

STILI DI ATTACCAMENTO MADRE E FIGLIO E RISCHIO PSICOPATOLOGICO.
STUDIO DI UN CAMPIONE ITALIANO DI SOGGETTI NON CLINICI

Nerina Fabbro*, Maria Montanaro**, Nicoletta Favaro**, Brunella Parlato **

* Docente, ** Allieve specializzande, project di ricerca Associazione Psicologia Cognitiva; sede Verona

Riassunto

Obiettivi. Studiare la distribuzione degli stili di attaccamento in un campione italiano di bambini non clinici; verificare il ruolo dell'attaccamento come potenziale fattore di protezione o rischio per specifiche psicopatologie evolutive; indagare le tipologie di attaccamento delle madri di questi bambini e la presenza di eventuali nessi tra gli stili di attaccamento delle madri e quelli dei loro figli (trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento).

Metodo. Il nostro campione include 30 bambini, di età compresa tra 8 e 12 anni, e le rispettive madri. Per verificare le ipotesi di ricerca, sono stati utilizzati diversi strumenti: il Separation Anxiety Test (SAT, Attili 2001), la Scala Psichiatrica di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti (SAFA, Sannio Fancello 2001), la Child Behavior Checklist 4-18 (CBCL, Achenbach 1991), l'Attachment Style Questionnaire (ASQ, Feeney et al. 1994) ed il Parental Bonding Instrument (PBI, Parker et al. 1979).

Risultati. I dati derivanti dal SAT evidenziano che gli stili di attaccamento nei bambini e nelle madri del nostro campione hanno una distribuzione simile a quella emersa da altre ricerche (Attili 2001), con prevalenza della tipologia di attaccamento sicuro. Gli stili di attaccamento insicuro non sembrano essere correlati a specifici disturbi evolutivi, secondo quanto emerso da SAFA e CBCL. Infine, è parzialmente confermata l'ipotesi della trasmissione intergenerazionale dei pattern di attaccamento, in particolare per i bambini con attaccamento sicuro.

Conclusioni. La nostra ricerca si inserisce nel filone degli studi condotti su popolazioni non cliniche di bambini e si propone di ampliare la letteratura sulla classificazione e la trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento nei bambini e nei loro genitori.

Parole chiave: stili di attaccamento, modelli operativi interni, trasmissione intergenerazionale, figura di attaccamento, bambini, madri.

MOTHER AND CHILD ATTACHMENT' STYLES AND PSYCHOPATHOLOGY RISK. STUDY OF AN ITALIAN HEALTHY SAMPLE

Summary

Objective. To examine the attachment pattern of an Italian sample healthy children; to study the insecure attachment as a protective or risk factor in the development of childhood psychopathology; to investigate the maternal attachment classification and the continuity of attachment pattern between generations.

Methods. A sample of 30 subjects, aged 8-12, and their mothers was selected. The used instruments are: Separation Anxiety Test (SAT, Attili 2001), Scala Psichiatrica di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti (SAFA, Sannio Fancello 2001), Child Behavior Checklist 4-18 (CBCL, Achenbach 1991), Attachment Style Questionnaire (ASQ, Feeney et al. 1994) and Parental Bonding Instrument (PBI, Parker et al. 1979).

Results. Data derived from SAT confirmed that attachment pattern of our children and their mothers are similar to the classification obtained by other authors (Attili 2001), mainly for the secure pattern. No clear relationship emerged between insecure attachment and psychopathology, according to SAFA and CBCL. No continuity within the mental organization of attachment across generations was found, except for the secure style.

Conclusions. Our research aimed to examine the relationships among attachment classification in healthy children, risk of psychopathology and maternal attachment.

Keywords: attachment pattern, internal working models, attachment transmission across generations, children, mothers.

Introduzione

Il ruolo dei legami fra il bambino e le sue figure adulte di riferimento e il loro contributo allo sviluppo rappresentano attualmente uno dei temi di maggiore interesse e riflessione in ambito psicologico, nonché un'area di studio al confine tra discipline diverse: la psicologia dello sviluppo, la psicologia sociale, la psicopatologia, la psicologia clinica e, per alcuni aspetti, la psicologia cognitiva. In questo senso, la teoria dell'attaccamento risulta un punto di convergenza tra differenti ambiti della teorizzazione e dell'indagine psicologica, già a partire dai suoi fondamenti e dalle riflessioni condotte da John Bowlby (1969), che ne è stato l'iniziatore e il principale teorico di riferimento.

In letteratura, si sono inoltre effettuati numerosi tentativi di mettere in stretta correlazione un certo pattern di attaccamento con una specifica sindrome clinica, ma quasi tutti si sono dimostrati inutili. E' possibile che l'attaccamento determini il modo di percepire, di rapportarsi e di pensare nei confronti dell'ambiente e di sé stessi, cioè la personalità e lo stile cognitivo; per lo sviluppo di una specifica patologia devono invece intervenire altri fattori.

Crittenden (1999) sostiene che nelle popolazioni cliniche sono più frequentemente rintracciabili attaccamenti insicuri a medio e ad alto indice (A 3-6; C 3-8). L'autrice identifica una serie di disturbi evolutivi sulla base dei diversi itinerari di sviluppo sostenendo, tuttavia, la necessità di leggere la funzione di ciascun sintomo all'interno della relazione di attaccamento-accudimento, nel senso che gli stessi sintomi possono essere l'espressione di scopi diversi nella relazione.

Secondo l'autrice (1992), nella prima infanzia comportamenti caratterizzati da inibizione, "congelamento" motorio, ipervigilanza, timidezza e tendenza al ritiro possono indicare un attaccamento insicuro di tipo evitante, in quanto questo tipo di bambini vive con molto disagio le situazioni sociali, con tendenza a ritrarsi e a non attirare l'attenzione su di sé; possono presentare pianto implacabile, disturbi dell'alimentazione e del sonno, eccessiva precocità dello sviluppo, depressione, compulsione verso la performance, con comportamenti di acquiescenza ed obbedienza; talvolta sperimentano situazioni familiari caratterizzate da trascuratezza o abuso. Relativamente ai rischi psicopatologici di un pattern di attaccamento di tipo ambivalente nell'infanzia, Crittenden individua comportamenti improntati all'intensità emozionale, all'iperattività,

alla provocatorietà, problemi di attenzione, condotte rischiose e facilità agli incidenti; questi problemi comportamentali possono predisporre i bambini a situazioni di abuso fisico. Si rintracciano, inoltre, anche paura estrema, comportamenti di incompetenza, tendenza a sognare ad occhi aperti, falsa timidezza e seduttività; si possono anche manifestare sintomi psicosomatici e comportamenti da vittime.

