un altro con depressione grave e negazione nettamente inferiore. Gli uomini hanno riportato difese disfunzionali più elevate nel complesso, mentre una depressione significativa per interazione di genere ha suggerito che la gravità depressiva era associata a difese disfunzionali ridotte tra le donne. Questi risultati sfidano le prove prevalenti che la gravità depressiva è correlata con un maggiore uso immaturo della difesa, suggerendo invece un possibile collasso difensivo ad alti livelli di sintomi. Lo studio contribuisce con nuove intuizioni su come l'attaccamento e la forma di genere funzionano la difesa nella depressione, sottolineando la necessità di replicazione longitudinale e clinica.

La teoria dell'attaccamento suggerisce che i disturbi borderline, evitanti e di personalità schizoidica sono associati in modo differenziale agli stili di attaccamento ansiosi ed evitanti. L'articolo "Cosa c'è in una faccia (neutra)? Disturbi della personalità, stili di attaccamento e valutazione di segnali sociali ambigui" ha ottenuto i seguenti risultati: la personalità borderline era associata all'attaccamento ansioso, la personalità evitante era associata all'attaccamento ansioso ed evitante e la personalità schizoide era debolmente associata solo all'attaccamento evitante. Inoltre, le analisi del percorso hanno mostrato che le caratteristiche borderline e di personalità evitanti erano associate all'attaccamento ansioso, che a sua volta riguardava le valutazioni negative del viso (ad esempio, le tendenze ai volti di tasso come meno amichevoli e più rifiutanti). La discussione evidenzia il potenziale di studiare simultaneamente i pregiudizi nell'elaborazione delle informazioni sociali e nei disturbi dell'attaccamento tra gli individui con disturbi di personalità.

L'articolo "L'effetto della depressione materna sull'attaccamento infantile: una revisione sistematica" ha ottenuto i seguenti risultati: gli studi rivelano un'associazione equivoca

tra depressione materna e sicurezza dell'attaccamento dei bambini. I risultati indicano che la depressione ha avuto un'influenza significativa sullo stile di attaccamento quasi solo quando diagnosticata da un'intervista strutturata: la depressione misurata da questionari auto-descrittivi non era correlata allo stile di attaccamento. Inoltre, la depressione post-partum è risultata significativa solo se misurata fino a sei mesi dopo il parto. La relazione tra depressione materna e attaccamento infantile è sia complessa che dinamica, e i possibili effetti negativi della depressione potrebbero essere compensati dal coinvolgimento materno nell'assistenza all'infanzia.

La vittimizzazione del bullismo scolastico è una questione molto preoccupante che può portare a una serie di risultati negativi. Nonostante la ricerca abbia mostrato un'associazione significativa tra vittimizzazione del bullismo e disturbo da stress posttraumatico complesso (CPTSD), i meccanismi interni con i suoi due componenti (cioè, i sintomi del disturbo da stress posttraumatico (PTSD) e i disturbi dei sintomi di auto-organizzazione (DSO)) rimangono poco chiari. Studi precedenti hanno indicato che lo stile di attaccamento può influenzare lo sviluppo dei sintomi del CPTSD e che ci possono essere differenze di sesso negli stili di attaccamento. L'articolo "Differenze di sesso nella relazione tra la vittima del bullismo scolastico e il complesso disturbo da stress post-traumatico: i ruoli dell'attaccamento insicuro" ha ottenuto i seguenti risultati: per le femmine, la vittimizzazione del bullismo scolastico ha previsto i sintomi di PTSD e DSO attraverso l'ansia da attaccamento e ha previsto solo i sintomi del DSO attraverso l'evitamento dell'attaccamento. Per i maschi, si è scoperto che la vittimizzazione del bullismo scolastico prevedeva i sintomi del PTSD attraverso l'evitamento dell'attaccamento. Questi risultati suggeriscono che l'attaccamento è fondamentale per capire come la vittimizzazione del bullismo scolastico può portare a sintomi di CPTSD tra individui di diversi sessi.

L'articolo "Modelli di attaccamento e ansia negli adolescenti affetti da disturbi misti di condotta ed emozioni" ha ottenuto i seguenti risultati: lo studio ha rivelato che gli adolescenti del gruppo clinico percepiscono i loro genitori come meno protettivi del controllo. Gli adolescenti del gruppo clinico hanno rivelato anche un livello più elevato di ansia, sia come stato che come tratto. La conclusione di base è che ci sono differenze tra i gruppi nel funzionamento familiare: gli adolescenti del gruppo clinico hanno ricevuto

meno protezione dai genitori, il che può influenzare i loro comportamenti volti a fornire loro maggiore sicurezza.

