

***L'attaccamento adulto nella valutazione  
del rischio per il minore.  
Teoria e dati sull'uso della DMM-Adult  
Attachment Interview in contesti forensi***



Patricia M. Crittenden\*, Susan J. Spieker\*\*,  
Andrea Landini\*\*\*, Giuliana Florit\*\*\*\*

*Ricevuto il 28 aprile 2022  
Accettato il 30 maggio 2022*

**Sommario**

Al fine di valutare il rischio per il minore è fondamentale comprendere le strategie d'attaccamento dei genitori. L'articolo approfondisce i motivi per i quali la comprensione dell'attaccamento dei genitori che mettono a rischio i propri figli può chiarire i processi psicologici sottesi ai comportamenti pregiudizievoli e migliorare la valutazione del rischio per il minore e l'individuazione degli interventi necessari. Viene proposta la valutazione dell'attaccamento dei genitori tramite l'Adult Attachment Interview (AAI) classificata con il metodo del Modello Dinamico Maturativo dell'Attaccamento e Adattamento (DMM). Le DMM-AAI, classificate da professionisti formati e certificati e integrate con i dati provenienti da altre fonti in modo da elaborare delle formulazioni familiari individualizzate, soddisfano i requisiti di attendibilità e guidano l'individuazione degli interventi più efficaci. Viene presentata una meta-analisi relativa al metodo Berkeley che mette in discussione l'uso di tale metodo nel contesto forense. Ulteriori dati descritti nell'articolo riguardano il funzionamento psicologico di un gruppo di genitori a rischio valutati attraverso le DMM-AAI.

\* Family Relations Institute – 9481 SW 147th St, Miami (FL) – 33176 USA; e-mail: pmcrittenden@gmail.com.

\*\* Child, Family, and Population Health Nursing, University of Washington, Gerberding Hall G80, Box 351202, Seattle (WA) – 98195 USA; e-mail: spieker@uw.edu.

\*\*\* Family Relations Institute – P.za Fontanesi 5 – 42121 Reggio Emilia; e-mail: andrea-landini@mac.com.

\*\*\*\* Tribunale per i Minorenni, Via Monte Cervino 5/a – 20149 Milano; e-mail: giuliana.florit@gmail.com.

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 50/2022  
DOI: 10.3280/qpc50-2022oa14083*

*Parole chiave:* valutazione del rischio; valutazione dell'attaccamento; Adult Attachment Interview DMM; tutela minori e procedimenti.

## **Abstract**

*Adult attachment in the assessment of risk for minors. Theory and data on the forensic use of the DMM-Adult Attachment Interview*

To assess risk for minors, understanding the protective attachment strategies of their parents is of critical importance. The paper outlines the reasons why understanding the attachment organization of parents who endanger their children can clarify the psychological processes underlying dangerous behaviors, and improve both risk assessments for children and the identification of useful interventions. As an assessment of adult attachment we propose the Adult Attachment Interview (AAI), classified with the Dynamic-Maturational Model of Attachment and Adaptation (DMM). The DMM-AAI, classified by trained and certified professionals, and integrated with information coming from other sources to provide individualized family formulations, meet the requisites of reliability and guide the selection of the most useful interventions. We review a meta-analysis on the Berkeley method of AAI classification which advises against using this method in forensic contexts. Also presented are data about the psychological functioning of a sample of at risk parents assessed with the DMM-AAI.

*Keywords:* risk assessment; assessment of attachment; adult attachment interview; DMM; child protection and legal processes.

In caso di pregiudizio di un minore sono molte le decisioni che gli operatori e i magistrati devono prendere e che avranno un impatto su tutti i membri della famiglia; nel processo decisionale ciò che conta sono le informazioni note e quelle da ottenere. È proprio questo ambito di indagine che valorizza la teoria dell'attaccamento e gli strumenti che si fondano sulla stessa, mentre si evidenziano i limiti della diagnosi psichiatrica, del colloquio o dell'osservazione clinica. La diagnosi psichiatrica, infatti, non spiega (o lo fa solo in modo parziale) i comportamenti a rischio e non consente quindi di orientare in modo efficace gli interventi. Molti genitori che sono stati pericolosi per se stessi e i figli, inoltre, non rientrano in nessuna categoria diagnostica. Il colloquio clinico si basa sulle informazioni esplicite, ovvero su ciò che i genitori sanno; molte persone non sono in grado di discutere verbalmente i loro problemi più importanti e i motivi alla base dei loro comportamenti. Ciò dipende soprattutto dalla capacità di riflettere e dalla possibilità di poterlo/volerlo fare nel contesto attuale.

Fin dal primo colloquio, ai fini diagnostici è necessario dunque 1) andare oltre ciò che i genitori dicono per ricercare le informazioni implicite; 2) considerare sia la prospettiva dei genitori che quella dei bambini anziché mantenere un focus solo sui minori.

Per integrare le informazioni implicite con quelle esplicite e le diverse prospettive è necessario un assessment condotto con strumenti specifici che permettano di superare i limiti dell'osservazione libera e del colloquio clinico. Gli strumenti nati all'interno della teoria dell'attaccamento permettono di andare oltre alle parole e di cogliere le informazioni implicite, prevedono una procedura standardizzata che consente di comparare i risultati ottenuti dai diversi operatori coinvolti, utilizzano un sistema di classificazione che si adatta alla gamma evolutiva dei comportamenti umani e sono quindi utilizzabili con ogni membro della famiglia e, infine, comportano un metodo esplicito e replicabile di classificazione, a garanzia di attendibilità e validità.

Tra gli strumenti necessari per valutare l'attaccamento abbiamo scelto di approfondire in questo articolo l'Adult Attachment Interview (AAI) (George *et al.*, 1984, 1996) in linea con la teoria che ci guida, ovvero il Modello Dinamico Maturativo dell'Attaccamento e dell'Adattamento (Crittenden, 2016; Crittenden & Landini, 2011), e la definizione di rischio che la stessa propone, nonché cogliere l'occasione per diffondere i risultati di alcune recenti ricerche rivolte all'ambito civile minorile.