Fonagy (Fonagy et al. 1996), invece, ipotizza la possibilità di rintracciare un'associazione tra tipi diversi di attaccamento e psicopatologia. Van Ijzendoorn (1995) ha trovato che nei soggetti adolescenti ed adulti con psicopatologia il pattern di attaccamento sicuro è scarsamente rappresentato, mentre i più frequenti sono i pattern insicuri, pur in assenza di una sistematica relazione tra diagnosi cliniche e specifico tipo di attaccamento. Recentemente, Attili (2004) ha condotto uno studio con lo scopo di individuare le organizzazioni mentali dell'attaccamento nei disturbi del comportamento alimentare, rintracciando che i disturbi alimentari sono sovente associati a modelli mentali dell'attaccamento insicuro.

In conclusione, i diversi pattern di attaccamento possono esprimersi con gradienti e modalità diverse sul piano comportamentale, ideativo, emotivo e somatico, in funzione delle rappresentazioni mentali interne e della loro efficacia nel mantenere la relazione con la FdA. In pratica, i bambini imparano a sintonizzarsi con le tematiche centrali dell'organizzazione cognitiva ed emotiva dell'adulto, dando quindi enfasi all'espressione sintomatologica più efficace, al fine di mantenere la vicinanza della FdA.

In base a quanto finora presentato, la nostra ricerca si propone di:

1. verificare la distribuzione degli stili di attaccamento in un campione italiano di bambini non clinici;
2. esaminare il ruolo dell'attaccamento come potenziale fattore di protezione o di rischio per specifiche psicopatologie evolutive, sia secondo la prospettiva dei bambini che attraverso il punto di vista delle loro madri;
3. indagare la distribuzione dei pattern di attaccamento delle madri dei bambini esaminati, verificando la presenza di eventuali nessi tra gli stili di attaccamento delle madri e quelli dei loro figli (trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento).

Materiali e metodi

Soggetti. La nostra ricerca ha coinvolto 30 bambini di età compresa tra 8 e 12 anni (media \pm D.S. = 10,1 \pm 1,0) e le rispettive madri. I criteri adottati per l'inclusione nello studio sono:

1. soggetti non clinici, ossia non seguiti dai Servizi Territoriali per psicopatologie specifiche né riferiti dai genitori e dagli insegnanti essere in trattamento privato da specialisti;
2. soggetti iscritti a scuole pubbliche, per ottenere un campione rappresentativo di tutti i livelli socio-economici, calcolati avendo come indici l'occupazione e la scolarità delle madri;
3. tutti i genitori dei bambini coinvolti hanno firmato il consenso informato, per la partecipazione del proprio figlio alla ricerca e per l'utilizzo di tutti gli strumenti di raccolta dati.

Le Tab. 1.1 e 1.2 mostrano le caratteristiche del campione.

Strumenti. I test utilizzati nella ricerca sono:

- **Separation Anxiety Test (SAT, Attili 2001):** Attili (2001) ha validato una versione modificata del Separation Anxiety Test (SAT) di Klagsburn e Bowlby (1976), che consente non solo di evidenziare i rischi per l'insorgenza di patologie o disturbi della condotta, ma anche di individuare i modelli mentali dell'attaccamento per soggetti d'età compresa tra i 4 e i 19 anni. In

Tab. 1.1 *Descrizione del campione*

	Media	D.S.
Età bambini	10,1 (anni)	1,0 (anni)
Classe frequentata	5 ^a elementare	1,0
Membri della famiglia	4	0,7
Età madre	39,5 (anni)	4,9 (anni)
Età padre	41,6 (anni)	5,8 (anni)

questa versione, la prova è formata da due set di sei tavole, differenziate per maschi e femmine, rappresentanti scene di separazioni lunghe dai genitori (“severe”) e scene di separazioni brevi (“moderate”). Il test è stato somministrato, secondo la procedura indicata nel manuale, individualmente a ciascun soggetto, negli intervalli previsti dall’organizzazione scolastica durante il secondo quadrimestre del 2007, per assicurarsi che i bambini fossero ormai adattati ai ritmi della scuola.

• Scala Psichiatrica di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti (SAFA, Sannio Fancello 2001): consente un’iniziale ed estesa valutazione degli stati psichici del soggetto, ma anche un’esplorazione abbastanza ampia dei sintomi, essendo composta da più scale organizzate secondo criteri omogenei. La batteria comprende in totale sei scale, che possono essere utiliz-

Tab. 1.2 *Caratteristiche socio-demografiche del campione*

	Frequenza (n° soggetti)	Percentuale
Sesso		
Maschi	14	46,7%
Femmine	16	53,3%
Scolarità madre		
Laurea	3	10,0%
Diploma superiore	21	70,0%
3 [^] media	6	20,0%
Professione madre		
Commerciante	3	10,0%
Impiegata	12	40,0%
Operaia	1	3,3%
Casalinga	14	46,7%

zate anche singolarmente: scala per la valutazione dell'ansia (SAFA-A): rileva l'ansia generalizzata, sociale, da separazione e relativa alla scuola; scala per la valutazione della depressione (SAFA-D): misura l'umore depresso; l'anedonia e il disinteresse; l'umore irritabile; il senso di inadeguatezza, la bassa autostima; l'insicurezza; il senso di colpa e la disperazione; scala per la valutazione dei sintomi ossessivo-compulsivi (SAFA-O): rileva i pensieri ossessivi; le compulsioni/rituali; la rufobia/contaminazione; l'ordine/controllo e il dubbio/indecisione; scala per i disturbi alimentari psicogeni (SAFA-P): valuta le condotte bulimiche; le condotte anoressiche; l'accettazione/valutazione del proprio corpo; la paura della maturità; il perfezionismo; l'inadeguatezza; scala per i sintomi somatici e l'ipocondria (SAFA-S): esplora sintomi relativi all'astenia; all'apparato respiratorio; al sonno; alla capacità di concentrazione/memoria; scala per le fobie (SAFA-F): rileva e valuta 24 tipi diversi di paura. Lo strumento può essere applicato a soggetti in età evolutiva (8-18 anni), a partire dagli 8 anni e può essere autosomministrato sia individualmente che collettivamente, in modo tale da costituire una misura centrata sul bambino (*child-oriented measure*), che consente di ottenere una "quantificazione" dei sintomi e, con le dovute cautele, del quadro clinico, come sono percepiti direttamente dal bambino stesso.

- Child Behavior Checklist 4-18 (CBCL, Achenbach 1991): la scala consente di indagare le competenze sociali e i problemi comportamentali dei bambini di età compresa fra i 4 e i 18 anni. È strutturata sotto forma di questionario che può essere compilato anche dai genitori; comprende 118 item raggruppati in 8 scale sindromiche relative a diversi quadri problematici: Ritiro, Lamentele somatiche, Ansia/Depressione, Problemi sociali, Problemi del pensiero, Problemi attentivi, Comportamento delinquenziale, Comportamento aggressivo. La versione italiana dello strumento e la taratura del questionario sulla popolazione italiana sono state curate da Molteni e Frigerio nel 2001.

