No 6 MARCH 09

DMM news

www.iasa-dmm.org

The international association for the study of attachment

iasa

SPECIAL CONFERENCE ISSUE

Benavenuti In Italia!

Andrea Landini

All'inizio, 18 mesi fa a Newcastle, UK, la IASA non aveva ancora un nome. C'erano però delle persone. Più di 50 entusiasti da 22 paesi accettarono l'invito di P.O. Svanberg a recarsi a Newcastle per creare la nostra organizzazione.

Oggi IASA è una realtà! Siamo un gruppo con uno scopo, dei membri e un nome altisonante, "L'Associazione Internazionale per lo Studio dell'Attaccamento". La nostra newsletter, *DMM News*, viene inviata a più di 3500 professionisti in 40 paesi. Quasi 200 di loro sono venuti a Bertinoro, Italia, per il nostro primo convegno biennale.

Bertinoro, sulle colline della Romagna, è stato a lungo per noi un luogo speciale. Ci siamo riuniti là per dei seminari clinici avanzati, per corsi di base e per sviluppare nuovi strumenti di valutazione. La scelta di Bertinoro per il nostro primo convegno è stata naturale, quasi come un ritorno a casa. La sede spettacolare, un castello sulla cima di una montagna, ha reso ancora maggiore l'eccitazione di essere insieme.

Gli obiettivi erano di fondare la nostra identità, di conoscerci e di lavorare. Li abbiamo raggiunti, e abbiamo fatto di più! Abbiamo faticato a stare tutti nelle sale riunioni, quasi riempiendo anche i corridoi e i cortili. Abbiamo avuto delle presentazioni così notevoli che molti di noi hanno desiderato poterne seguire più di una alla volta. Abbiamo colmato il castello, l'intero paese di Bertinoro, e addirittura il monastero (!) con il nostro lavoro e le nostre idee. Durante i tiepidi e soleggiati giorni autunnali italiani sono iniziate molte nuove amicizie.

Il convegno ha messo a fuoco i punti fondamentali per IASA: metodi di valutazione precisi per la ricerca e il trattamento; intervento precoce e prevenzione dei rischi evolutivi; lo studio di disturbi mentali e psicosomatici complessi; le applicazioni forensi del DMM alla protezione e al collocamento dei minori e a tematiche criminologiche. L'aspetto più notevole è quanto la ricerca e l'intervento non fossero mai troppo distanti fra loro: e questo è proprio quel che vogliamo.

Questo numero di *DMM News* ricorda il convegno e speriamo di condividere una parte dell'entusiasmo di essere stati insieme. Speriamo che vi venga voglia di venire al prossimo. La sede per il 2010 sarà annunciata nel prossimo numero!

Nel frattempo vi auguriamo molti ricordi di strozzapreti e sangiovese.

Benvenuti in Italia! Tornate presto!

Andrea Landini, Coordinatore del convegno e Fondatore/Membro del direttivo IASA

I curatori della rivista desiderano ringraziare i traduttori di questo numero per aver reso possibile che tante persone potessero leggere DMM News nella propria lingua.

Traduttori di questo numero:
Franco Baldoni, Lucia Di Filippo, Maria Dolores Masè, Mattia Minghetti, Morena Muzi, Daniele Giovanni Poggioli.
(Questo numero sarà pubblicato nelle versioni in spagnolo, tedesco, italiano, francese, portoghese, russo e inglese)

Contenuti:

Pagina

1. Benvenuti
2. Cosa voglio sapere
5. Arrivando a Bertinoro
6. L'attaccamento modella il cervello della madre?
8. Raising parents (Crescere genitori)
10. Menti che curano

"La vista era splendida e il panorama toglieva il fiato" *(UK)*

"Buoni relatori, grande varietà di workshops su temi interessanti e una molteplicità di persone con cui parlare." *(UK)*

"C'era una grande atmosfera di partecipazione e unità" *(Italia)*

Cosa Voglio Sapere: Misteri, Paradossi e Problemi Urgenti

Questa conferenza rappresenta un punto di svolta nello sviluppo del Modello Dinamico-Maturativo (DMM) dell'attaccamento e dell'adattamento. Dall'inizio degli anni ottanta, lavorando prima sotto la supervisione di Mary Ainsworth, e ora con colleghi provenienti da molti paesi, ho applicato il modello dell'attaccamento a bambini problematici e ad adulti. In questo percorso ho sviluppato sia un modo di lavorare osservativo/analitico, sia un modello esteso su come l'esposizione precoce a pericoli non protetta e senza conforto può condurre a un comportamento disadattivo, che è resistente al cambiamento e che può rendere gli individui vulnerabili alle disfunzioni e alla psicopatologia.

Cosa abbiamo concluso

I componenti centrali del DMM sono: (a) una cornice basata sullo sviluppo, (b) la descrizione di strategie di autoprotezione del Sé (fig.1), e l'integrazione del comportamento sia con (c) l'elaborazione sottostante dell'informazione a livello neurologico (fig.2), sia con (d) il contesto più ampio in cui il comportamento può risultare adattivo o non adattivo (fig.3).

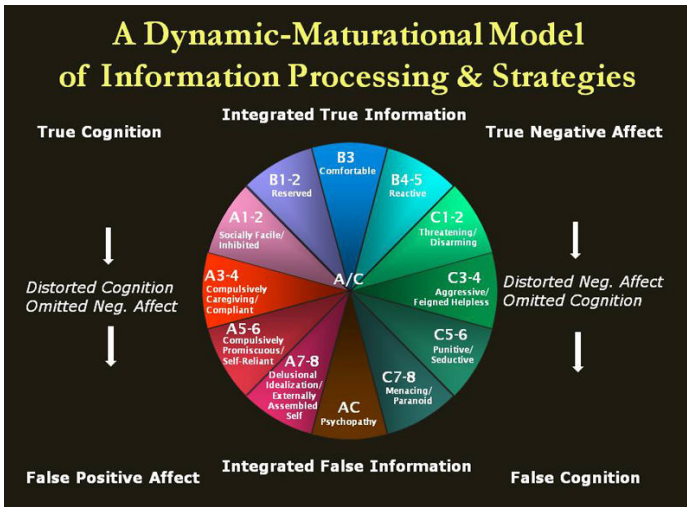


Figura 1. Strategie di protezione del sé in età adulta.

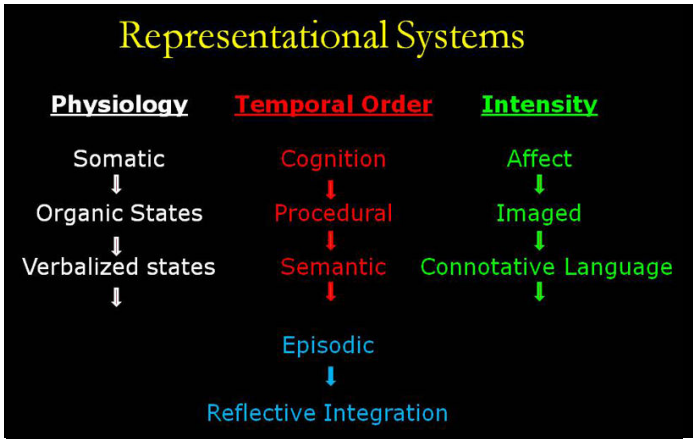


Figura 2. Sistemi Rappresentazionali.