L'articolo "L'influenza delle rappresentazioni di attaccamento, la qualità della relazione materno-adolescente e il monitoraggio materno sull'uso di sostanze adolescenti: un esame longitudinale di 2 anni" ha ottenuto i seguenti risultati: livelli più elevati di sicurezza negli stili di attaccamento, ma non stati mentali, erano predittivi di livelli più elevati di monitoraggio e supporto e livelli più bassi di interazioni negative. Livelli più elevati di sicurezza negli stili di attaccamento hanno avuto un effetto indiretto sui cambiamenti nell'uso delle sostanze nel tempo, mediato dal monitoraggio materno. Questi risultati evidenziano i ruoli delle rappresentazioni degli attaccamenti, le qualità di relazione madre-adolescente e il monitoraggio nello sviluppo dell'uso di sostanze adolescenti.

Nella letteratura contemporanea, gli stili di attaccamento insicuri sono stati identificati come fattori di vulnerabilità non specifici per i disturbi psicosomatici. Inoltre, sono anche associati all'aggravamento della valutazione delle denunce. L'articolo "L'influenza delle dimensioni dell'attaccamento "ansia" ed "evitamento" sulle denunce psicosomatiche" ha ottenuto i seguenti risultati: sono presenti forti correlazioni positive tra BANG e GSI, mentre BVER e GSI hanno mostrato una connessione moderata e positiva. Pertanto, entrambe le dimensioni dell'attaccamento sono state in grado di prevedere un rapporto significativo di GSI in un'analisi di regressione multipla. Questo studio ha confermato una relazione sistematica tra rappresentazioni di attaccamento insicure e disturbi psicosomatici.

L'elevata disponibilità emotiva materna (EA) influisce positivamente su vari domini dello sviluppo del bambino. L'articolo "Disponibilità emotiva materna e la sua associazione con la psicopatologia materna, l'insicurezza dello stile di attaccamento e la teoria della mente" ha ottenuto i seguenti risultati: sia la bassainsicurezza dello stile di attaccamento materno che le elevate capacità ToM prevedevano in modo significativo la sensibilità materna dell'EA, indipendentemente dal post-partum materno e dalla psicopatologia e dall'educazione concomitanti. Inoltre, l'insicurezza dello stile di attaccamento materno ha pienamente mediato il legame tra psicopatologia post-partum materna e sensibilità. I risultati suggeriscono che la sicurezza dello stile di attaccamento materno può tamponare

gli effetti negativi della psicopatologia materna sulla sensibilità materna nell'interazione madre-figlio.

La qualità dell'attaccamento può influenzare il funzionamento psicologico. L'articolo "Rappresentazioni di attaccamento nei bambini di 7 anni ad alto rischio familiare di schizofrenia o disturbo bipolare: Associazioni con disturbi mentali e funzionamento quotidiano" ha ottenuto i seguenti risultati: non sono state trovate differenze tra i gruppi nell'attaccamento. Livelli più elevati di attaccamento sicuro sono stati associati a una diminuzione del rischio di disturbi mentali concomitanti nel gruppo ad alto rischio di schizofrenia. Livelli più elevati di attaccamento insicuro e disorganizzato sono stati associati ad un aumentato rischio di disturbi mentali in tutta la coorte. Livelli più elevati di attaccamento sicuro e insicuro sono stati associati rispettivamente a un funzionamento giornaliero migliore e più scarso. Nello studio attuale, i risultati riguardanti l'evitamento difensivo non sono stati riportati a causa di limitazioni metodologiche. L'alto rischio familiare di schizofrenia (FHR-SZ) o disturbo bipolare non è associato a un attaccamento meno sicuro o più insicuro all'età di 7 anni. Le rappresentazioni di attaccamento insicure e disorganizzate indicizzano il rischio di disturbi mentali e il funzionamento più scarso. L'attaccamento sicuro può essere un fattore protettivo contro i disturbi mentali nei bambini a FHR-SZ.

