

Strumenti in Psicologia Clinica Perinatale: il CARE-Index per una valutazione della qualità della relazione primaria

Loredana Cena, Antonio Imbasciati¹

- Basi teoriche

Il Child-Adult Relationship Experimental Index (CARE-Index) è uno strumento di videosservazione (Crittenden, 1981, 1988a) per la valutazione della qualità delle configurazioni di interazione tra caregiver e bambino dalla nascita fino a 36 mesi: misura le “caratteristiche diadiche associate all’attaccamento” (Crittenden, 2004), in particolare la “sensibilità”, che una madre e un padre manifestano nella relazione con il bimbo. Si rivela pertanto uno strumento molto utile in psicologia clinica perinatale in quanto, attraverso una valutazione della relazione primaria, consente di effettuare screening precoci per individuare situazioni relazionali a rischio, o che non sono adeguate o addirittura dannose per lo sviluppo del bambino, nell’intento di apportare quanto prima un aiuto alla diade in difficoltà attraverso un intervento psicoterapico.

Il CARE-Index fa parte di quegli strumenti costruiti sulla base della teoria dell’attaccamento, da Patricia Crittenden (1979-2004). La cornice teorica in cui si colloca l’autrice è appunto quella della teoria dell’attaccamento di Bowlby (1969, 1973, 1980) in cui la madre e il neonato sono considerati elementi di un sistema che si autoregola in interazioni reciproche. Il sistema

1 Cattedra di Psicologia Clinica della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università di Brescia.

di attaccamento rappresenta un sistema motivazionale primario, geneticamente predeterminato, che viene attivato dopo la nascita tra la figura primaria di riferimento e il neonato, con la funzione di assicurare la sopravvivenza. In particolare il neonato cerca la vicinanza della propria madre quando sperimenta la paura: questo può verificarsi quando si sente separato da lei, in situazioni sconosciute, in presenza di pericolo e di dolore fisico. Dalla vicinanza con la madre il bimbo si attende sicurezza, protezione, calore, intimità.

La ricerca di vicinanza si ottiene attraverso il contatto visivo con la madre, ma soprattutto attraverso un contatto fisico: il bambino è attivo nell'interazione in quanto segnala le sue esigenze di vicinanza e protezione.

Se la figura affettiva di riferimento risponde adeguatamente (sintonizzazione), a queste richieste, il suo comportamento viene definito "responsività sensibile" (Crittenden, 2008): la madre è in grado di percepire il segnale del bambino, come ad esempio il suo pianto, interpretandolo correttamente, cosicché possa soddisfarlo adeguatamente e rapidamente. È fondamentale per la sopravvivenza del bimbo, ancor più se questi è molto piccolo, che il caregiver sviluppi e attivi questa sensibilità, funzione complessa definita cognitiva e affettiva, ritenuta fondamentale all'interno di una relazione di accudimento quale quella diadica primaria. Il neonato sviluppa un pattern di attaccamento cosiddetto sicuro verso il caregiver che lo accudisce e soddisfa i suoi bisogni in modo sensibile. Se invece nelle interazioni con la figura di riferimento queste esigenze non trovano risposta o la trovano solo in misura insufficiente o incoerente, più frequentemente si sviluppa nel bimbo un pattern di attaccamento insicuro.

La prospettiva teorica della Crittenden (1994, 1997) attinge alla teoria di Bowlby del sistema di attaccamento, a quella sviluppata dalla Ainsworth (1978, 1979, 1985) sulla qualità dell'attaccamento, al modello piagetiano dei cambiamenti evolutivi nella elaborazione dell'informazione e agli studi di (Tulving 1987; Schacter, Tulving 1994) sui sistemi di memoria.

La Crittenden (1994) ha apportato al modello originario di Bowlby un ampliamento, estendendo i costrutti del modello a fasi evolutive e ad aspetti dell'adattamento individuale poco esaminati: l'attaccamento viene considerato un processo di apprendimento della regolazione del funzionamento mentale interpersonale, in relazione al tipo di legame con le figure di riferimento. L'individuo trarrebbe dall'ambiente circostante le informazioni selezionandole e elaborandole: in particolare l'autrice ritiene che siano le informazioni inerenti il pericolo e la ricerca di protezione del sé che determinano la qualità delle relazioni di attaccamento. La Crittenden denomina la propria concezione Modello Dinamico Maturativo DMM (1999, 2000a, 2000b, 2000c, 2008). Si sostiene il ruolo prioritario delle relazioni che lungo l'intero arco di vita comportano strategie di protezione del sé. Lo sviluppo e la maturazione attraverso l'esperienza sono in una continua riorganizzazione, che comporta pertanto cambiamenti nella qualità dell'attaccamento, rilevabili soprattutto in quei periodi dello sviluppo in cui si verificano cambiamenti evolutivi. Il Modello Dinamico Maturativo dell'attaccamento evidenzia le competenze di risposta ai pericoli che l'individuo sviluppa progressivamente e quindi si focalizza sui processi con cui i soggetti si preparano a sopravvivere a questi momenti, più che descrivere degli stati (Crittenden, 2008).

