

Anoressia infantile e relazione bambino-caregiver: studio clinico-empirico sui modelli di attaccamento

Ammaniti M.¹, Cimino S.², Lucarelli L.³, Speranza A.M.⁴, Vismara L.⁵

Abstract

Il presente studio si propone di verificare i seguenti obiettivi: 1. rilevare una frequenza più elevata di modelli di attaccamento insicuro e/o disorganizzato nelle coppie di madri e dei loro bambini con diagnosi di anoressia infantile, confrontati con un gruppo di controllo; 2. evidenziare una concordanza, in termini di sicurezza/insicurezza, tra il modello di attaccamento del figlio e quello della madre in un gruppo di bambini con diagnosi di anoressia infantile, confrontati con un gruppo di controllo. La ricerca si avvale di strumenti e metodi che sono illustrati e verificati in dettaglio.

Parole-chiave: anoressia infantile, stili di attaccamento, strange situation, interazioni precoci con la madre

Introduzione

La psicopatologia dell'infanzia definisce l'anoressia precoce come una sindrome caratterizzata da alimentazione scarsa e problematica associata a difficoltà di accrescimento – *failure to thrive* – o arresto nella crescita – *growth stunting* – in assenza di cause organiche in grado di spiegare il disturbo del bambino. In particolare, la Classificazione diagnostica 0-3 descrive il disturbo dell'alimentazione, che può manifestarsi in momenti diversi dell'infanzia, come difficoltà del bambino a stabilire pattern regolari di alimentazione con un'adeguata immissione di cibo e a regolare la propria alimentazione con gli stati fisiologici di fame o di sazietà (Zero to Three - National Center for Clinical Infant Programs, 1994). Questa definizione permette, quindi, di includere al suo interno il quadro clinico specifico dell'anoressia infantile.

¹ Professore Ordinario di Psicopatologia dello Sviluppo, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università di Roma "La Sapienza".

² Dottorando di ricerca in Psicologia e Clinica dello Sviluppo, Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e Socializzazione, Università di Roma "La Sapienza".

³ Ricercatore, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università di Roma "La Sapienza".

⁴ Ricercatore, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università di Roma "La Sapienza".

⁵ Dottore di ricerca, Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e Socializzazione, Università di Roma "La Sapienza".

I più recenti contributi teorici e clinici sull'anoressia precoce propongono un “*modello eziologico multifattoriale*”, secondo cui, per l'insorgere di questo disturbo, possono concorrere diversi elementi: le difficoltà di regolazione e determinate caratteristiche temperamentali del bambino (difficile regolazione di stato, scarso appetito, negativismo, oppositività, dipendenza), la presenza di una psicopatologia materna (ansia, depressione, disturbi alimentari), stili di attaccamento insicuro del caregiver, stress psicosociali (Benoit, 2000; Chatoor, 1989; 1996; Chatoor, et al., 2000; Kreisler, 1985; Woolston, 1991). Tale modello tenta di identificare una pluralità di concause che possono condurre ad un'interazione genitore-bambino negativa e conflittuale durante l'alimentazione che, se persiste, può portare alla comparsa del quadro clinico dell'anoressia infantile.

Dalle poche ricerche disponibili non risulta chiaramente identificata la prevalenza dei casi di anoressia nella popolazione infantile. In linea generale, si stima che la diffusione dei disturbi alimentari nei primi tre anni di vita possa riguardare circa il 25% dei bambini con un normale sviluppo psicofisico (Benoit, 2000; Chatoor, 1996; Lindberg, et al., 1996). Riferendo disturbi gravi, quali il rifiuto persistente del cibo che è causa di ricovero e si associa a difficoltà di accrescimento (*failure to thrive*), i pediatri riportano dati che indicano una prevalenza intorno al 5-10% nei primi quindici mesi di età (Lindberg et al., 1996); in particolare, il difetto di crescita non organico (*non organic failure to thrive*) ha un'incidenza di circa il 50-58% sul totale dei casi di *failure to thrive* (American Psychiatric Association, 1994). Mentre, quando i disturbi alimentari vengono riferiti dai genitori, hanno una prevalenza che varia dal 6% tra i sei e i quindici mesi di età, al 25-40% nelle età successive, includendo sia i bambini che si nutrono eccessivamente, sia quelli che mangiano poco, sia altri che possono presentare particolari pattern alimentari, quali la pica e la ruminazione (Benoit, 2000; Chatoor, 1996; Marchi, Cohen, 1990). I dati disponibili, quindi, mettono luce che gli studi epidemiologici non prendono in considerazione la specificità dei quadri clinici e il ruolo delle diverse fonti di informazione: infatti, i dati sono piuttosto confusi e contraddittori, sia per il differente coinvolgimento delle persone che riportano i dati (genitori, specialisti), sia perché, per ottenere una stima più attendibile della diffusione di tale quadro clinico, sarebbe necessario distinguere i disturbi transitori, spesso amplificati dall'allarme dei genitori, dalla presenza di una vera e propria patologia.

Le teorie sulla psicopatologia dell'anoressia infantile sono diverse e si sono modificate nel corso del tempo. Tradizionalmente, le dinamiche alimentari del bambino sono state analizzate secondo il “modello pulsionale” di impostazione psicoanalitica. In questa teorizzazione, la personalità e i comportamenti - e quindi anche quelli alimentari - sarebbero legati all'intensità delle pulsioni e all'adeguatezza delle risposte ambientali (Abraham, 1916; Freud, 1905; Klein, 1957). Secondo tale orientamento, sarebbero le pulsioni orali a organizzare i comportamenti alimentari nel corso dell'infanzia, sia che le pulsioni assumano, nella prospettiva freudiana, il carattere di spinte che si collocano fra la sfera biologica e quella psicologica, sia che

assumano, in una prospettiva kleiniana, il carattere di rappresentati psichici delle pulsioni sotto forma di fantasie inconscie (Greenberg, Mitchell, 1983). Gli eventuali conflitti a livello orale possono comportare *fissazioni* e *regressioni* che originano da particolari modalità di soddisfacimento pulsionale in cui l'avidità, la richiesta ripetutamente insoddisfatta, il risentimento, l'invidia, la dipendenza avrebbero un ruolo centrale nello sviluppo di una nevrosi infantile, le cui conseguenze per la nutrizione sono anormali sensi di fame, inibizioni nel mangiare, il rifiuto di mordere, masticare o ingerire cibo (Klein, 1957).

Questo "modello pulsionale" è stato gradualmente sostituito dal "modello delle relazioni oggettuali", per il quale la personalità e i comportamenti si strutturano attraverso la relazione dell'Io con gli oggetti del proprio ambiente (Winnicott, 1958; Mahler, et al., 1975; Kernberg, 1976). Il rapporto con gli oggetti, allora, non dipende più solo da imprescindibili esigenze libidiche, ma anche dal mondo degli adulti "reali" e dalle situazioni interattive giornaliere (come il momento del pasto) che influiscono significativamente sugli stadi evolutivi precoci. E proprio il passaggio da un modello "pulsionale" ad uno "relazionale" ha dato l'avvio a nuovi orientamenti teorici in campo clinico ed evolutivo (Winnicott, 1958; Mahler et al., 1975; Bowlby, 1969-1982), che hanno preso in considerazione anche la relazione precoce madre-figlio durante l'alimentazione.