È presente un crescente interesse per i legami tra fattori sociocontestuali e il funzionamento comportamentale dei bambini. L'articolo "Attaccamento, caos domestico e salute dei bambini" ha ottenuto i seguenti risultati: l'evitamento dell'attaccamento e l'ansia nei genitori hanno previsto una salute mentale peggiore nei bambini, in particolare nelle case altamente caotiche. Inoltre, l'ansia da attaccamento dei genitori, ma non l'evitamento, ha previsto una salute fisica più scarsa nei bambini e, in combinazione con case caotiche, più ricoveri. I risultati aiutano a illuminare come più domini nell'ambiente immediato dei bambini influenzano congiuntamente la loro salute fisica e mentale e come queste influenze possono variare in tutti i domini di funzionamento.

L'articolo "Aspetti attuali della teoria dell'attaccamento e della psicologia dello sviluppo, nonché aspetti neurobiologici nei disturbi psichiatrici e psicosomatici" ha ottenuto i seguenti risultati: un gran numero di studi affronta l'importanza della teoria dell'attaccamento nello sviluppo di questi disturbi associati a stili di attaccamento distinti.

Il concetto più noto è la teoria dell'attaccamento creata da John Bowlby (1907-1990), che ha rafforzato le conoscenze sulle prime relazioni madre-infante e influenzato le linee guida per la cura dei bambini. All'interno di questo concetto, la struttura familiare è di grande importanza per lo sviluppo psicologico del bambino e in seguito dell'adulto. La ricerca sull'attaccamento indica che i disturbi dei pazienti con disturbi psicosomatici, ad esempio somatoformi, nello stabilire relazioni devono essere visti in un contesto genetico di sviluppo. Viene introdotto un modello di vulnerabilità che descrive lo sviluppo della psicopatologia riguardante la formazione di rappresentazioni che sfruttano la teoria dell'attaccamento. Inoltre, i recenti progressi nelle neuroscienze cognitive affrontano la teoria dell'attaccamento. Durante l'ultimo decennio, studi neurobiologici in roditori, primati e umani indicano che le prime influenze dei fattori psicosociali potrebbero avere conseguenze permanenti per la struttura e la funzione del cervello.

La ricerca esistente ha dimostrato un'associazione tra ossessivo compulsivo (DOC) e disregolazione emotiva. Inoltre, le prove suggeriscono una relazione tra OCD e stile di attaccamento. L'articolo "Il ruolo della disregolazione emotiva e dello stile di attaccamento come indicatori di sensibilità ossessiva dei sintomi compulsivi" ha ottenuto i seguenti risultati: una regressione lineare gerarchica impiegata dall'attuale studio ha indicato che la disregolazione emotiva e l'ansia da attaccamento hanno previsto in modo significativo i sintomi del DOC. L'effetto indiretto della disregolazione emotiva come mediatore dello stile di attaccamento e della gravità dei sintomi del DOC è stato significativo. L'attuale studio ha implicazioni sia cliniche che empiriche in quanto dimostra il ruolo della disregolazione emotiva e dell'insicurezza dell'attaccamento nella gravità del DOC.

La teoria dell'attaccamento propone che il funzionamento psicologico e le norme di influenza siano influenzati dall'attaccamento che formiamo con gli altri. Le prime relazioni con genitori o caregiver pongono le basi per gli stili di attaccamento. Questi stili sono proposti per influenzare il modo in cui ci relazioniamo con gli altri durante la nostra vita; possono essere modificati dalle relazioni e dagli eventi che sperimentiamo nella nostra durata di vita. Uno stile di attaccamento sicuro è associato a una capacità di gestire il disagio, il comfort con l'autonomia e la capacità di formare relazioni con gli altri, mentre l'attaccamento insicuro può portare a relazioni disfunzionali, evitamento emotivo e del comportamento. La teoria dell'attaccamento fornisce un quadro utile per informare la

nostra comprensione delle difficoltà di relazione nelle persone con psicosi. L'articolo "Misurazione dell'attaccamento e del legame genitoriale nella psicosi e nelle sue implicazioni cliniche" ha ottenuto i seguenti risultati: le misure più comunemente utilizzate di attaccamento nella ricerca sulla psicosi sono riviste. I questionari di auto-riferimento e le interviste semi-strutturate sono stati utilizzati principalmente per esaminare gli stili di attaccamento in campioni adulti e negli ultimi anni comprendono una misura specificamente sviluppata per un gruppo di psicosi. La revisione suggerisce che gli stili di attaccamento insicuri sono comuni nei campioni di psicosi. Sono state osservate relazioni chiave tra stili di attaccamento insicuri, evitanti e ansiosi e sviluppo psicosi, espressione e risultato a lungo termine. La teoria dell'attaccamento può fornire un quadro utile per facilitare la nostra comprensione delle difficoltà interpersonali nella psicosi che può precederne l'insorgenza e l'impatto sulla variabilità osservata nei risultati, incluso l'impegno del trattamento.