La Crittenden prende in considerazione la teoria della Ainsworth (1979, 1985) sulla qualità dell'attaccamento (gli "stili") confrontandola con lo specifico concetto, della stessa Ainsworth (1979) quello di "responsività sensibile". La sensibilità della persona che si prende cura del bambino costituisce un fondamento essenziale per la qualità di attaccamento che il neonato svilupperà nel corso del suo primo anno di vita. Come è noto, la Ainsworth attraverso un protocollo standardizzato della situazione da lei ideata, la Strange Situation (1978), valuta la qualità dell'attaccamento individuando tre diverse configurazioni A, B e C identificate con i pattern sicuro, insicuro-evitante e insicuro-ambivalente. Sono state rilevate correlazioni statistiche tra un com-

portamento di accudimento sensibile della figura di riferimento e la sicurezza di attaccamento dei bambini. Le peculiarità di un comportamento di “cura sensibile” consistono nella capacità della madre (o del caregiver) di percepire i segnali del bambino con attenzione e senza incertezze di comprensione. Un caregiver è sensibile se è in grado di interpretare correttamente il segnale che gli invia il neonato, ad esempio deve saper decifrare il significato del pianto del bambino: piange perché ha fame o perché non si sente bene. Altrimenti può interpretare i segnali in modo errato o distorto, per propria incapacità, o talora in quanto troppo orientato sulle proprie esigenze, o per problemi psichici propri, che vengono proiettati sul bambino. In un comportamento di cura sensibile è fondamentale che l'intervento sia adeguato ai bisogni del bimbo: può essere necessario un po' di tempo alle madri per imparare a distinguere se il pianto del figlio sia da attribuire a fame, noia, protesta, o dolore. Quasi tutte le figure di riferimento hanno bisogno di una fase di prova, per collegare correttamente il segnale del pianto con i desideri e le motivazioni del neonato e hanno bisogno di apprendere quale sia la reazione più adeguata ai segnali quando correttamente interpretati. Dalla parte del bimbo invece è necessario che impari a scoprire quando viene sufficientemente soddisfatto, per esempio nel suo senso di fame, o di bisogno di contatto fisico, o di stimolazione o di riposo, cosicché possa rimandarne i relativi segnali.

La reazione materna inoltre, per essere definita di “responsività sensibile” deve essere rapida, entro un tempo di frustrazione che sia sopportabile per il bambino; soltanto madri molto sensibili riescono a percepire i segnali del bambino quando questi sono solo accennati. Ci sono diverse opinioni che differiscono notevolmente su quale sia da considerare il livello ottimale di frustrazione, positivo per la crescita del bambino, e rispetto a quale fascia di età esso possa variare. Nel neonato è necessaria una particolare sensibilità genitoriale, per non oltrepassare quelle che sono le sue possibilità di attesa, altrimenti la frustrazione potrebbe esaurire le sue possibilità di autoregolazione. La richiesta di un soddisfacimento

immediato va valutata in base all'età del bambino: nel neonato il tempo di frustrazione ottimale è minimo; crescendo nelle età, l'ottimalità può comportare tempi più lunghi. La sensibilità non è determinata però solo dalle strutture psichiche e dallo stato d'animo interiore della madre, ma anche dalle condizioni sociali circostanti: una madre sostenuta dal proprio compagno o dalla propria madre, o da altre figure di riferimento come ostetriche, puericultrici, o altro, nonché da un buon ambiente, può concentrarsi sulle esigenze del proprio bimbo meglio di una madre che è sola ed è sopraffatta da molte incombenze.

La sensibilità va differenziata da ciò che si intende per iperprotezione: genitori sensibili favoriscono nel proprio figlio una crescente autonomia. I bambini di madri sensibili, e non iperprotettive, sono già in grado nel primo anno di vita di giocare autonomamente, di esplorare il proprio ambiente e nello stesso tempo di cercare la madre per ricevere consolazione e sicurezza nelle situazioni di stress; l'interazione con la loro madre è caratterizzata in questo caso da minore ansia e irritabilità. Questi bambini riescono a separarsi abbastanza facilmente dalle loro madri: dopo averle cercate ed essersi lasciati consolare, mostrano un comportamento più collaborativo nei confronti dei limiti che vengono loro imposti. Al contrario i neonati di madri meno sensibili sembrano più indipendenti dal sostegno della propria madre ma mostrano più ansia, rabbia e sentimenti aggressivi, tanto da non essere in grado di giocare lontani dal caregiver, né di tranquillizzarsi e interessarsi a giochi; accettano meno facilmente anche le limitazioni loro imposte. (Ainsworth, et. al. 1978, Grossmann, et al. 1985).

Le funzioni che caratterizzano come “responsività sensibile” il comportamento di una persona che si prende cura di un bimbo, sono state prese in considerazione dalla Crittenden nel costrutto del CARE -Index, per valutare la qualità della interazione caregiver-bambino, in particolare la sensibilità dell'adulto in un contesto diadico. Si tratta di una procedura di video-osservazione di una sequenza di interazioni di gioco libero tra un care-

giver e un bambino: caratteristica rispetto ad altre (Stern, 1974; Murray, Trevarthen 1985; Tronik, 1987, Fraiberg, et al., 1975; Beebe et al., 1980) è quella di poter essere utilizzata non soltanto con le madri, ma anche con i padri, sin dalla nascita del bimbo. L'osservazione è di tipo diadico, non di singoli individui, e permette così la valutazione delle configurazioni interattive del bambino con i caregiver; avviene in ambiente naturale, o in un laboratorio, in condizioni non minacciose, e la sua durata può variare dai tre ai cinque minuti, non più breve di due. Nella consegna si chiede di comportarsi come quotidianamente avviene di solito tra di loro mentre svolgono una normale attività di gioco; possono utilizzare liberamente giochi o giocattoli o altre attività loro familiari; non viene dato un compito da svolgere, e tutto avviene nella più completa spontaneità e naturalezza.