A partire dagli anni '60, soprattutto con i contributi di Wolff (1966), Sander (1964), Stern (1971), lo studio dell'interazione tra la madre e il bambino ha avuto un forte incremento, e si è sviluppato sulla base di osservazioni dirette e sistematiche (e non più o non solo alla luce di modelli teorici costruiti attraverso la storia analitica e lo studio retrospettivo dell'adulto), dando luogo a quel filone di indagini che è stato chiamato *Infant Research* e che "ha profondamente modificato l'immagine del lattante e del bambino nei primi anni di vita" (Ammaniti, 2001). Il punto cardine di questo orientamento è l'affermazione che il lattante non solo è sottoposto alla spinta di soddisfare una pulsione, di ottenere una gratificazione libidica e di ridurre la tensione, ma ha anche e soprattutto la tendenza innata a creare e mantenere relazioni (Field, 1994; Sameroff, 1993; Stern, 1985; Trevarthen, 1990). Queste nuove acquisizioni sullo sviluppo del bambino hanno indotto i ricercatori a studiare i disturbi psichici della prima infanzia in relazione alle varie tappe del processo di crescita. Si è quindi affermata la *Developmental Psychopathology* (Cicchetti, 1984), che ha sottolineato la necessità di studiare la psicopatologia infantile in rapporto ai cambiamenti che si succedono in tutte le fasi del ciclo vitale, di descrivere e classificare i disturbi, ricercarne le cause e prevederne gli esiti in riferimento alle diverse tappe dello sviluppo biologico e relazionale (Cicchetti, 1984; Sameroff, Emde, 1989; Sroufe, 2000).

I progressi della psicologia e della psicopatologia dello sviluppo, dunque, hanno messo in luce il ruolo degli affetti e dei comportamenti di *caregiving* nell'organizzazione della personalità del bambino e nella possibile trasmissione del rischio psicopatologico dal genitore al figlio (Ainsworth et al., 1978; Main, 1995). In

questa prospettiva, la teoria dell'attaccamento ha fornito linee guida fondamentali per la ricerca e per la clinica. Il legame di attaccamento madre-figlio è stato considerato un'esperienza fondamentale, soprattutto perché il bambino, partecipando a scambi relazionali ripetuti, si costruisce delle rappresentazioni mentali di se stesso e degli altri. Il lavoro pionieristico condotto da Ainsworth e collaboratori (Ainsworth et al., 1978) ha individuato differenti *modelli di attaccamento*, mediante il paradigma standardizzato della *Strange Situation* (i bambini sono esposti ad una situazione di lieve stress, sono cioè inseriti in un ambiente non familiare da cui la madre si allontana per breve tempo). Sono stati identificati tre principali modelli di attaccamento dei bambini: *sicuro* (B), *evitante* (A), *ambivalente* (C) e messi in rapporto con due principali "contesti di accudimento" (*caregiving system*) che sono stati definiti *sensibile* (*sensitive*) e *insensibile* (*insensitive*) (Cicchetti, Cohen, 1995).

Un *sensitive caregiver* ha la capacità di rispondere ai bisogni del bambino e di comunicare adeguatamente a livello emotivo con il proprio figlio. In conseguenza, è stato formulato il concetto di "responsività materna", che esprime la disponibilità emotiva e la capacità di capire e di rispondere ai segnali e ai bisogni emotivi, cognitivi e comportamentali del piccolo. In sintesi, un genitore "sensibile" è quello che stabilisce un buon rapporto durante l'alimentazione (*nurturant*), è attento a tutte le esigenze del piccolo (*attentive*) e non è "controllante" (*non controlling*) (Zeanah, Zeanah, 1989), tollerando un certo grado di crisi e di dissincronia interattiva, che può essere rinegoziata e riparata con sentimenti rinnovati di fiducia, efficacia e competenza nella coppia (Beebe, Lachmann, 1994).

Viceversa, una situazione di *insensitive caregiving* è quella in cui gli affetti e le emozioni non trovano uno spazio comune e condivisibile tra il bambino e il genitore, e il *caregiver* si dimostra insensibile agli stati mentali ed intenzionali del figlio. Nella relazione con il bambino emerge uno scambio affettivo privo di reciprocità ed incoerente, che non permette al piccolo di comprendere i propri stati emotivi nascenti (Fonagy et al., 1992; Morton, Browne, 1998). Tale interazione è caratterizzata dal fatto che i partecipanti sono bloccati all'interno di *pattern* relazionali scoordinati e negativi dal punto di vista affettivo: i messaggi inviati sia dal genitore, sia dal bambino non vengono assolutamente letti, compresi e decodificati all'interno del rapporto. Un contesto di accudimento insensibile e imprevedibile si può dimostrare disorganizzante per lo stato mentale e affettivo del bambino, che può, pertanto, sviluppare strategie relazionali inadeguate e modelli mentali di attaccamento *insicuro* al proprio *caregiver*.

Ulteriori ricerche hanno mostrato come, con un genitore *sensibile*, capace di rispondere prontamente e adeguatamente ai bisogni e alle richieste del figlio, il bambino sviluppa un modello di attaccamento *sicuro* (B), cioè elabora una strategia comportamentale "primaria" che gli consente di cercare protezione e cura e di stabilire vicinanza e contatto nel momento in cui ne sente la necessità (Ainsworth et al., 1978; Belsky et al., 1984; Egeland, Farber, 1984; Grossman et al., 1985). Contemporaneamente costruisce un *modello operativo interno* secondo cui la figura del genitore è avvertita e considerata come disponibile e amorevole, e se stesso come

capace di richiedere aiuto e degno di cure. Il bambino ha quindi fiducia che la propria madre sarà disponibile e sensibile in situazioni paurose e pericolose.

Un genitore *insensibile*, invece, che ha un atteggiamento di rifiuto o è imprevedibile e incoerente nelle risposte ai bisogni del bambino, tende a far emergere nel proprio figlio un modello di attaccamento *insicuro* (*evitante/A* o *resistente/C*). In particolare, i bambini che non mostrano alcun disagio durante le separazioni, non ricercano il contatto con il *caregiver* e distolgono la loro attenzione da lui, sono definiti *insicuri-evitanti*; i bambini che mostrano una combinazione di ricerca della vicinanza e resistenza al contatto sono definiti *insicuri-resistenti*. È importante mettere in luce che entrambi i modelli di attaccamento insicuri (*ansioso-evitante* e *ansioso-resistente*) sono presenti nella popolazione generale con una percentuale rispettivamente del 20-25% e del 10-15% (van Ijzendoorn, Kroonenberg, 1988) e sono spesso associati alla comparsa di problemi comportamentali, difficoltà nel controllo degli impulsi, scarsa autostima, scarsa regolazione emozionale, difficili relazioni con i pari (Sroufe, 2000; Zimmermann, Grossmann, 1994). Questi bambini insicuri hanno organizzato strategie difensive di fronte a caratteristiche non ottimali dell'accudimento, pur trattandosi di strategie adattive funzionali al mantenimento del legame con il proprio *caregiver*.

Più di recente, sono stati identificati gruppi di bambini con comportamenti di attaccamento incoerenti e contraddittori, messi in atto in relazione a madri gravemente *insensibili* (Main, Solomon, 1990). Essi sviluppano *modelli di attaccamento atipici* (*disorganizzato/disorientato-D*, *evitante/ambivalente-A/C*, *instabile/evitante-U/A*) (Crittenden, 1985; Lyons-Ruth et al., 1987; Main, Solomon, 1990) e manifestano comportamenti intensamente contraddittori, mal diretti e incompleti, poiché, per un collasso delle strategie adattive, non sono in grado di organizzare e progettare comportamenti coerenti con cui richiedere protezione e conforto alla figura di accudimento. I modelli di attaccamento atipici sono più spesso associati a patologia psichiatrica materna, lutti e/o traumi irrisolti nella storia del genitore, gravi *stressor* familiari in situazioni di abuso e violenza (Lyons-Ruth, 1996).