- Attachment Style Questionnaire (ASQ, Feeney et al. 1994): si tratta di un self-report, creato per misurare le differenze individuali nell'attaccamento adulto. Risulta composto da 40 item valutati su una scala Likert a 6 punti da 1 ("totalmente in disaccordo") a 6 ("totalmente in accordo"); a loro volta gli item sono stati suddivisi in cinque scale qui di seguito elencate: Fiducia (8 item), Disagio per l'intimità (10 item), Bisogno di approvazione (7 item), Preoccupazione per le relazioni (7 item) e Secondarietà delle relazioni (8 item). La Fiducia (in sé e negli altri) riflette uno stile d'attaccamento sicuro. Il Disagio per l'intimità rappresenta l'elemento centrale della concettualizzazione dell'attaccamento evitante, proposta da Hazan e Shaver (1987). Il Bisogno di approvazione corrisponde agli stili di attaccamento timoroso e preoccupato di Bartholomew (1990). La Preoccupazione per le relazioni è la caratteristica della concettualizzazione originaria dell'attaccamento ansioso/ambivalente, formulata da Hazan e Shaver (1987). Infine, la scala Secondarietà delle relazioni è sovrapponibile al concetto di attaccamento distanziante di Bartholomew (1990).

- Parental Bonding Instrument (PBI, Parker et al. 1979): è un questionario di autosomministrazione, composto da 25 item, che valuta retrospettivamente le caratteristiche del legame genitoriale. Esso prende in considerazione due dimensioni fondamentali nella relazione genitori-figli: *care* e *overprotection*; la prima è quella dell'accudimento o cura, che va da un estremo di grande calore ed empatia ad un estremo di freddezza e indifferenza; la seconda è quella del controllo o iperprotezione, che va da atteggiamenti di controllo, repressione, intrusività, prevenzione del comportamento indipendente fino alla promozione dell'autonomia. I risultati danno luogo alla creazione di cinque tipologie di parenting sulla base dei punteggi di accudimento e controllo paterno e materno. Le cinque tipologie sono: punteggi medi di cura/controllo (legame medio); Alta cura/Basso controllo (parenting positivo); Bassa cura/Basso controllo (legame

debole o assente); Alta cura/Alto controllo (controllo con affetto); Bassa cura/Alto controllo (controllo privo di affetto). Esistono due versioni del questionario, una per il padre e una per la madre, ma nel nostro campione si è utilizzata solo la versione-madre, per valutare il tipo di parenting delle madri dei bambini con le rispettive madri.

Procedura e analisi dei dati. I dati raccolti sono stati elaborati con il programma SPSS (Statistical Package for Social Science) Versione 13.0, mediante analisi di statistica descrittiva e tabelle di contingenza e di frequenza.

Risultati

Ipotesi 1: studiare la distribuzione degli stili di attaccamento in un campione di bambini non clinici.

Le categorie dell'attaccamento emerse dallo scoring del Separation Anxiety Test (SAT, Attili 2001), effettuato da due psicologi secondo il metodo di codifica di Attili, sono indicate nella Tab. 2.

Tab. 2 *Categorie dell'attaccamento nel campione*

Sicuro (B)		Ambivalente (C)		Evitante (A)		A rischio (D)	
p > 4		1 < p < 3		-2 < p < 0		p < -3	
n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
18	60,0	6	20,0	4	13,3	2	6,7

Legenda: n. = numero; p = punteggio; % = percentuale.

Osservando la Tab. 2, emerge che nel nostro campione il pattern di attaccamento prevalente è quello "sicuro" (60%), seguito da: "ambivalente" (20%), "evitante" (13,3%) ed "a rischio" (6,7%).

Ipotesi 2a: verificare il ruolo dell'attaccamento come potenziale fattore di protezione o di rischio per specifiche psicopatologie evolutive, come percepito dai bambini stessi mediante l'autocompilazione della Scala Psichiatrica di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti (SAFA, Sannio Fancello 2001). Le scale totali del questionario sono le seguenti e valutano rispettivamente: SAFA-A (ansia); SAFA-S (sintomi somatici ed ipocondria); SAFA-D (depressione); SAFA-O (sintomi ossessivo-compulsivi); SAFA-P (disturbi alimentari psicogeni). I risultati nelle scale totali sono illustrati nella Tab. 3.

I risultati ottenuti dal campione da noi considerato, evidenziano che nelle scale SAFA-A, SAFA-S, SAFA-D, e SAFA-P, la maggior parte dei soggetti ottengono punteggi nella norma, indipendentemente dalla tipologia di attaccamento. Da rilevare, tuttavia, che una minima percentuale di bambini con pattern "sicuro" al SAT presentano alcuni punteggi patologici al SAFA; si osserva infatti l'elevazione significativa della scala SAFA-A, con punteggio francamente patologico in due soggetti (11,1%) e borderline in uno (5,6%); punteggio borderline nella scala

Tab. 3 Stili di attaccamento dei bambini e punteggi al SAFA

Scale SAFA	Stili di attaccamento dei bambini			
	Sicuro (frequenza e percentuale)	Ambivalente (frequenza e percentuale)	Evitante (frequenza e percentuale)	A rischio (frequenza e percentuale)
SAFA-A	N = 15 (83,3%) P = 2 (11,1%) B = 1 (5,6%)	N = 6 (100%)	N = 2 (50,0%) B = 2 (50,0%)	N = 2 (100,0%)
SAFA-S	N = 18 (100,0%)	N = 6 (100,0%)	N = 3 (75,0%) B = 1 (25,0%)	N = 2 (100,0%)
SAFA-D	N = 17 (94,4%) B = 1 (5,6%)	N = 6 (100,0%)	N = 4 (100,0%)	N = 2 (100,0%)
SAFA-O	N = 14 (77,8%) P = 3 (16,7%) B = 1 (5,6%)	N = 5 (83,3%) P = 1 (16,7%)	N = 1 (25,0%) P = 2 (50,0%) B = 1 (25,0%)	N = 2 (100,0%)
SAFA-P	N = 14 (77,8%) P = 1 (5,6%)	N = 5 (83,3%) P = 1 (16,7%)	N = 3 (75,0%) P = 1 (25,0%)	N = 2 (100,0%)

Legenda: N = normale ($-1 \leq z \leq 2$); P = patologico ($-2 \leq z \leq -1,7$); B = borderline ($-1,6 \leq z \leq -1$).