Prima ancora che di strumenti, l'esperto in ambito forense deve essere provvisto di una teoria che lo guidi rispetto all'eziopatogenesi e alla cura. Una teoria che contenga inoltre una definizione chiara di rischio per il minore. Quando l'attaccamento è considerato come un insieme di strategie (e quando ci si riferisce alle strategie di attaccamento infantili, come specifiche per la persona, e coincidenti in una strategia generalizzata per percepire, fare attenzione, attribuire significato e agire in modo protettivo), possiamo individuare una direzione chiara nella raccolta delle informazioni pertinenti in ambito forense. Come spiegheremo meglio a breve, con questa accezione la teoria dell'attaccamento permette di comprendere una vasta gamma di comportamenti, dal funzionamento normale fino alla psicopatologia, di stimare il rischio e inoltre di stabilire dei criteri per indicare tipologia e scansione temporale degli interventi da implementare in favore del cambiamento atteso.

## **Come valutare l'attaccamento adulto e quali informazioni ricavare**

L'AAI è considerato il "gold standard" della valutazione dell'attaccamento adulto. Si tratta di un'intervista semi-strutturata che richiede tra i 60 e i 90 minuti di tempo per la somministrazione e che gli intervistatori siano abilitati, ovvero conoscano il modello da cui l'intervista trae origine e sappiano come approfondire le risposte, mantenendo l'attivazione del soggetto intervistato a un livello moderato, nonostante i pericoli indagati ed evocati dalla

procedura e soprattutto in vista delle domande che approfondiscono il funzionamento riflessivo e integrativo del soggetto.

L'intervista è incentrata sulle esperienze infantili e sul modo in cui esse potrebbero influire sui pensieri e comportamenti attuali, in particolare in quanto genitori. Gli argomenti sono ordinati dai più neutrali ai più pericolosi e il soggetto intervistato ha modo di organizzare le sue strategie di conforto e protezione sulla base di questa progressione e rispetto a ciò che avviene nella relazione con l'intervistatore. Per tale motivo l'intervista, per essere valida, deve rispettare la progressione prevista e non sono ammesse scorciatoie o deviazioni arbitrarie rispetto alle domande ufficiali.

L'intervista viene audio-registrata e trascritta fedelmente, tenendo puntigliosamente conto anche degli aspetti qualitativi del discorso tra cui in particolare delle cosiddette disfluenze (pause, balbettii ecc.); viene poi codificata in cieco, ovvero da un codificatore esperto all'oscuro di ogni informazione sul soggetto non contenuta nell'intervista stessa.

La classificazione di una DMM-AAI (Crittenden & Landini, 2011) fornisce in tutti i casi una strategia di protezione del sé e una storia di sviluppo interpretata dal soggetto che indaga in modo specifico l'esposizione a pericoli nell'infanzia. A volte, quando il soggetto intervistato ha difficoltà nell'organizzare un adattamento efficace al suo contesto attuale, emergono anche eventi pericolosi irrisolti (lutti o traumi, che possono essere irrisolti in modi diversi), e modificatori delle strategie di base (depresso, disorientato, in riorganizzazione, intrusioni di stati affettivi negativi proibiti, espressione di segni somatici).

Le strategie ad alto indice (A3-8 e C3-8), i traumi psicologici e l'arousal modificato limitano le capacità dei genitori di cogliere e rispondere in modo appropriato ai bisogni dei loro figli.

La presenza in una classificazione di una DMM-AAI di uno o più modificatori orienta verso condizioni di rischio dato che la modificazione non adattiva delle strategie è invariabilmente accompagnata da disregolazioni croniche nella fisiologica responsività dell'arousal somatico ai cambiamenti ambientali.

Al contrario, il modificatore denominato "riorganizzazione" (R) indica che il genitore sta modificando il proprio modo di pensare e agire verso modalità più integrate. Questo di solito è il risultato di interventi efficaci e promuove la capacità dei genitori di adattarsi ai cambiamenti e di prendersi cura in modo efficace della prole.

Coloro che hanno esperienza con le famiglie multiproblematiche notano spesso una tendenza da parte dei genitori a non riconoscere l'esistenza di alcune criticità, o a amplificare la portata di altre; ad avere inoltre difficoltà a spiegarsi i problemi e quindi anche ad intervenire in maniera efficace sele-

zionando le corrette azioni da intraprendere, non assumendosi la responsabilità della soluzione dei problemi. A causa di tali aspetti di funzionamento, queste famiglie accumulano diversi problemi e se li trascinano nel tempo. Gli operatori spesso non si trovano d'accordo con le loro spiegazioni dei problemi e indicano interventi risolutivi corretti, ma non sempre accettabili per i genitori e congruenti alla loro zona prossimale di sviluppo, ovvero rispetto alle loro potenzialità di cambiamento. Le capacità integrative e la funzionalità della strategia sono le informazioni cruciali che vengono raccolte attraverso l'intervista AAI per decidere sia il grado di adattamento e di rischio per la genitorialità, che la misura del coinvolgimento professionale necessario evitando il rischio di fornire interventi di cui i genitori non possono beneficiare. È il caso ad esempio degli interventi psicoeducativi che spesso vengono erroneamente indicati a genitori che possiedono scarse capacità integrative.

Oltre alla classificazione di base, le DMM-AAI possono fornire informazioni sul “livello di ragionamento genitoriale”: sapere come i genitori organizzano le proprie scelte può permettere agli operatori di valutare l'attitudine dei genitori a ricevere determinati trattamenti.

L'assessment dei genitori consente dunque di evitare l'approccio per tentativi ed errori o basato sulla capacità di cambiare citato da alcuni autori come alternativa alla valutazione (Forslund *et al.*, 2021).