I modelli operativi interni, ossia le rappresentazioni di sé e dei genitori, elaborate in seguito alle esperienze vissute con il *caregiver* e al modello di attaccamento che ne risulta, danno origine ad un'organizzazione complessa di percezioni, pensieri, sentimenti, comportamenti, che influenzano la forma e la qualità dei rapporti che si instaurano nel corso della vita. Main e il suo gruppo di ricerca hanno elaborato un'intervista - *Adult Attachment Interview* (AAI) - tesa a far emergere questi modelli operativi interni nell'individuo adulto e, quindi, risalire alle esperienze e alla qualità dei legami di attaccamento sviluppati nell'infanzia (George et al., 1984; Main, Goldwyn, 1991). Sono emerse differenze individuali nelle modalità di narrare l'esperienza relazionale con il genitore e di ricordare la relazione di attaccamento con il proprio *caregiver*, che hanno condotto alla definizione di quattro principali categorie di modelli di attaccamento rispetto a specifici stati mentali relativi alle esperienze di attaccamento nell'infanzia (Main, Goldwyn, 1991). Gli adulti *sicuri-*

autonomi (F) esplorano i loro ricordi, i pensieri e i sentimenti in modo chiaro e coerente; gli individui *distanzianti* (Ds) tendono a svalutare o sottovalutare l'importanza e le conseguenze delle esperienze di attaccamento; gli adulti *preoccupati-invischiati* (E) risultano preoccupati e ancora coinvolti rispetto alle loro relazioni infantili e incapaci di elaborare queste esperienze passate; gli adulti *irrisolti-disorganizzati* (U) presentano un crollo dei processi di ragionamento e di pensiero in relazione alla narrazione di eventi traumatici e/o luttuosi, come la perdita di una figura di attaccamento ed episodi di abuso fisico e/o sessuale. Infine, tramite l'AAI, è possibile individuare un'ulteriore categoria denominata *cannot classify* (CC) (*non classificabile*) (Hesse, 1996), che raggruppa individui con rappresentazioni mentali contraddittorie e con caratteristiche incompatibili fra loro, proprie dei modelli precedenti.

Le ricerche finora compiute hanno evidenziato una corrispondenza significativa tra la classificazione dell'attaccamento nei bambini alla *Strange Situation* e quella dell'attaccamento nei genitori all'AAI; esiste, cioè, uno stretto parallelismo tra l'organizzazione del comportamento di attaccamento infantile e l'organizzazione dei modelli genitoriali del pensiero e degli affetti (per una rassegna delle ricerche si veda: van IJzendoorn, 1995; Hesse, 1999).

In questa prospettiva, negli ultimi decenni, sono emerse consistenti evidenze empiriche sull'associazione tra la qualità del sistema di *caregiving* e i fattori di protezione o di rischio nella psicopatologia dell'infanzia. In breve, si è rilevato che una relazione di attaccamento *sicuro* funziona come un fattore protettivo dello sviluppo psicologico infantile (effetto di *buffering*), mentre un attaccamento *insicuro* al proprio *caregiver* rappresenta un fattore di rischio e di vulnerabilità nell'organizzazione della personalità (Belsky, Pasco Fearon, 2002). Inoltre, diversamente dall'attaccamento sicuro, un *sistema di caregiving* non ottimale può amplificare i fattori di rischio psicopatologico che hanno origine da una varietà di fonti nel bambino (ad es., temperamento difficile) e nell'ambiente (ad es., psicopatologia del genitore, povertà, *stressors* psicosociali, conflittualità e instabilità nella relazione coniugale) (Sroufe, 2000).

In questa prospettiva, alcuni autori si sono posti il problema di verificare empiricamente se esiste una relazione tra i modelli di attaccamento del bambino, del *caregiver* e un'anoressia precoce. Diverse ricerche hanno evidenziato che, nel caso di anoressia infantile, sia le madri sia i figli risultano classificabili nelle seguenti categorie dell'attaccamento "insicuro": evitante/A, resistente/C o disorganizzato-disorientato/D nei bambini; distanziante/Ds o preoccupato-invischiato/E nelle madri (Benoit et al., 1989; Chatoor et al., 2000; Ward et al., 1993). È emerso, inoltre, che, se si sviluppa un'anoressia infantile, un attaccamento insicuro può intensificare le problematiche e fornire la base per una malnutrizione cronica (Chatoor et al., 2000; Ward et al., 1993). In particolare, i bambini con una sindrome di *non organic failure to thrive* di grado moderato o grave tendono a presentare più spesso modelli di attaccamento atipici (disorganizzato-disorientato/D, evitante-resistente/A-C) associati alla presenza di vari stress psicosociali ambientali (povertà, patologia psichiatrica

materna, maltrattamento e abuso, contesti familiari conflittuali e instabili) (Chatoor et al., 2000; Crittenden, 1987; Lindberg et al., 1996; Valenzuela, 1990).

Recentemente Ward et al. (2000) hanno studiato un campione di bambini con difficoltà di accrescimento che provenivano da diverse classi sociali. Osservando questi bambini attraverso la *Strange Situation Procedure*, sono state rilevate percentuali di attaccamento ambivalente e disorganizzato più elevate rispetto al gruppo di controllo. Inoltre nella storia passata delle loro madri, valutate tramite l'*Adult Attachment Interview*, sono emersi frequentemente lutti o episodi traumatici irrisolti (attaccamento irrisolto-disorganizzato/U).

Allo stato attuale delle ricerche emerge quindi che, in presenza di un'anoressia infantile, sia le madri, sia i figli (rispetto ai soggetti del gruppo di controllo) risultano spesso classificabili entro la categoria dell'attaccamento "insicuro" (Benoit et al., 1989; Chatoor et al., 2000; Crittenden, 1987; Lindberg et al., 1996; Ward et al., 2000), con stime rilevabili dal 49% al 92% (Benoit et al., 1989; Chatoor et al., 2000; Crittenden, 1987; Lindberg et al., 1996; Ward et al., 2000); e questo non solo quando i campioni esaminati presentano un elevato grado di stress psicosociali (povertà estrema, famiglie disgregate, episodi di maltrattamento e abuso), ma anche quando sono presi in considerazione campioni di bambini che provengono da diverse classi sociali e da ambienti a basso rischio psicosociale (Chatoor et al., 2000; Lindberg et al., 1996; Ward et al., 2000).

Gli orientamenti clinici e di ricerca brevemente delineati, dunque, pongono in luce l'importanza di esaminare i modelli di attaccamento sia del bambino, sia del genitore, poiché essi possono essere predittivi di eventuali relazioni disfunzionali, spesso all'origine di un'anoressia infantile.

Sulla base delle linee di ricerca delineate è stata avviata una collaborazione clinica tra il nostro gruppo di ricerca e il Reparto di Dietologia clinica di un Ospedale Pediatrico. Questa collaborazione ha reso possibile, nelle situazioni di anoressia infantile, l'introduzione di una metodologia di valutazione attraverso il lavoro coordinato di un'équipe di pediatri e psicologi. In particolare, oltre alle indagini medico-strumentali e alla valutazione dello stato nutrizionale, si effettua un *assessment* clinico-psicologico volto ad esplorare il funzionamento emotivo-adattivo del bambino, unitamente al profilo psicologico materno. Si esamina, inoltre, la qualità dei *pattern* interattivi durante l'alimentazione e i modelli di attaccamento dei bambini e dei genitori. All'interno di questa esperienza istituzionale, che ha coinvolto diverse figure professionali, sono stati raccolti i dati di ricerca e le osservazioni cliniche che saranno oggetto del presente lavoro.

Obiettivi

Il presente studio si propone di verificare i seguenti obiettivi:

- 1) rilevare una frequenza più elevata di modelli di attaccamento insicuro e/o disorganizzato nelle coppie di madri e dei loro bambini con diagnosi di anoressia infantile, confrontati con un gruppo di controllo;

- 2) evidenziare una concordanza, in termini di sicurezza/insicurezza, tra il modello di attaccamento del figlio e quello della madre in un gruppo di bambini con diagnosi di anoressia infantile, confrontati con un gruppo di controllo.

Metodo

Campione

Il campione esaminato è composto da 45 diadi madre-figlio, di cui 18 coppie con bambini che presentano una diagnosi di anoressia infantile (Gruppo clinico) e 27 coppie con bambini senza nessun disturbo fisico o psichiatrico e con un ritmo di accrescimento nella norma (Gruppo di controllo), appaiati al Gruppo Clinico per età e genere del bambino.