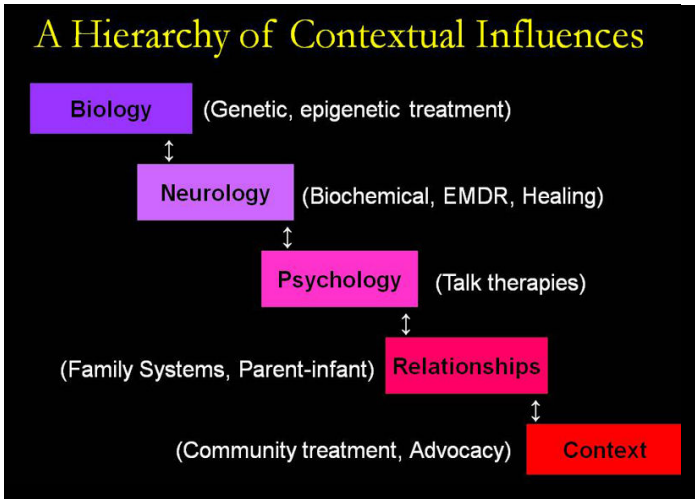


Figura 3. Una gerarchia delle influenze interattive del contesto

Alla fine, dopo queste considerazioni schematiche, le mie domande più impellenti diventano:

> *Perché, quando le persone vogliono realmente cambiare, spesso risulta loro molto difficile farlo?*
>
> *Perché, quando i professionisti vogliono a tutti i costi favorire questo cambiamento, vi sono così scarse prove del loro successo?*

Dietro a queste due domande si nasconde quella fondamentale:

Come possiamo aiutare le persone a cambiare in modo da diminuire la loro sofferenza, promuovere un comportamento adattivo e renderli capaci di stabilire relazioni soddisfacenti con le altre persone?

Un Programma per il Futuro

Il Problema

Perché, dopo un secolo di sforzi da parte di menti brillanti (prima Freud e Skinner, poi, dalla metà del secolo scorso Bowlby e Bateson, per esempio) e da parte di migliaia di professionisti impegnati, e con più di 1000 tipi di terapie documentate, non sappiamo come offrire cure adatte ai singoli individui e che possano migliorare la condizione di sofferenza psicologica? Anzi, l'incidenza di molti disturbi (ad esempio depressione, Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, autismo) sta aumentando. Inoltre, vi sono le prove che alcuni di questi trattamenti possono essere dannosi. Le evidenze di questo danno pongono un problema urgente: *Valuteremo sistematicamente la possibilità di danno e, quando ci rendiamo conto di avere arrecato involontariamente un danno, come lo spiegheremo e cosa faremo a riguardo?*

L'efficacia della terapia

Un ampio campione della letteratura indica che approssimativamente un terzo dei pazienti interrompe la terapia prima di averla completata e, per il restante due terzi, il trattamento è efficace in circa il 65% dei casi. Questa percentuale scende al 50% entro un anno dalla conclusione della terapia. D'altra parte, essere in lista d'attesa per un trattamento psicologico comporta di per sé un miglioramento solo nel 50% dei casi, dando alla terapia psicologica, al massimo, un 15% di vantaggio sul non-trattamento. In più, nonostante la profonda fiducia dei terapeuti nella propria tipologia di trattamento, nessun modello di cura è risultato più efficace degli altri.

Un numero limitato di dati indica che le terapie psicologiche possono rivelarsi sostanzialmente dannose in circa il 15% dei casi.

Questo suggerisce che: (a) la valutazione degli effetti negativi dovrebbe diventare parte integrante dello studio dell'efficacia di tutte le terapie, (b) la conoscenza delle cause e degli effetti di queste disfunzioni potrebbe migliorare il nostro modo di scegliere le terapie e (c) un problema cruciale potrebbe essere adattare le terapie alle strategie individuali di autoprotezione del sé.

Il DMM come base per lo sviluppo di una teoria integrativa e globale della terapia

Il DMM, come base, offre diversi vantaggi per lo sviluppo di una teoria globale del trattamento. Primo, è stato formulato partendo da tutte le principali teorie sullo sviluppo umano e sul trattamento psicologico. Secondo, il DMM rispecchia un modo di raccogliere informazioni basato sull'osservazione, prove empiriche e evidenze cliniche. Terzo, è l'unico approccio per definire le disfunzioni iniziando dallo studio dello sviluppo e delle differenze individuali infantili, quindi avanzando progressivamente e sistematicamente fino all'età adulta. Ad ogni età il DMM considera una gerarchica stratificata di influenze sistemiche e processi transazionali: genetico ed epigenetico, biologico e maturativo, diadico, familiare, contestuale (scuola, vicinato), e influenze culturali. Quindi il DMM considera l'adattamento individuale alla luce di una complessa schiera di contesti nei quali l'individuo opera. Infine, il DMM ha modelli formali di valutazione attraverso il ciclo di vita che considerano sia l'influenza dell'elaborazione dell'informazione che le strategie di protezione del sé.

Questi vantaggi permettono al DMM di considerare i "disturbi" psicologici non come entità discrete, come ad esempio le diagnosi del DSM o dell'ICD, ma piuttosto come processi psicologici strategicamente organizzati che permettono agli individui di essere più sicuri in contesti pericolosi. Pericolo e riproduzione sono i problemi critici per la sopravvivenza. Il comportamento non adattivo quasi sempre implica che l'individuo si senta in pericolo o metta in pericolo gli altri (in particolare i partner e i bambini) e, nella maggior parte dei gravi casi di disadattamento, comporta problemi sessuali. Il DMM propone due processi psicologici di base (cognizione e affetto) che sono utilizzati differentemente dalle persone con diverse esperienze di pericolo. Questo può spiegare perché gli individui con gli stessi sintomi a volte rispondono in maniera differente alla stessa terapia (nello specifico differiscono nel basarsi sulla cognizione o sull'affettività per organizzare il proprio comportamento). Soprattutto, il modello fornisce una procedura logica per testare gli effetti delle terapie sui processi psicologici, indagando su come i trattamenti modificano le rappresentazioni cognitive e affettive. Questo, in sintesi, può diventare la base per scegliere la terapia impostandola sui processi mentali individuali.

La teoria del DMM sullo sviluppo ha già cambiato la nostra comprensione di molti problemi e disturbi: (1) la responsività materna ai propri bambini e la precedente esposizione della madre al pericolo, (2) il maltrattamento infantile, (3) l'affido, (4) l'adozione, (5) la depressione post-natale, (6) i disturbi di conversione, (7) il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) e l'autismo, (8) i disturbi alimentari, (9) il Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD), (10) le psicosi, (11) i disturbi psicosomatici, (12) le disfunzioni sessuali, (13) gli episodi gravi di criminalità. Alcuni di questi risultati sono in ricerche pubblicate o in revisione, altri sono in ricerche in corso e altri ancora sono in gruppi di studi sul singolo caso, ma tutto questo contribuisce a cambiare la nostra comprensione riguardo alla natura dei disturbi. Comunque sia, questi studi applicano una sola teoria a una vasta gamma di problemi.