Il contesto del CARE-Index non prevede l'introduzione di variabili che attivino stati di stress nella relazione: non valuta l'attaccamento, ma le caratteristiche diadiche associate all'attaccamento" (Crittenden, 2004). Le situazioni create per valutare l'attaccamento come succede nella Strange Situation, prevedono invece l'introduzione di una condizione stressante che consente di poter rilevare le strategie di protezione del sé che i soggetti attivano di fronte al pericolo.

Il costrutto principale del CARE-Index è la sensibilità ai segnali del bambino, attorno a cui si struttura il sistema di codifica dello strumento: anche se può sembrare una peculiarità individuale, la sensibilità non viene valutata a livello individuale, ma è considerata un "costrutto diadico" (Crittenden, 2004) valutabile all'interno della relazione. Nella interazione viene osservato come sensibile ogni comportamento adulto, che evidenzia uno stato di benessere e piacere nel bambino, con una riduzione del suo stato di disagio. Un caregiver è considerato tanto più sensibile quanto più riesce a rispondere in modo adeguato alle "specifiche caratteristiche individuali di quel bambino" (Crittenden, 2004).

- **La codifica**

Le videosservazioni vengono codificate seguendo una procedura precisa e dettagliata, che può venire condotta solo da codificatori esperti, formati attraverso percorsi rigorosi di addestramento, controllato da un gruppo scientifico internazionale di formatori e dalla Crittenden stessa, dopo aver conseguito evidenze statistiche di attendibilità. La procedura di codifica prende in considerazione un periodo dello sviluppo dell'infante abbastanza ampio, da 0 a 36 mesi e pertanto i codificatori devono tener conto dei diversi aspetti e caratteristiche dei processi evolutivi e psichici del bambino di questo periodo. Vanno tenuti in considerazione gli aspetti peculiari di una interazione diadica tra un adulto e un bambino, con le loro caratteristiche a seconda dell'età del soggetto: dalla nascita ai tre mesi di vita, ad esempio va prestata attenzione alla sincronia fisiologica nella diade, in particolare alla capacità dell'adulto di prestare conforto e benessere al neonato, mantenendo un adeguato livello di attivazione nel bambino. Nel periodo di sviluppo successivo, fino ai nove mesi, è necessario osservare con attenzione la modalità con cui nella diade si struttura la successione dei turni interattivi e la qualità dello stato di benessere e di piacere manifestata dal bimbo. Dai 9 ai 15 mesi l'osservazione deve focalizzarsi sulla qualità del gioco condiviso, che si configura attraverso sequenze organizzate. Più tardi, dai 15 ai 24 mesi, occorre tenere in considerazione il gioco con gli oggetti e i vari episodi di negoziazione sulle divergenze, che possono animare le sequenze interattive nella diade. Dopo i due anni di età nell'interazione della diade è prevalente la mediazione linguistica del gioco e la negoziazione sia dei progetti che delle divergenze dei desideri. Gli aspetti della comunicazione non verbale e verbale che vengono analizzati e codificati durante l'interazione diadica sono sette: quattro sono relativi alle caratteristiche dello stato affettivo (espressione del volto, espressione verbale, posizione dei due membri della diade e contatto corporeo, qualità dello stato affettivo complessivo) durante l'interazione. Gli altri tre sono aspetti

relativi alle scansioni temporali nella successione dei turni, al controllo e alla scelta dell'attività.

L'osservazione delle contingenze interpersonali ci dà informazioni significative che vengono prese in considerazione e codificate attraverso scale di punteggi che descrivono il comportamento diadico, l'analisi sequenziale del comportamento, la codifica di organizzazioni di comportamento. Di ogni comportamento viene considerata la "funzione" interpersonale (Crittenden, 2008). Ogni configurazione comportamentale va codificata nel contesto del comportamento reciproco dell'altro membro della diade, considerando tutte le informazioni in relazione alla "funzione" che un determinato comportamento ha per quella determinata diade, nel contesto di quella specifica relazione.

Le scale con cui è stato costruito lo strumento sono tre per il caregiver e quattro per il bimbo. Le scale per l'adulto valutano la dimensione della sensibilità del caregiver, oppure il controllo e la non responsività. Il comportamento del bambino viene valutato attraverso quattro scale, cooperante, difficile, compulsivo e passivo.