Il Gruppo di controllo (40.7% maschi) è stato reperito all'interno degli asili nido, mentre il Gruppo clinico (22.2% maschi) all'interno del Reparto di Pediatria con cui è stata avviata una collaborazione clinica. Sulla base di una valutazione clinica e diagnostica sono stati selezionati solo i bambini che presentavano una diagnosi di anoressia infantile, con l'esclusione di cause organiche all'origine delle difficoltà di questi bambini a stabilire ritmi regolari dell'alimentazione e un'adeguata assunzione di cibo, identificando in tal modo un *deficit* di crescita non organico (*non organic failure to thrive*) di grado lieve o moderato, presente nella totalità dei casi. La diagnosi di disturbo alimentare infantile è stata posta sulla base dei criteri diagnostici della Classificazione 0-3 (Zero to Three - National Center for Clinical Infant Programs, 1994) e del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

L'età dei bambini appartenenti ad entrambi i gruppi è compresa tra i 12 ei 36 mesi (media=18.6; d.s.=7.6), mentre l'età delle loro madri varia da 33 a 40 anni (media=35.7; d.s.=2.0). Sia nel gruppo normale, sia nel gruppo clinico l'età gestazionale di tutti i bambini esaminati ed il loro sviluppo psicomotorio si presentavano in un *range* di normalità. La maggior parte dei bambini nei due gruppi hanno avuto un allattamento al seno (Gruppo di controllo=65%; Gruppo clinico=74%). La maggior parte delle famiglie appartenevano ad uno *status* socio-economico (SES) medio o medio-alto.

Strumenti e procedure

Sono stati determinati i modelli di attaccamento del genitore, intervistando la madre di ciascun bambino mediante l'*Adult Attachment Interview-AAI*; nel Gruppo clinico, esaminato in questo contributo, è stato possibile intervistare, attraverso la AAI, 11 madri del campione totale (N=18), in quanto sette madri hanno interrotto il percorso di valutazione per vari motivi (rifiuto, mancato consenso del coniuge, trasferimento del nucleo familiare). Inoltre, tutti i bambini del campione sono stati valutati attraverso la *Strange Situation* al fine di identificare i modelli di attaccamento al loro *caregiver*.

Valutazione dei modelli di attaccamento nelle madri. L'*Adult Attachment Interview* (Main, Goldwyn, 1991) è un'intervista semi-strutturata, della durata di circa un'ora, che si articola in 18 domande che indagano la relazione con i *caregiver*

e/o con altre figure significative nell'infanzia, specifici ricordi del soggetto e, infine, come l'adulto percepisce l'influenza delle relazioni passate sullo sviluppo della propria personalità. L'analisi narrativa dell'intervista, trascritta *verbatim*, prevede l'assegnazione di punteggi da 1 a 9 su diverse Scale che valutano sia la “*probabile esperienza durante l'infanzia*”, sia “*lo stato attuale della mente nei confronti dell'attaccamento*”. In particolare, la “*probabile esperienza durante l'infanzia*” è formata da cinque scale: 1) amorevolezza, 2) rifiuto, 3) coinvolgimento/inversione dei ruoli, 4) trascuratezza, 5) spinta e riuscire. Lo “*stato attuale della mente nei confronti dell'attaccamento*” è, invece, suddiviso in nove scale: 1) coerenza del trascritto, 2) idealizzazione, 3) insistenza sulla mancanza dei ricordi, 4) rabbia coinvolgente, 5) passività del discorso, 6) paura della perdita, 7) distanziamento/svalutazione, 8) monitoraggio metacognitivo, 9) coerenza globale della mente. Il sistema di codifica prevede l'assegnazione dell'adulto a cinque principali categorie dell'attaccamento: *sicuro/autonomo* (F), *preoccupato/invischiato* (E), *distanziante* (Ds), *irrisolto/disorganizzato* (U) e *non classificabile* (CC). Le prime tre categorie sono a loro volta suddivise in sottocategorie che permettono di cogliere in maniera più precisa le peculiarità di espressione del modello operativo prevalente.

Valutazione dei modelli di attaccamento nel bambino. La *Strange Situation* (Ainsworth et al., 1978) è una procedura di valutazione composta da otto episodi sperimentali, della durata di tre minuti ciascuno, in cui il bambino è sottoposto ad alcune circostanze lievemente stressanti: la non familiarità della stanza di laboratorio, l'introduzione di una persona estranea e due separazioni dal *caregiver*. Il sistema di codifica prevede l'assegnazione del bambino ad una delle quattro categorie dell'attaccamento: *sicuro* (B), *insicuro/evitante* (A), *insicuro/resistente* (C), *disorganizzato/disorientato* (D). Le prime tre categorie sono a loro volta suddivise in sottocategorie che colgono in maniera più puntuale e articolata le peculiarità di espressione del modello operativo interno del bambino.

Risultati

La distribuzione del Gruppo clinico, secondo le principali categorie dell'attaccamento del bambino, valutate mediante la *Strange Situation Procedure*, è stata la seguente: 4 bambini con attaccamento sicuro (B) (22.2%), 7 bambini con attaccamento insicuro/evitante (A) (38.9%) e 7 bambini con elementi di disorganizzazione (D) (38%). Il Gruppo di controllo, invece, ha presentato la seguente distribuzione: 15 bambini con attaccamento sicuro (B) (55.6%), 5 bambini con attaccamento insicuro/evitante (A) (18.5%), 2 bambini con attaccamento insicuro/resistente (C) (7.4%) e 5 bambini con elementi di disorganizzazione (D) (18.5%). Le due distribuzioni emerse si differenziano in maniera significativa [χ^2 (3 gdl)=7.53, $p<.05$] indicando una prevalenza di bambini con modello di attaccamento insicuro nel campione clinico (Grafico 1).

Nel Gruppo clinico dei bambini, in cui l'*Adult Attachment Interview* è stata applicata a 11 delle 18 madri, si è evidenziata, secondo le principali categorie dell'attaccamento del genitore, la seguente distribuzione: 2 madri Sicure/Autonome (F) (18.2%), 1 madre Distanziante (Ds) (9.1%), 7 madri Preoccupate/invischiate (E) (63.6%), 1 madre Non Classificabile (CC) (9.1%). Il confronto con il Gruppo di controllo, in cui erano presenti 20 madri Sicure/Autonome (F) (87.0%), 2 madri Distanzianti (Ds) (8.7%) e 1 madre Preoccupata/Invischiata (E) (4.3%), ha mostrato una differenza molto significativa [χ^2 (3 gdl)=18.64, $p<.001$] (Grafico 2).

Inoltre, nel campione clinico è emersa una elevata concordanza tra modello di attaccamento materno e infantile in termini di sicurezza/insicurezza, che è risultata pari a 90.9% ($k=.62$, $p<.02$). La concordanza rispetto alle principali categorie dell'attaccamento del genitore e del bambino si è presentata, invece, molto bassa, dal momento che tutte le madri Preoccupate/Invischiate avevano bambini con attaccamento Evitante o Disorganizzato. Il gruppo di controllo ha presentato una bassa concordanza anche in termini di sicurezza/insicurezza (52.2%, $k=.07$, n.s.).

Discussione

I risultati emersi hanno messo in luce dati interessanti e in linea con diverse ricerche che hanno evidenziato come modelli di attaccamento insicuro bambino-*caregiver* siano spesso associati alla comparsa di un'anoressia infantile.

In particolare, l'analisi del primo obiettivo del nostro studio ha permesso di rilevare una frequenza più elevata di modelli di attaccamento insicuro e/o disorganizzato nelle coppie di madri e dei loro bambini con diagnosi di anoressia infantile, che si differenziano in modo significativo dal gruppo di controllo. Inoltre, dalla verifica del secondo obiettivo, è stata evidenziata una significatività riguardo alla concordanza tra i modelli di attaccamento del *caregiver* e del bambino in termini di sicurezza/insicurezza nei bambini con diagnosi di anoressia infantile rispetto alle coppie di controllo. Questi dati sono in accordo con gli studi clinici che hanno esaminato i modelli di attaccamento materni e infantili in bambini con anoressia infantile (Benoit et al., 1989; Benoit et al., 1997; Chatoor et al., 1998; Chatoor et al., 2000; Coolbear, Benoit, 1999; Ward et al., 2000).