Avere una teoria singola e globale del disadattamento e del trattamento può ridurre sia la confusione tra terapie concorrenti, sia la sofferenza delle persone che arrivano a noi portando i loro sogni infranti e ricercando una speranza.

"I miei complimenti. E' complesso organizzare una conferenza internazionale, soprattutto la prima. Penso che sia riuscita molto bene. Ho molto apprezzato le tavole rotonde (specialmente quella sulle applicazioni forensi), che sono state molto stimolanti e hanno permesso di evidenziare gli stili e le culture di riferimento."

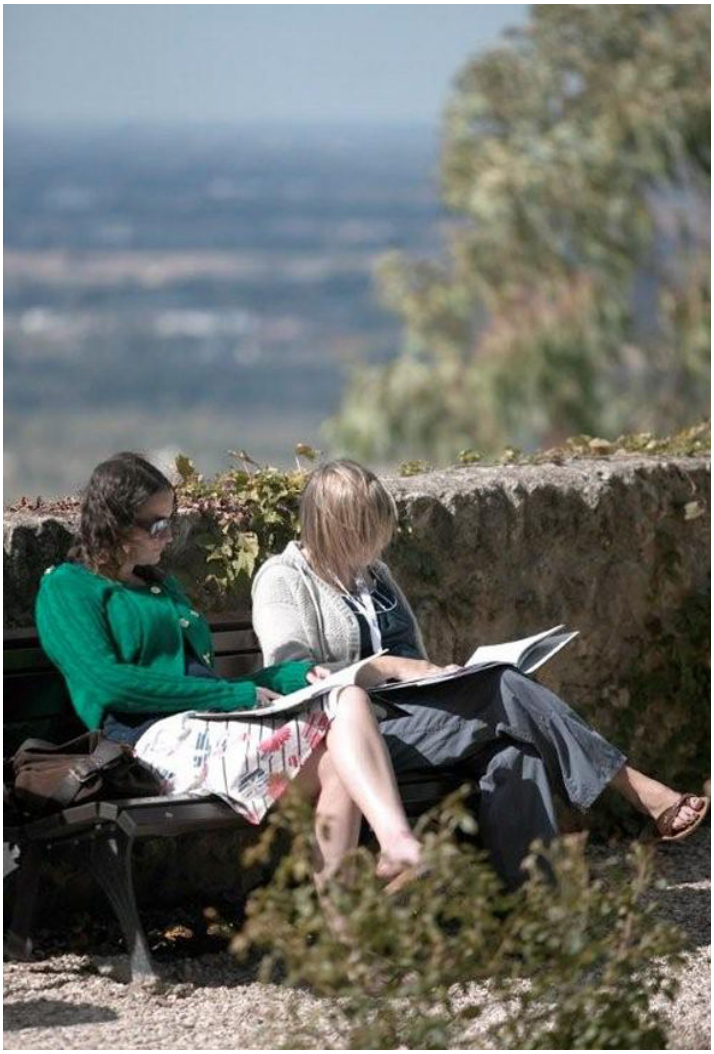
(Italia)

"La cosa più importante è stato incontrare persone che condividevano la propria visione sullo sviluppo dei bambini in condizioni di alto rischio. Il luogo della conferenza (per cultura e ambiente) è stato meraviglioso." *(Russia)*

"Ho amato la diversità e l'opportunità di incontrare e di imparare da molti colleghi di una tale varietà di formazione e di culture, l'eccitazione e l'orgoglio di essere parte della IASA e di partecipare alla prima conferenza, l'opportunità di assistere alla presentazione di ricerche che è pionieristico e offre speranza e ispirazione per il futuro, e ho apprezzato la possibilità di incontrarmi con professionisti che la pensano allo stesso modo." *(UK)*

"L'ambiente ha permesso di avere tempo per concentrarsi sui problemi dell'attaccamento senza distrazioni. Le sessioni parallele hanno lavorato bene in modo da permettermi di seguire le relazioni per me più importanti. Il posto era così bello; dovreste organizzarlo li ogni volta. Amo l'Italia." *(Irlanda)*

"La conferenza è stata un'esperienza meravigliosa. A Bertinoro ho posto domande, ottenuto risposte e condiviso insegnamenti che non mi aspettavo e ho trovato un senso di cameratismo di cui ho fatto raramente l'esperienza negli Stati Uniti. Gli altri capivano. E' stato illuminante parlare con persone di formazione diversa, ho apprezzato queste connessioni di professionalità e non vedo l'ora di ritrovarle nella prossima conferenza. Sono stata così felice di essere presente." *(USA)*



"Grazie per la vostra fantastica conferenza! Le relazioni, l'ambiente, il cibo e tutte le meravigliose persone da tutto il mondo che lavoravano e la pensavano in modo simile a me e ai miei colleghi. Il DMM è importante per il mio lavoro clinico ed è proprio quello che mancava alla mia formazione. Le sessioni plenarie valevano da sole il viaggio." *(Norvegia)*

Arrivando a Bertinoro

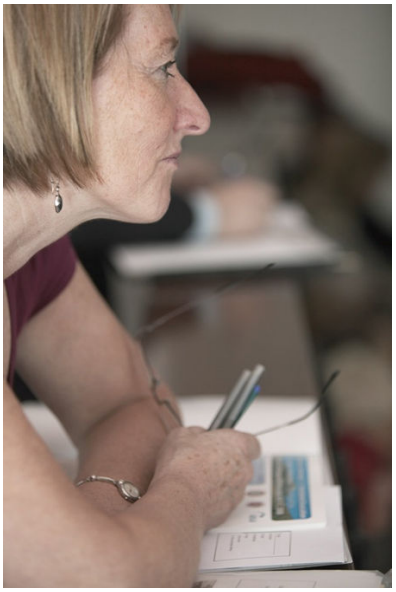
Il mio viaggio in Italia è iniziato otto anni fa, quando trovai un libro: *L'Organizzazione dell'Attaccamento: Maturazione, Cultura e Contesto* di Patricia Crittenden. Ecco un chiaro inquadramento delle idee che hanno ispirato Bowlby e il loro contributo cruciale per pensare la realtà psicologica. Come Bowlby, la Crittenden ha collocato le relazioni e le parentele al centro della vita umana e del benessere emotivo.

In quel libro, le idee di attaccamento familiare sono state estese in un linguaggio che si percepì solido e stimolante. La teoria dell'attaccamento è stata una teoria etnocentrica, occidentale e non ancora universalmente affermata? Perché la diade è stata vista ancora isolatamente? Perché variabili cruciali come il contesto e la cultura sono state ancora troppo trascurate?

Ecco una coraggiosa ricercatrice che, come una esploratrice, non si scoraggia per la "fitta foresta e il terreno pericoloso." Inoltre, scoprii che la Crittenden aveva convalidato i suoi interrogativi espandendo ampiamente i metodi di codifica, che mi erano familiari, in modo da creare un nuovo modello estremamente dettagliato e sofisticato che copriva il ciclo di vita. Le sue ipotesi sull'adattamento stavano acquisendo un supporto empirico e sistematico filtrato da una rete di ricercatori ed esperti del settore che si era formata insegnando il suo modello, condividendo le osservazioni e occupandosi delle discrepanze come indice di riflessione e cambiamento.