Quando i lattanti manifestano stati di disagio, con pianto e agitazione i caregivers possono rispondere prevalentemente con comportamenti volti ad alleviare lo stato di disagio del neonato, oppure eccessivamente controllanti, che aumentano la sofferenza del bimbo. Ci sono caregivers che adottano modalità di conforto incostante, oppure utilizzano segnali affettivi positivi falsi, ad esempio quando sono in collera, che diventano segnali confusivi per il bimbo, il quale a sua volta imparerà a inibire le manifestazioni di stati affettivi negativi per evitare le punizioni del genitore. È necessario identificare la vera funzione e il significato di una configurazione comportamentale, che può essere anche ingannevole, in quanto con la comunicazione esplicita il soggetto può fare uso di significanti positivi (sorrisi, carezze, baci) che in realtà sottendono ostilità: ad esempio lo stato affettivo controllante nell'adulto può essere caratterizzato da una ostilità mascherata, attraverso un falso stato affettivo positivo, o una inibizione dello stato affettivo negativo e va pertanto considerato pseudosensibile. Se-

condo la Crittenden, il comportamento relazionale del bambino è sostenuto dai sistemi della memoria: facendo riferimento al modello Tulving (1987; Schacter, Tulving 1994), l'autrice osserva i sistemi di memoria attivati nel lattante: la memoria procedurale e la memoria per immagini. Con la maturazione, ai due anni di età, entra in funzione la memoria semantica, che genera rappresentazioni verbali e ai tre anni di età la forma verbalizzata delle informazioni per immagini che l'Autrice denomina linguaggio connotativo (Crittenden, 2008). A seconda dell'età i sistemi di memoria funzionanti indirizzano il bimbo ad una ricerca della prossimità del genitore in base agli elementi del contesto e del proprio stato interno, che sono rilevabili con l'emissione di una risposta cooperante, oppure evitante o attraverso il controllo di ogni forma di attivazione affettiva, oppure cercando di mantenere la prossimità, ma con uno stato interno attivato e non congruente con le variazioni ambientali e spiacevoli.

La compulsività è una modalità comportamentale particolare rilevata dalla Crittenden nel lattante quando inizia un comportamento e poi lo blocca, prima di completarlo, come se ci fosse un impedimento tra di lui e l'attività. La compulsività si può manifestare attraverso specifiche configurazioni comportamentali come l'obbedienza compulsiva, l'accudimento compulsivo e l'attenzione compulsiva. L'obbedienza compulsiva viene adottata dal bambino per prevenire l'ostilità o l'intrusività del genitore e va distinta dalla obbedienza cooperante. Può accadere che i genitori di bambini compulsivamente obbedienti utilizzino le punizioni per rinforzare l'inibizione di comportamenti proibiti e l'obbedienza viene adottata dal bambino come modalità comportamentale per prevenire il comportamento aggressivo adulto; in questi casi il bambino manifesta paura e cautela, mancanza di spontaneità e di gioia, e inibizione del vero stato affettivo negativo; modalità che si possono ritrovare soprattutto nei casi di maltrattamento fisico (Crittenden, Di Lalla, 1987). L'accudimento compulsivo si ritrova nei bambini che sono rinforzati dal piacere che l'adulto manifesta quando il loro comportamento è

coinvolgente, molto attivato e rivolto esclusivamente all'adulto: in genere si tratta di caregiver con difficoltà psichiche, che si trovano in stati di trascuratezza e depressione e che possono mantenere uno stato positivo solo attraverso uno sforzo fatto dal bimbo, che adotta pertanto un falso stato affettivo positivo.

L'attenzione compulsiva ha invece la funzione di gratificare un caregiver incerto o sofferente che rinforza positivamente il bimbo quando questi manifesta una attenzione stabile verso di lui, inibendo l'attività e diventando passivo: questi bimbi più che spaventati sono ipnotizzati da un caregiver che minaccia aggressione o abbandono. Nella prima infanzia i problemi che un lattante deve affrontare sono: imparare quali segnali influenzino il comportamento dei suoi caregivers, condividerne gli stati affettivi come la sintonizzazione e regolare la sua attivazione per mantenere nel tempo uno stato sempre più vigile, ma moderato e attento. La non adeguata funzionalità di questi apprendimenti con le figure di riferimento può portare allo sviluppo nel lattante di una inibizione o una esagerata attivazione affettiva. Se poi queste strategie non funzionano adeguatamente da cambiare la qualità dei comportamenti dei caregivers, egli adotterà progressivamente strategie sempre meno adeguate, cioè potrà diventare depresso, con un basso livello di attivazione, oppure disorientato, con un livello molto alto di attivazione oppure adottare una strategia inibitoria ma presentare una vulnerabilità alle intrusioni di alti livelli di attivazione. La Crittenden (2008) segnala che questi tre stati si manifestano come passività triste e ritirata, o agitazione senza una specifica finalità, o rivolta ad una interazione in cui sono presenti comportamenti di auto stimolazione, o stati critici di perdita di controllo in situazioni particolarmente stressanti.

La procedura del CARE-Index prevede che a ognuna delle sette caratteristiche del comportamento diadico, come sopra elencate, si dia un punteggio, il cui totale satura la scala che misura la sensibilità della madre. Un alto punteggio indica una madre ottimamente sensibile. Nel caso di punteggi minori, il punteggio mancante è distribuito, sempre su valutazione dei sette in-

dicatori, per classificare una dimensione negativa, relativa a un comportamento controllante e intrusivo, oppure relativa a un comportamento non responsivo. In tal modo il CARE-Index è valutato su tre scale: una per la sensibilità e le altre due ognuna con i punteggi non saturati dalla misura della sensibilità. Per esempio se una madre ottiene punteggio di bassa sensibilità, i punteggi mancanti vanno a distribuirsi, per valutazioni negative sui sette indicatori, secondo le due scale di dimensioni negative: potremmo, per esempio, avere punteggio più alto di controllo (che dunque indica una prevalenza della dimensione controllante e intrusiva del comportamento del caregiver, che nei casi di punteggi molto alti può essere indicativo di maltrattamento), oppure un punteggio più elevato di non responsività, che indicherebbe invece una prevalenza della dimensione di non responsività nel comportamento del genitore, sul versante della trascuratezza del figlio. Tali punteggi negativi vengono assegnati nelle due scale di negatività tramite valutazione dei sette aspetti

del comportamento diadico soprannominati.