Le indagini hanno rilevato che le esperienze infantili avverse delle madri (ACE) conferiscono un rischio intergenerazionale ai risultati dei loro figli. Tuttavia, i meccanismi alla base di questa trasmissione sono stati solo parzialmente spiegati dalla salute mentale materna. L'insicurezza dell'attaccamento degli adulti ha dimostrato di mediare l'associazione degli ACE e dei risultati di salute mentale. L'articolo "Esperienze infantili avverse materne, stile di attaccamento e salute mentale: percorsi di trasmissione ai problemi di comportamento dei bambini" ha ottenuto i seguenti risultati: l'analisi del percorso ha dimostrato che gli ACE materni erano associati ai problemi interiorizzanti dei bambini indirettamente attraverso l'evitamento dell'attaccamento materno, l'ansia da attaccamento e i sintomi della depressione, ma non direttamente. Gli ACE materni hanno indirettamente previsto problemi di esternazione dei bambini attraverso l'evitamento dell'attaccamento materno, l'ansia da attaccamento e la depressione. È stato osservato anche un effetto diretto dagli ACE materni ai problemi di esternalizzazione infantile. Gli ACE materni hanno influenzato il rischio dei bambini per i risultati comportamentali scadenti attraverso percorsi intermedi diretti e indiretti. Affrontare lo stile di attaccamento insicuro materno e i sintomi della depressione come obiettivi di intervento per le madri con storie di ACE può aiutare a mitigare la trasmissione intergenerazionale del rischio.

La teoria dell'attaccamento ha informato la nostra comprensione della sopravvivenza e del benessere per tutta la durata della vita. C'è un crescente interesse per la relazione tra

attaccamento e sintomi di stress post-traumatico (PTS). Le prove emergenti indicano importanti legami tra attaccamento e PTS, ma le attuali comprensioni teoriche e cliniche dei sintomi e dell'attaccamento PTS rimangono relativamente disparate. L'articolo "I legami tra attaccamento adulto e stress post-traumatico: una revisione sistematica" ha ottenuto i seguenti risultati: sono stati identificati ventuno documenti. È stato dimostrato che l'attaccamento ha influenze moderatrici e mediatrici sulla relazione tra trauma e PTS. Questo variava in base al tipo di trauma e al modo in cui i sintomi del PTS venivano riportati nei diversi stili di attaccamento. Il rigore metodologico variava tra gli studi. Vengono discusse le implicazioni cliniche e di ricerca, compresa la considerazione della sicurezza dell'attaccamento nella valutazione e nella formulazione. Sebbene i risultati siano stati contrastanti, questa revisione suggerisce che esiste un legame importante tra l'attaccamento e il PTS. Supporta le attuali prove emergenti che richiedono lo sviluppo di un quadro teorico più unificato per l'attaccamento, i tipi di traumi e i sintomi del PTS. I risultati discussi in questa revisione hanno importanti implicazioni per il trattamento dei sintomi del PTS. È probabile che la considerazione degli stili di attaccamento nelle formulazioni informi i piani di trattamento. Ci sono prove crescenti che suggeriscono che la valutazione e la contabilizzazione dello stile di attaccamento nella terapia possono migliorare le possibilità di successo del trattamento.