Con i miei entusiastici colleghi dell' *Attachment Journal*, abbiamo deciso di partecipare al 1ª Conferenza della IASA. Bertinoro è una gemma, abbarbicato fra gli Appennini e il mare come un nido d'aquila. Infatti la bellezza abbondava ad ogni angolo, nelle strade tortuose e scoscese che salgono al castello e nella solidità della rocca antica che si vede da lontano.

La conferenza, frequentata oltre ogni aspettativa, si è svolta sul posto con i partecipanti alloggiati tutti intorno alla collina. Questo ha significato, per alcuni, una sistemazione piuttosto semplice, ma la ospitalità gentile e la cucina squisita sono stati delle ricompense piacevoli. Quando scendeva la sera l'atmosfera era da sogno. Ci sentivamo in vacanza, con il vantaggio di incontrare alla tavola di un ristorante, o per un drink in un bar, qualcuno che aveva grandi storie da raccontare o poteva intervenire su argomenti importanti, con il sapore di luoghi, lingue e stili differenti, che riguardavano una serie condivisa di temi, interessi e passioni.



"La vicinanza emotiva tra i professionisti che utilizzano il DMM." *(Grecia)*

Tra i partecipanti cresceva la consapevolezza che qualcosa di importante si stava sviluppando, coinvolgendo un vasto gruppo di professionisti ed esperti nel settore: psicologi, ricercatori, operatori sociali, psicoterapeuti, psichiatri infantili e educatori della salute, da tutte le parti del mondo. Molti hanno avuto accesso, attraverso il DMM, a un modo più gratificante di lavorare, a uno stile più accurato di osservazione, e a un modalità più completa e rispettosa di accostarsi ai loro 'soggetti': madri, bambini, famiglie.

Le informazioni acquisite dai risultati di ricerche esplorative e comparative applicate a diverse culture e società sono state importanti in questa prima riunione di ricercatori e clinici del DMM.

La valutazione dell'attaccamento può offrire una visione di fenomeni sottili e inconsci e fornire nuove modalità di comprensione riguardo l'impatto su ampia scala di eventi nelle società? La ricerca di Rifkat Muhamadrahimov in Russia suggerisce questa possibilità. Può un'intera nazione essere minacciata e progressivamente curata applicando alla sua sofferenza le conoscenza della teoria dell'attaccamento? Mary Courchene ha raccontato l'abuso subito attraverso le generazioni dal popolo dei Primi Nativi del Canada e ha parlato della rinascita che si sta manifestando. Come strumento per misurare i bisogni è stata utilizzata una valutazione basata sull'osservazione, un modo non intrusivo per monitorare gli stati interni e acquisire l'informazione su cui fondare l'intervento. Tale strumento è particolarmente prezioso quando mira alle fasi più precoci di sviluppo; Bente Nielsen ha dimostrato come il *CARE-Index* possa evidenziare forme silenziose di sofferenza e indirizzare i terapeuti che cercano di guarire le ferite relative ai danni subiti nel passato dai genitori.

"C'era tanta gente da paesi differenti con uno scopo comune: promuovere la possibilità di crescere in buona salute sul piano mentale." *(Lussemburgo)*

Come psicoterapeuta, ho trovato stimolanti e coinvolgenti i resoconti sull'utilizzo dell' *AAI* nel contesto della valutazione pre e post-terapia e nella ricerca sull'esplorazione degli stati mentali del terapeuta relativi all'attaccamento. Lo studio sui terapeuti ha stimolato una riflessione, particolarmente sulle dinamiche indotte nella diade terapeutica dalla combinazione o meno delle strategie di attaccamento del paziente e del terapeuta. Furio Lambruschi ha anche riportato, in modo non sorprendente, che i terapeuti di solito presentano aspetti di traumi e lutti non risolti, proprio come i loro clienti. Potrebbe questa informazione essere utile per formare i terapeuti?

Ho chiesto alla mia compagna di stanza, una psichiatra infantile che si è formata a lungo con la Crittenden, cosa ha maggiormente apprezzato. Mi ha risposto che quello che il DMM ha comportato nella sua pratica è la comprensione che tutto il comportamento ha un significato e una funzione, anche quando appare come disorganizzato. Le strategie del cliente saranno state adattive, in un determinato momento, all'interno delle relazioni principali con i caregiver, e pensare a quella relazione l'aiuta nella valutazione delle difficoltà del paziente e a sviluppare un progetto terapeutico. Penso che questo sia esattamente ciò che Bowlby stesso avrebbe desiderato ascoltare.

Donatella Landi, Attachment Journal, The Bowlby Centre, London

L'attaccamento modella il cervello della madre? Esplorando la neurobiologia dell'attaccamento

Lane Strathearn

Premessa

I segnali del neonato, come le espressioni facciali di sorriso o di pianto, sono motivatori potenti del comportamento genitoriale umano e attivano nella madre i circuiti cerebrali di compenso associati alla dopamina (Figura 1) (Strathearn, Li, Fonagy, & Montegue, 2008). Allo stesso modo gli studi sugli animali hanno dimostrato che l'ormone cerebrale ossitocina gioca un ruolo critico nell'attivazione del comportamento di risposta della madre.

In base al Modello Dinamico-Maturativo dell'Attaccamento (DMM) le esperienze di attaccamento proprie della madre possono predire la qualità della cura che offre al suo bambino. Questo studio ha esplorato se la strategia di attaccamento della madre, valutata secondo il DMM, può predire l'estensione dell'attivazione dei circuiti cerebrali di compenso e la risposta periferica dell'ossitocina ai segnali del proprio figlio.

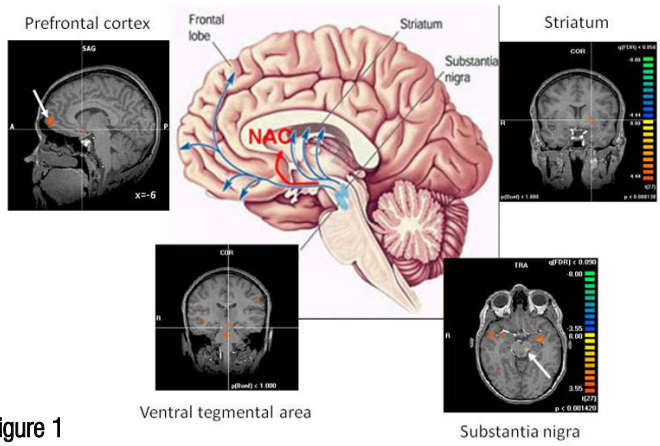


Figure 1

Ipotesi

Si era ipotizzato che le madri le cui AAI erano state classificate come Tipo A avrebbero mostrato una attivazione preferenziale delle vie nigrostriate della dopamina, associata con azioni contingenti o "cognizioni", mentre le madri di Tipo B avrebbero mostrato una maggiore attivazione relativa delle vie mesocorticolimbiche implicate nel compenso e nell'elaborazione delle informazioni affettive (Figura 2 e 3). Inoltre era stato previsto che le madri di Tipo B avrebbero mostrato una maggior risposta dell'ossitocina mentre interagivano con il loro figlio durante il gioco libero e che queste risposte sarebbero state correlate con patterns di attivazione cerebrale.