Una interazione può essere considerata “sensibile” quando il punteggio è sufficientemente alto, oppure “marginalmente adeguata” per punteggi inferiori, fino a diventare a “rischio” quando il punteggio della scala di sensibilità è molto basso: in questi casi le configurazioni negative per il caregiver possono variare tra il controllante e il non responsivo, mentre per il bimbo tra il difficile e il passivo.

Nei casi di una relazione che al punteggio risulti marginalmente adeguata si può intervenire con una educazione alla genitorialità o con trattamenti brevi orientati sulle interazioni videoregistrate dell’adulto. Quando si verificano valutazioni che oscillano tra il 3-4 viene consigliata una psicoterapia caregiver-bambino; se i punteggi sono ad alto rischio 0-4, si ritiene che i caregiver non siano pronti a ricevere o a trarre vantaggio da un intervento focalizzato solo sulla genitorialità, ma necessitano invece di terapie individuali per poter risolvere loro difficoltà interiori.

- Alcune modalità interattive

I caregivers classificati come sensibili rispondono prevalentemente con comportamenti volti ad alleviare lo stato di disagio del neonato: se la madre ogni volta che il neonato piange, arriva e risponde adeguatamente è “prevedibilmente responsiva” (Crittenden, 2008): il neonato apprende che tra il suo stato di disagio e l’arrivo della madre c’è una relazione. Queste “contingenze prevedibili” nelle interazioni consentono al lattante di imparare molto presto cosa aspettarsi da se stesso e dal caregiver. Le madri possono sintonizzare (Stern, 1985) i loro ritmi al livello di attivazione del bimbo, aiutandolo a passare dal pianto a un livello di quiete vigile, ad esempio prendendolo in braccio e cullandolo. Questi comportamenti vengono definiti dalla Crittenden (2008) come stati “condivisi di attivazione” e sono una importante modalità, che, se è costante e regolare nell’interazione, consente ai neonati di sentirsi in sincronia con la propria madre e di sviluppare un attaccamento sicuro ed equilibrato, secondo la configurazione classificata di tipo B (Ainsworth, et. al. 1978).

Quando il caregiver manifesta una sensibilità molto bassa, “a rischio”, il comportamento può essere prevedibile, ma non in sincronia con il proprio neonato, se questi piange non lo conforta o arriva troppo tardi; oppure è un caregiver la cui attenzione è rivolta ad altre preoccupazioni e non si rende conto dei bisogni del lattante: sono questi i genitori che tendono a trascurare i loro figli. Il neonato cresce imparando che non c’è risposta prevedibile alle sue azioni. Oppure i caregivers possono reagire allo stato di disagio manifestato dal proprio figlio attraverso maltrattamenti: quando il neonato piange si attivano in modo pronto ma aggressivo, prendendolo in braccio con modalità rabbiose e facendolo sentire ancora peggio. Il risultato è che il bimbo si agiterà ulteriormente e farà aumentare di conseguenza la stessa ansia materna, in un circuito che si autoalimenta pericolosamente. Una terza modalità di reazione è quella del caregiver che arriva prontamente e prevedibilmente, ma invece di tranquillizzare il

bimbo negherà i suoi sentimenti attraverso risate e scherzi: il latitante si agiterà ancora di più, e questo renderà di conseguenza le madri sempre più inconsciamente spaventate e difensivamente sorridenti, nel tentativo di sdrammatizzare la situazione. I sentimenti negativi di entrambi i membri della diade si amplificheranno in sintonia (Crittenden, 2008). Da queste contingenze i neonati possono apprendere che quando si sentono a disagio fanno ridere il caregiver: in realtà essi avvertono inconsapevolmente gli stati affettivi sottesi e che i propri stati affettivi negativi sollecitano nel genitore altri stati affettivi negativi più intensi. Quello che i neonati possono fare in questi casi, e che si imprime nella loro maturazione neurologica è l'apprendere a inibire gli stati affettivi negativi. Si svilupperà probabilmente un attaccamento insicuro-evitante, secondo la configurazione classificata di tipo A. Un altro gruppo di caregivers, che presenta una sensibilità "marginalmente adeguata", si attiva al pianto del proprio bimbo, ma in modo imprevedibile, rispondendo rapidamente, oppure ancora prima che il neonato abbia manifestato qualche segnale di disagio: il comportamento affettivo negativo dei bimbi viene rinforzato positivamente, ma in modo imprevedibile (Crittenden, 2008). Le manifestazioni affettive negative restano attive ad alti livelli di intensità, creando disagio ai bimbi e ai genitori, che non sanno come regolare i loro comportamenti: non riescono a comunicare in modo reciproco, né a inibire gli stati affettivi negativi, ma vengono attivati da stati affettivi negativi misti, come paura, rabbia, desiderio di conforto, che non riescono a controllare. I bambini possono apprendere che i loro comportamenti ricevono risposte ambivalenti e tenderanno a manifestare, dopo la prima infanzia, un attaccamento insicuro-. ambivalente, secondo la configurazione classificata di tipo C.