Nel nostro studio è emersa, inoltre, una più elevata frequenza di madri *preoccupate/invischiate* (E) (63.6%), nel Gruppo clinico dei bambini. Una preponderanza di madri *preoccupate/invischiate* (61%) è stata rilevata anche in una precedente ricerca di Benoit e collaboratori, in cui sono stati valutati i modelli di attaccamento delle madri di bambini con anoressia infantile e di un gruppo di controllo (Benoit et al., 1989). Anche in altre ricerche analoghe è stata spesso individuata questa categoria dell'attaccamento materno (Benoit et al. 1997; Chatoor et al., 2000; Coolbear, Benoit, 1999). Tutte le madri *preoccupate/invischiate* (E) del campione da noi esaminato hanno bambini che presentano modelli di attaccamento *evitante* o *disorganizzato*.

Come è stato sottolineato da alcuni Autori (Fonagy et al., 1992; Tronick, 1989), le “strategie difensive di evitamento” possono avere una posizione centrale nel funzionamento mentale di bambini “forzati” a sviluppare precocemente meccanismi mentali che limitano le interazioni con gli oggetti primari, in conseguenza di relazioni oggettuali non ottimali, come quando una madre *preoccupata* presenta ansia, confusione, preoccupazione eccessiva, o rabbia connesse alle funzioni di genitorialità. Le risposte evitanti del bambino possono pertanto rappresentare strategie difensive e adattive nel mantenere un modello di relazione con un *caregiver* che presenta scarsa regolazione emozionale e difficoltà nel tollerare stati emotivi conflittuali e di disagio nella relazione con il bambino.

Clinicamente è inoltre interessante rilevare che i bambini insicuri con elementi di *disorganizzazione* del nostro campione presentano spesso un comportamento “*controllante*” che corrisponde ad un attaccamento materno per lo più passivo, caratteristico dei soggetti preoccupati/invischiati (E1), come se il bambino avesse il bisogno di controllare con il suo comportamento la relazione con un *caregiver* scarsamente responsivo, confuso, emotivamente poco sensibile ai segnali comunicativi del figlio e incoerente nelle sue risposte. Il bisogno di controllo sulla relazione ha la conseguenza di limitare lo sviluppo di adeguati *pattern* di esplorazione, iniziativa e autonomia del bambino. Queste osservazioni cliniche sono in linea con diverse ricerche, che hanno indagato la relazione tra madri e bambini con anoressia precoce, evidenziando scambi comunicativi problematici nella fase in cui madre e figlio sono impegnati nell’affrontare l’emergente autonomia del bambino; in particolare, queste coppie madre-figlio appaiono negativamente coinvolte, durante l’alimentazione, in schemi comunicativi rigidi e fallimentari, dove i figli sono protestatari e intensamente oppositivi, ma disimpegnati e loro madri intrusive e controllanti, ma incapaci di porre regole e limiti e di negoziare il controllo della situazione alimentare (Ammaniti et al., 2003; Chatoor, 1989, 1998; Kreisler, 1985; Lindberg et al., 1996; Woolston, 1991). Alla luce di queste considerazioni, i risultati emersi dal nostro studio potrebbero anche dare validità ad alcuni dati a cui sono pervenuti alcuni ricercatori, secondo cui le precoci strategie di attaccamento disorganizzato sono correlate a comportamenti controllanti verso il genitore a sei anni (Main, Cassidy, 1988) e a condotte oppositive o a comportamenti ostili-aggressivi all’età di sette anni e a difficoltà di relazione con i pari (Jacobvitz, Hazen, 1999).

In conclusione, sulla base dei risultati emersi, per comprendere e studiare i disturbi alimentari infantili, sembra opportuno prendere in esame il complesso intreccio tra caratteristiche del bambino, della madre, della loro relazione e i compiti evolutivi che entrambi devono affrontare in considerazione dei processi di separazione-individuazione e della crescente autonomia del bambino. Gradualmente, il bilanciamento fra l’attaccamento alla madre e l’autonomia emergente dovrebbe essere rispecchiato dal compito del *caregiver* di bilanciare in modo flessibile i comportamenti protettivi con i comportamenti di “lasciar fare” al bambino, facilitando in lui le iniziative di autonomia, l’esperienza del Sé come agente, la spinta ad autoregolarsi e a padroneggiare le situazioni (*mastery*) (Ammaniti, 2001;

Lieberman, Slade, 2001; Speranza, 2001). Al contrario i modelli di attaccamento insicuro nelle coppie di madri e di bambini con anoressia infantile sembrano influenzare in modo importante i *pattern* comunicativi dell'interazione e risultano essere all'origine non solo di una disturbata regolazione alimentare del bambino, ma anche dell'emergere in quest'ultimo di oppositività, negativismo e disimpegno che possono ostacolare lo sviluppo di adeguati *pattern* di esplorazione, autonomia e individuazione e di capacità nelle relazioni interpersonali.

Questo nostro contributo, che riporta dati ancora in discussione e che richiedono ulteriore verifica empirica su un campione più rappresentativo, ha messo comunque in luce l'importanza di approfondire la valutazione sul funzionamento e sui modelli di sviluppo del sistema di *caregiving* per la formulazione della diagnosi e di strategie di intervento mirate nella clinica dei disturbi alimentari infantili e della sindrome di *non organic failure to thrive*.

Esemplificazione clinica

Corrediamo i risultati del contributo empirico di questo lavoro mediante la descrizione clinica del caso di una bambina con anoressia infantile, giunta alla nostra osservazione nel corso della collaborazione clinica con il Reparto di Pediatria.

Caso di N

N, 13 mesi, figlia secondogenita dei Signori *S*, viene accompagnata dai genitori per un problema alimentare nell'ambulatorio di Dietologia Clinica. I genitori riferiscono che la bambina presenta "vomito" durante il pasto; il problema ha avuto inizio da circa sei mesi con l'introduzione delle prime pappette. Gli episodi di "vomito" non si presentano se la bambina viene alimentata al biberon e pertanto la mamma tende ad alimentare la bambina con un biberon di latte e biscotti. Indipendentemente dalla modalità di assunzione del cibo - con il biberon o il cucchiaino - i pattern alimentari della bambina sono irregolari nei ritmi e nella quantità di cibo assunta giornalmente. Quasi ogni giorno, nel cuore della notte, *N* si sveglia piangendo; la mamma interpreta il comportamento della bambina come un segnale di fame, in quanto la piccola si riaddormenta dopo aver preso il biberon di latte.

La Signora *S* pensa che sua figlia possa avere "una malattia" che è causa del "vomito"; è comunque convinta di aver sbagliato ad interrompere l'allattamento al seno per iniziare lo svezzamento, in quanto, secondo lei, la bambina non ha accettato il cambiamento. Descrive la figlia come una bambina "testarda", "prepotente", "se non vuole mangiare non c'è modo di convincerla"; è una bambina "sempre in movimento", "vuole toccare tutto", "bisogna controllare sempre quello che fa".

Il padre di *N* sostiene che la figlia sia come lui che è sempre stato magro, anche quando era piccolo non voleva mangiare; ha preso dei chili in più da quando si è sposato, ma lui non mangia mai troppo. Tende a sottolineare gli aspetti di "normalità" della bambina: è "allegra", "è una bambina normale", e sottolinea in modo positivo il

fatto che *N* “va con tutti” mostrandolo alla pediatra, al termine della visita, quando la bambina dalle braccia della madre chiede di passare nelle braccia della pediatra, e poi nelle braccia del padre e poi di nuovo nelle braccia della madre.

Poiché il problema alimentare descritto dai genitori (vomito durante il pasto), potrebbe costituire il sintomo di un reflusso gastroesofageo ed inoltre, la bambina presenta una condizione di sottopeso per l'età, viene consigliato un breve ricovero per gli accertamenti del caso. Parallelamente agli accertamenti medici e strumentali e alla valutazione dello stato nutrizionale della bambina, viene proposto ai genitori un percorso di *counselling* psicologico.

Valutazione pediatrica

Gli accertamenti medico-pediatrici svolti escludono la diagnosi di reflusso gastroesofageo; emerge scarso accrescimento della bambina conseguente ad una malnutrizione; la bambina presenta un regolare sviluppo psicomotorio.