Le informazioni ricavate dalle DMM-AAI permettono infatti agli operatori di stimare il rischio psicologico e articolare il ragionamento su ciò che può ostacolare le capacità di adattamento dei genitori in base a evidenze comportamentali, anziché doversi basare solo sulle impressioni personali; si può inoltre valutare quali siano gli interventi necessari ma anche possibili con un genitore e monitorare nel tempo il cambiamento atteso su una base maggiormente oggettiva.

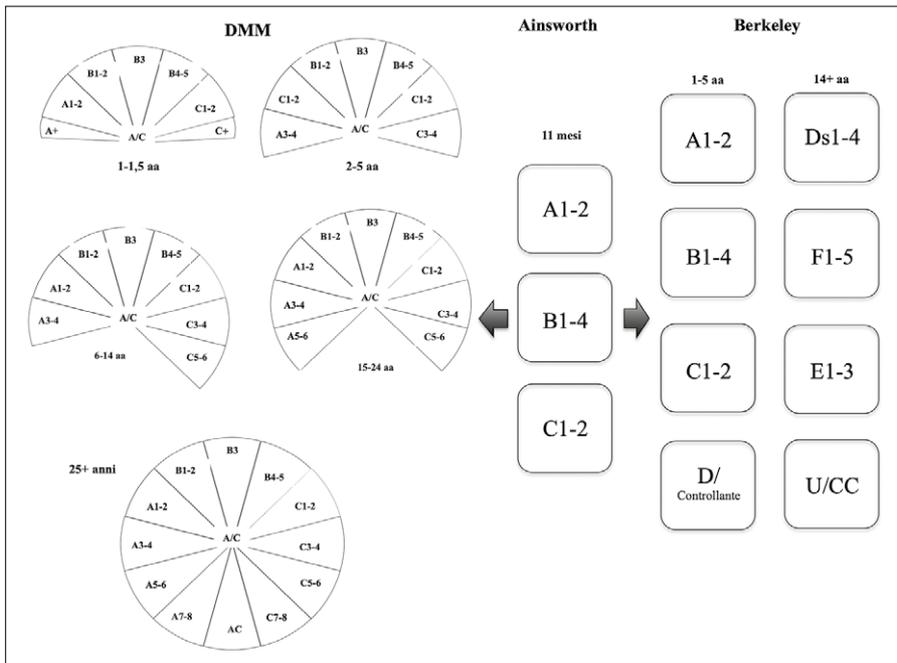
La DMM-AAI di un genitore viene inoltre integrata con la valutazione delle strategie degli altri membri della famiglia, in modo da cogliere la funzionalità generale delle diverse strategie in interazione tra loro e, dunque, in questa visione più sistemica, migliorare la progettazione dei piani di trattamento per le famiglie multiproblematiche.

Esistono due metodi per ricavare le informazioni da un'AAI: il metodo Berkeley detto ABC+D (Main *et al.*, 2003; Main & Goldwyn, 1984/1989) e il metodo DMM detto anche ABC (Crittenden & Landini, 2011). I due metodi differiscono rispetto alle classificazioni. Il primo metodo include oltre ai pattern A, B, e C (denominati per l'adulto Ds, F, E, iniziali che stanno rispettivamente per Dismissing, Free/Autonomous e Enmeshed) un quarto pattern, denominato “disorganizzato” (D) nell'infanzia e “trauma o lutto irrisolto” (U) in età adulta. Il metodo DMM prevede i pattern A, B e C e numero superiore

di sottopattern, ovvero descrive numerose classificazioni o strategie protettive per far fronte al pericolo durante tutto l'arco della vita. Nel corso dello sviluppo aumentano le possibilità strategiche e il numero delle strategie (o sottopattern) che un individuo può organizzare aumenta progressivamente (*Figura 1*).

Secondo il modello DMM gli adulti per far fronte al pericolo per sé o per la prole, hanno a disposizione 21 differenti strategie, oltre alla combinazione di strategie A e C.

*Fig 1. Categorie di attaccamento durante lo sviluppo nei modelli DMM e Berkeley (ABC+D) (adattato da Spieker et al., 2021; riproduzione autorizzata)*



Esistono motivi diversi per privilegiare il metodo DMM in ambito forense (Crittenden *et al.*, 2021). Il primo motivo riguarda la trasparenza, ovvero la mancanza di un manuale pubblicato relativo al metodo Berkeley e la presenza di un manuale pubblicato ormai da anni per il metodo DMM (Crittenden & Landini, 2011). Il secondo motivo riguarda l'assenza nel metodo Berkeley di una teoria sottostante che descriva l'evoluzione dei pattern durante lo sviluppo (Duschinsky *et al.*, 2021). Un pregio del DMM è proprio la sua solida base teorica, incentrata sull'evoluzione dei pattern in relazione alle nuove capacità e possibilità durante lo sviluppo dell'individuo, che trae

spunto dal lavoro clinico e dagli studi empirici degli ultimi quarant'anni. In ambito forense, questi aspetti teorici guidano l'osservazione, l'interpretazione dei dati e la scelta degli strumenti da utilizzare.

A questo proposito, va sottolineato che per anni gli operatori ispirati dal modello Berkeley hanno impropriamente interpretato i comportamenti dei bambini in termine di disorganizzazione; rimandiamo al recente articolo firmato da trentanove autori che invita alla cautela sull'uso in ambito forense del costrutto di disorganizzazione, applicabile solo in alcune circostanze ristrette (Granqvist *et al.*, 2017).

Una meta-analisi di più di 200 studi ha esaminato le Berkeley-AAI in campioni di controllo, ad alto rischio e clinici (Bakermans-Kranenberg & van IJzendoorn, 2009) ed è emersa una quota elevata di pattern sicuri in campioni a rischio, suggerendo che la Berkeley-AAI non fosse adeguata nel discriminare la popolazione a rischio da quella normale. Questa preoccupazione è stata ripresa da Forslund *et al.* (2021) mettendo in dubbio la validità dell'AAI nel contesto forense.