I caregivers, i cui figli presentano una configurazione di attaccamento di tipo B, proteggono e consentono ai propri figli di crescere in situazioni di sicurezza e benessere. I genitori, i cui figli svilupperanno configurazioni di attaccamento di tipo A tendono a trascurare i bisogni dei propri neonati, sopraffatti dai lo-

ro bisogni e proteggono se stessi, non i loro bambini; oppure sono genitori ipervigili e iperesigenti punendo le richieste dei lattanti con molta severità, fino al maltrattamento, in quanto non tollerano la sofferenza e vorrebbero bambini sempre felici.. genitori dei bimbi che svilupperanno un attaccamento di tipo C manifestano verso i loro neonati livelli medi di responsività sensibile: da un lato sempre troppo vigili in assenza di segnali, oppure iperattivi o troppo poco responsivi, ma non li maltrattano. I neonati sono molto attivati e manifestano stati di malessere come disturbi del sonno, della alimentazione, della attenzione. Lungo la crescita è possibile proseguire le valutazioni della qualità delle relazioni: dagli 11 ai 15 mesi attraverso la Strange Situation, e successivamente in età prescolare fino ai 5 anni con il *Preschool Assessment of Attachment (PAA)*, della stessa Crittenden (1992a, 1994). Oltre i 18 mesi di età si presentano differenze nella manifestazione dei pattern di attaccamento, in base alla strategia adottata dai bambini. Le loro nuove capacità comunicative consentono loro di ricercare la prossimità del caregiver con modalità non soltanto fisiche ma anche psicologiche: sono presenti più raffinate competenze sul piano motorio, linguistico, in quanto si sono acquisite capacità di mostrare e inibire gli stati affettivi a seconda delle richieste per lo più implicite del genitore; che però possono non corrispondere sempre allo stato affettivo interno, sia del genitore che del bimbo.

Per le possibili applicazioni del CARE-Index l'autrice (2004) rimanda ricercatori e clinici alla casistica di studi relativi ai contesti in cui è stato utilizzato: per scopi di ricerca sulla popolazione normale (Patino, 1993), per effettuare screening in popolazioni a rischio, come madri adolescenti (Paquette et al. 2001), madri tossicodipendenti e lattanti esposti a sostanze (Ciotti et al. 1998), madri con disturbi psichiatrici (Cassidy et al. 1996; Hughes, 1993; Leadbeater et al. 1996; Leventhal et al. 2004), per situazioni cliniche in cui i bambini si trovano in condizioni di handicap (Crittenden et al. 1984) per maltrattamenti infantili (Crittenden, 1981, 1984, 1985a, 1987, 1988, 1990, 1992b; Crit-

tenden, Di Lalla, 1987; Jacobsen et al. 1998; Leadbeater et. al. 1994; Ward et al. 1993), per studi longitudinali predittivi (Simò et. al., 2000; Ward et. al. 1995), per indirizzare gli interventi e verificare i risultati di un trattamento terapeutico (Bigras et. al. 2000; Cramer et. al. 1990; Crittenden, 1985b; Linares et. al. 1999; Pasquette, 1999; Silver et al. 1999; Svanberg et. al. 2002), e infine per tematiche di discussione generale (Parr, 2002). Il CARE-Index ha una validità transculturale e può quindi essere utilizzato in contesti

diversi al di là delle differenze culturali: la Crittenden ha attivato gruppi di studio e di ricerca in diverse parti del mondo, che hanno portato importanti contributi alla attendibilità e della validità dello strumento (Crittenden, Claussen, 2002).

- **Sommario**

Il Child-Adult Relationship Experimental Index (CARE-Index) è uno strumento di videosservazione per la valutazione della qualità delle configurazioni di interazione tra caregiver e bambino, dalla nascita fino ai tre anni, costruito da Patricia Crittenden (1979/2004). La cornice teorica in cui si colloca l'autrice è quella della teoria dell'attaccamento di Bowlby (1969, 1973, 1980) in cui la madre e il neonato sono considerati elementi di un sistema che si autoregola in interazioni reciproche. Il CARE-Index misura le caratteristiche diadiche associate all'attaccamento (Crittenden, 2004), in particolare la "sensibilità", che una madre e un padre manifestano nella relazione con il bimbo. Si rivela pertanto uno strumento molto utile in psicologia clinica perinatale in quanto, attraverso una valutazione della relazione primaria, consente di effettuare screening precoci per individuare situazioni relazionali a rischio, o che non sono adeguate o addirittura dannose per lo sviluppo del bambino, nell'intento di apportare quanto prima un aiuto alla diade in difficoltà attraverso un intervento psicoterapico.