Il rapporto tra attaccamento e paranoia è ormai ben consolidato. C'è una buona ragione teorica e prove che indicano che lo stile di attaccamento influisce sui processi cognitivi, affettivi e comportamentali che, a loro volta, contribuiscono al mantenimento della paranoia, ma questa ricerca non è stata integrata. L'articolo "In che modo l'attaccamento insicuro porta alla paranoia? Una revisione critica sistematica dei meccanismi cognitivi, affettivi e comportamentali" ha ottenuto i seguenti risultati: la letteratura suggerisce che le convinzioni negative di sé e di altro tipo, l'incapacità di disinnescare da cognizioni inutili e l'uso di strategie di regolazione delle emozioni disadattive mediano l'associazione tra insicurezza dell'attaccamento e paranoia nelle persone con psicosi/esperienza psicotica. Le persone sicure di attaccamento con psicosi hanno maggiori probabilità di cercare aiuto e impegnarsi con i servizi rispetto alle persone insicure di attaccamento. Gli stili di attaccamento influenzano i comportamenti in cerca di aiuto nelle persone con psicosi e probabilmente influenzeranno la paranoia attraverso auto e altre credenze, fusione di cognizione e regolazione delle emozioni; questi meccanismi candidati possono

essere mirati nella terapia psicologica per migliorare i risultati clinici per le persone con psicosi, caratterizzata da paranoia. È probabile che l'attaccamento insicuro porti alla paranoia attraverso credenze negative su sé e gli altri, la fusione cognitiva e l'uso di strategie di regolazione delle emozioni disadattive. Questi meccanismi possono essere mirati negli interventi psicoterapeutici per la psicosi, come la terapia del comportamento cognitivo, per migliorare i risultati clinici e di recupero. Le persone con psicosi che sono insicure per l'attaccamento hanno maggiori probabilità di cercare aiuto e impegnarsi con i servizi rispetto a coloro che sono insicuri per l'attaccamento (in particolare evitanti). Lo stile di attaccamento può essere valutato per prevedere il coinvolgimento del servizio e i comportamenti in cerca di aiuto nelle persone con psicosi. Gli stili di attaccamento sono importanti predittori di processi cognitivi, affettivi e comportamentali chiave nelle persone con psicosi. Questi processi possono essere valutati e incorporati in formulazioni individualizzate, e quindi mirati in terapia per effettuare il cambiamento psicoterapeutico.

I traumi precoci, come l'abuso o l'abbandono, spesso interrompono lo sviluppo di un attaccamento sicuro, portando a stili insicuri in età adulta, come l'attaccamento ansioso o evitante. Questi stili di attaccamento insicuri influenzano la regolazione emotiva, le relazioni interpersonali e i meccanismi di coping, aggravando così i sentimenti di isolamento e disperazione. Ad esempio, l'attaccamento ansioso può intensificare la paura di abbandono e ipersensibilità al rifiuto, aumentando l'instabilità emotiva e l'ideazione suicida. Al contrario, l'attaccamento evitante può portare alla soppressione emotiva e alla riluttanza a cercare sostegno, amplificando i sentimenti di disperazione. I sintomi psicopatologici derivanti da traumi precoci, come la depressione e il PTSD, sono spesso filtrati attraverso questi modelli di attaccamento, modellando come l'angoscia viene sperimentata e gestita. L'articolo "Il ruolo mediatore degli stili di attaccamento degli adulti tra traumi precoci e comportamenti suicidi" ha ottenuto i seguenti risultati: la gravità dell'abuso emotivo, l'abbandono emotivo e la traumatizzazione complessiva misurata dal CTQ hanno previsto in modo significativo un rischio maggiore di comportamento suicidario. Al contrario, livelli più elevati di stile di attaccamento sicuro prevedevano un minor rischio di tentativo di suicidio. Inoltre, lo stile di attaccamento sicuro ha significativamente mediato parte dell'effetto totale della gravità precoce della traumatizzazione sul comportamento suicidario. È stata esaminata la relazione tra traumi precoci e stile di attaccamento e sono state trovate più associazioni significative. Per

evitare attaccamenti, sono state osservate associazioni significative con il punteggio totale di traumatizzazione e avversità specifiche, tra cui abuso emotivo, negligenza emotiva e negligenza fisica. L'attaccamento ansioso-ambivalente è stato associato al punteggio totale CTQ, nonché all'abuso emotivo, all'abbandono emotivo, all'abuso fisico e all'abbandono fisico. Un livello inferiore di attaccamento sicuro è stato collegato al punteggio complessivo di traumatizzazione, così come l'abuso emotivo, l'abbandono emotivo e l'abuso sessuale. Mediando la relazione tra trauma e comportamento suicidario, gli stili di attaccamento degli adulti possono perpetuare strategie di coping disadattivo o ostacolare il recupero. Comprendere questo ruolo di mediazione è fondamentale per sviluppare interventi che affrontino le insicurezze di attaccamento promuovendo al contempo la resilienza e la guarigione emotiva. Gli approcci terapeutici volti a promuovere modelli di attaccamento sicuri possono aiutare a mitigare gli effetti del trauma precoce e ridurre il rischio di comportamenti suicidi. Questi risultati sottolineano l'importanza di incorporare strategie focalizzate sull'attaccamento nelle cure informate sul trauma.