Valutazione psicologica

Inizialmente è stata osservata l'interazione alimentare madre-bambina, mediante la procedura standardizzata della *Feeding Scale* (Chatoor et al., 1998), che esamina, nel corso di un'osservazione videoregistrata di venti minuti, la qualità degli scambi comunicativi, valutando gli stati affettivi della madre e della diade, la frequenza e l'intensità dei comportamenti di rifiuto alimentare e di disimpegno del bambino durante il pasto.

Nel caso di *N*, gli scambi sociali e comunicativi sono molto ridotti; risultano scarsi gli affetti positivi e il piacere nell'interazione; si osserva un comportamento intrusivo materno e la presenza di un comportamento difensivo evitante della bambina. E' inoltre presente un comportamento accentuato di rifiuto alimentare, quando la bambina viene forzata dalla madre nell'alimentazione; si osservano manifestazioni di disagio e di rabbia durante le quali la bambina evita il contatto visivo con la madre, si irrigidisce e inarca la schiena mentre è in braccio alla madre; si osserva, infine, scarsa responsività materna alle iniziative di autonomia della bambina che vorrebbe avvicinarsi al piatto e toccare il cibo.

Successivamente, sono stati svolti colloqui di coppia e interviste individuali ai genitori. La Signora *S* ha 30 anni, mentre il Signor *S* 35. Si sono conosciuti in tarda adolescenza; il loro matrimonio è avvenuto in un clima di tensioni e difficoltà, soprattutto per la Signora *S* che viveva gravi disaccordi familiari con i suoi genitori.

Il Signor *S* lavora come operaio edile; la Signora *S* ha lavorato come commessa prima del matrimonio e ha deciso di lasciare il lavoro per dedicarsi alla famiglia. La coppia ha deciso di comune accordo la prima gravidanza; la figlia maggiore, ha sei anni. La gravidanza della seconda figlia - *N* - è stata decisa in un momento in cui la coppia si sentiva “unita” e coinvolta nell'affrontare un'importante problema di salute della figlia maggiore (episodi ripetuti di convulsioni febbrili). Inoltre, in questo stesso periodo, la Signora *S* affronta un problema che era in sospenso dal momento del suo matrimonio: da alcuni documenti riesce ad accertare in modo definitivo che l'uomo

che credeva essere suo padre, non è il suo padre naturale. Nonostante le sue insistenti richieste, la madre della Signora *S* rifiuta di rilevarle l'identità del padre. Da due anni, la Signora *S* vive con estremo disagio la problematicità della sua storia. Ha rapporti conflittuali con i genitori, dai quali ancora oggi non è stata messa a conoscenza dell'identità del padre naturale.

Riferisce, inoltre, di essere stata in un Istituto fino all'età di tre/quattro mesi, e di aver vissuto con la nonna materna fino all'età di 4/5 anni, quando sua madre si è sposata - i ricordi della prima infanzia sono confusi e poco chiari e la permanenza in Istituto potrebbe essere stata più lunga. Infatti, la Signora *S* non era mai stata messa a conoscenza del fatto che sua madre fosse una ragazza-madre, fino a quando non lo ha scoperto da sola. Descrive un'infanzia difficile (nei suoi ricordi più chiari a partire dai 5 anni), caratterizzata da comportamenti di rifiuto e di negligenza da parte di entrambi i genitori e da una disciplina dura e violenta, con forti pressioni verso l'autonomia.

Il Signor *S* ha perso suo padre in modo traumatico all'età di 5 anni; il padre è morto cadendo da una scala mentre svolgeva un lavoro in casa. La perdita e l'assenza di una figura paterna sembrano costituire una problematica molto presente nella vita affettiva del Signor *S*.

I genitori di *N* stanno attraversando una crisi coniugale; durante alcune discussioni per un sospetto di tradimento da parte del marito, il Signor *S* ha mostrato comportamenti di rabbia violenta nei confronti della moglie; le tensioni si sono in parte calmate da quando la Signora *S* ha intimato al marito di volersi separare da lui.

Si decide, quindi, di svolgere un'osservazione della relazione di attaccamento madre-bambina attraverso la procedura della *Strange Situation* e di effettuare l'*Adult Attachment Interview* ad entrambi i genitori al fine di approfondire la conoscenza dei modelli operativi interni dei *caregiver* e dello stile di attaccamento che la bambina sta organizzando.

Valutazione del modello di attaccamento della bambina: Strange Situation Procedure

Modello di attaccamento: D-B2/A2 Tratti disorganizzati

N mostra comportamenti evitanti alla prima riunione, ricerca la prossimità con il *caregiver* alla seconda riunione; all'approccio di prossimità con il *caregiver*, compaiono segni moderatamente evitanti quando *N* viene presa in braccio con un ritorno alla neutralità, all'esplorazione. Si osservano pertanto simultanee manifestazioni di modelli di comportamento contraddittori: comportamenti di evitamento, ricerca di prossimità e resistenza al contatto. Il *caregiver* non riesce a sintonizzarsi con reciprocità nella comunicazione con la bambina; *N* parla molto con un linguaggio ancora poco articolato, si osserva un'assenza di partecipazione del *caregiver* nel cercare di comprendere il linguaggio della bambina.

Valutazione del modello di attaccamento del genitore (madre): Adult Attachment Interview

Modello di attaccamento: CC/Ds4/E2

Nello stato della mente della Signora S, riguardante le relazioni di attaccamento, coesistono un'organizzazione difensiva evitante riconosciuta nella paura della perdita non collegata ad una fonte possibile, realistica e uno stato della mente preoccupato, invischiato e arrabbiato verso la figura di attaccamento. In particolare, nella sottocategoria Ds4, la paura della perdita del figlio non è connessa ad una causa nota, possibile e realistica; è stata trovata in molti genitori di bambini insicuri/evitanti. La sottocategoria Ds4 è risultata applicabile in situazioni di una perdita familiare tenuta segreta nelle loro circostanze di accadimento; nel trascritto della Signora S la paura della separazione dalle figlie si associa oltre a cause imprecisate, alla paura del maltrattamento, anche fisico che potrebbe essere causato da altri. La sottocategoria E2 è stata invece scelta per il punteggio alto di rabbia nei confronti della madre per comportamenti di rifiuto, negligenza, criticismo, pressioni verso l'autonomia e inversione di ruolo. La Signora S. è preoccupata, arrabbiata, sopraffatta rispetto alle esperienze infantili delle relazioni di attaccamento.

Valutazione del modello di attaccamento del genitore (padre): Adult Attachment Interview

Modello di attaccamento: U/F4b

Emerge una non risoluzione della perdita e del trauma; preoccupazioni legate alle separazioni e alla perdita, incoerenze, confusioni relative alle relazioni di attaccamento; nelle scale dell'esperienza sono presenti comportamenti materni di "inversione di ruolo" nelle esperienze infantili. E' presente un certo grado limitato di consapevolezza convincente delle proprie problematiche infantili, tuttavia il lutto irrisolto e una fragilità del senso di Sé e della propria autonomia non consentono di attribuire la classificazione F3 degli individui sicuri e autonomi.

Commento

I dati emersi dalla somministrazione degli strumenti di valutazione sono confermati dai colloqui clinici. La diagnosi di anoressia infantile è stata posta, alla fine del processo diagnostico-valutativo, sulla base dei criteri diagnostici della Classificazione 0-3 (Zero to Three - National Center for Clinical Infant Programs, 1994) e del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). I problemi disregolativi della bambina nell'alimentazione e nel sonno appaiono strettamente collegati tra di loro e connessi alle caratteristiche disfunzionali del sistema di *caregiving*. Le difficoltà materne di sintonizzazione affettiva e comunicativa con la bambina sono all'origine di una interazione madre-bambina problematica. Infatti, il comportamento controllante, intrusivo della mamma di N e nel contempo la sua insicurezza nel dare limiti e regole entrano in conflitto con le caratteristiche temperamentali di N: una bambina vivace e molto attratta dalle stimolazioni ambientali. E' esemplificativa la loquacità della bambina, alla quale la madre risponde pochissimo, descrivendo il linguaggio di N come: "Un parlare a modo suo, per lei incomprensibile". La storia della madre di N e le esperienze infantili

deprivanti e negligenti sembrano riproporsi nella relazione attuale con la bambina nella difficoltà di attuare le funzioni genitoriali secondo modalità sensibili. La consistenza del livello sub-clinico di un disturbo alimentare della madre, emerso dalla somministrazione di questionari strutturati e da successivi colloqui psicologici, fa supporre che si siano instaurate precocemente difficoltà nel riconoscimento empatico dei segnali affettivi e dei ritmi autoregolativi della bambina nel contesto dell'alimentazione. Nell'attuale momento evolutivo, gli atteggiamenti materni ipercritici verso la bambina, il forte controllo e l'intrusività si evidenziano in modo importante, unitamente alle difficoltà di fornire un supporto emotivo, protettivo e rassicurante nel processo di separazione-individuazione della bambina.