Bibliografia

- Ainsworth M.D.S., "Infant mother attachment", *American Psychologist*, 34, 932-937, 1979.
- Ainsworth M.D.S., "Pattern of infant-mother attachment: antecedents effects on development", *Bullettin of the New York Academy of Medicine*, 61, 771-791, 1985.
- Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E., Wall S., *Patterns of Attachment. Psychological Study of Strange Situation*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale, 1978.
- Beebe B., Gerstman L., "The packaging of maternal stimulation to infant facial-visual engagement: a case study at four months", *Merrill-Palmer Quarterly*, 26, 321-339, 1980.
- Bigras M., Pasquette D., "L'interdépendence entre les sous-systèmes conjugal et parental: une analyse persone-processus-contexte", *Psychologique Teor. Perquisa*, 16, 91-102, 2000
- Bowlby J., "Attachment and Loss", vol. 1: "Attachment", Basic Books, New York, 1969. Tr. it. *Attaccamento e perdita*, Vol.1: *L'attaccamento alla madre*, Boringhieri, Torino 1972
- Bowlby J., "Attachment and Loss", vol. 2: "Attachment", Basic Books, New York, 1973. Tr. it. *Attaccamento e perdita*, Vol. 2: *La separazione dalla madre*, Boringhieri, Torino 1975
- Bowlby J., "Attachment and Loss", vol. 3: "Loss, Sadness and Depression", Basic Books, New York 1980. Tr. it. *Attaccamento e perdita*, Vol. 3: *La perdita della madre*, Boringhieri, Torino 1983.
- Cassidy B., Zoccolillo M., Hughes S., "Psychopathology", in: Adolescent Mother and its effects on mother-infant-interaction: a pilot stud, *Can. Journal Psychiatry*, 41, 379-84, 1996.
- Ciotti F., Lambruschi F., Pittino B., Crittenden P., "La valutazione della relazione precoce madre-bambino in una popolazione di madri con una storia di tossicodipendenza attraverso l'uso del CARE-Index", *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 4, 53-59, 1998.
- Crittenden P.M., *CARE-Index: Coding Manual*. Unpublished manuscript, Miami, FL. 1979-2004.
- Crittenden P.M., CARE-INDEX, in: Lambruschi F. (a cura di), *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva*, Boringhieri, Torino 2004.
- Crittenden P.M., "Abusing, neglecting, problematic and adequate

- dyads: differentiating by patterns of interaction”, *Merrill-Palmer Quarterly*, 27, 1-19, 1981.
- Crittenden, P.M., “Sibling interaction: Evidence of a generational effect in maltreating families”, *International Journal of Child Abuse and Neglect*, 8, 433-438, 1984.
- Crittenden, P.M., “Social networks, quality of child-rearing, and child development”, *Child Development*, 56, 1299-1313, 1985a.
- Crittenden P.M., “Maltreated infants: Vulnerability and resilience”, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 85-96, 1985b.
- Crittenden P.M., “Non-organic-Failure-to-Thrive: Deprivation or Distortion?”, *Infant Mental Health Journal*, vol. 8, 56-64, 1987.
- Crittenden P.M., “Relazioni a rischio”, 1988a; tr. it. in: *Nuove prospettive sull’attaccamento. Teoria e pratica in famiglie ad alto rischio*, Guerini, Milano, 1994, 31-60.
- Crittenden P.M., “Distorted Patterns of relationship in maltreating families: the role of internal representation models”, *J. reproduct. Inf. Psychology*, vol. 6, 183-99, 1988b.
- Crittenden P.M., “Relationship at risk”, in: Belsky J., Nezworsky T. (a cura di), *Clinical Implications of Attachment*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ. 1988c.
- Crittenden P.M., “Internal representational models of attachment relationship”, *Infant Mental Health Journal*, 11, 259-277, 1990.
- Crittenden P.M., “Quality of attachment in the preschool years”, *Development and Psychopathology*, 4, 209-241, 1992a.
- Crittenden P.M., “Children’s strategies for coping with adverse home environments”, *International Journal child abuse neglect*. Vol. 16, 329-343, 1992b.
- Crittenden P.M., *Nuove prospettive sull’attaccamento* (1994), Guerini, Milano 2003.
- Crittenden P.M., *Pericolo, sviluppo e adattamento*. Masson, Milano 1997.
- Crittenden P.M., *Attaccamento in età adulta. L’approccio dinamico maturativo alla Adult Attachment Interview*. Tr.it. Cortina, Milano 1999.
- Crittenden P.M., “A dynamic-maturational approach to continuity and change in pattern of attachment”, in: Crittenden P. M., Clausen A. H. (a cura di), *The Organization of Attachment Relationships: Maturation, Culture, and Context*. Cambridge University Press, New York 2000a, 343-357.

- Crittenden P.M., "A dynamic-maturational exploration of meaning of security and adaptation: Empirical, cultural, and theoretical considerations", in: Crittenden P. M., Claussen A. H. (a cura di), *The Organization of Attachment Relationships: Maturation, Culture and Context*. Cambridge University Press, New York, 2000b, 358-384.
- Crittenden P.M., "A dynamic-maturational model of the function, development, and organization of human relationships", in: Mills R. S. L. Duck S. (a cura di), *Development Psychology of Personal Relationships*. Wiley, Chichester, UK 2000c, 199-218.
- Crittenden P.M., *Il Modello Dinamico Maturativo dell'attaccamento*. Cortina, Milano, 2008.
- Crittenden, P.M., Ainsworth M.D.S., "Attachment and child abuse", in: D. Cicchetti & V. Carlson (a cura di), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* New York: Cambridge University Press, 1989, 432-463.
- Crittenden P.M., Bonvillian J.D., "The effect of maternal risk status on maternal sensitivity to infant cues", *American Journal of Orthopsychiatry*, 54, 250-262, 1984.
- Crittenden P.M., Di Lalla D.L., "Compulsive compliance: The development of an inhibitory coping strategy in infancy", *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 585-99, 1987.
- Crittenden P.M., Claussen A.H. , "Adaptation to varied environments", in: Crittenden P.M., Claussen A. H. (a cura di), *The organization of attachment relationships: maturation, culture and context*. Cambridge University Press, New York, 2002, 234-250
- Cramer B., Robert-Tissot C., Stern D.N., Serpa-Rusconi S., De Muralto M., Besson G., Palacio-Espasa F., Bachman J.P., Knauer D., Berney C., D'Arcis U., "Outcome evaluation in brief mother infant psychotherapy: a preliminary report", *Infant Mental Health*, 11, 278-300, 1990.
- Grossmann K., Grossmann K.E., Spangler G., Suess G., Unzner L., "Maternal sensitivity and newborn orientation responses as related to quality of attachment in Northern Germany", in: Bretherton I. Waters E. (a cura di), *Growing points of attachment theory and research*, 50, 231-256, 1985.
- Fraiberg S.H., Adelson E., Shapiro V., "I fantasmi nella stanza dei bambini. Un approccio psicoanalitico ai problemi posti da relazioni di