CONCLUSIONE

Dalla presente revisione della letteratura emerge che i vari stili di attaccamento abbiano un'importante influenza sulle modalità comportamentali adottate dall'individuo nel corso nella sua vita. Infatti, la probabilità di sviluppare un determinato disturbo comportamentale varia considerevolmente in base alla tipologia di attaccamento che il soggetto avrà sviluppato con il suo caregiver. La teoria dell'attaccamento enunciata dallo psicologo John Bowlby risulta essere la più lucida spiegazione scientifica del modo in cui le esperienze interpersonali precoci influenzano lo sviluppo psicologico. Sono diversi i fattori che possono incidere sullo sviluppo di un particolare stile di attaccamento: fattori socio-economici, culturali, sociali, biologici, genetici, ecc...Lo sviluppo di un disturbo comportamentale necessita di un trattamento personalizzato che può variare in base alla tipologia e alla gravità del disturbo. Effettuare un intervento precoce è fondamentale in quanto permette di avere una prognosi migliore.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Ainsworth M,D.S.. Blehar M.C., Waters E. e Walls S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situauion, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Hilldale.
- Bowlby, J. (1982). Costruzione e rottura dei legami affettivi, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bowlby, J. (1983). Attaccamento e perdita, Vol. 3: La perdita della madre, Boringhieri, Torino.
- Bowlby, J. (1989). Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bowlby, J. (1988): Dalla teoria dell'attaccamento alla psicopatologia dello sviluppo, Rivista di Psichiatria, 2.
- Carli, L. (1995). Attaccamento e rapporto di coppia, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Cotugno, A., Intreccialagli, B. (a cura di) (1994). La coscienza e i suoi disturbi, Melusina Editrice, Roma.
- Main M. e Solomon J . (1990). Procedur for idenitfyng infants as disorganized7disoriented during the Ainsworth Strange Situation,. in Attachment in the preschool years, a cura di M.T. Greenberg. D. Cicchetti e E.M. Cummings. Universiry of Chicago Press, Chicago.
- Ainsworth, M (2006) Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità, Raffaello Cortina, Milano
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of Attachment. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bourne, S. V., Korom, M., & Dozier, M. (2022). Consequences of Inadequate Caregiving for Children’s Attachment, Neurobiological Development, and Adaptive Functioning. Clinical child and family psychology review, 25(1), 166–181. <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00386-4>
- Bowlby, J. (1976): Attaccamento e perdita, Vol. 1: L’attaccamento alla madre, Boringhieri, Torino
- Bowlby, J. (1978): Attaccamento e perdita, Vol. 2: La separazione dalla madre, Boringhieri, Torino.

- Bowlby, J. (1983): *Attaccamento e perdita*, Vol. 3: *La perdita della madre*, Boringhieri, Torino.
- Bowlby, J. (1989): *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Carr, S.C. et al. (2018). Relationship between attachment style and symptom severity across the psychosis spectrum: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 59, 145-158. doi: 10.1016/j.cpr.2017.12.001.
- Cortés-García, L., McLaren, V., Vanwoerden, S., & Sharp, C. (2021). Attachment, mentalizing, and eating disorder symptoms in adolescent psychiatric inpatients and healthy controls: a test of a mediational model. *Eating and weight disorders : EWD*, 26(4), 1159–1168. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01017-z>
- Jeong, J., Franchett, E. E., Ramos de Oliveira, C. V., Rehmani, K., & Yousafzai, A. K. (2021). Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 18(5), e1003602. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003602>
- Jethava, V., Kadish, J., Kakonge, L., & Wiseman-Hakes, C. (2022). Early Attachment and the Development of Social Communication: A Neuropsychological Approach. *Frontiers in psychiatry*, 13, 838950. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.838950>
- Jugovac, S., O’Kearney, R., Hawes, D. J., & Pasalich, D. S. (2022). Attachment- and Emotion-Focused Parenting Interventions for Child and Adolescent Externalizing and Internalizing Behaviors: A Meta-Analysis. *Clinical child and family psychology review*, 25(4), 754–773. <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00401-8>
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation.
- Malik, F., & Marwaha, R. (2022). Developmental Stages of Social Emotional Development in Children. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Mirkovic, B., Delvenne, V., Robin, M., Pham-Scottez, A., Corcos, M., & Speranza, M. (2021). Borderline personality disorder and adolescent suicide attempt: the mediating role of emotional dysregulation. *BMC psychiatry*, 21(1), 393. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03377-x>