La percentuale di falsi sicuri dipende dal metodo utilizzato. In uno studio recentemente pubblicato (Spieker *et al.*, 2021) sono state esaminate 332 DMM-AAI di quattro campioni di adulti che differivano in base ai comportamenti pericolosi: genitori normativi (protettivi per sé e per la prole), adulti in trattamento per problemi inerenti la salute mentale (pericolosi per se stessi), genitori coinvolti in procedimenti riguardanti la responsabilità genitoriale presso il tribunale (pregiudizievole per la prole) e detenuti adulti violenti (dannosi per gli altri).

Dall'analisi delle DMM-AAI è emerso che circa due terzi del campione di controllo (65,9%) sono costituiti da classificazioni a basso indice (Tipo B, A-2, C1-2) e in riorganizzazione, il rimanente terzo (34,1%) utilizza strategie di tipo A3-8, C3-8 e A/C. Nel gruppo in trattamento per problemi di salute mentale le strategie a basso indice e in riorganizzazione compaiono nel 13,3% delle interviste mentre quelle ad alto indice e miste nell'86,7. Nel campione forense è stata classificata solo un'intervista come B, probabilmente un falso B, e le interviste classificate con un pattern in riorganizzazione sono il 14,5%; prevalgono invece significativamente le strategie ad alto indice (83,9%).

La quota di pattern sicuri (Tipo B) nei tre campioni a rischio è dell'1,9% indicando quindi una bassa quota di falsi sicuri. Tale percentuale si discosta dalla percentuale di pattern sicuri in campioni a rischio (30%) nelle Berkeley-AAI nella meta-analisi già citata (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2009). Tale percentuale difficilmente può essere compatibile con il livello di rischio e, dunque, molte classificazioni rappresentano verosimilmente dei "falsi sicuri". Per questo aspetto e il maggior numero

delle interviste classificabili andrebbe privilegiato il metodo DMM in ambito forense.

Forslund *et al.* (2021) allarmati dalla percentuale di falsi sicuri emersi nelle Berkeley-AAI paradossalmente raccomandano la valutazione clinica in sostituzione di quella formale; ma questa proposta – oltre a non tenere conto della disponibilità di metodi alternativi di analisi della AAI – è proprio ciò che risulta attualmente fonte di problemi nelle indagini forensi, che non possono essere condotte solo sulla base delle impressioni dei clinici e sulle informazioni esplicite.

Il colloquio psicodiagnostico in ambito forense è basato infatti su ciò che la persona dice (ovvero ciò che sa o che vuol far sapere) a una persona autorevole in un contesto pericoloso (le decisioni possono infatti avere conseguenze gravi per la famiglia). In particolare, quando viene chiesto a un genitore perché ha fatto quello che ha fatto questo sarà portato a riferire quello che crede di sapere o che vuole fare sapere: più spesso darà una risposta che immagina accettabile. Solo una minoranza di genitori a rischio può ricreare il proprio stato mentale precedente e trattare in modo aperto le discrepanze tra ciò che volevano fare e ciò che è successo, fornendo quindi informazioni attendibili rispetto al proprio funzionamento. Difficilmente lo faranno coloro che hanno scarso accesso alle informazioni implicite e tendono ad agire prevalentemente sulla base di risposte rapide e automatiche, come ad esempio coloro che utilizzano strategie ad alto indice. Va poi tenuto conto del contesto della rievocazione. Il pericolo per sé e per la prole porta ad agire sulla base di procedure rapide e automatiche e a disincentivare la riflessione. In circostanze di pericolo il genitore è portato a risolvere il problema con l'operatore/il giudice più che quello con il figlio.

L'operatore che prende alla lettera ciò che il genitore dice può quindi trarre conclusioni sbagliate. Naturalmente può affidarsi al confronto tra ciò che dice, come lo dice e alcuni riscontri esterni interpretati sulla base delle proprie conoscenze cliniche. Questo è ciò che anche l'operatore DMM – orientato fa con l'assessment formale, con il vantaggio che le conclusioni tratte non coincidono con impressioni cliniche ma aderiscono a criteri di attendibilità e validità.

Il metodo DMM per l'analisi delle AAI è molto complesso (Fonagy, 2013; Van Ijzendoorn *et al.*, 2018), dato che richiede al codificatore un maggior numero di classificazioni da riconoscere e che si basa su un modello teorico molto articolato incentrato sugli effetti sul bambino 1) di diversi pericoli, 2) in diversi stadi dello sviluppo neurologico, 3) in relazione a diversi comportamenti genitoriali relativi al conforto e alla protezione (Crittenden, 2016). Proprio per questa complessità è necessario un training

finalizzato all'acquisizione del modello teorico e, successivamente, diversi anni di supervisione per acquisire il livello di attendibilità richiesto ai codificatori in ambito forense, ovvero quelli che devono saper classificare le AAI con maggiore precisione. Il livello di attendibilità da conquistare con un duro lavoro è un limite per il principiante, ma una garanzia per il giudice.

Allo stesso tempo, il DMM, con il suo focus sulla protezione (e la funzione protettiva), semplifica il modo di osservare i comportamenti interpersonali, dare significato agli stessi e prendere decisioni mirate al cambiamento.

La teoria guida con efficacia gli esperti e per la DMM-AAI ne sono necessari due: un intervistatore autorizzato e un codificatore con la certificazione del livello di attendibilità aggiornata.

Le sei fonti di informazioni tratte dalla DMM-AAI (storia di esposizione ai pericoli, strategie protettive, traumi psicologici o lutti irrisolti, arousal modificato o riorganizzazione e livello di ragionamento genitoriale) possono aiutare i giudici a stimare il rischio per i minori, la ricettività dei genitori agli interventi riabilitativi, il tipo di interventi necessari e l'ordine di erogazione degli stessi.