SAFA-D per un soggetto (5,6%); innalzamento patologico della scala SAFA-O in tre soggetti (16,7%), borderline in uno (5,6%); infine si rilevano indicatori di problematiche alimentari nella scala SAFA-P per un soggetto (5,6%). Emergono, inoltre, elevazioni significative in scale cliniche del SAFA di alcuni bambini che al SAT risultano avere un pattern insicuro-evitante: due soggetti presentano punteggi borderline nella scala SAFA-A (50,0%); uno punteggio borderline nella scala SAFA-S (25,0%); due bambini presentano punteggi patologici (50,0%) ed uno borderline (25,0%) nella scala SAFA-O. Non si osservano, di contro, indicatori di sofferenza psicopatologica nei bambini codificati al SAT con pattern di attaccamento di tipo “insicuro-ambivalente” e “a rischio-disorganizzato”.

Ipotesi 2b: verificare il ruolo dell’attaccamento come potenziale fattore di protezione o di rischio per specifiche psicopatologie evolutive, come valutato dalle madri dei bambini del campione, mediante la compilazione della Child Behavior Checklist 4-18 (CBCL, Achenbach 1991). I risultati conseguiti sono illustrati nella Tab. 4.

I risultati evidenziano punteggi totali alle CBCL nei limiti di norma e, conseguentemente,

Tab. 4 Stili di attaccamento dei bambini e punteggi alla CBCL

Scale CBCL	Stili di attaccamento dei bambini			
	Sicuro (frequenza e percentuale)	Ambivalente (frequenza e percentuale)	Evitante (frequenza e percentuale)	A rischio (frequenza e percentuale)
Ritiro	N = 17 (94,4%) P = 1 (5,6%)	N = 6 (100,0%)	N = 4 (100,0%)	N = 2 (100,0%)
Lamentele somatiche	N = 16 (88,9%) P = 1 (5,6%) B = 1 (5,6%)	N = 6 (100,0%)	N = 4 (100,0%)	N = 2 (100,0%)
Ansia e depressione	N = 18 (100,0%)	N = 6 (100,0%)	N = 4 (100,0%)	N = 2 (100,0%)
Problemi sociali	N = 17 (94,4%) B = 1 (5,6%)	N = 6 (100,0%)	N = 4 (100,0%)	N = 2 (100,0%)
Problemi di pensiero	N = 18 (100,0%)	N = 6 (100,0%)	N = 4 (100,0%)	N = 2 (100,0%)
Problemi di attenzione	N = 16 (88,9%) P = 2 (11,1%)	N = 6 (100,0%)	N = 4 (100,0%)	N = 2 (100,0%)
Comportamento delinquenziale	N = 18 (100,0%)	N = 6 (100,0%)	N = 4 (100,0%)	N = 2 (100,0%)
Comportamento aggressivo	N = 18 (100,0%)	N = 6 (100,0%)	N = 4 (100,0%)	N = 2 (100,0%)
Punteggio totale	N = 15 (83,3%) P = 3 (16,7%)	N = 6 (100,0%)	N = 4 (100,0%)	N = 2 (100,0%)
Internalizzazione	N = 16 (88,9%) P = 2 (11,1%)	N = 6 (100,0%)	N = 4 (100,0%)	N = 2 (100,0%)
Esternalizzazione	N = 15 (83,3%) P = 1 (5,6%) B = 2 (11,1%)	N = 6 (100,0%)	N = 4 (100,0%)	N = 2 (100,0%)

profili comportamentali del tutto adeguati per la maggior parte dei bambini che al SAT sono classificati come “sicuri” (83,3%) o “insicuri” (100%). Si rileva tuttavia che tre soggetti (16,7%), che al SAT sono classificati come “sicuri”, ricevono un punteggio totale patologico alla CBCL; più precisamente si rilevano indici di internalizzazione in due soggetti (11,1%) e di esternalizzazione in tre, di cui un bambino con punteggio francamente patologico (5,6%) e due con punteggi borderline (11,1%). Non si rileva, invece, alcuna elevazione significativa nelle scale sindromiche delle CBCL compilate dalle madri dei bambini codificati come insicuri al SAT.

Ipotesi 3: indagare le tipologie di attaccamento delle madri del campione e la presenza di eventuali nessi tra gli stili di attaccamento delle madri e quelli dei loro figli (trasmissione intergenerazionale dell’attaccamento).

Le tipologie di attaccamento delle madri codificate all’ASQ sono indicate nella Tab. 5.

Tab. 5 *Tipologie di attaccamento delle madri*

Autonoma		Distanziante		Preoccupata		Irrisolta	
n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
27	90,0	0	0,0	3	10,0	0	0,0

Legenda: n. = numero; % = percentuale.

I risultati ottenuti all’ASQ dimostrano che il 90% dei bambini del campione, da noi considerato, ha madri classificate “autonome”: tale classificazione corrisponde alla tipologia di attaccamento sicuro nella prima infanzia (Main e Goldwyn 1994). Solo il 10% dei bambini ha madri classificate “preoccupate”: tale classificazione corrisponde allo stile di attaccamento “insicuro-ambivalente” nella prima infanzia (Main e Goldwyn 1994).

La trasmissione intergenerazionale dei vari pattern di attaccamento, indagata mediante il confronto tra le tipologie dell’attaccamento nei bambini, quelle delle loro madri e il legame di parenting di queste con le rispettive madri, è illustrata nella Tab. 6.

I risultati emersi dalla nostra ricerca dimostrano che, in base allo stile di attaccamento del bambino (vedi Tab. 2) (Ainsworth et al. 1978):

- l’88,9% (n. 16) dei bambini classificati “sicuri” al SAT ha madri che attualmente presentano uno stile di attaccamento “autonomo” (punteggio all’ASQ), che a loro volta al PBI hanno riportato un punteggio elevato nelle dimensioni “alta cura e basso controllo” (indice di un attaccamento sicuro con le proprie madri). Solo l’11,1% (n. 2) dei bambini classificati “sicuri” al SAT ha madri che attualmente presentano uno stile di attaccamento “preoccupato” (punteggio all’ASQ), che a loro volta al PBI hanno ottenuto un punteggio elevato nelle dimensioni “alta cura e basso controllo” (indice di un attaccamento sicuro con le proprie madri).