- Riva Crugnola, C. (2012). La relazione genitore-bambino. Tra adeguatezza e rischio. Il Mulino, Milano
- Rogers, C. R., Chen, X., Kwon, S. J., McElwain, N. L., & Telzer, E. H. (2022). The role of early attachment and parental presence in adolescent behavioral and neurobiological regulation. *Developmental cognitive neuroscience*, 53, 101046. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2021.101046>
- Schaffer, H.R. (1998). *Social Development*. Oxford, Blackwell
- Cristina Ria Crugnola (2007). *Il bambino e le sue relazioni*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Nadia Bruschiweiler Stern (2013). Il momento di incontro del neonato, costruzione del dialogo e rafforzamento del legame. *infanzia e adolescenza*, 3, 161,173.
- Widlöcher et al. (2000). *Sessualità Infantile e Attaccamento*. Franco Angeli, Milano, 2002
- Brennan, K.A., Clark, C.L., Shaver, P.R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J.A. Simpson & W.S. Rholes (a cura di) *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.
- Cattell, R. B., & Scheier, I. H. (1961). *The meaning and measurement of neuroticism and anxiety*. New York: Ronald Press.
- Fiore, F., Ruggiero, G.M., Sassaroli, S. (2013). Cognitive processes in love addiction. *Addictive Behavior* (under review).
- Fisher H.E., Aron, A., Brown, L.L. (2006): Romantic love: a mammalian brain system for mate choice. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 361(1476), 2173-2186.
- Manfredi C., (2016). *Love Addiction: la dipendenza affettiva tra ricerca e trattamento*. State of mind. <https://www.stateofmind.it/eventi/dipendenza-affettiva-seminario-modena/>
- Sussman, S., Ames, S.L. (2008). *Drug abuse: Concepts, prevention and cessation*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Bowlby J., (1969) *Attaccamento e Perdita: Vol 1. L'attaccamento alla madre*. Torino: Boringhieri (1972)
- Borgioni, Massimo (2015). *Dipendenza e contro-dipendenza affettiva: dalle passioni scriteriate all'indifferenza vuota*. Roma, Alpes.

- Erica Pugliese, Angelo Maria Saliani, Francesco Mancini (2019): Un modello cognitivo delle dipendenze affettive patologiche. In: *Psicobiettivo*, 1 , pp. 43-58, 2019.4
- M. C. Gritti *Dipendiamo: un Trattamento Sistemico di Gruppo per la Cura della Dipendenza Affettiva*, in *Rivista Terapia Familiare* volume 117 2018
- Mikulincer M., Shaver P.R., Horesh N., (2006) Attachment bases of emotional regulation and posttraumatic adjustment in D.K. Snyder J. Simpson, J.N. Huges *Emotion regulation in couples and families: American Psychological Association, Washington, pp77-99.*
- W. Mascetti in Bara B.G., *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino, 2005.
- <https://www.lriog.it/wp-content/uploads/2022/04/Cellule-di-amore-Lriog-nr-4-2021.pdf>
- <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/bies.201500059>
- <https://www.smithsonianmag.com/science-nature/babys-cells-can-manipulate-moms-body-decades-180956493/>
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association
- Chutko, L. S., Surushkina, S. Y., Yakovenko, E. A., Anisimova, T. I., Sergeev, A. V., & Didur, M. D. (2020). Narusheniya upravlyayushchikh funktsii u detei s emotsional'noi i povedencheskoi disregulyatsiei [Disturbances of executive functions in children with emotional and behavioral dysregulation]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*, 120(4), 23–28. <https://doi.org/10.17116/jnevro202012004123>
- Crowell J. A. (2021). Development of Emotion Regulation in Typically Developing Children. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 30(3), 467–474. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2021.04.001>