La DMM-AAI costituisce solo una parte delle informazioni da ricavare in funzione del processo decisionale. Le classificazioni della DMM-AAI somministrate ai genitori vanno infatti integrate con le classificazioni ricavate dagli strumenti somministrati ai figli, in base alla loro età e alla famiglia riunita. Le informazioni così ottenute vengono successivamente confrontate con altre ricavabili dall'anamnesi dei diversi membri della famiglia e dalle relazioni e referti redatti negli anni su di loro, in linea con le raccomandazioni dello IASA Family Attachment Court Protocol e con gli standard richiesti in ambito internazionale per gli elaborati peritali.

Le discrepanze emerse vanno messe in evidenza e possibilmente spiegate. I professionisti che sono in grado di considerare sia la prospettiva dei genitori che quella dei bambini, che possono mentalizzare in modo complesso e affrontare le contraddizioni sono la speranza migliore per le famiglie.

## **Perché valutare l'attaccamento adulto e la sua funzionalità**

I genitori differiscono tra loro nel percepire, dare significato, scegliere l'azione da intraprendere e agirli quando c'è pericolo. Attraverso la DMM-AAI sono state individuate modalità diverse (o pattern) di elaborazione delle informazioni sul pericolo (*Tabella 1*).

*Tab 1. Strategie protettive di Ainsworth e DMM, comportamenti ed elaborazione delle informazioni associati. Usato con il permesso di Crittenden, Landini e Spieker (2021)*

<i>Strategia</i>	<i>Etichetta DMM della strategia</i>	<i>Comportamento</i>	<i>Elaborazione delle informazioni</i>
B1-5	<i>Equilibrata</i> Senza preferenza riguardo alle informazioni logiche e affettive	Comunicazione aperta di pensieri e sentimenti, negoziando per risolvere problemi e attuare soluzioni	Integrazione di informazioni cognitive e affettive veramente predittive
A1-2	<i>Inibita-Socialmente disinvolta</i> Tendente all'uso di informazioni logiche, inibendo l'affettività negativa	Scissione di positivo e negativo, concentrandosi sul positivo negli altri, evitando le dispute	Cognitività distorta e affettività negativa omessa
A3	<i>Accudimento compulsivo</i> Incline a mostrare gli stati affettivi e i comportamenti preferiti dagli altri	Preferenza per accudire gli altri per soddisfare i loro bisogni, anche a spese del sé	Cognitività distorta e affettività negativa omessa; affetti positivi falsificati
A4-	<i>Performance compulsiva</i> Incline a usare informazioni logiche per raggiungere mete perfezionistiche e ambiziose	Eccessive prestazioni, altissimi standard qualitativi, preferenza per compiti difficili	Cognitività distorta e affettività negativa omessa; affetti positivi falsificati
A4	<i>Obbedienza compulsiva</i> Incline a usare informazioni logiche per obbedire ai superiori	Obbedienza a comandi generati gerarchicamente	Cognitività distorta e affettività negativa omessa; affetti positivi falsificati
A5	<i>Promiscuità compulsiva</i> Incline a usare apparenze positive per ingaggiare in modo ampio	Soddisfazione in contesti sociali senza coinvolgimento intimo	Cognitività distorta e affettività negativa omessa; affetti positivi falsificati
A6	<i>Autosufficienza compulsiva</i> Incline a usare regole logiche per avere successo senza aiuto	Eseguire procedure spiacevoli e dolorose per il sé	Cognitività distorta e affettività negativa omessa; affetti positivi falsificati
A7	<i>Idealizzazione compulsiva</i> Crea informazioni positive assolute su persone o condizioni pericolose	Riformulare la sofferenza in termini di costanti religiose o filosofiche; essere parte di qualcosa di più grande del sé	Cognitività distorta; affettività negativa negata, affettività positiva delirante
A8	<i>Senza sé</i> Accetta prontamente i punti di vista negativi altrui sul sé	Azioni contraddittorie, basate sul conflitto tra i propri sentimenti e le esigenze altrui	Cognitività distorta; affettività negativa negata, affettività positiva delirante

(segue Tab. 1)

<i>Strategia</i>	<i>Etichetta DMM della strategia</i>	<i>Comportamento</i>	<i>Elaborazione delle informazioni</i>
C1-2	<i>Minacciosa-Disarmante</i> tendente a usare le informazioni affettive per ingaggiare gli altri	Sottolineare i propri sentimenti e bisogni, avvertimento su problemi futuri	Affettività negativa distorta e cognitività omessa
C3	<i>Aggressiva</i> Forte tendenza a sentimenti di invulnerabilità aggressiva per proteggere altri	Azioni protettive eroiche in momenti critici, spesso con comportamenti disarmanti affascinanti	Affettività negativa distorta e cognitività omessa
C4	<i>Fintamente incompetente</i> Forte tendenza al desiderio di conforto	Accentuazione della propria vulnerabilità, nascondendo le competenze	Affettività negativa distorta e cognitività omessa
C5	<i>Punitiva</i> Tendenza affettiva, usando una gestione strategica e persuasiva per proteggere altri e gestire risorse	Immaginare piani e progetti, reclutare sostegno, procurare risorse e asserire autorità gerarchica per raggiungere mete di gruppo	Affettività negativa distorta; cognitività vera omessa e cognitività falsificata
C6	<i>Seduttiva</i> Forte tendenza a suscitare il coinvolgimento altrui	Alternanza di inviti (anche sessualizzati) con risentimento amaro, per evocare altrui comportamenti pacificanti	Affettività negativa distorta; cognitività vera omessa e cognitività falsificata
C7	<i>Tramare nell'ombra</i> Forte atteggiamento aggressivo contro molti possibili nemici	Trame segrete di aggressioni contro presunte minacce	Affettività negativa distorta; cognitività vera negata e cognitività delirante
C8	<i>Paranoica</i> Forte tendenza a mostrare la paura e nascondere la rabbia	Sospettare di tutti, cercando controllare pericoli non espliciti	Affettività negativa distorta; cognitività vera negata e cognitività delirante
A/C	<i>Combinazioni di strategie</i> combinazioni di A1-8 e C1-8	Varie combinazioni dei comportamenti A e C	Varie combinazioni delle trasformazioni suddette

Nella terza colonna vengono sintetizzate le trasformazioni dell'informazione operate in base ai diversi pattern strategici.