Il padre di *N* è poco presente affettivamente; ciò sembra fortemente legato ad un ritiro emotivo per le sue problematiche affettive irrisolte. Ne deriva la difficoltà ad assumere un ruolo paterno significativo che aiuti la madre a distaccarsi dalla figlia e quest'ultima ad affermare e conquistare la sua autonomia. Infatti, la coppia genitoriale non riesce a coinvolgersi in una comunicazione emotiva aperta e continuativa e in una condivisione intima di intenzioni e aspettative coerenti sulla crescita della bambina, non sostenendone adeguatamente il "processo di separazione-individuazione", che risulta ostacolato.

La valutazione clinica, riportata brevemente in questo lavoro, ha dunque messo in luce come l'anoressia infantile e le difficoltà nella relazione madre-bambino, che ad esso spesso si associano, sembrano emergere da un complesso intreccio, in cui possono essere implicate variabili multiple: le caratteristiche individuali del bambino e dei *caregiver*, i modelli mentali della relazione, la qualità dell'interazione familiare e del sistema di *co-parenting*. I dati e le evidenze cliniche emerse dal processo di valutazione hanno permesso di proporre alla famiglia di *N* un progetto di sostegno alle funzioni genitoriali e un programma di supporto alle strategie interattive durante il comportamento alimentare della bambina, cioè, favorire il gioco e l'autonomia durante le interazioni alimentari, introducendo cibi solidi nell'alimentazione della bambina, ripristinando sentimenti di fiducia nel caregiver, coinvolgendo attivamente entrambi i genitori.

E' stato, inoltre, consigliato un intervento psicologico ai coniugi mirato ad un sostegno delle problematiche individuali e delle dinamiche di coppia.

Bibliografia

Abraham K. (1916). Ricerche sul primissimo stadio pregenitale della libido. In *Opere*, vol. 1, Boringhieri, Torino 1975.

Ainsworth M.D.S., Blehar M., Waters E., Wall S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the Strange Situation*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ.

American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Masson, Milano, 1996.

Ammaniti M. (2001). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Ammaniti M., Lucarelli L., Cimino S. (2003). Intergenerational transmission: childhood feeding disorders and maternal psychopathology. Paper presentato al 12th International Congress European Society for Child and Adolescent Psychiatry, Parigi, 28 Settembre-1 Ottobre 2003.

Beebe B., Lachmann F.M. (1994). Representation and internalization in infancy: three principles of salience. *Psychoanalytic Psychology*, 11, [127-165].

Belsky J., Pasco Fearon R.M. (2002). Infant-mother attachment security, contextual risk, and early development: A moderational analysis. *Development and Psychopathology*, 14, [293-310].

Belsky J., Rovine M., Taylor D.J. (1984). The Pennsylvania infant and family development project, III. The origins of individual differences in infant-mother attachment: Maternal and infant contributions. *Child Development*, 55, [718-728].

Benoit D. (2000). *Feeding disorders, failure to thrive, and obesity*. In Zeanah C.H. (a cura di). *Handbook of infant mental health*. Guilford Press, New York-London.

Benoit D., Zeanah C.H., Barton M.L. (1989). Maternal attachment disturbances in failure to thrive. *Infant Mental Health Journal*, 10, [185-202].

Benoit, D., Zeanah, C. H., Parker, K. C., Nicholson, E., Coolbear, J. (1997). "Working Model of the Child Interview": Infant Clinical Status Related to Maternal Perceptions. *Infant Mental Health Journal*, 18, [107-121].

Bowlby J. (1969-1982). *Attachment and loss*. Volume I: *Attachment*. Basic Books, New York.

Chatoor I. (1989). Infantile Anorexia Nervosa: A developmental disorder of separation and individuation. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 17, [43-64].

Chatoor I. (1996). Feeding and other disorders of infancy or early childhood. In Tasman A., Kay J., Lieberman J. (a cura di). *Psychiatry*. W.B. Saunders: Philadelphia.

Chatoor I., Ganiban J., Colin V., Plummer N., Harmony R. J. (1998). Attachment and feeding problems: a reexamination of non organic failure to thrive and

attachment insecurity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, [1217-1224].

Chatoor I., Loeffler C., McGee M., Menvielle E (1998) (a cura di), *Observational Scale for Mother-Infant Interaction During Feeding. Manual*, 2nd edition. Washington DC: Children's National Medical Center.

Chatoor I., Ganiban J., Hirsh R., Borman-Spurrell E., Mrazek D.A. (2000). Maternal characteristics and toddler temperament in infantile anorexia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, [743-751].

Cicchetti D. (1984). The emergence of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, [1-7].

Cicchetti D., Cohen D.J. (1995) (a cura di), *Developmental Psychopathology, Vol. 1: Theory and Methods*. New York: J. Wiley & Sons.

Coolbear J., Benoit D. (1999). Failure to thrive: risk for clinical disturbance of attachment? *Infant Mental Health Journal*, 20, [87-104].

Crittenden P.M. (1985). Maltreated infants: Vulnerability and resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, [85-96].

Crittenden P.M. (1987). Non organic failure to thrive: deprivation or distortion?. *Infant Mental Health Journal*, 8, [51-64].

Egeland B., Faber E.A. (1984). Infant-mother attachment: factors related to its development and changes over time. *Child Development*, 59, [1080-1088].

Field T. (1994). The effects of mother's physical and emotional unavailability on emotional regulation. In Fox A. (a cura di). The development of emotion regulation. Biological and behavioral consideration. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, [208-227].

Fonagy P., Moran G., Steele M., Steele H. (1992). L'integrazione della teoria psicoanalitica e del lavoro sull'attaccamento; la prospettiva intergenerazionale. In Ammaniti M., Stern D. (a cura di). *Attaccamento e psicoanalisi*. Laterza, Bari.

Freud S. (1905). Tre saggi sulla teorie sessuale. In *Opere*, vol. IV, Boringhieri, Torino 1967-1980.

George C., Kaplan N., Main M. (1984). *Adult attachment Interview*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.

Greenberg J.R., Mitchell S.A. (1983). *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*. Il Mulino, Bologna 1986.

Grossman K., Grossman K.E., Spangler G., Suess G., Unzner L. (1985). Maternal sensitivity and newborns' orientation responses as related to quality of attachment in Northern Germany. In I. Bretherton, E. Waters (a cura di). *Growing Points in Attachment Theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, [233-256].

Hesse E. (1996). Discourse, memory, and the Adult Attachment Interview: A note with emphasis on the emerging cannot classify category. *Infant Mental Health Journal*, 17, [4-11].

Hesse E. (1999). The Adult Attachment Interview: Historical and Current Perspectives. In Cassidy J., Shaver P.R. (a cura di). *Handbook of attachment*. The Guilford Press, New York.

Jacobvitz D., Hazen N. (1999). Developmental pathways from infant disorganization to childhood peer relationships. In Salomon J., George C. (a cura di). *Attachment Disorganization*. Guilford Press, New York.

Kernberg O. (1976). *Teoria della relazione oggettuale e clinica psicoanalitica*. Boringhieri, Torino 1990.

Klein M. (1957). *Invidia e gratitudine*. Martinelli, Firenze 1969.