- Dagan, O., Schuengel, C., Verhage, M. L., van IJzendoorn, M. H., Sagi-Schwartz, A., Madigan, S., Duschinsky, R., Roisman, G. I., Bernard, K., Bakermans-Kranenburg, M., Bureau, J. F., Volling, B. L., Wong, M. S., Colonesi, C., Brown, G. L., Eiden, R. D., Fearon, R. M. P., Oosterman, M., Aviezer, O., Cummings, E. M., ... Collaboration on Attachment to Multiple Parents and Outcomes Synthesis (2021). Configurations of mother-child and father-child attachment as predictors of internalizing and externalizing behavioral problems: An individual participant data (IPD) meta-analysis. *New directions for child and adolescent development*, 2021(180), 67–94. <https://doi.org/10.1002/cad.20450>
- Deneault, A. A., Bureau, J. F., & Yurkowski, K. (2022). Do child-father and child-mother preschool insecure attachment types predict the development of externalizing behaviors in boys and girls during middle childhood?. *Developmental psychology*, 58(7), 1360–1370. <https://doi.org/10.1037/dev0001369>
- Eilertsen, E. M., Cheesman, R., Ayorech, Z., Røysamb, E., Pingault, J. B., Njølstad, P. R., Andreassen, O. A., Havdahl, A., McAdams, T. A., Torvik, F. A., & Ystrøm, E. (2022). On the importance of parenting in externalizing disorders: an evaluation of indirect genetic effects in families. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 63(10), 1186–1195. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13654>
- Fariba, K. A., & Gokarakonda, S. B. (2023). *Impulse Control Disorders*. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- Figueiredo, P., Ramião, E., Azeredo, A., Moreira, D., Barroso, R., & Barbosa, F. (2020). Relation between basal cortisol and reactivity cortisol with externalizing problems: A systematic review[☆]. *Physiology & behavior*, 225, 113088. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2020.113088>
- Frazier, J. A., Li, X., Kong, X., Hooper, S. R., Joseph, R. M., Cochran, D. M., Kim, S., Fry, R. C., Brennan, P. A., Msall, M. E., Fichorova, R. N., Hertz-Picciotto, I., Daniels, J. L., Lai, J. S., Boles, R. E., Zvara, B. J., Jalnapurkar, I., Schweitzer, J. B., Singh, R., Posner, J., ... program collaborators for

Environmental influences on Child Health Outcomes (2023). Perinatal Factors and Emotional, Cognitive, and Behavioral Dysregulation in Childhood and Adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 62(12), 1351–1362. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.05.010>

- Paulus, F. W., Ohmann, S., Möhler, E., Plener, P., & Popow, C. (2021). Emotional Dysregulation in Children and Adolescents With Psychiatric Disorders. A Narrative Review. *Frontiers in psychiatry*, 12, 628252. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.628252>
- Savell, S. M., Womack, S. R., Wilson, M. N., Lemery-Chalfant, K., & Shaw, D. S. (2022). Indirect Associations between Middle-Childhood Externalizing Behaviors and Adolescent Substance Use through Late-Childhood Exposure to Violence. *Journal of youth and adolescence*, 51(4), 628–642. <https://doi.org/10.1007/s10964-022-01575-8>
- Wilke, J., & Goagoses, N. (2023). Morality in middle childhood: the role of callous-unemotional traits and emotion regulation skills. *BMC psychology*, 11(1), 283. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01328-7>
- Francesca Ciceri, Marcella Peroni, Martina Baravelli, Comportamenti problema: proposte per l'intervento/1, «La Vita Scolastica», dicembre, 2017, n°4-5.
- Mario Di Pietro e Elena Bassi, L'intervento cognitivo-comportamentale per l'età evolutiva. Strumenti di valutazione e tecniche per il trattamento, Edizioni Erickson, Trento, 2013.
- Emilio Franceschina, Verso il bullismo e oltre: il Disturbo della condotta, «aiamc.it».
- Baldoni, F. (2005). Aggressività, comportamento antisociale e attaccamento. Crocetti G., Galassi D.(a cura di): Bulli marionette. Bullismi nella cultura del disagio impossibile. Pendragon, Bologna, 39-67.
- O'Malley, G., McHugh, L., Mac Giollabhui, N., & Bramham, J. (2015). Characterizing adult attention-deficit/hyperactivity-disorder and comorbid borderline personality disorder: ADHD symptoms, psychopathology, cognitive

functioning and psychosocial factors. *European Psychiatry*, 31, 29–36.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.012>