Gli individui che usano strategie con un indice elevato (A3-8 e C3-8) usano una varietà maggiore di trasformazioni e trasformazioni più estreme. Queste trasformazioni sono in genere associate a esperienze di pericolo nell'infanzia e a un maggior rischio di psicopatologia in età adulta. Le perso-

ne che usano strategie più estreme hanno sviluppato modalità comportamentali più rapide, meno consapevoli e possono mettere in atto comportamenti più pericolosi per sé e per gli altri.

Il modo abituale di elaborare le informazioni relative al pericolo (quindi la strategia d'attaccamento) può essere ostacolato dalla presenza di traumi-lutti non elaborati e/o da un'inadeguata regolazione dell'arousal. Molti dei comportamenti genitoriali inadeguati dipendono da queste modificazioni dell'organizzazione strategica di base.

Secondo il DMM, il rischio per i bambini è il risultato di un'interazione tra l'organizzazione psicologica e comportamentale dei genitori riguardo al pericolo (ovvero la strategia d'attaccamento), l'organizzazione psicologica e comportamentale in via di sviluppo dei bambini stessi riguardo l'attivazione della protezione e del conforto e infine la capacità dei professionisti di sostenere i genitori in modo da aumentare la resilienza del sistema familiare.

Per valutare il rischio è quindi fondamentale valutare le strategie d'attaccamento dei genitori, ma soprattutto la loro funzionalità in relazione alle strategie dei diversi membri della famiglia e ai pericoli del contesto attuale. Gli interventi messi in atto modulano il rischio che, ad esempio, aumenta quando gli operatori intervengono sul membro sbagliato della famiglia o con interventi che non sono quelli di cui i membri della famiglia hanno bisogno o che sono pronti a utilizzare.

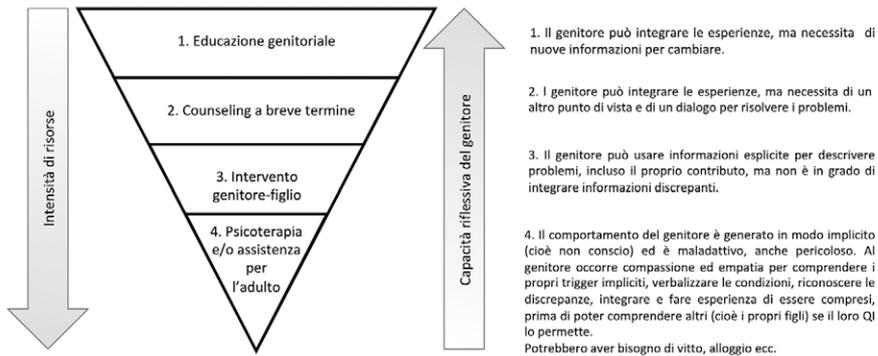
Le caratteristiche del discorso del genitore nell'intervista AAI riflettono modi diversi di organizzare le informazioni. L'analisi del discorso (orientata secondo il DMM) permette di valutare come vengono organizzate le informazioni e quali trasformazioni vengono effettuate in situazioni di pericolo. Permette quindi di rintracciare delle configurazioni ovvero dei pattern. Il tipo di pattern e la presenza di modificatori (come ad esempio i traumi o i lutti non elaborati) consentono di elaborare ipotesi esplicative e prognostiche.

Queste informazioni vengono ottenute valutando sia le informazioni esplicite che quelle implicite: a) quel che il soggetto dice; b) quel che il soggetto non dice ma dovrebbe aver detto; c) le mancate fluenze con cui il soggetto parla; d) il modo in cui il soggetto interagisce con l'intervistatore.

Le informazioni ricavate dalla AAI permettono di stimare il rischio di disadattamento e di dare una spiegazione ai comportamenti inadeguati (che spesso sono in relazione a pericoli passati e presenti o a un conflitto tra le strategie di protezione del sé e della prole). Possono anche orientare gli interventi necessari o utilizzabili dalla persona esaminata, diminuendo l'eventualità di interventi inutili o iatrogeni. Le capacità riflessive e l'adattabilità

dei genitori sono infatti cruciali per decidere la misura del coinvolgimento professionale necessario. Come già precisato, gli interventi psicoeducativi, ad esempio, sono indicati solo in presenza di buone capacità metacognitive e adattabilità genitoriali (Figura 2).

Fig. 2. Progressione degli interventi (adattato da Crittenden, 2021; riproduzione autorizzata)



Nell'analisi delle DMM-AAI precedentemente citata (Spieker *et al.*, 2021) si riscontra una minore prevalenza di pattern a basso indice nel gruppo a rischio (14,1%) rispetto al gruppo di controllo (65,9%). In particolare prevalgono i pattern C3-8 nel gruppo con problemi di salute mentale (55,8%) mentre nelle AAI dei detenuti e dei genitori coinvolti in procedimenti prevalgono i pattern A/C (50%). Quest'ultimo gruppo presenta inoltre un maggior numero di classificazioni A3-8 (31%) rispetto al gruppo normativo (19%). Preso da solo, il gruppo di genitori coinvolti in procedimenti presenta un terzo circa di pattern A5-8 e un altro terzo di pattern A/C.

Questi risultati suggeriscono che nei genitori a rischio prevalgono alcune scorciatoie rapide nell'elaborazione delle informazioni e nei comportamenti elicitati dal pericolo. I genitori del campione forense utilizzano strategie caratterizzate da informazioni negate o deliranti e che vanno soggette a intrusioni inaspettate di stati affettivi negativi proibiti.