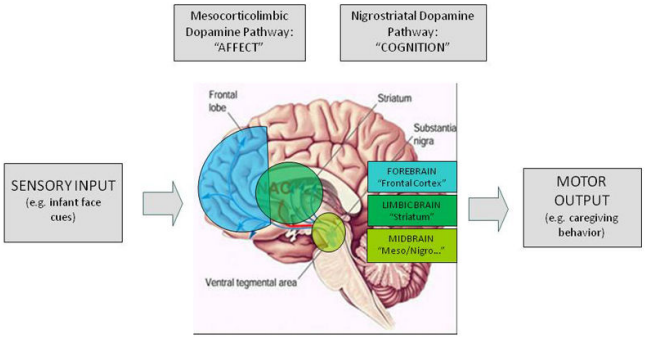


Figure 2

Metodo

Campione: Madri primipare con attaccamento Tipo B (n=15), valutate prima della nascita del bambino utilizzando l'AAI, sono state confrontate con madri con attaccamento di Tipo A (n=15). I gruppi non differivano riguardo alle misure self-report di stato socioeconomico, temperamento adulto/bambino, allattamento al seno, depressione e stress genitoriale.

Procedura. L'ossitocina ematica dalle madri è stata prelevata prima durante e dopo l'interazione di gioco con i loro figli di 7 mesi. In seguito, utilizzando la risonanza magnetica funzionale correlata agli eventi, alle madri sono state mostrate 60 immagini facciali insolite del loro bambino appaiate a quelle di un bambino sconosciuto. Le differenze tra i gruppi nella risposta a livello di ossitocina e di attivazione cerebrale sono state valutate utilizzando l'ANOVA a misure ripetute e un'analisi sugli effetti casuali.

Risultati

Come ipotizzato, le madri con un pattern di attaccamento adulto equilibrato (Tipo B), quando vedevano i volti felici dei propri bambini, hanno mostrato una attivazione preferenziale di due regioni chiavi di compenso, la ventrale striata e la corteccia mediana prefrontale ($p < 0.05$, con correzione della falsa percentuale di rilevamento). In esse, inoltre, sono stati evidenziati maggiori livelli di ossitocina ematica dopo l'interazione con i loro bambini ($p. < 0.05$), correlati positivamente con risposte cerebrali ventrale striata ($rS = 0.57$, $p = 0.002$).

Mentre le madri Tipo B attivavano queste regioni di compenso anche quando vedevano le facce piangenti dei propri bambini, le madri Tipo A mostrarono una maggiore attivazione della corteccia prefrontale dorsolaterale, che è implicata nell'elaborazione delle informazioni cognitive, come anche dell'insula, una regione associata a sentimenti di dolore, disgusto e affetti negativi.

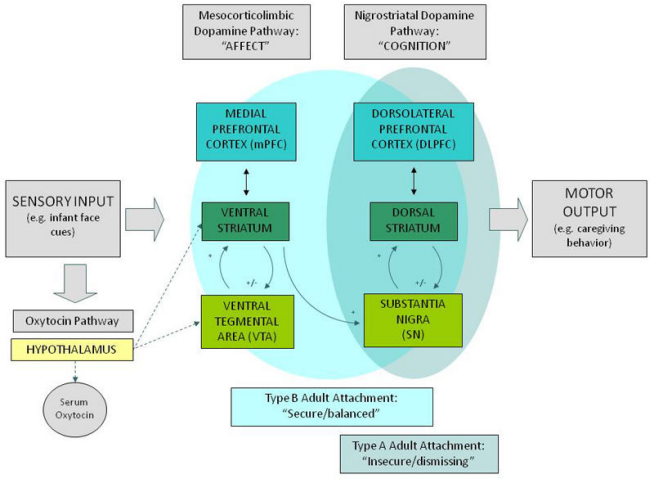


Figure 3

Conclusioni

Le madri di Tipo B, quindi, in risposta ai volti sia felici che tristi del bambino, hanno mostrato una attivazione significativamente maggiore delle regioni coinvolte nei processi di compenso associati alla dopamina. Al contrario, le madri di Tipo A sembravano mostrare maggiori risposte cerebrali cognitive e sembravano rispecchiare i sentimenti negativi dei propri bambini, con una maggiore attivazione dell'insula. La ricerca attuale sta studiando come le differenze delle risposte cerebrali materne possano predire le strategie di attaccamento infantile valutate con la Strange Situation. Inoltre stiamo esaminando le risposte cerebrali materne nelle popolazioni ad alto rischio, ad esempio

le madri che fanno uso di cocaina. La comprensione dei correlati cerebrali e ormonali dell'attaccamento dell'adulto, infine, può portare a una maggiore definizione degli interventi comportamentali e farmacologici, aiutando le madri a entrare più in sintonia con i segnali comportamentali e affettivi dei propri neonati, e potenzialmente modificando la trasmissione dei pattern di attaccamento insicuro.

Lane Strathearn, MBBS, FRACP, Assistant Professor, Dipartimento di Pediatria Baylor College of Medicine

Riferimenti bibliografici

Strathearn L.,Li J.,Fonaghy P.,Montagne P.R.,What's in a smile? Maternal brain responses to infant facial cues. Pediatrics 2008 Jul 1;122(1):40-51

Figure 1: attivazione delle regioni cerebrali connesse al compenso quando le madri vedono le facce sorridenti dei propri neonati

Figure 2: vie associata alla dopamina attivate nelle madri in risposta ai segnali sensoriali del neonato

Figure 3: come le differenze nei pattern di attaccamento adulto possono corrispondere alle vie cerebrali che processano il compenso

Figura 4: modello di presentazione dei volti dei bambini nell'esperimento con la risonanza magnetica funzionale (MRI). Riprodotto col permesso di *Pediatrics*, Vol. 122, Pagg. 40-51, Copyright © 2008 by the AAP.

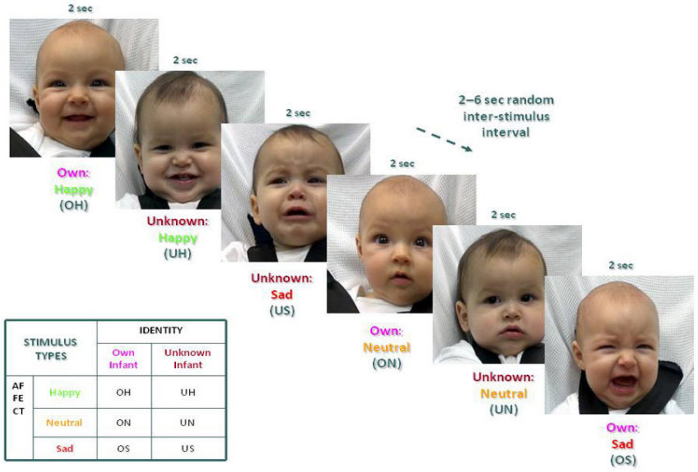


Figure 4

Highlights . Conference Highlights . Conference

"I quattro ambiti erano diretti a persone con interessi diversi e hanno funzionato molto bene. Le relazioni che ho ascoltato nella sessione su genitore-bambino sono state molto buone." *(UK)*