- l’83,3% (n. 5) dei bambini classificati “ambivalenti” al SAT ha madri che attualmente presentano uno stile di attaccamento “autonomo” (punteggio all’ASQ), che a loro volta al PBI hanno riportato un punteggio elevato nelle dimensioni “alta cura e basso controllo” (indice di un attaccamento sicuro con le proprie madri). Solo il 16,7% (n. 1) dei bambini classificati

Tab. 6 *Trasmissione intergenerazionale dei pattern di attaccamento*

	ASQ Tipologie attaccamento madri	SAT Categorie attaccamento bambini			
		Sicuro (frequenza e percentuale)	Ambivalente (frequenza e percentuale)	Evitante (frequenza e percentuale)	A rischio (frequenza e percentuale)
PBI alta cura basso controllo materno	Autonoma	16 (88,9 %)	5 (83,3 %)	4 (100 %)	2 (100 %)
	Distanziante	0	0	0	0
	Preoccupata	2 (11.1 %)	1 (16,7 %)	0	0
	Irrisolta	0	0	0	0
PBI alta cura alto controllo materno	Autonoma	0	0	0	0
	Distanziante	0	0	0	0
	Preoccupata	0	0	0	0
	Irrisolta	0	0	0	0
PBI bassa cura basso controllo materno	Autonoma	0	0	0	0
	Distanziante	0	0	0	0
	Preoccupata	0	0	0	0
	Irrisolta	0	0	0	0
PBI bassa cura alto controllo materno	Autonoma	0	0	0	0
	Distanziante	0	0	0	0
	Preoccupata	0	0	0	0
	Irrisolta	0	0	0	0

“ambivalenti” al SAT, hanno madri che attualmente presentano uno stile di attaccamento “preoccupato” (punteggio all’ASQ), che a loro volta al PBI hanno ottenuto un punteggio elevato nelle dimensioni “alta cura e basso controllo” (indice di un parenting positivo con le proprie madri).

- Il 100% (n. 4) dei bambini classificati “evitanti” al SAT ha madri che attualmente presentano uno stile di attaccamento “autonomo” (punteggio all’ASQ), che a loro volta al PBI hanno riportato un punteggio elevato nelle dimensioni “alta cura e basso controllo” (indice di un attaccamento sicuro con le proprie madri).

- Il 100% (n. 2) dei bambini classificati “a rischio” al SAT, ha madri che attualmente presentano uno stile di attaccamento “autonomo” (punteggio all’ASQ), che a loro volta al PBI hanno riportato un punteggio elevato nelle dimensioni “alta cura e basso controllo” (indice di un parenting positivo con le proprie madri).

Discussione dei risultati

Negli ultimi anni è rapidamente cresciuto l'interesse e la ricerca per il ruolo dei legami fra il bambino e le sue figure adulte di riferimento. La teoria dell'attaccamento risulta un punto di convergenza tra i diversi ambiti dell'indagine psicologica, già a partire da John Bowlby (1969), che ne è stato l'iniziatore, seguito negli anni da Mary Ainsworth (1978), Patricia Crittenden (1981-97), Mary Main (1991).

Riguardo all'*ipotesi 1*, la distribuzione dei diversi stili di attaccamento, valutata attraverso il SAT (Attili 2001), nel campione di bambini non clinici da noi esaminato, evidenzia che i pattern di attaccamento risultano così rappresentati: 60% sicuri, 20% ambivalente, 13,3% evitante, 6,7% a rischio di disorganizzazione. Questi dati confermano che il pattern "sicuro" è "normale", in quanto statisticamente più ricorrente. I nostri risultati appaiono in linea con la maggior parte degli studi condotti a livello internazionale con la Strange Situation (Ammaniti et al. 1994) e con la distribuzione dei soggetti non clinici statunitensi (van Ijzendoorn et al. 1992), in cui gli stili di attaccamento mostrano la seguente suddivisione: "sicuro" 54,9 - 67,0% della popolazione; "evitante" 20,5 - 22,9%; "ambivalente" 7,5 - 12,5%. Per quanto riguarda l'attaccamento "a rischio - disorganizzato - disorientato", negli USA sembra essere rappresentato nel 14,7% dei campioni non clinici. In Italia, una ricerca di Fava Vizziello et al. (2003) sembra indicare che lo stile di attaccamento "sicuro" è meno frequente: 41,9 - 44,2% della popolazione; quello "evitante" è presente nel 23,3%; quello "ambivalente" nel 14,0 - 16,3% e quello "a rischio" nel 20,9% dei casi, se non si utilizza una classificazione comprendente solo le prime tre categorie. Questo studio ha riscontrato, quindi, una percentuale piuttosto elevata della modalità "evitante" nel nostro Paese, che gli autori interpretano come conseguenza del cambiamento delle pratiche di accudimento. La nostra distribuzione di soggetti non conferma questo spostamento verso il pattern di evitamento, che va emergendo nelle culture occidentali (Ammaniti et al. 1994), mentre risulta in linea con i risultati emersi dalla ricerca di Attili (2001), in cui le diverse categorie di attaccamento, in un campione italiano di 134 soggetti in età scolare, sono così suddivise: 43% "sicuri", 28% "ambivalenti", 19% "evitanti" e 10% a "rischio".

Per quanto concerne le *ipotesi 2 a e 2 b*, i risultati evidenziano che la maggior parte dei bambini codificati "sicuri" al SAT (Attili 2001), così come i bambini codificati "insicuri" non presentano indicatori di psicopatologia né attraverso l'autosomministrazione da parte dei bambini del SAFA (Sannio Fancello 2001), né attraverso la valutazione del profilo comportamentale fatta dalle loro madri alla CBCL (Achenbach 1991). Questo dato risulta congruente con le caratteristiche della popolazione scelta per questo studio, cioè soggetti non clinici, non affetti da psicopatologie specifiche né riferiti esser tali dai genitori e dagli insegnanti, né in trattamento presso specialisti della salute mentale. Tuttavia, la presenza di alcuni punteggi patologici al SAFA, in una minima percentuale di bambini con pattern "sicuro" al SAT (Attili 2001), potrebbe essere fatta risalire sia alla modalità utilizzata dai soggetti di autovalutazione del comportamento, con enfattizzazione di alcuni aspetti problematici, che alla non sempre facile comprensione di specifici item. La Scala SAFA, che ha il vantaggio di essere una delle poche scale specificamente orientate all'età evolutiva, tuttavia può avere anche un limite: i bambini possono misinterpretare alcuni item riguardo alla frequenza con cui si verificano. Secondo quest'ottica, potrebbero quindi essere interpretati i risultati ottenuti dai bambini con uno stile "insicuro-evitante" alla scala SAFA-O; si ricorda che tale scala considera solo i sintomi ossessivo-compulsivi e non i tratti ossessivi di personalità, come fanno invece altre scale; in questa scala il 50% dei bambini con pattern "insicuro-evitante" presenta punteggi elevati, indicatori di sintomi ossessivo-compulsivi. A causa dell'esiguità del nostro campione, non è possibile tuttavia concludere che il

punteggio patologico conseguito alla scala SAFA-O sia l'esito della categoria di attaccamento "insicuro-evitante".

L'analisi dei risultati al questionario CBCL compilato dalle madri, che evidenzia profili comportamentali del tutto adeguati per la maggior parte dei bambini classificati al SAT sia "sicuri" che "insicuri", fa intravedere che i profili comportamentali dei bambini, valutati dalle madri, sono indipendenti dalla tipologia di pattern di attaccamento dei figli.