Tutte le persone usano primariamente comportamenti motivati da rappresentazioni implicite. Gli utilizzatori delle strategie di tipo non B sono in genere meno consapevoli delle azioni preconsce. Tanto più le strategie sono estreme, modificate o subiscono l'interferenza di traumi o lutti irrisolti, tanto più profonda è l'inconsapevolezza. Alcuni fanno più affidamento prevalentemente su contingenze cognitive temporali (pattern di tipo A), altri sui propri stati affettivi negativi (pattern di tipo C). Quando entrambi i tipi di informa-

zioni (affettive e cognitive) sono distorte e le azioni non sono riconosciute, né proprie né altrui, allora le rappresentazioni sono inesatte: né le azioni né le parole significano ciò che sembrano significare.

Come già sottolineato, con gli utilizzatori di strategie ad alto indice non è quindi opportuno basarsi sull'osservazione e sulle informazioni esplicite. Alcune domande (“Perché ha fatto quello che ha fatto?”) troveranno una risposta valida solo andando oltre le apparenze o le parole dette.

Gli obiettivi di trattamento con questi genitori dovrebbero essere incentrati sull'espressione ed elaborazione degli stati affettivi negativi inibiti; i programmi di controllo-inibizione delle emozioni negative possono rivelarsi iatrogeni. È possibile inoltre che molti genitori maltrattanti usino trasformazioni in cui la protezione di sé e della prole vengano confuse a volte in modo intermittente (A/C), altre volte invece in modo da considerare protettivo per la prole ciò che è invece protettivo per il Sé (A+). Conoscere i diversi bisogni favorisce un dialogo costruttivo con il genitore e quindi la collaborazione tra famiglia e operatori.

Gli interventi in ambito forense dovrebbero inoltre privilegiare l'elaborazione dei traumi e la regolazione dell'arousal, come suggerisce l'analisi dei dati derivati dalla comparazione della prevalenza di traumi e dei modificatori nei quattro gruppi. Viene infatti riscontrata una prevalenza di traumi e lutti irrisolti del 40% nel gruppo normativo, dell'82,9% nel gruppo in trattamento per problemi di salute mentale, del 92,6% nei genitori coinvolti in procedimenti (con una quota dei rimanenti caratterizzata da arousal modificato) e del 90% nei detenuti. Molti dei traumi dei genitori coinvolti in procedimenti riguardano l'essere istituzionalizzati o allontanati dai figli, confermando i rischi a lungo termine di tali misure.

Solo pochi di questi genitori presentano strategie in corso di riorganizzazione, nonostante gli interventi ricevuti per lunghi periodi. Ciò suggerisce la necessità di un cambiamento nell'organizzazione degli interventi.

Su questa linea, conoscere i pericoli del passato che creano pericolose interferenze in quel genitore, intervenire sui suoi pericoli attuali (soprattutto quelli connessi ai traumi non elaborati), ed evitare di sollecitare i pericoli durante l'indagine diventano prerequisiti indispensabili per il cambiamento atteso.

Nei tre gruppi a rischio è stata individuata una quota significativamente maggiore di marcatori come la depressione, l'intrusione di stati affettivi negativi proibiti e l'agitazione pervasiva, suggerendo quindi la necessità di intervenire sulla depressione e l'attivazione elevata per favorire il cambiamento dei comportamenti inadeguati.

La presenza di strategie a livello 5-8 e di traumi e modificatori nel gruppo

di genitori a rischio suggerisce che questi genitori necessitino innanzitutto di interventi che ristabiliscano la loro percezione di sicurezza personale: solo in seguito a ciò potranno dare l'adeguata priorità alla sicurezza dei figli. Va sottolineato che ciò non coincide con l'attaccamento sicuro (il Tipo B). Spesso sia i giudici che gli operatori coinvolti assumono erroneamente che l'attaccamento sicuro del genitore (e del minore) sia un requisito necessario per lo sviluppo sano del minore; non è così. Ogni strategia è la migliore soluzione per alcuni problemi e nessuna è ottimale in assoluto. Non esistono configurazioni di attaccamento patologiche, ma solo adattive o non adattive, tra loro e rispetto al contesto. Vero è che quelle estreme e non funzionali (modificate) aumentano il rischio di disadattamento e che nel campione esaminato la DMM-AAI ha differenziato i genitori a rischio da altri adulti sulla base dell'indice della strategia e della presenza di modificatori.

## **Conclusioni**

Gli individui differiscono nel modo di percepire i diversi tipi di informazione e di fare affidamento su essi; queste differenze dipendono dalle esperienze – in particolare da quelle pericolose – e influenzano il comportamento. Si possono quindi osservare differenze individuali nell'attribuire una preferenza rispetto ai sistemi di memoria, nella consapevolezza o nella tendenza ad agire risposte automatiche. Un'ulteriore differenza individuale corrisponde alla tendenza a operare o meno trasformazioni estreme delle informazioni. Ciascuno di noi trasforma le informazioni; alcune persone tendono a trasformarle in modo più estremo con maggiore frequenza e possono quindi incontrare problemi di adattamento in contesti con pericoli diversi da quelli che hanno organizzato le strategie estreme.

L'analisi del discorso delle DMM-AAI somministrate ai genitori consente di cogliere le loro modalità di organizzare le informazioni, la loro storia di pericoli, l'influenza di tutto ciò sul loro modo di interpretare la protezione della prole e la necessità – ma anche possibilità – di usufruire dei diversi interventi.

La DMM-AAI va somministrata prima di decidere quali interventi erogare e soprattutto prima di allontanare i minori dai genitori. Come già sottolineato, le informazioni ricavate dalla DMM-AAI, integrate con altre, consentono di elaborare un piano di intervento efficace, sensibile ai pericoli passati e presenti dei genitori e in linea con le loro possibilità di cambiamento, favorendo così l'alleanza tra operatori e famiglia.