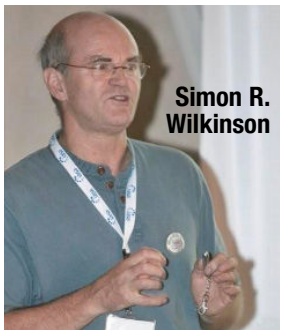
"In termini di contenuto ho apprezzato le sessioni plenarie e le ho trovate veramente stimolanti; in termini di ambiente ho semplicemente amato il luogo della conferenza" *(Germania)*

"Standardizzando un protocollo accettabile sull'attaccamento per l'utilizzo in aule di tribunale." *(Molte persone!)*

"Come legale esperto di questioni familiari ho apprezzato e tratto beneficio dal contatto informale interdisciplinare. Mi aspettavo di gradire la conferenza e di trovare alcune relazioni interessanti. Sono stato sorpreso di quanto ho apprezzato tutto; e le relazioni che ho sentito non sono state solo interessanti, ma anche utili." *(UK)*

Crescere genitori: attaccamento, genitorialità e sicurezza del bambino

Crittenden, PM. (2008) Ediciones Willan. ISBN 978-1-84392-498-2



Quando Pat Crittenden analizza i filmati delle interazioni diadiche o le trascrizioni delle interviste sull'attaccamento adulto con gruppi di esperti, la sua esclamazione è: "Dove è la prova per quello che dite?"

Qui potete trovare un magistrale esempio di pensiero che tenta di integrare una grande quantità di dati dalla biologia alla psicologia. Le vignette illustrative valutano la genitorialità in una prospettiva evolutiva e chiariscono la differenza fra 'rappresentazioni temperamentali', e 'modelli operativi interni'. Il volume rappresenta un'indagine scientifica rigorosa e un tentativo attuale di migliorare la base della pratica clinica e del modo di proteggere il bambino. Questo conferma il detto: "più sappiamo, più sappiamo che non sappiamo".

Tutti abbiamo la necessità di sapere quale tipo di prova abbiamo per quello che facciamo, il terapeuta come il genitore. Siamo sempre parzialmente ciechi riguardo a cosa ci guida e notare i paradossi è difficile, ma vitale, per vedere quello che c'è. Come ha affermato il filosofo danese Kirkegaard: "Un pensatore senza un paradosso è come un amante senza passione".

Pat Crittenden ha una passione. Lei implacabilmente rintraccia i paradossi nelle osservazioni sull'attaccamento e anche nella storia accettata riguardo all'attaccamento. Concentrando l'attenzione su come la protezione del Sé, l'adattamento e la riproduzione plasmano l'elaborazione dell'informazione, la Crittenden richiama l'attenzione sulla complessità dello sviluppo. Ciò migliora radicalmente l'utilità clinica e l'applicabilità teorica della teoria dell'attaccamento che comincia a diventare accessibile alla pratica clinica. Il punto critico è nei dettagli. Il percorso diventa difficile quando il tipo di dettaglio richiesto per capire le strategie psicopatologiche più devianti è incluso. Tuttavia, questo libro mostra perché questo sforzo sia utile.

Il Modello Dinamico-Maturativo (DMM) mira a coniugare la psicologia epigenetica- evolutiva e le altre scienze in un insieme coerente. Il libro solleva interrogativi circa i presupposti che riguardano la priorità dei processi biologici nell'eziologia dei disordini neuropsichiatrici. Qui i lettori devono seguire i dettagli nei capitoli iniziali, specialmente l'uso che lei fa di un modello bio-psico-sociale transazionale per integrare le informazioni in modo operativo. Se lo avete fatto, potete giudicare se lei è andata oltre l'evidenza o ha mostrato le imperfezioni dell'evidenza.

Alla conclusione della giornata, ricordate il suo mantra: "Dove è la prova?" Chiedete a voi stessi se Pat Crittenden realmente ha presentato prove sufficienti, o se potete contribuire allo sviluppo della conoscenza di base ponendo ulteriori domande critiche. La ricerca dei paradossi nella sua tesi dovrebbe essere adeguatamente celebrata e condivisa con i colleghi. Nel frattempo, buona caccia. Celebratela con questo libro.

Simon R Wilkinson, Ullevål University Hospital, Oslo

"Non mi ero mai reso conto completamente, con mia sorpresa, di quante persone da molte parti del mondo sono interessate in questo modello di attaccamento" *(Canada)*

"Un posto meraviglioso! Ma quello che ho amato di più sono stati gli scambi tra clinici e ricercatori che lavorano nella prospettiva dell'attaccamento in tutto il mondo" *(Spagna)*

Cara Pat,

negli ultimi anni ho cominciato a interessarmi al DMM e ho appena letto il tuo libro "Raising parents". Solitamente non scrivo agli autori (dopo tutto sono inglese!), ma voglio congratularmi con te per aver reso così chiaro il modello. Ho alle spalle 25 anni di lavoro come terapeuta familiare sistemico e psicoterapeuta psicoanalitico, ma non riesco a ricordare un singolo libro che mi sia stato altrettanto utile. In ogni modo adesso basta con i complimenti!

Ho appena avuto in consultazione una ragazza di 13 anni con una storia biennale di ME (Encefalite Mialgia, Myalgic Encephalomyelitis, o Sindrome da Affaticamento Cronico, Chronic Fatigue Syndrome), dolore addominale psicogeno e problemi comportamentali.

Non era difficile considerarla come A3-4; per questo ho sospettato, seguendo il modello, che essa scindesse gli affetti negativi.

Nel corso degli ultimi anni tre o quattro professionisti, seguendo un modello di trattamento prevalentemente cognitivo, avevano concluso che, poiché non si evidenziavano sentimenti negativi, in famiglia andava tutto bene. Applicando il DMM avevo capito che non era vero.

Per fortuna la mia ipotesi è stata confermata quando, in una seduta in cui il padre non aveva potuto essere presente, la ragazza fu in grado di manifestare tutta la sua profonda infelicità. Era convinta che suo padre fosse completamente disinteressato a lei. A me sembrava che più lei cercava di piacergli, più si ammalava e si sentiva frustrata perché aveva l'impressione che il padre ce l'avesse con lei ... e avanti così un orribile circolo vizioso.

Anche la madre aveva rinunciato ad influenzare il padre, assente, ma manager di grande successo. Sospettavo, inoltre, che anche lei si sentisse profondamente infelice e in trappola.

Dopo quella seduta, ho aiutato la madre della ragazza a evitare di rifiutare i sentimenti della figlia (la madre aveva avuto genitori evitanti) o cercare di tirarla su di morale, ma, al contrario, per la prima volta, prendere sul serio le emozioni della ragazza. Alla fine la figlia disse: "Ho fatto prima ad ammalarmi piuttosto che avere la famiglia separata". Questa osservazione sembrò sintetizzare tutto.