Questi dati, in accordo con gli studi che non sostengono l'esistenza di una correlazione lineare tra stile di attaccamento insicuro e psicopatologia conclamata, non confermerebbero il ruolo degli stili di attaccamento "insicuro-ambivalente" e "a rischio-disorganizzato" come potenziali fattori di rischio per psicopatologie evolutive. Si vedano, per esempio, la maggior parte degli studi longitudinali (Greenberg 1999) su popolazioni delle classi sociali medio-alte, a basso rischio quanto a stress familiare e a fattori educativi, che non mostrano correlazione tra pattern di attaccamento primario, sicuro o insicuro, e successivo sviluppo di sintomi esteriorizzanti; l'attaccamento sicuro è invece predittivo riguardo a sviluppo di diverse competenze sociali, funzionamento cognitivo e metacognitivo, comprensione di sé e abilità linguistiche. Ciotti e Lambruschi (1996) hanno osservato in bambini in età prescolare che il pattern di attaccamento determina uno stile relazionale e sociale prevedibile.

Per quanto riguarda, invece, studi su popolazioni ad alto rischio sociale (ad esempio il Minnesota Parent-Child Project di Egeland e Sroufe 1981; Sroufe 1983), le evidenze sono a favore del fatto che l'attaccamento sicuro operi come fattore protettivo; sembra esserci una specificità di legame tra attaccamento "evitante" e problemi esternalizzanti e tra attaccamento "ambivalente" e problemi internalizzanti; anche in adolescenza i sintomi di tipo ansioso sono più correlati ad attaccamento "ambivalente", quelli comportamentali ad attaccamento "evitante". Il pattern "disorientato-disorganizzato" (Ogawa et al. 1997) appare fortemente collegato allo sviluppo in età giovanile di disturbi di tipo dissociativo, mentre in altri studi è collegato a sviluppo di disturbi della condotta; anche in questo caso, il predittore è costituito dalla combinazione tra attaccamento disorganizzato e temperamento difficile, mentre la presenza di un solo fattore correla con livelli di aggressività entro la norma. Alcuni autori hanno cercato di dimostrare la possibile corrispondenza tra pattern di attaccamento, stili di conoscenza e caratteristiche di personalità (Lorenzini e Sassaroli 1995), mentre non c'è evidenza di una precisa coincidenza tra pattern di attaccamento insicuro e determinate sindromi cliniche. Crittenden (1999) afferma che nelle popolazioni cliniche sono più frequentemente rintracciabili attaccamenti insicuri a medio (A 3-4; C 3-4) e ad alto indice (A 5-6, 7-8; C 5-6, 7-8).

Riguardo all'*ipotesi 3*, i risultati emersi all'ASQ dimostrano che il 90% dei bambini del campione, da noi considerato, ha madri classificate "autonome"; solo il 10% dei bambini ha madri classificate "preoccupate". Questi risultati sono lievemente diversi da quelli della ricerca di Simonelli (1998), che ha riscontrato su 40 madri italiane una distribuzione caratterizzata da una netta prevalenza del pattern "sicuro" (57,5%), mentre le modalità "distanziante" e "preoccupato" tendono ad essere quasi equivalenti (22, 5% vs 20,0%). Una distribuzione simile è riportata da uno studio di van Ijzendoorn e Bakermans-Kranenburg (1996) su un campione di 487 madri, che evidenzia che il 56% è sicuro/autonomo, il 16% distanziante, il 9% preoccupato/invischiato ed il 19% non risolto.

Nel nostro campione si è evidenziato, inoltre, che la maggior parte dei bambini classificati "sicuri" al SAT ha madri che attualmente presentano uno stile di attaccamento "autonomo" (punteggio all'ASQ) e a loro volta al PBI hanno riportato un punteggio elevato nelle dimensioni "Alta cura e Basso controllo" (indice di un attaccamento sicuro con le proprie madri); mentre gli altri stili di attaccamento nei bambini non sembrano essere correlati a pattern simili nelle pro-

prie madri. È risultato infatti che delle madri classificate “preoccupate” solo una risulta madre di un bambino a sua volta codificato “insicuro ambivalente”, mentre le altre due sono madri di bambini classificati come “sicuri”. Questi dati presumibilmente possono essere fatti risalire al tipo di strumenti di autovalutazione utilizzati con le madri, l’ASQ ed il PBI, questionari self-report, che presentano il limite di tutti i questionari autosomministrati, in quanto non in grado di elicitarle le situazioni di stress e di pericolo, indispensabili per attivare il sistema di attaccamento. Crowell e Treboux (1995) riferiscono essere piuttosto modesta la capacità diagnostica degli strumenti self-report per la valutazione dell’attaccamento, in quanto questi strumenti possono cogliere solo i sentimenti e le percezioni concepite dagli individui circa le relazioni, differenziate da strumenti quali ad esempio l’AAI, che, grazie al metodo impiegato per la raccolta dei dati, fondata sull’intervista trascritta integralmente e codificata minuziosamente, risultano in grado di cogliere in modo più efficace i modelli operativi interni. Anche Brennan, Clark e Shaver (1998) ritengono che le misure self-report siano soggette a bias nelle risposte, in quanto fanno affidamento sull’onestà dei soggetti esaminati, peraltro offuscata da paure e difese collegate all’area di indagine. L’ipotesi è quindi che le madri del nostro campione abbiano fornito la rappresentazione sicura che coscientemente hanno di Sé e di Sé nella relazione con l’Altro. Questi risultati confermano l’ipotesi della trasmissione intergenerazionale dell’attaccamento, relativamente allo stile “sicuro” di attaccamento. In una metanalisi, condotta su 18 studi con diadi madre-bambino (van Ijzendoorn 1995), è stato riscontrato un accordo medio fra l’attaccamento sicuro delle madri e quello analogo dei figli, pari al 70,0%. Questi dati vengono ulteriormente confermati da uno studio longitudinale, che evidenzia una continuità tra lo stile di attaccamento materno e quello del bambino fino a 6 anni (Main et al. 1985) e dal lavoro di Benoit e Parker (1994), in cui questo aspetto è stato riscontrato su tre generazioni (nonna-madre-bambino). Tuttavia, diversi studi non confermano il meccanismo di trasmissione intergenerazionale dell’attaccamento, in quanto esperienze di attaccamento, anche successive all’infanzia (come quella con il partner o il terapeuta), possono avere una funzione ristrutturante rispetto all’originaria esperienza di attaccamento con i genitori; inoltre, un peso fondamentale va attribuito anche al contesto in cui la diade è inserita (es. il supporto sociale del genitore, le circostanze di accudimento dei bambini, il ruolo della famiglia allargata).