Purtroppo nella pratica forense si assiste spesso alla raccolta delle informazioni cruciali anche anni dopo la prima segnalazione. Il rischio a quel

punto può essersi aggravato in modo tale da essere difficilmente reversibile e da portare gli operatori a proporre un allontanamento come unica soluzione. Gli interventi attuati negli anni sono risultati fallimentari minando la fiducia degli operatori e delle famiglie.

È possibile che somministrando un assessment formale al nucleo familiare all'inizio della presa in carico da parte dei servizi si possa creare una cascata positiva di eventi con effetti benefici sulle famiglie e sui professionisti, riducendo i costi economici e psicologici di interventi inefficaci e gli effetti iatrogeni della separazione dei bambini dalle loro famiglie (Berlin *et al.*, 2011; Carr-Hopkins *et al.*, 2017).

## **Bibliografia**

- Bakermans-Kranenburg M.J. & van IJzendoorn M.H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development*, 11(3): 223-263.
- Berlin M., Vinnerljung B. & Hjern A. (2011). School performance in primary school and psychosocial problems in young adulthood among care leavers from long term foster care. *Children and Youth Services Review*, 33: 2489-2497.
- Carr-Hopkins R., De Burca C. & Aldridge F.A. (2017). Assessing attachment in school-aged children: Do the School-Age Assessment of Attachment and Family Drawings work together as complementary tools? *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(3): 402-420. DOI: 10.1177/1359104517714589.
- Crittenden P.M. (2016). *Raising parents: Attachment, representation, and treatment*. London: Routledge.
- Crittenden P.M. & Landini A. (2011). *Assessing adult Attachment: A Dynamic-maturational approach to discourse analysis*. New York: Norton.
- Crittenden P.M., Landini A., Spieker S.J. & Grey B. (2021). Using Parental Attachment in Family Court Proceedings: DMM Theory about the Adult Attachment Interview. *Child Abuse Review*. DOI: 10.1002/car.2730.
- Duschinsky R., Bakkum L., Mannes J.M.M., Skinner G.C.M., Turner M., Mann A., Coughlan B., Reijman S., Foster S. & Beckwith H. (2021). Six attachment discourses: convergence, divergence and relay. *Attach Hum Dev*, 1-20. DOI: 10.1080/14616734.2021.1918448.
- Fonagy P. (2013). Commentary on "Letters from Ainsworth: Contesting the 'Organization' of Attachment". *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 22(2): 178-179.
- Forslund T., Granqvist P., van, IJzendoorn M.H., Sagi-Schwartz A., Glaser D., Steele M., Hammarlund M., Schuengel C., Bakermans-Kranenburg M.J., Steele H., Shaver P.R., Lux U., Simmonds J., Jacobvitz D., Groh A.M., Bernard K., Cyr C., Hazen N.L., Foster S., Psouni E., Cowan P.A., Pape Cowan C., Rifkin-Graboi A., Wilkins D., Pierrehumbert B., Tarabulsky G.M., Carcamo R.A., Wang Z., Liang X., Kazmierczak M., Pawlicka P., Ayiro L., Chansa T., Sichimba F., Mooya H., McLean L., Verissimo M., Gojmande-Millan S., Moretti M. M., Bacro F., Peltola M.J., Galbally M., Kondo-Ikemura K.,

- Behrens K.Y., Scott S., Rodriguez A.F., Spencer R., Posada G., Cassibra R., Barrantes-Vidal N., Palacios J., Barone L., Madigan S., Mason-Jones K., Reijman S., Juffer F., Pasco Fearon R., Bernier A., Cicchetti D., Roisman G.I., Cassidy J., Kindler H., Zimmerman P., Feldman R., Spangler G., Zeanah C.H., Dozier M., Belsky J., Lamb M.E. & Duschinsky R. (2021). Attachment goes to court: child protection and custody issues. *Attachment and Human Development*, 1-52. DOI: 10.1080/14616734.2020.1840762.
- George C., Kaplan N. & Main M. (1984, 1996). *Adult Attachment Interview Protocol*, manoscritto non pubblicato, Department of Psychology, University of California, Berkeley.
- Granqvist P., Sroufe L.A., Dozier M., Hesse E., Steele M., van IJzendoorn M., Solomon J., Schuengel C., Fearon P., Bakermans-Kranenburg M., Steele H., Cassidy J., Carlson E., Madigan S., Jacobvitz D., Foster S., Behrens K., Rifkin-Graboi A., Gribneau N., Spangler G., Ward M.J., True M., Spieker S., Reijman S., Reisz S., Tharner A., Nkara F., Goldwyn R., Sroufe J., Pederson D., Pederson D., Weigand R., Siegel D., Dazzi N., Bernard K., Fonagy P., Waters E., Toth S., Cicchetti D., Zeanah C.H., Lyons-Ruth K., Main M. & Duschinsky R. (2017). Disorganized attachment in infancy: a review of the phenomenon and its implications for clinicians and policy-makers. *Attachment and Human Development*, 19(6): 534-558. DOI: 10.1080/14616734.2017.1354040.
- Main M. & Goldwyn R. (1984; 1989). *Adult attachment scoring and classification system*. Berkeley: University of California Press.
- Main M., Goldwyn R. & Hesse E. (2003). *Adult attachment Scoring and Classification System, Version 7.2*. Berkeley: University of California Press.
- Spieker S.J., Crittenden P.M., Landini A. & Grey B. (2021). Using Parental Attachment in Family Court Proceedings: An Empirical Study of the DMM-AAI. *Child Abuse Review*. DOI: 10.1002/car.2731.
- Van IJzendoorn M.H., Bakermans J.J.W., Steele M. & Granqvist P. (2018). Diagnostic use of Crittenden's attachment measures in family court Is not beyond a reasonable doubt. *Infant Mental Health Journal*, 39(6): 642-646, DOI: 10.1002/imhj.21747.