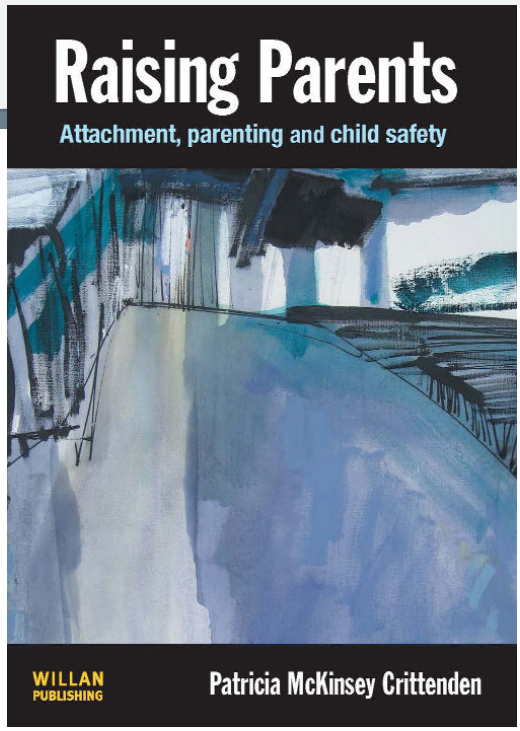
Credo che il punto fondamentale in cui il DMM mi ha guidato sia stato evidenziare la relazione tra l'enfasi eccessiva sugli aspetti cognitivi e la minimizzazione dell'importanza degli affetti. Il DMM mi ha messo in guardia rispetto alle opinioni espresse dai precedenti professionisti, riguardo al fatto che non vi fossero difficoltà familiari.

Il mio punto di partenza, invece, già prima di incontrare la famiglia, era che in essa vi fossero probabilmente dei problemi "emotivi" talmente nascosti che, fino ad allora, nessuno era stato in grado di parlarne in modo significativo. Sicuramente, nella risoluzione del caso, sono stato aiutato dall'assenza del padre a una seduta. Alla fine, forse, sarei potuto arrivare anche da solo alle stesse conclusioni, ma il DMM mi ha certamente guidato focalizzandomi sulla ricerca degli affetti nascosti e delle distorsioni cognitive.

In ogni caso, il mio intento principale era quello di esprimere la mia gratitudine per il volume "Raising Parents" e di mostrare, descrivendo questo caso, come mi sia stato di grande aiuto nel mantenere una visione chiara durante la seduta, terminata appena dieci minuti prima di cominciare a scrivere. Mi sono reso conto di essere stato ben guidato dal tuo modello.

David Pocock

Responsabile del *Family Therapy, Child and Family Consultation Service*, Malborough, UK



"Ho dato una copia di Raising Parents al mio supervisore. La sua formazione è sui problemi matrimoniali e sulla terapia familiare. Ha detto che non aveva mai letto niente di simile fino ad ora" *(USA)*

"La varietà delle relazioni" *(Svizzera)*

Menti Che Curano: Caratteristiche Dei Terapeuti In Grado Di Promuovere Terapie Efficaci

Furio Lambruschi

Introduzione e razionale

Idee centrali

Il processo psicoterapeutico può essere descritto come *l'incontro tra due menti* che si influenzano reciprocamente, assumendo che una delle due menti possieda uno specifico bagaglio teorico e procedurale (mutuato da una teoria del trattamento), così come un tipo specifico di organizzazione psicologica personale che riflette l'integrazione tra forme diverse di rappresentazione.

La scelta delle tecniche di intervento terapeutico con ogni paziente dovrebbe essere basata su un adeguato percorso di *assessment* del paziente stesso che consenta di formulare adeguate ipotesi sulle caratteristiche specifiche dell'organizzazione del Sè che il paziente è stato in grado di costruire durante il suo itinerario di sviluppo. Le tecniche terapeutiche saranno allora strategicamente selezionate per promuovere una graduale armonizzazione (più ampie aree di integrazione) dei suoi processi psicologici.

Tuttavia, l'*ambiente* in cui le tecniche terapeutiche sono veicolate, ovvero l'organizzazione psicologica del terapeuta, ha forse un'importanza ancora maggiore delle strategie terapeutiche, poichè rappresenta la "sponda" relazionale, la base psicologica in grado di promuovere, o meno, l'integrazione dell'organizzazione mentale del paziente. Per svolgere la propria funzione d'aiuto, il terapeuta dovrebbe infatti disporre di un adeguato monitoraggio metacognitivo dei propri processi cognitivi ed emozionali ed essere libero da importanti deficit integrativi.

Studi precedenti

La relazione psicoterapeutica è stata variamente analizzata dalla prospettiva della teoria dell'attaccamento. Tuttavia la ricerca si è concentrata prevalentemente su come le strategie di attaccamento *del paziente* influenzano l'alleanza terapeutica e il risultato del trattamento, assumendo quindi o che il funzionamento del terapeuta sia ininfluente, o che si possa dare per scontato un suo funzionamento ben integrato. Una o entrambe di queste assunzioni possono essere inesatte. Se così fosse, ciò potrebbe influenzare il successo della psicoterapia con i pazienti.

Le strategie di attaccamento dei terapeuti possono parzialmente descrivere ciò che di solito si intende per *contro-transfert* (Goodwin, 2003). Diversi studi sembrano evidenziare che terapeuti sicuri (Tipo B) ed evitanti (Tipo A) "funzionano" meglio (nel costruire una adeguata alleanza di lavoro e nel riconoscere e affrontare possibili rotture nella relazione terapeutica) rispetto a terapeuti che usano strategie di Tipo C; comunque, laddove non mostri strategie di tipo sicuro, sembra importante che il terapeuta possieda una strategia di attaccamento *opposta* a quella del paziente (Dozier, 1990; Dozier et al, 1994; Tyrrel et al, 1999; Mallinckrodt, 2000; Meyer and Pilkonis, 2001; Rubino et al, 2000; Black et al, 2005; Bruck et al, 2006).

Le ipotesi della nostra ricerca

Come sono distribuite le diverse strategie di attaccamento tra gli psicoterapeuti italiani?

Come si differenzia questa distribuzione da quella di un gruppo normativo di adulti italiani e da quella di pazienti italiani in psicoterapia?

Metodo

Cinquantuno (51) AAI di psicoterapeuti italiani sono state raccolte e classificate utilizzando il sistema di classificazione del Modello Dinamico-Maturativo (Crittenden, 1999). Ogni intervista è stata codificata da almeno due codificatori e, in caso di disaccordo, è stata sempre considerata una terza opinione. La distribuzione delle classificazioni è stata poi confrontata con i dati di archivio relativi a un gruppo normativo adulto (N = 128) e a un gruppo di pazienti adulti in psicoterapia (N = 279) usando lo stesso metodo di classificazione.

Risultati preliminari

La distribuzione delle strategie di attaccamento

Confrontati con il campione di pazienti (0%), gli psicoterapeuti italiani (25,5%) e il campione Normativo (29,7%) sono stati più spesso classificati come Tipo B. Tuttavia, quasi il 40% dei terapeuti utilizza nella propria quotidianità strategie interpersonali tipiche di chi ha dovuto confrontarsi con quote elevate di pericolo che risultano non integrate come adulti, e che di solito necessitano di psicoterapia (sottoclassificazioni estreme: A5-8, C5-8)! Quindi, gli psicoterapeuti sembrano essere un gruppo bi-modale, o ben integrati e psicologicamente equilibrati o estremamente non integrati e con elevate distorsioni nei loro processi mentali. La nostra preoccupazione, ovviamente, è come ciò possa influenzare il loro comportamento nei confronti dei pazienti.