Conclusioni

Lo studio dell’attaccamento è un settore in continuo movimento, per quanto riguarda idee, strumenti ed applicazioni: con nuove riflessioni teoriche, come gli approfondimenti di Crittenden (1997); con il tentativo di fornire conferme tratte dai dati empirici ad alcuni dei principali assunti teorici, quali il problema della continuità e del cambiamento delle tipologie di attaccamento durante lo sviluppo o la trasmissione intergenerazionale dell’attaccamento (Barone 2007); aprendosi a nuovi ambiti di ricerca come lo studio dei legami di coppia o delle dinamiche familiari (Attili 2007); dando un contributo originale ed una nuova prospettiva allo studio dei fattori implicati nello sviluppo della psicopatologia.

La matrice multidisciplinare di questo approccio ha rappresentato negli ultimi anni una prospettiva innovativa, non solo per lo studio dello sviluppo del bambino, ma anche per l’interesse all’adattamento dell’individuo nel proprio contesto di vita. Contemporaneamente, la messa a punto e la validazione di tecniche osservative e di valutazione hanno consentito il fiorire di numerose ricerche, tese allo studio empirico ed alla riflessione sugli assunti teorici.

In tale prospettiva, la nostra ricerca si inserisce nel filone degli studi condotti su popolazio-

ni non cliniche di bambini e si propone di ampliare la letteratura sulla classificazione e la trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento nei bambini e nei loro genitori. I risultati da noi ritrovati evidenziano che nei bambini non clinici la distribuzione dei pattern di attaccamento, come emerso dalla applicazione del SAT (Attili 2001), si colloca in linea con quanto evidenziato da altri studiosi (Ammaniti et al. 1994; van Ijzendoorn et al. 1992): la maggior parte dei bambini è classificabile come "sicuro"; i restanti si distribuiscono tra "insicuro-ambivalente", "insicuro-evitante" e "a rischio di disorganizzazione". Nel nostro studio emerge, inoltre, che alcuni (pochi) bambini codificati come "sicuri" al SAT presentano qualche indicatore di psicopatologia agli strumenti di valutazione del comportamento utilizzati, mentre i bambini classificati al SAT come "insicuri ambivalenti" e "a rischio" non presentano indicatori di psicopatologia né nell'autovalutazione fornita né nella valutazione fornita dalle loro madri. Emerge, infine, che la gran parte delle madri del campione da noi studiato presenta un pattern di attaccamento "autonomo" (90%), contro una modestissima percentuale (10%) di madri codificate come "preoccupate"; di queste solo una risulta madre di un bambino classificato "insicuro ambivalente". Questi dati, in particolare la distribuzione degli stili di attaccamento nelle madri, con una prevalenza nel campione del pattern "autonomo" anche nella relazione con la propria madre, ed una piccola percentuale di pattern "preoccupato", non in linea con quanto riportato in letteratura (van Ijzendoorn e Bakermans-Kranenburg 1996), ci appaiono ascrivibili al tipo di strumenti di misurazione impiegati, ossia i questionari di autovalutazione, non in grado di elicitare le situazioni di pericolo, indispensabili per attivare il sistema di attaccamento. L'ipotesi è quindi che le madri abbiano tentato di fornire una rappresentazione sicura dello schema interpersonale del Sé nel rapporto con gli altri. Una ricaduta importante di quanto rilevato segnala, per l'ambito clinico, un uso prudente degli strumenti self-report per la valutazione dell'attaccamento, in considerazione della loro modesta capacità diagnostica (Crowell e Treboux 1995).

Per concludere, in accordo con la letteratura, nella nostra popolazione non clinica in età evolutiva, risultano distribuite, seppur in proporzioni diverse, sia la sicurezza che l'insicurezza nella relazione di attaccamento, con una maggiore rappresentatività del pattern "sicuro"; risulta inoltre limitata la presenza di indicatori di psicopatologia; tuttavia, quando rilevati, essi non sembrano specificamente correlati ai pattern insicuri. Relativamente alla trasmissione intergenerazionale del pattern di attaccamento, i nostri dati confermano la continuità tra lo stile di attaccamento materno "sicuro" e quello del bambino, mentre non sono chiari rispetto ai pattern "insicuri".

La scarsa numerosità del nostro campione, uno dei limiti del presente lavoro, non consente infatti la generalizzazione dei risultati ottenuti e suggerisce l'opportunità di ampliare il campione originario. Sarebbe inoltre utile condurre uno studio longitudinale, per verificare a lungo termine la stabilità nel tempo dei pattern di attaccamento.

Bibliografia

- Achenbach TM (1991). *Problem Scales of the Child Behavior Checklist for Ages 4-18*. University of Vermont (USA). Versione italiana *Questionario sul Comportamento del Bambino 4-18*, curata da Frigerio A, Istituto Scientifico E. Medea, Ass. La Nostra Famiglia, Bosisio Parini (LC), 1998.
- Ainsworth MDS (1995). *Attaccamenti ed altri legami affettivi nel ciclo della vita*. In Parkes CM, Stevenson-Hinde J, Marris P, *L'attaccamento nel ciclo di vita*. Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Ainsworth, MDS, Blehar M, Waters E, Wall S (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ, Erlbaum.