- sturbate madre-bambino”, tr.it. in: Fraiberg, *Il sostegno allo sviluppo*. Cortina, Milano 1999, 179-216.
- Hughes S., *The relationship between maternal psychiatric disorder and mother responsiveness*. Dissertation presented to the Faculty of McGill University, Montreal, Canada 1993
- Jacobsen T., Miller L.J., “Compulsive compliance in a young maltreated child”, *Journal of the American Academy of child and adolescent Psychiatry*, 37 (5), 462-463, 1998.
- Leadbeater B.J., Bishop S.J., “Predictor of behaviour problems in pre-school children of inner city Afro-American Rican mothers”, *Child Development*, 65, 638-648, 1994.
- Leadbeater B.J., Bishop S.J., Raver C., “Quality of mother-toddler interaction, maternal depressive symptoms and behaviour problems of adolescent mother”, *Developmental Psychology*, 32, 280-88, 1996.
- Leventhal A., Jacobsen T., Miller L.J., “Parenting attitudes and child maltreatment risk in mother with major psychiatric disorder”, *Psychiatric Services*, 52, 488-92, 2004.
- Linares L.O., Jones B., Sheiber F.J., Rosenberg F.B., “Early intervention: for drug-exposed infants in foster care”, in: Silver, Amser, Ha-ecker (a cura di), *Young children and foster care*, Brookes, Baltimore 1999.
- Murray L., Trevarthen C., “Emotional regulation of interactions between two-month-olds and their mothers”, in: Field T., Fox N. (a cura di), *Social Perception in Infants*. Ablex, Norwood, pp. 177-197, 1985.
- Pasquette D., Zoccolillo M., Bigras M., “L’efficacité des interventions en foyers de groupe pour mères en difficulté d’adaptation”, *Défense Jeunesse*, 6, 30-35, 1999.
- Pasquette D., Bigras M., Zoccolillo M., Tremblay R., Labelle M-E., Azar R., “Comparison de la sensibilité parentale entre des mères adolescentes et des mères adultes peu scolarisées”, *Revue de Psychoéducation et d’Orientation*, 30, 283-290, 2001.
- Patino F.L., “Mothers’ prenatal attachment history, attachment status, and social support satisfaction as predictors of postnatal maternal sensitivity”, *Dissertation Abstracts International*, 53 (7-B), 3787, 1993.
- Parr M., “A personal response to Pat Crittenden’s presentation about relationships at risk: mother infants”, *ALMH (U. K.) Newsletter*, 3, 5-

- 8 Silver J., Amser B. J., Haecker T., (1999). *Young children and foster care*. Brookes, Baltimore 2002.
- Simò S., Rauh H., Zeigenhain U. , “Mutter-Kind-Interaktion im Verlaufe der ersten 18 Lebensmonate und Bindungssicherheit am Ende des 2 Lebensjahres”, *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 47, 118-141, 2000.
- Slade P., “Studio longitudinale sul coinvolgimento della madre e il gioco simbolico del bambino nel periodo compreso tra I 20 e I 28 mesi” 1987, tr.it in: Riva-Crugnola C., (a cura di), *Lo sviluppo affettivo del bambino*. Cortina, Milano 1993.
- Stern D.N., “Mother and infant at play: The dyadic interaction involving facial, vocal and gaze behaviours”, in: Lewis M., Roseblum L. (a cura di), *The Effects of the Infant on its Caregiver*. Wiley, New York 1974.
- Stern D.N., *Il mondo interpersonale del bambino*, tr.it., Boringhieri, Torino 1985.
- Svanberg P. O., Jennings T., “The Sunderland Infant Program (U. K.): Reflection on the first year”, *The Signal*, 9, 1-5, 2002.
- Schacter D.L., Tulving E., *Memory systems*. M.I.T Press, Cambridge 1994.
- Tronick E., Cohn J.F., “Infant-mother face-to-face interaction: Age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination”, *Child development*, 60, pp. 85-92, 1987.
- Tronik E.Z., “Le emozioni e la comunicazione affettiva nei bambini” 1989; tr. it. in Riva Crugnola C. (a cura di), *Lo sviluppo affettivo del bambino*, Cortina, Milano 1989.
- Tulving E., “Multiple memory systems and consciousness”, *Human Neurobiology*, 6, 67-80, 1987.
- Ward M.J., Kessler D.B., Altman S.C., “Infant-mother attachment in children with failure to thrive”, *Infant Mental Health Journal*, 14, 208-220, 1993.