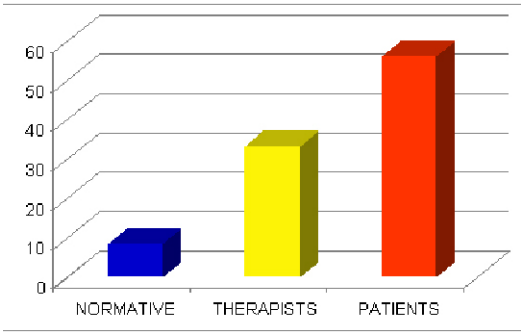


Fig. 1 - Traumi irrisolti

Un terzo dei terapeuti non solo ha vissuto eventi traumatici nella propria infanzia, ma sono anche attualmente irrisolti rispetto a tali eventi.

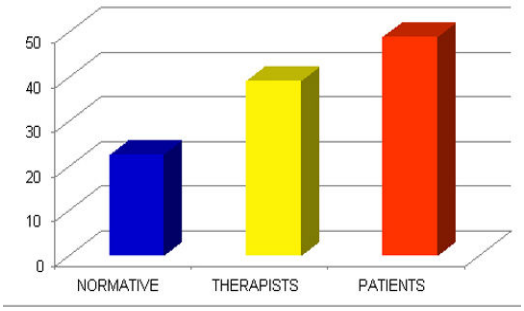


Fig. 2 - Lutti irrisolti

Inoltre, più di un terzo dei terapeuti mostra aspetti irrisolti riguardo a lutti di figure di attaccamento nel corso dell'infanzia.

Tipologie estreme di mancata risoluzione di traumi o perdite

Un "generoso" 27,5% dei terapeuti evidenzia le tipologie più estreme e complesse di traumi e perdite irrisolte. Specificamente, anziché arrivare ad accettare e comprendere le passate esperienze traumatiche, questi terapeuti possono aver spostato l'esperienza su qualcos'altro o qualcun altro, possono aver vissuto in modo vicario i traumi della figura di attaccamento come propri, possono aver immaginato che il trauma spiegasse sintomi psicologici a cui esso quasi sicuramente non era legato, o nascosto che qualcuno li avesse ingannevolmente messi in pericolo, o bloccato il trauma dalla rievocazione, o mescolato vari eventi traumatici in modo disorganizzato.

Modificatori

In aggiunta, comunque, il 20% degli psicoterapeuti italiani mostra una riorganizzazione dei propri processi psicologici nella direzione dell'integrazione, in termini significativamente più elevati rispetto ai pazienti (7%).

Dall'altro lato, quasi il 6% dei terapeuti è stato classificato come "disorientato", confondendo cioè le fonti di informazione, le diverse prospettive e i diversi interessi delle persone. É possibile che ciò abbia un'origine iatrogena? Ovvero, il disorientamento degli psicoterapeuti potrebbe essere il risultato di lunghe analisi personali principalmente interpretative o largamente basate sulle rappresentazioni semantiche e, forse, sull' "obbedienza" in terapia, con scarsa considerazione, riconoscimento e articolazione delle rappresentazioni implicite.

Conclusioni

Complessivamente, il funzionamento psicologico degli psicoterapeuti sembra cadere tra quello della popolazione normativa e quello dei pazienti. La nostra preoccupazione riguarda quei quasi due terzi di terapeuti che funzionano più come pazienti.

Questi dati suggeriscono che i training per psicoterapeuti dovrebbero essere strutturati in modo da monitorare e promuovere una maggiore integrazione tra i livelli rappresentativi implicito e semantico. L'esito desiderato dovrebbe essere rappresentato da una maggiore flessibilità, coesione e competenza metacognitiva nel funzionamento mentale del futuro terapeuta.

Le future ricerche andranno ad indagare le strategie di attaccamento evidenziate da psicoterapeuti appartenenti a diversi approcci psicoterapeutici (psicodinamico, cognitivo e sistemico-familiare).

Quali dovrebbero essere la nostre principali aree di attenzione? Sicuramente qualunque perdita o trauma irrisolto nella storia del terapeuta che non sia stato adeguatamente integrato all'interno del funzionamento quotidiano dello stesso. Dovremmo dedicare particolare attenzione ai terapeuti con organizzazione di Tipo C, alle loro difficoltà nel costruire un'adeguata alleanza terapeutica e nel condurre e risolvere le rotture che inevitabilmente si presentano nella relazione terapeutica. Aiutare gli allievi ad osservare se stessi nella relazione con diversi pazienti, in situazioni di complementarietà e contro-complementarietà potrebbe essere una tecnica particolarmente utile sul piano formativo.

Infine, la supervisione, sia per gli allievi che per i terapeuti esperti, potrebbe essere supportata sia da una AAI, in fase iniziale, sia da metodi osservativi in itinere (ad esempio osservazioni in vivo o videoregistrate di sedute terapeutiche), in alternativa ad approcci semantici più facilmente distorti, basati su ciò che il terapeuta ricorda e racconta al supervisore.

Bibliografia

Black, S., Gillian H., Graham T. and Glenys P. (2005) Self reported attachment styles and therapeutic orientation of therapists and their relationship with reported general alliance quality and problems in therapy. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 78, 363-377, The British Psychological Society.

Bruck, E., Winston, A., Aderholt, S., Muran J.C. (2006) Predictive Validity of Patient and Therapist Attachment and Introject Styles. American Journal of Psychotherapy, 20, 4.

Crittenden, P.M., (1999) Attaccamento in età adulta: l'approccio dinamico maturativo alla Adult Attachment Interview, Milano, Cortina.

Dozier, M. (1990) Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. Development and Psychopathology, **2**, 47–60.

Dozier, M., Cue, K. & Barnett, L. (1994) Clinicians as caregivers. Role of attachment organization in treatment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, **62**, 793–800.

Goodwin, I. (2003) The relevance of attachment theory to the philosophy, organization, and practice of adult mental health care. Clinical Psychology Review, **23**, 35–56.

Mallinckrodt, B. (2000) Attachment, social competencies, social support, and interpersonal process in psychotherapy. Journal of the Society for psychotherapy Research, X, 3, 239-266.

Meyer, B., & Pilkonis, P. (2001). Attachment style. Psychotherapy, 38, 466–472.

Rubino, G., Barker, C., Roth, T., & Fearon, P. (2000). Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures. Psychotherapy Research, 10, 408–420. Tyrrell, C., Dozier, M., Teague, G., et al (1999) Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders. The importance of attachment states of mind. Journal of Consulting and Clinical Psychology, **67**, 725–733.

Highlights . Conference Highlights . Conference

"L'integrazione tra teoria, ricerca e pratica applicativa" *(Israele)*

"E' stato come trovare una famiglia enormemente estesa che non sapevi di avere." *(Norvegia)*

"IASA è una realtà. Mi sono reso conto di quanti utilizzino gli strumenti di valutazione e la teoria nei propri ambiti di lavoro: bambini, adulti, problemi psicosomatici, madri adottive, genitorialità, psicoterapeuti, genitori abusanti, bambini abusati, nonni, neonati istituzionalizzati, coppie divorziate, bambini in affido, disturbi di conversione, madri depresse, disturbi di personalità, famiglie a rischio, disturbi del comportamento alimentare, bambini autistici; tutto e ancora di più" *(Italia)*

"Il cibo, finalmente!
(Cile, Canada e tutti quanti!!!)