Kreisler L. (1985). Conduites alimentaires déviantes du bébé. a. L'anorexie mentale. b. La rumination ou mérycisme. c. Les vomissements psychogènes. In Lebovici S., Diatkine R., Soulé M. (a cura di). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. PUF, Quadrige, Paris, 1999.

Lieberman A.F., Slade A. (2001). Parenting toddlers: developmental and clinical considerations. In Osofsky J.D., Fitzgerald H.E. (a cura di). *WAIMH Handbook of Infant Mental Health*. Vol. 3, Parenting and Child Care. Wiley & Sons, New York 2000.

Lindberg L., Bohlin G., Hagekull B., Palmérus K. (1996). Interactions between mothers and infants showing food refusal. *Infant Mental Health Journal*, 17, [334-347].

Lyons-Ruth K., Connell D.B., Zoll D., Stahl J. (1987). Infants at social risk: Relationship among infant maltreatment maternal behavior and infant attachment behavior. *Developmental Psychopathology*, 23, [223-232].

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

Mahler M., Pine F., Bergman A. (1975). *La nascita psicologica del bambino*. Bollati Boringhieri Editore, Torino 1978.

Main M. (1995). Recent studies in attachment: Overview with selected implications for clinical work. In Goldberg S., Muir R., Kerr J. (a cura di). *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*. The Analytic Press, Hillsdale.

Main M., Cassidy J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age six: Predictability from infant attachment classifications and stable across a one-month period. *Developmental Psychology*, 24, [415-426].

Main M., Goldwyn R. (1991). *Adult attachment classification system*. Unpublished manuscript. Department of Psychology, Berkeley, University of California.

Main M., Solomon J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In Greenberg M., Cicchetti D., Cummings M. (a cura di). *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*. University of Chicago Press, Chicago.

Marchi M., Cohen P. (1990). Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, [112-117].

Morton N., Browne K.D. (1998). Theory and observation of attachment and its relation to child maltreatment: A review. *Child Abuse & Neglect*, 22, [1093-1104].

Sameroff A.J. (1993). Modelli di sviluppo e rischio evolutivo. In Zeanah C.H. (a cura di). *Manuale di salute mentale infantile*. Masson, Milano 1996.

Sameroff A.J., Emde R.N. (1989). *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*. Bollati Boringhieri, Torino 1991.

Sander L.W. (1964). Adaptive relationships in early mother-child interaction. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 3, [231-264].

Speranza A.M. (2001). I disturbi dell'attaccamento. In Ammaniti M. (a cura di). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Sroufe L.A. (2000). Early relationships and the development of children. *Infant Mental Health Journal*, 21, [67-74].

Stern D.N. (1971). Una microanalisi dell'interazione madre-bambino. *Le interazioni madre-bambino*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1998.

Stern D.N. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. Bollati Boringhieri, Torino 1987.

Trevarthen C. (1990). Le emozioni intuitive: l'evoluzione del loro ruolo nella comunicazione tra madre e bambino. In Ammaniti M., Dazzi N. (a cura di). *Affetti*. Laterza, Bari.

Tronick E.Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44, [112-119].

Valenzuela M. (1990). Attachment in chronically underweight young children. *Child Development*, 61, [1984-1996].

van IJzendoorn M.H., Kroonenberg P.M. (1988). Cross-cultural patterns of attachment: A meta-analysis of the Strange Situation. *Child Development*, 59, [147-156].

van IJzendoorn M.H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, [387-403].

Ward M.J., Lee S.S., Lipper E.G. (2000). Failure-to-thrive is associated with disorganized infant-mother attachment and unresolved maternal attachment. *Infant Mental Health Journal*, 21, [428-442].

Winnicott D.W. (1958). *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli Editore, Firenze 1975.

Wolff P.H. (1966). The causes, controls and organization of behavior in the neonate. *Psychological Issues*, 17.

Woolston J.L. (1991). *Eating and growth disorders in infants and children*. Sage Publications, Newbury Park (CA) – London - New Delhi.

Zeanah C.H., Zeanah P.D. (1989). Intergenerational transmission of maltreatment: insights from attachment theory and research. *Psychiatry*, 52, [177-196].

Zero to Three - National Center for Clinical Infant Programs (1994).
Classificazione diagnostica: 0-3. Classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'infanzia. Masson, Milano 1997.

Zimmermann P., Grossmann K.E. (1994). Attaccamento, emozioni e comportamento aggressivo. *Età Evolutiva*, 47, [92-98].

Grafico 1. Distribuzione dei modelli di attaccamento dei bambini

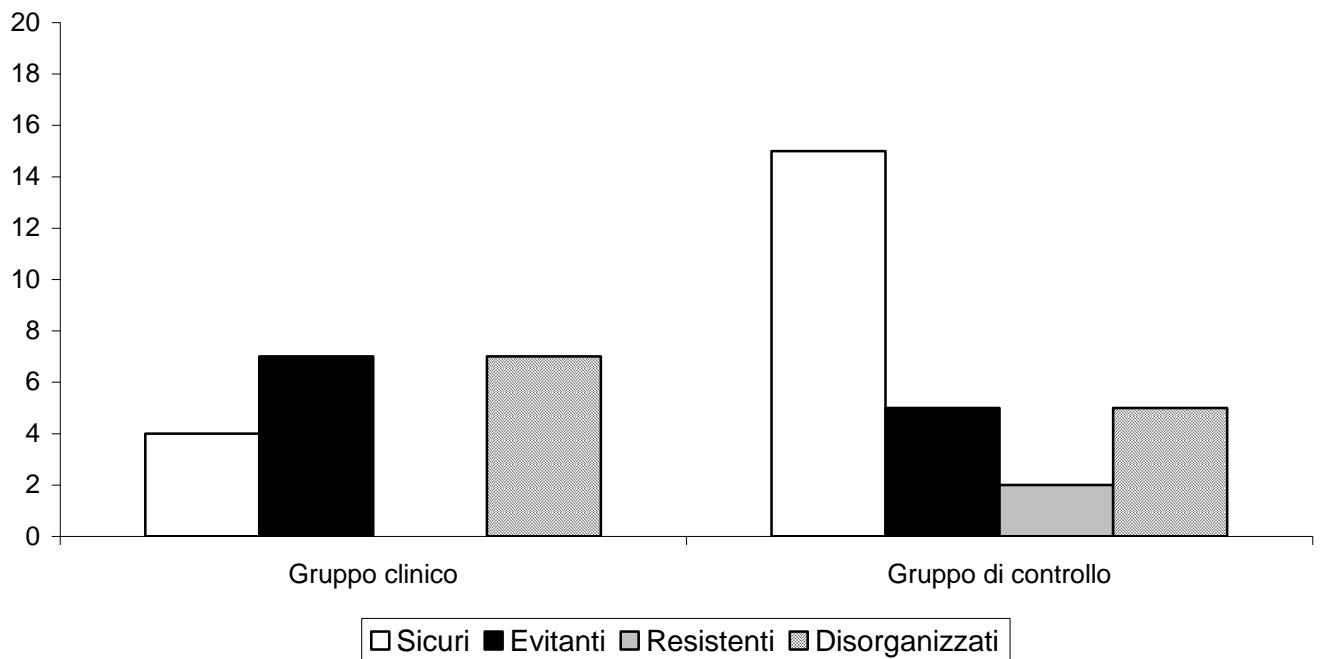


Grafico 2. Distribuzione dei modelli di attaccamento delle madri

Notizie sugli autori

Massimo Ammaniti, Professore Ordinario di Psicopatologia dello Sviluppo, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università di Roma “La Sapienza”.

Silvia Cimino, Dottorando di ricerca in Psicologia e Clinica dello Sviluppo, Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e Socializzazione, Università di Roma “La Sapienza”.

Loredana Lucarelli, Ricercatore, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università di Roma “La Sapienza”.

Anna Maria Speranza, Ricercatore, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università di Roma “La Sapienza”.

Luca Vismara, Dottore di ricerca, Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e Socializzazione, Università di Roma “La Sapienza”.