- Ammanniti M, Candelori C, Pola M, Speranza AM, Tambelli R (1994). Influenze culturali e dinamiche relazionali nell'attaccamento infantile. In Attili G (a cura di), *Attaccamento e disadattamento*, nucleo monotematico. *Età Evolutiva*, 47, 99-107.
- Ammaniti M, Speranza AM, Candelori C (1996). Stabilità dell'attaccamento infantile e trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza* 63, 131-132.
- Arace A (2002). Le relazioni di attaccamento nel ciclo della vita. *Età Evolutiva* 73, 99-109.
- Attili G (2001). *Ansia da separazione e misura dell'attaccamento normale e patologico*. Unicopli, Milano.
- Attili G, Vermigli P, Felaco R (1994). Modelli mentali dell'attaccamento negli adulti e qualità della relazione madre-bambino. *Età Evolutiva* 47, 110-7.
- Barone L (2007). *Di generazione in generazione. La trasmissione dell'attaccamento*. In (a cura di) Barone L, Del Corno F, *La valutazione dell'attaccamento in età adulta*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Benoit D, Parker KC (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development* 65, 1444-1456.
- Bowlby J (1969/82). *Attachment and loss. Vol. I: Attachment*. New York, Basic Books. Trad. it. *Attaccamento e perdita. Vol. 1: L'attaccamento alla madre*. Bollati Boringhieri, Torino, 1972.
- Bowlby J (1973). *Attachment and loss. Vol. II: Separation*. New York, Basic Books. Trad. it. *Attaccamento e perdita. Vol. 2: La separazione dalla madre*. Bollati Boringhieri, Torino, 1978 (II ed.).
- Bowlby J (1980). *Attachment and loss. Vol. III: Loss: Sadness and Depression*. New York, Basic Books. Trad. it. *Attaccamento e perdita. Vol. 3: La perdita della madre*. Bollati Boringhieri, Torino, 1989.
- Brennan KA, Clark CL, Shaver PR (1998). Self-report measurement of adult attachment: an integrative overview. In Simpson JA, Rholes WS (a cura di), *Attachment theory and Close Relationships*. Guilford Press, New York, 46-76.
- Carli L (1999). *Dalla diade alla famiglia: i legami di attaccamento nella rete familiare*. Raffaello Cortina, Milano.
- Cassibba R, D'Odorico L (2000). *La valutazione dell'attaccamento nella prima infanzia. L'adattamento italiano dell'Attachment Q- Sort (AQS)* di Everett Waters. Franco Angeli, Milano.
- Ciotti F e Lambroschi F (1996). Configurazioni d'attaccamento genitori-bambino in età prescolare e comportamento in contesti extrafamiliari. *Psicoterapia Cognitivo Comportamentale* vol. 2, 2, 3-14.
- Crittenden PM (1994). *Nuove prospettive sull'attaccamento: Teoria e pratica in famiglie ad alto rischio*. Guerini, Milano.
- Crittenden PM (1999). *Attaccamento in età adulta: l'approccio dinamico maturativo all'Adult Attachment Interview*. Tr it. Raffaello Cortina, Milano 1999.
- Crittenden PM (1981). Abusing, neglecting, problematic and adequate dyads: Differentiating by patterns of interaction. *Merrill-Palmer Quarterly* 27, 1-19.
- Crittenden PM (1985a). Maltreated infants: Vulnerability and resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 26, 85-96.
- Crittenden PM (1990). Internal representational models of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal* 11, 259-277.
- Crittenden PM (1992). Quality of attachment in the preschool years. *Development and Psychopathology* 4, 209-241.
- Crittenden PM (1997). *Pericolo sviluppo e adattamento*. Masson, Milano.
- Crowell JA, Treboux D (1995). A review of adult attachment measures: Implications for theory and research. *Social Development*, 4, 3, 294-327.
- Egeland B, Sroufe LA (1981). Developmental Sequelae of Maltreatment in Infancy. *N Direct Child Dev* II, 77-92.
- Fava Vizziello G, Calvo V, Simonelli A (2003). Sicurezza e insicurezza nell'attaccamento nella prima infanzia in una prospettiva interculturale. *Età Evolutiva* Giugno, 75, 36-50.

- Feeney JA, Noller P, Hanrahan M (1994). *Assessing adult attachment*. In Sperling MB, Berman W, *Attachments in adults: clinical and developmental perspectives*. New York, Guilford Press.
- Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, Target M, Greber A (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification and response psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64, 22-31.
- Greenberg MT (1999). *Attaccamento e psicopatologia nella seconda infanzia*. In Cassidy J e Shaker PR (a cura di), *Manuale dell'Attaccamento: teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Fioriti, Roma.
- Hazan C, Shaver P (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology* 59, 270-280.
- 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.
- Isola L, Mancini F (2003). *Psicoterapia Cognitiva dell'Infanzia e dell'Adolescenza*. Franco Angeli, Milano.
- Klagsburn M, Bowlby J (1976). Responses to separation from parents: a clinical test for young children. *British Journal of Projective Psychology* 21, 7-21.
- Lambruschi F (2004). *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Liotti G (1996). *L'attaccamento*. In Bara B (a cura di), *Manuale di psicoterapia cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Lorenzini R, Sassaroli S (1995). *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità*. Raffaello Cortina, Milano.
- Main M, Goldwyn R (1994). *Adult Attachment Classification System*. Manoscritto non pubblicato, versione 6.0. University College, London.
- Main M, Kaplan N, Cassidy J (1985). *Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation*. In Bretherton I, Waters E (eds), *Growing points of attachment theory and research*, Monographs of the SRCD, 50 (1-2, 209) 66-104. Trad. it. *La sicurezza nella prima infanzia, nella seconda infanzia e nell'età adulta: il livello rappresentazionale*. In Riva Prugnola C (a cura di), *Lo sviluppo affettivo del bambino*, 109-52. Raffaello Cortina, Milano 1993.
- Main M, Solomon J (1986). *Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, finding and implications for the classification of behavior*. In Yogman M, Brazelton TB (a cura di), *Affective development in infancy*, 121-160. Norwood, NJ, Ablex.
- Main M (1991). *Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) versus multiple (incoherent) models of attachment*. In Parkes CM, Stevenson-Hinde J, Marris P (Eds.), *Attachment across the life cycle* (127-159), London, Routledge. Trad. it. *Conoscenza metacognitiva, monitoraggio metacognitivo e modello di attaccamento unitario (coerente) vs modello di attaccamento multiplo (incoerente): dati ed indicazioni per la futura ricerca*. In *L'attaccamento nel ciclo della vita*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1995.
- Ogawa JR, Sroufe LA, Weinfield NS, Carlson EA, Egeland B (1997). Development and the Fragmented Self: Longitudinal Study of Dissociative Symptomatology in a Non-clinical Sample. *Dev Psychopathol* 9, 855-879.
- Ortu F, Dazzi N, De Coro A, Pola M, Speranza AM (1992). Un contributo di ricerca sugli stili di attaccamento in preadolescenza: la coerenza della verbalizzazione nell'intervista. *Adolescenza* 3, 267-287.
- Parker G, Tupling H, Brown LB (1978). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology* 52, 1-10.
- Sannio Fancello G (2001). *SAFA. Scale psichiatriche di autosomministrazione per fanciulli e adolescenti*. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Simonelli A (1998). *Adult Attachment Interview nel ciclo della vita: tesi di dottorato*. Università di Bologna.

- Simonelli A, Calvo V (2002). *L'attaccamento: teoria e metodi di valutazione*. Carocci, Roma.
- Sroufe L (1983). *Infant-Caregiver Attachment and Patterns of Adaptation in Preschool: The Roots of Maladaptation and Competence*. In Perlmutter M (a cura di), *Development and Policy concerning Children with Special Needs*. Erlbaum, Hillsdale.
- Van Ijzendoorn MH (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.
- Van Ijzendoorn MH, Goldberg S, Kroonenberg PM, Frenkel OJ (1992). The relative effect of maternal and child problem on the quality of attachment: a meta analysis of attachment in clinical sample. *Child Developmental* 63, 840-858.
- Van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents and clinical groups: a meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 8-21.
- Zaccagnino M (2007). La valutazione dell'attaccamento lungo il ciclo di vita: strumenti e metodi a confronto. *Quaderni di psicoterapia cognitiva* 20, 12, 1, 30-61.